

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

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2026

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Психиатрии и медицинской психологии

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Шмилович Андрей Аркадьевич

Официальные оппоненты:

Заведующая кафедрой психиатрии
Федерального государственного бюджетного
учреждения дополнительного
профессионального образования
«Центральная государственная медицинская
академия» Управления делами Президента
Российской Федерации, д.м.н., доцент

Самушия Марина Антиповна

Профессор кафедры Психиатрии,
психотерапии и психосоматики Института
клинической медицины Федерального
государственного автономного
образовательного учреждения высшего
образования Первый Московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет), д.м.н.,
профессор

Романов Дмитрий Владимирович

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр психического здоровья».

Защита состоится «22» октября 2026 года в 14-00 часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.031.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования РФ.

Автореферат разослан «_____» сентября 2026 года.

**Ученый секретарь диссертационного
совета, к.м.н., доцент**

 **Данилин Иван Евгеньевич**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

На сегодняшний момент многие исследования отечественной психиатрии направлены на исключение явлений госпитализма при стационарировании психически больных и научное обоснование современных подходов к оказанию психиатрической помощи во внебольничных условиях с акцентом на восстановление моделей социального функционирования (Гурович И.Я., Шмуклер Б.А. с соавт., 2015; Былим И.А. 2010; Ушаков Ю.В., Мосолов С.Н. с соавт. 2012, Corrigan P.W. 2003, Dixon L. 2009, Fleischhacker W.W. 2003 и др.). При этом уделяется внимание вопросам предотвращения клинически необоснованных случаев поступления пациентов в психиатрический стационар и альтернативным вариантам амбулаторного ведения больных (Васильева В.А., 2007; Бурыгина Л.А с соавт. 2014; Ткачев Д.Ю. с соавт. 2010; Уткин А.А. 2009, Glynn S.M. 2006, Marshall M. 2001 и др.).

На фоне существующего в РФ дефицита врачей–психиатров и наличие ежегодной тенденции к снижению числа психиатрических коек (Казаковцев Б.А. с соавт. 2014; Букреева Н.Д. 2014; Митихина И.А. с соавт. 2012) 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 (Любов Е.Б. с соавт. 2013; Винидиктов Г.И с соавт. 2014; Кирьянова Е.М с соавт. 2014, Rosenheck R. 2006, Sellwood W. 2003 и др.).

Кроме того, добровольное обращение бредового больного за стационарной помощью не обусловлено желанием «вылечить бредовой синдром» (Остроглазов В.Г. 2006). 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 (Петрова Н.Н. с соавт. 2014, Barch D.M., Yodkovik N. 2008 и др.). Большая часть этих расстройств имеет непсихотический регистр тяжести и не требует стационарирования (Савельева О.В. с соавт. 2014; Фурсов Б.Б. 2012 и др.). Тем не менее, эти больные часто клинически необоснованно оказываются в стационаре «по инерции диагноза».

Таким образом, выявление и изучение клинико-социальных факторов добровольной 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 (Ястребов В.С., Аведисова А.С. с соавт. 2012, Talarowska-Bogusz М. 2008, Thompson E.E. 2003 и др.), поводом для стационарирования которых оказывается не обострение основного заболевания, а вторичное нарушение психики, имеющее психогенную обусловленность или сложная социальная ситуация (Жданок Д.Н. 2013; Семенова Н.Д. 2012; Вишневская О.А. 2012; Молчанова Е.А. с соавт. 2007, Addington J. 2010, J. Griner 2001 и др.). 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 (Петрова Н.Н. с соавт. 2014; Папсуев О.О. с соавт. 2013; Коцюбинский А.П с соавт. 2013; Brekke J.S. 2007, Roberts D.L. 2010, Vesterager L. 2011 и др.).

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%.

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 более чем 20 конференциях различного уровня. Основные положения и результаты апробированы на заседании кафедры Психиатрии и медицинской психологии ФГАО ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), 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 ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». Разработанная система вторичных психопрофилактических мероприятий была внедрена в отделении медико-психологической помощи ГБУЗ "ПКБ № 4 ДЗМ". Основные теоретические положения диссертации используются в научно-исследовательской работе и учебном процессе кафедры Психиатрии и медицинской психологии ФГАО ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет).

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.

Публикации по теме диссертации

По результатам диссертации опубликовано 10 научных статей, в том числе 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 187 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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методы и материалы исследования

Исследование проводилось на базе кафедры Психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

(Пироговский Университет). Для исследования отбирались больные на клинической базе кафедры – ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». 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. С целью унификации клинических данных и проведения параметрических исследований использовался психометрический метод, базирующийся на использовании следующих клинических шкал: CDSS; PANSS; PSP; BACS.

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 1). Разработанная программа позволила определить обоснованность стационарного лечения когорты больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью. На основе полученных данных об особенностях добровольной госпитализации больных выявлены специфические социальные и клинико-психопатологические особенности заболевания, 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. Особое внимание при формировании программы уделено оценке влияния коморбидных расстройств на потребность в госпитализации и формирование специфических мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью. Особенностью разработанной программы является определение коэффициентов относительного риска для соответствующих социальных показателей, позволяющих идентифицировать первопричину возникновения неблагоприятных факторов самостоятельного обращения за психиатрической помощью.

Таким образом, в результате реализации основных этапов разработанной программы получены новые данные, систематизирующие основные 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 данных больных со значительным экономическим эффектом.

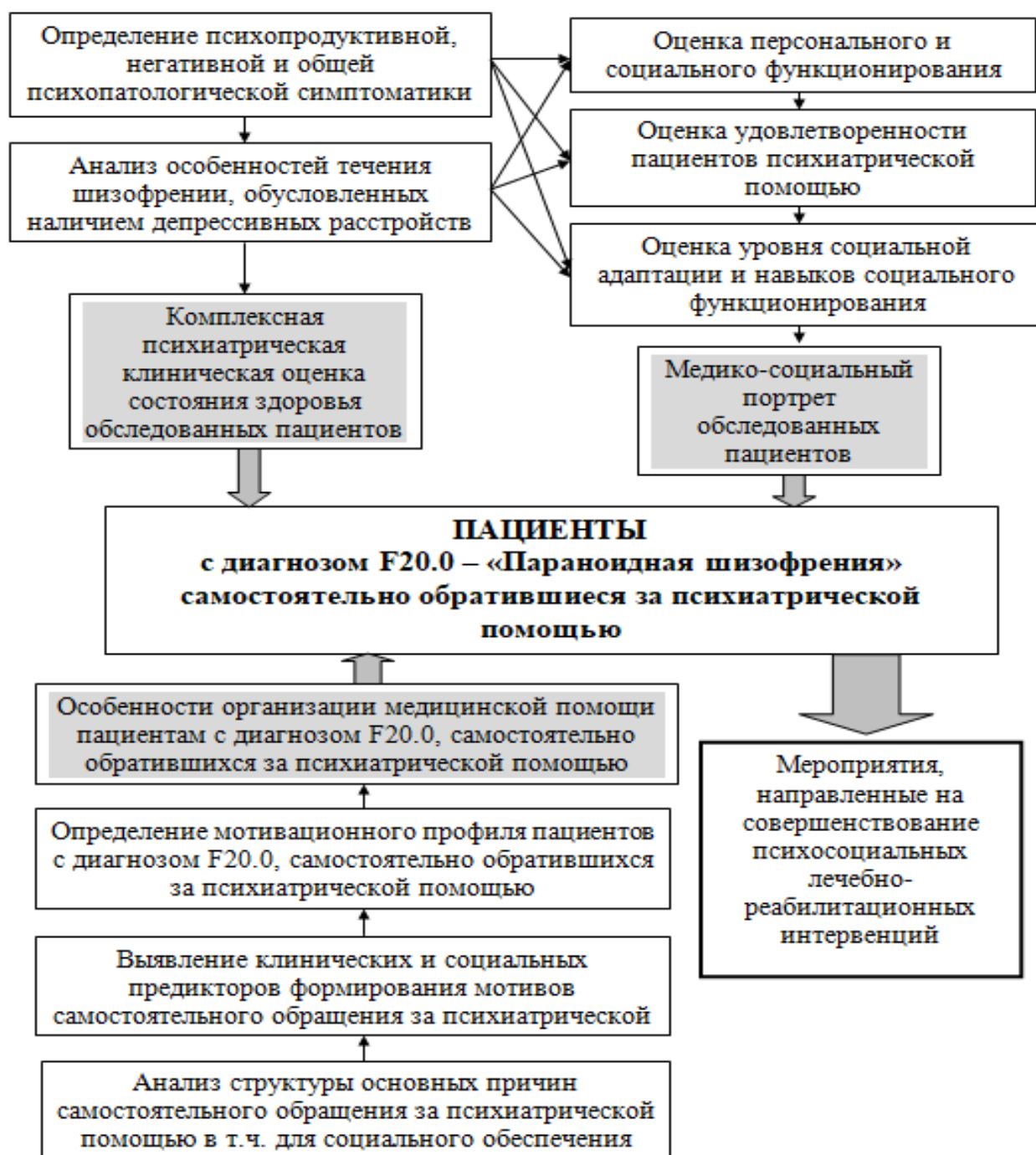


Рисунок 1 - Программа исследования пациентов с диагнозом F20.0 - параноидная шизофрения, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Сравнительный анализ медико-социальных характеристик больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, в амбулаторных (контрольная группа) и стационарных (основная группа) условиях позволил выявить следующие особенности данного контингента. Отобранные 50 больных (контрольная группа) наблюдались в отделении медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». 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 – $42,7 \pm 9,8$). 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. Количество перенесенных психотических приступов – более четырех с частотой обострений – раз в году и реже (68% больных). При этом уровень социального функционирования больных был сопряжен не только с выраженностью галлюцинаторно-бредовой и негативной симптоматики, но и наличием депрессивных расстройств. 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 2). Наиболее часто наблюдались больные с тревожной депрессией – 12 наблюдений (37,5%). 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.

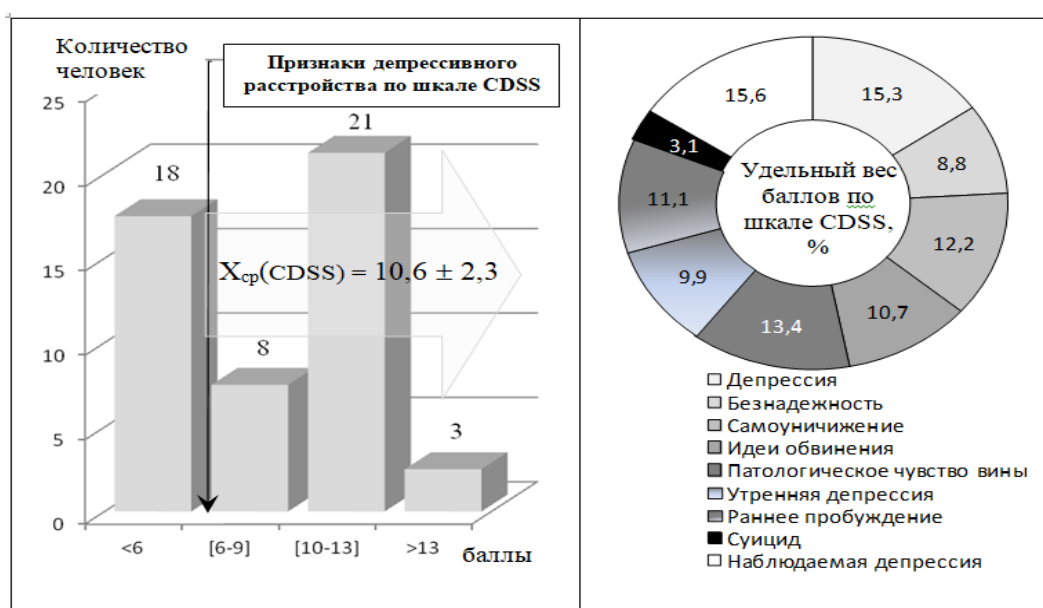


Рисунок 2 - Структура депрессии выборки (контрольная группа) больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях (шкала Калгари (CDSS))

Анализ результатов по шкале оценки персонального и социального функционирования у данной группы больных (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 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 1, рисунок 3).

Таблица 1 - Оценка персонального и социального функционирования по шкале PSP у больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях (контрольная группа)

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 определяется по шкале Калгари.				
Заклю- чительный балл	Средний	55	59	51
		Средний балл $\in$ [31-70] - уровень ограниченного персонального и социального функционирования		
	Минимум	25	35	25
	Максимум	75	75	65

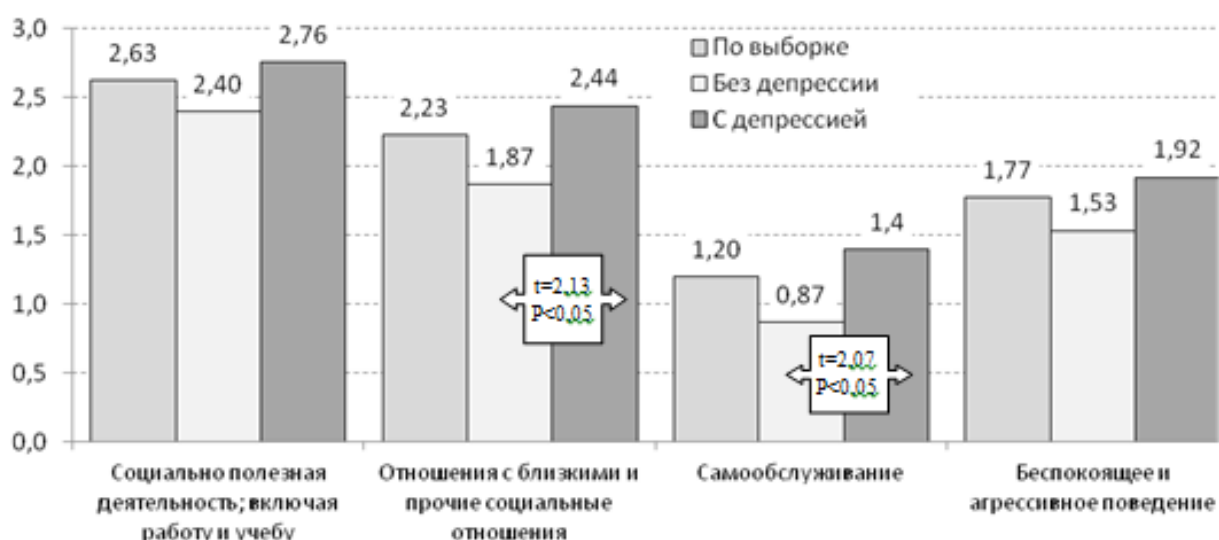


Рисунок 3 - Уровень нарушения персонального и социального функционирования по шкале PSP у больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях (контрольная группа)

Материалом для исследования в **основной группе** послужила невыборочная когорта больных параноидной шизофренией самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью и добровольно госпитализированных в стационар. Сформированная выборка больных основной группы составила 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). Все больные данной выборки наблюдались в мужских и женских участково-территориальных отделениях больницы. 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 (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 $7,87 \pm 1,1$. Проведенный сравнительный статистический анализ основной и контрольной групп больных по полу, возрасту, количеству перенесенных психотических приступов, длительности заболевания не выявил значимых различий при уровне значимости критериев сравнения 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение клинико-социальных коррелятов и психопатологических предикторов мотивов самостоятельного обращения больных параноидной шизофренией за психиатрической помощью

На основе исследования клинико-социальных детерминант самостоятельного обращения больных параноидной шизофренией за психиатрической помощью было выделено три базовые группы мотивов. В каждой группе был проведен анализ клинико-социальных и психопатологических факторов, имеющих как прямое, так 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 %)). Степень выраженности депрессивных расстройств (шкала CDSS) по группам составил $6,1 \pm 0,9$, $10,2 \pm 1,4$ и $7,3 \pm 0,8$ соответственно.

Определение психосоциального статуса и групп социальной адаптации

Проведенные исследования позволили сформировать 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 асстройств (апатия, абулия, «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. Кроме того, наличие бредовых расстройств приводило к стойкому закреплению адаптационных понятийных мотивов (в том числе и социальных) и неспособности их переключения в зависимости от различных жизненных ситуаций. 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 предопределяют объективную необходимость в определении 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, $93 \leq \text{PANSS} < 123$, $71 \leq \text{PSP} \leq 100$) (15%); **декомпенсированная группа** больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте, $\text{PANSS} \geq 123$, $1 \leq \text{PSP} \leq 70$) (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 $\text{PANSS} \geq 123$, $71 \leq \text{PSP} \leq 100$) (20%); **конфликтная группа** (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра в сочетании с выраженностью негативной симптоматики) и значительная социальная декомпенсация, $93 \leq \text{PANSS} < 123$, $1 \leq \text{PSP} \leq 70$) (12%).

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

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 стала основой для проспективного исследования эффективности психосоциальных и медико-реабилитационных методов курации этих пациентов.

Определение коэффициентов относительного риска для клинико-социальных показателей

С целью выявления социальных предикторов мотивов добровольной госпитализации (обращение за стационарной помощью) целевым отбором были сформированы пары больных из опытной (стационарной) и контрольной (амбулаторной) групп, а также произведен расчет коэффициентов относительного риска для соответствующих социальных показателей (таблица 2).

Таблица 2 - 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) (максимальный)	Доверительный интервал (95%)	Уровень достоверности (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

Для формирования пар и дальнейшего сравнительно-сопоставительного анализа были использованы следующие показатели (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. Коэффициента относительного риска соответствующего социального показателя (k) при формировании мотива добровольной госпитализации (обращение за психиатрической помощью в стационар), 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.

Формирование комплекса психосоциальных мероприятий

После купирования основной симптоматики в условиях стационара исследуемые больные основной группы проходили дальнейшее лечение и реабилитацию в условиях отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях. Предварительное определение клинико-социальных факторов уязвимости в мотивационных группах самостоятельного обращения за психиатрической помощью позволило осуществить их распределение для последующей реализации психосоциальных интервенций (когнитивная ремедиация; когнитивно-поведенческой психотерапия; тренинг социальных навыков).

Психосоциальные интервенции для больных группы параноидные мотивы (ПМ), соответственно адаптированная группа (9 больных) $N_{ПМ}=9(АГ)$ и декомпенсированная группа (26 больных) ($N_{ПМ}=26(ДГ)$) были сформулированы исходя из следующих предпосылок. В исходной постановке для больных данной группы нарушения когнитивных функций, приводящие к неадекватному социальному функционированию, могут быть рассмотрены двояко, с одной стороны, как количественная функция «дефицита» (отсутствие или ограничение способностей), а с другой стороны, как качественная функция «искажения». 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. Для оценки когнитивного функционирования больных шизофренией возможно использовать стандартизированную шкалу (BACS).

В этой связи для больных группы (ПМ) может быть целесообразным проведение психосоциальных 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 была 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. 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 когниций).

Психосоциальные интервенции 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. 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.

Психосоциальные интервенции 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.

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 корригирующей 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.

Осуществление вышеуказанных медико-социальных мероприятий в обстановке прогрессивной психотерапевтической среды позволили получить следующие результаты в группах (таблица 3).

Статистический анализ реализации мероприятий 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. 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).

Таблица 3 - Обоснование эффективности реализации психосоциальных программ для больных параноидной шизофренией (баллы по шкалам PSP и PANSS, $M \pm \delta$, где М-среднее значение, δ - среднеквадратическое отклонение; t – коэффициент Стьюдента; $P > 0,95$ - доверительная вероятность; 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 непсихотического 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

Разработка критериев госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Проведенные клинические исследования патофизиологических предикторов мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью больных параноидной шизофренией и эффективности реализации лечебно-реабилитационных психосоциальных воздействий позволили сформировать обоснованные критерии госпитализации для данного контингента больных (таблица 4).

Таблица 4 - Критерии обоснованной госпитализации больных параноидной шизофренией самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Группы мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью	Параноидные мотивы	Небредовые психопатологические мотивы	Непсихопатологические мотивы	
Группы социальной адаптации				
Компенсированная группа			$93 \leq \text{PANSS} < 123$ $71 \leq \text{PSP} \leq 100$	АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
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			

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 4). При этом для больных адаптированной группы с небредовыми психопатологическими мотивами (ячейка 2.2 таблицы 4) и больных компенсированной и конфликтной групп с непсихопатологическими мотивами (ячейки 1.3, 3.3 таблицы 4) 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 клинические исследования позволили осуществить сравнительную оценку показателей эффективности реализации медико-социальных интервенций для групп больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью (таблица 5).

Было установлено, 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 $1,4 \pm 0,3$ ($t > 2$, $P > 0,95$).

Таблица 5 – Сравнительная оценка показателей эффективности реализации медико-социальных интервенций (критерий Стьюдента, доверительная вероятность $P>0,95$)

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

В группе НПМ (небредовые психопатологические мотивы) наблюдается обоюдное снижение как частоты психотических приступов с 1,9±0,3 до 1,7±0,4 ($t>2$, $P>0,95$), так и количества самостоятельных обращений с 1,3±0,1 до 1,2±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±0,12 до 1,1±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±0,25 до 0,73±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±1,4 до 9,0±1,6 и с 7,3±0,8 до 6,6±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.

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: адаптированная группа (АГ) с небредовыми психопатологическими мотивами (НПМ) $N_{\text{НПМ}}(\text{АГ})=11\%$; компенсированная группа (КГ) с непсихопатологическими мотивами (НМ) ($N_{\text{НМ}}(\text{КГ})=15\%$; Конфликтная группа (КоГ) с непсихопатологическими мотивами (НМ) $N_{\text{НМ}}(\text{КоГ})=12\%$.

Проецируя полученные результаты на генеральную совокупность добровольно госпитализированных больных в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» получаем, что при количестве добровольных госпитализаций в год, составляющих $\cong 1500$ человек (40,5% от 3700 госпитализаций по больнице), доверительные границы средней величины генеральной совокупности составят $\cong 570\pm 12$ госпитализаций, которые не обусловлены клиническими показаниями (предельная ошибка была рассчитана с доверительной вероятностью 95%). 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 (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 практически втрое дешевле, чем стационарирование больных.

Исходя из полученных значений 570 госпитализаций, не обусловленных клиническими показаниями стоимостью от 3000 до 5000 руб. (по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат)) 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.

ВЫВОДЫ

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

1. В ходе проведенного исследования было установлено, что 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 коррелятов, 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 не психотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация (12%).

4. Оценка величины относительного риска для соответствующих клинико-социальных показателей позволила определить клинико-социальные факторы, повышающие количество необоснованных обращений 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. Разработаны критерии госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью:

- обязательной госпитализации подлежат больные адаптированной и декомпенсированной групп, у которых содержание продуктивной симптоматики сопряжено с наличием параноидных мотивов и декомпенсированной группы с небредовыми психопатологическими мотивами;
- 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.

6. Выявленные клиничко-социальные факторы уязвимости позволили сформировать комплекс психосоциальных воздействий (когнитивная ремедиация; когнитивно-поведенческой психотерапия; тренинг социальных навыков) в различных мотивационных группах больных параноидной шизофренией самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, что позволило оптимизировать объем психиатрической помощи для данного контингента больных, достигнув существенного улучшения клиничко-социальных показателей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработку и внедрение социально-реабилитационных программ на постгоспитальном этапе целесообразно осуществлять на основе установленной структуры клиничко-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 сообществе 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 клинικο-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 экзоцербераций 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 утерянных 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

В научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации были опубликованы следующие работы:

1. **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;
2. **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;

3. **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;
4. **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;
5. **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;
6. **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. Рязова, Е.В. Федорова, А.А. Букин** // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.** - 2024. - Т. 124. №4. вып. 2. – С.44–51.
7. **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>;
8. **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.

В других изданиях:

1. **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;
2. **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;
3. **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 Psikhiatrii 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.

Гончаренко Сергей Николаевич

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

АННОТАЦИЯ

Диссертация посвящена изучению клинических и социальных факторов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией и совершенствованию психиатрической помощи данному контингенту. Обследованы 150 больных: 100 стационарных пациентов, самостоятельно обратившихся за помощью, и 50 амбулаторных пациентов контрольной группы. Применены клинико-психопатологический, психометрический (PANSS, CDSS, PSP, BACS) и статистический методы. Выделены три группы мотивов обращения: параноидные, небредовые психопатологические и непсихопатологические; определены четыре группы психосоциального статуса: компенсированная, декомпенсированная, адаптированная и конфликтная. По предложенным в работе критериям 38% пациентов основной группы отнесены к не нуждавшимся в госпитализации. Разработан дифференцированный комплекс психосоциальных вмешательств, включающий когнитивную ремедиацию, когнитивно-поведенческую психотерапию и тренинг социальных навыков. Результаты исследования обосновывают выбор стационарной или амбулаторной помощи с учетом мотивационного профиля и уровня социальной адаптации пациентов.

Goncharenko Sergey Nikolaevich

**Clinical and social aspects of voluntary hospitalization in patients with paranoid
schizophrenia who independently sought psychiatric care**

ABSTRACT

The dissertation examines clinical and social factors associated with voluntary hospitalization in patients with paranoid schizophrenia and approaches to improving psychiatric care for this population. The study included 150 patients: 100 inpatients who had independently sought psychiatric care and 50 outpatients in the control group. Clinical and psychopathological assessment, psychometric measures (PANSS, CDSS, PSP and BACS) and statistical analysis were used. Three groups of motives for seeking care were identified: paranoid, non-delusional psychopathological and non-psychopathological. Four psychosocial status groups were defined: "compensated", "decompensated", "adapted" and "conflict". According to the criteria proposed in the study, 38% of patients in the main group were classified as not requiring hospitalization. A differentiated programme of psychosocial interventions was developed, comprising cognitive remediation, cognitive behavioural psychotherapy and social skills training. The findings provide a basis for selecting inpatient or outpatient care according to patients' motivational profiles and levels of social adaptation.