

*На правах рукописи*

**Самойлова Дарья Дмитриевна**

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

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Москва – 2021

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

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук, профессор

**Барыльник Юлия Борисовна**

**Официальные оппоненты:**

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

**Лиманкин Олег Васильевич**, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психотерапии и сексологии, доцент

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

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «23» марта 2022 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.12 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

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

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

**Ученый секретарь**

диссертационного совета ДСУ 208.001.12

доктор медицинских наук, доцент



**Зиновьева Ольга Евгеньевна**

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Актуальность исследования**

В последние годы многие исследователи указывают на необходимость системного подхода к развитию психиатрической науки и практики, совершенствования ее методических основ при разработке современных тенденций оказания помощи населению с акцентом на психосоциальную реабилитацию (Шмуклер А.Б., 2011; Лиманкин О.В., 2015; Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А., 2016; Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2016; Шашкова Н.Г., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., 2018; Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Трусова А.В. с соавт., 2021; Sanches S.A., Swildens W.E., Schaefer B. et al., 2020).

Многочисленные исследования, направленные на изучение «бремени» психической патологии, доказывают, что в последнее время психические расстройства, в том числе и параноидная шизофрения, вошли в ряд основных причин ухудшения состояния здоровья населения во всех странах мира. В соответствии с этим политика Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья заключается в интеграции и координации усилий государственных и общественных структур по улучшению психического здоровья населения, совершенствованию психиатрической помощи, развитию и внедрению принципов психосоциальной реабилитации (Шевченко Л.С., 2004; Барыльник Ю.Б., 2005; Дмитриева Т.Б., 2006; Казаковцев Б.А., 2008; Чуканова Е.К., Шевченко В.А., Шмуклер А.Б. с соавт., 2008; Незнанов Н.Г. 2009; Лиманкин О.В., 2015; Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., 2020; Kessler R.C., Ustun T.B., 2008; Knapp M., Beecham J., McDavid D. et al., 2011).

Отличительной положительной стороной развития отечественной психиатрии последних десятилетий является перемещение акцента в планировании и организации служб на региональный уровень. Региональная модель психиатрической службы должна предусматривать децентрализацию, специализацию помощи, преемственность и сбалансированность стационарного и амбулаторного звеньев, уход от традиционной изолированности, приоритетное развитие внебольничных служб, мультидисциплинарный характер помощи, активное использование лечения и психосоциальной реабилитации, тесную интеграцию психиатрической службы с общественными институтами и звеньями регионального здравоохранения, соответствие

структуры службы потребностям основных групп пациентов, в том числе страдающих параноидной шизофренией (Казаковцев Б.А., Творогова Н.А., Николаева Т.А. с соавт. 2015; Лиманкин О.В., 2015; Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. с соавт., 2018).

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

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

В соответствии с клиническими протоколами оказания психиатрической помощи пациентам, страдающим параноидной шизофренией с ППЭ, на начальных этапах лечения предусматривается обязательное проведение психообразовательной работы с

ними и их семьями, применение когнитивно-поведенческой и иных форм психотерапии с пациентами с целью осознания ими болезни, сущности терапевтического процесса и восстановления социального функционирования. При осуществлении психосоциальных вмешательств отмечается повышение качества ремиссии в полтора раза, снижение частоты повторных госпитализаций в 3,8 раза, снижение нагрузки на семью, повышение качества жизни и социального функционирования, а также улучшение отношений с окружающими (Мовина Л.Г., 2007; Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Семке В.Я., 2009; Савин А.А., 2011; Barrios M., Guilera G., Selb M., Gómez-Benito J., 2016).

Обзор современных концепций реабилитации в проанализированных источниках показал их многообразие и отсутствие единого подхода к разработке целевых программ развития психиатрической помощи в регионах, ориентированных с одной стороны на охрану психического здоровья населения, развитие психореабилитационных направлений, с другой стороны, учитывающих определенные задачи местного уровня (Лиманкин О.В., 2015; Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. с соавт., 2018; Link B.G., Struening E.L., Neese-Todd S. et al., 2001; Bin Kitoko G.M., Mauragec P., Mampunzama na Miezi S. et al., 2020).

### **Степень разработки темы исследования**

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

### **Цель исследования**

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

### **Задачи научного исследования**

1. Изучить медико-демографическую и клиническую структуры контингентов лиц с психическими расстройствами и показатели деятельности психиатрических

учреждений в г. Саратове и Саратовской области в динамике за последние 10 лет (2009-2018 гг.).

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

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

4. Разработать прогностические критерии оценки тяжести психического состояния пациентов, страдающих параноидной шизофренией, и провести анализ влияния на эффективность лечения таких факторов, как психосоциальная реабилитация, длительность расстройства, вид фармакотерапии.

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

6. Создать модель Центра психосоциальной реабилитации пациентов в системе психиатрической помощи г. Саратова и Саратовской области с учетом преемственности, этапности оказания помощи, маршрутизации, сроков пребывания пациентов и предложить оптимальный алгоритм психосоциальной реабилитационной помощи.

### **Научная новизна исследования**

Проведен комплексный детальный анализ состояния психического здоровья населения г. Саратова и Саратовской области за последние десять лет. Всесторонне проанализированы эффективность работы психиатрических учреждений Саратовской области, изменчивость основных показателей деятельности учреждений в динамике за последние десять лет.

С использованием корреляционного анализа установлены наиболее значимые связи между медико-демографическими, клинико-диагностическими показателями и результатами деятельности региональной психиатрической службы, что позволяет прогнозировать и оценивать эффективность деятельности амбулаторного и стационарного звеньев.

Проведено комплексное динамическое (лонгитудное), активное, проспективное, когортное, рандомизированное исследование с учетом влияния факторов психосоциальной реабилитации, длительности расстройства, наблюдения и вида проводимой терапии на результат лечения пациентов с параноидной шизофренией с выраженной социальной дезадаптацией в психиатрических учреждениях Саратова и Саратовской области.

На основании критериев оценки психического состояния больных параноидной шизофренией по результатам используемых диагностических шкал разработана новая шкала комплексной оценки психического состояния и результата лечения, позволяющая оптимизировать алгоритм ведения пациентов и адаптировать их маршрутизацию.

Апробирован алгоритм и доказана эффективность применения в качестве когнитивного тренинга у пациентов с параноидной шизофренией компьютеризированного варианта теста Векслера, позволяющего обеспечить персонифицированный подход для повышения когнитивного статуса и адаптационного потенциала.

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

Предложена модель Центра психореабилитации пациентов с параноидной шизофренией, включающего стационарное и амбулаторное реабилитационные отделения, а также Школы психореабилитации.

Разработана оптимальная модель комплексной психосоциальной реабилитационной помощи пациентам с параноидной шизофренией на фоне адекватной, непрерывной психофармакотерапии, основанная на принципах преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями психиатрической службы и предложены рекомендации по ее применению на территории Саратовского региона.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

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

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

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

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



Применение в качестве когнитивного тренинга компьютерного варианта теста Векслера с определенной динамически меняющейся частотой в зависимости от состояния когнитивного функционирования позволяет персонифицировать реабилитационную тактику ведения пациентов с параноидной шизофренией.

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

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

### **Методология исследования**

Проведение диссертационного исследования было одобрено комитетом по этике (протокол №7 от 04.03.2014). В исследование были включены 420 пациентов с параноидной шизофренией (F20.0), находившихся на лечении и наблюдавшихся с 2011 по 2018 гг. в наиболее крупных психиатрических учреждениях Саратовской области; из них 195 (46,4%) женщин и 225 (53,6%) мужчин. Средний возраст пациентов варьировал от 18 до 63 лет, в половых группах был сопоставим между собой и составлял  $37,2 \pm 2,1$  года у женщин и  $38,1 \pm 2,3$  года у мужчин. Критериями включения пациентов в исследование являлось наличие установленного диагноза шизофрения, выраженное нарушение социальной адаптации, отсутствие выраженных соматических заболеваний и редукция острой психопатологической симптоматики на момент начала исследования. Пациенты (n=420) были распределены на группы в зависимости от длительности заболевания: I (n=196) – пациенты с первым психотическим эпизодом (ППЭ), II (n=224) – пациенты, страдающие шизофренией пять лет и более. В каждой группе были выделены в зависимости от проводимой терапии по две подгруппы: IT (n=64), IA (n=35),

ПТ (n=30) и ПА (n=62). ИТ и ПТ подгруппы получали препараты группы типичных нейролептиков; IA и ПА подгруппы получали препараты атипичных нейролептиков. В каждой подгруппе выделяли пациентов, получающих психореабилитацию: ITR (n=35), IAR (n=62), ПТР (n=64), ПАР (n=68) и пациентов, которые получали терапию без реабилитации (группы сравнения): ИТ, IA, ПТ, ПА (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от применяемой схемы терапии

Длительность расстройства	Схема терапии	Шифр	Количество	%
Первый психотический эпизод (длительность расстройства до 5 лет)	Типичные нейролептики + психореабилитация	ITR	35	8,3
	Типичные нейролептики	ИТ	64	15,2
	Атипичные нейролептики + психореабилитация	IAR	62	14,8
	Атипичные нейролептики	IA	35	8,3
Длительность расстройства более 5 лет	Типичные нейролептики + психореабилитация	ПТР	64	15,2
	Типичные нейролептики	ПТ	30	7,2
	Атипичные нейролептики + психореабилитация	ПАР	68	16,2
	Атипичные нейролептики	ПА	62	14,8
Итого			420	100

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

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

## Методы исследования

При выполнении диссертационного исследования использовались следующие методы: клинический, клинико-статистический, клинико-эпидемиологический, психодиагностический, аналитический, математический, с применением методов дескриптивной статистики, факторного, дисперсионного, регрессионного и корреляционного анализов. Исследование включало изучение амбулаторных и стационарных карт и применение таких диагностических шкал, как: шкала позитивных и негативных симптомов PANSS (Мосолов С.Н., 2001; Kay S.R., Opler L.A., Fiszbain A. et al. 1987, валидизация и апробация русскоязычной версии); психодиагностические методики для исследования социальных и когнитивных функций: методика «Hinting Task» (Corcoran R., Mercer G., Frith C.D., 1995, модификация Поляковой Н.Ю., 2007), разработанная в рамках концепции «модель психического» («theory of mind»), предназначенная для изучения способности к пониманию того, что думает, планирует, какой смысл и намерения скрывает другой человек, методика на распознавание эмоций «Лица Экмана» (Экман П., 2010); опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., 1994); «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» (Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1986); «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сильникова Л.И., Мовина Л.Г., 2002); разработанная автором анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией; стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера (компьютерный вариант WAIS 2.1.1).

Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0». Применяли факторный, дисперсионный, корреляционный и регрессионный анализы. Данные представлены в виде групповой медианы, стандартного отклонения, коэффициентов корреляции ( $r$ ) и детерминации ( $R^2$ ). Различия определяли непараметрическим методом и считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Для оценки диагностической эффективности предложенных диагностических методов вычисляли специфичность, чувствительность и общую надежность (точность).

### **Основные положения, выносимые на защиту**

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

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

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

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

5. Доказано, что наибольшее влияние на изменение психического состояния и улучшение социальной адаптации больных параноидной шизофренией оказывают такие

факторы, как психосоциальная реабилитация, длительность расстройства и вид фармакотерапии.

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

7. Обеспечить персонифицированный подход для улучшения когнитивного функционирования пациентов с параноидной шизофренией позволит использование компьютеризированного варианта теста Векслера в качестве метода когнитивного тренинга, а разработанная анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов позволит определить уровень реабилитационного потенциала.

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

#### **Степень достоверности научных положений и выводов**

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

#### **Апробация результатов исследования**

Основные положения диссертации доложены и апробированы на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России в 2014 году, на научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии» (Саратов, 2015, 2016, 2017, 2020, 2021); на III Хорватско-Российском Международном конгрессе духовной психиатрии (Хорватия, 2015); на XV Международном форуме, посвященном тревоге и депрессии (Прага, 2015); на Международном конгрессе «Mental Health, Direction and Challenges» (Тбилиси, 2016), на 25 Европейском

психиатрическом конгрессе ЕРА 2017 (Флоренция, 2017); на конкурсе в рамках Международного молодежного научного форума «Ломоносов» под эгидой Российского Союза ректоров и при поддержке Центра стратегии развития образования МГУ имени М.В. Ломоносова; на V Фестивале реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?» (Казань, 2019); на Всероссийской межвузовской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы» (Москва, 2020); на XVII съезде психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Санкт-Петербург, 2021). Автор награждена дипломом за заслуги в сфере психосоциальной реабилитации людей с психическими особенностями (Союз охраны психического здоровья, Казань, 2019).

Апробация диссертации состоялась 10 сентября 2020 года на заседании проблемной комиссии по внутренним болезням ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования внедрены в практику амбулаторной и стационарной психиатрической службы Саратовской области, а также в учебный процесс кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России при проведении практических занятий и чтении лекционного курса «Психиатрия, медицинская психология». В разработанном психообразовательном «Пособии для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников» изложены основные проявления клинической картины расстройства и даны практические рекомендации. Также представлена информация о службах помощи, основных социальных, медицинских и юридических организационных аспектах при взаимодействии с обществом в рамках данного расстройства.

### **Личный вклад автора**

Автором лично разработан дизайн исследования, сгруппированы репрезентативные выборки объектов наблюдения, получен патент на базу данных, сформирован комплекс современных, адекватных, адаптированных на территории Российской Федерации диагностических методик определения тяжести психического

статуса пациентов с параноидной шизофренией, проведен глубокий анализ полученных результатов с применением современных статистических методов, сформулированы выводы и практические рекомендации, подготовлены научные публикации, составлен текст диссертации и автореферата, презентация. Разработана модель Центра и Школы психореабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 14.01.06 – «Психиатрия», занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пункту 4 специальности «Психиатрия».

#### **Публикации**

По теме диссертационного исследования опубликовано 26 научных работ, в том числе 15 – в журналах, включенных в перечень периодических научных и научно-практических изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации основных результатов диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Две статьи опубликованы на английском языке.

#### **Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 319 страницах машинописного текста (285 страниц – основной текст, 34 страницы – указатель цитированной литературы); состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы (289 наименований, из них 130 зарубежных). Диссертация иллюстрирована 78 рисунками, 5 формулами и 2 схемами. Цифровой материал представлен в 69 таблицах.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ медико-демографических показателей Саратовской области. Анализ показал, что с начала 2009 г. до 2018 г. в области наблюдается устойчивая депопуляция населения. Так, показатель численности населения к 2018 г. снизился на 4,2% по сравнению с 2009 годом, причинами снижения являются естественная убыль населения, демографические и миграционные процессы, преобразование городских поселений в сельские населенные пункты. За последние 10 лет показатель смертности уменьшился на 8,5%; показатель рождаемости в основном увеличивался. Максимальные значения отмечены в 2016 и 2017 годах (11,5 на тыс. человек населения). Минимальный уровень отмечался в 2009 г. (10,2 на тыс. человек населения). Показатели «Численность населения» и «Рождаемость», «Численность населения» и «Смертность», «Смертность» и «Рождаемость» связаны между собой значительно и тесно с различной направленностью, коэффициенты корреляции соответственно составляют -0,84, 0,74, -0,72. Несмотря на улучшение демографических показателей в целом, прирост населения все же остается отрицательным.

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

Изучена динамика основных эпидемиологических показателей пациентов с психическими расстройствами (в частности шизофренией) в Саратове, Саратовской области и Российской Федерации. За последние 10 лет число взятых под диспансерное наблюдение психически больных заметно уменьшилось. Так, показатель по Саратовской области в 2009 году составил 1688 в расчете на 100 тыс. населения, тогда как в 2018 году – 1556,1 на 100 тыс. населения (снизился на 7,9%). По городу отмечалась аналогичная тенденция – показатель снизился с 1641,8 до 1494,4 человек на 100 тыс. населения (на 9,0%). Тенденция снижения показателя «Распространенность психических



расстройств» за последнее десятилетие подтверждается сильными обратными связями (г от -0,90 до -0,92).

В структуре всех психических расстройств распространенность шизофрении достаточно высока. Так, в 2018 году доля пациентов с шизофренией, состоящих на диспансерном наблюдении, из общего количества больных с психическими расстройствами в расчете на 100 тыс. населения по Саратовской области составила 24,4%, по Саратову – 33,6%, тогда как по РФ – 13,8%. При анализе уровня заболеваемости больных с впервые в жизни установленными психическими расстройствами (шизофрения, непсихотические психические расстройства и умственная отсталость) по городу Саратову превышал аналогичный показатель по Саратовской области. В 2009 году уровень заболеваемости по Саратовской области составил 63,1 на 100 тыс. населения. Максимальные значения отмечались в 2010, 2013 и 2017 гг. (68,7; 68,4 и 68,9 на 100 тыс. населения соответственно). Минимальные показатели были в 2016 и 2018 гг. (56,6 и 57,8 на 100 тыс. населения соответственно). Заболеваемость шизофренией среди всех психических расстройств как по городу, так и по области с 2009 по 2018 гг. характеризуется в основном динамикой в виде уменьшения показателя, что согласуется с данными по РФ. При этом можно отметить, что уровень заболеваемости шизофренией и по Саратову, и по Саратовской области был выше, чем в РФ. Показатель «Число посещений психиатра по поводу психических заболеваний» увеличился на 12% по области (109,5 на 1000 жителей) и на 19,8% по городу (119,8 на 1000 жителей). При анализе показателя «Количество больных, снятых с диспансерного наблюдения» по Саратову и Саратовской области, отмечается динамика в виде уменьшения числа пациентов. В 2009 году значения данного показателя составили 39,8 на 100 тыс. населения по городу и 40,4 на 100 тыс. населения по области. В 2018 году отмечалось снижение количества снятых с диспансерного наблюдения больных на 18,3% по области (32,5 на 100 тыс. населения) и на 27,7% по городу (29,2 на 100 тыс. населения). Число больных с шизофренией, имеющих впервые установленную группу инвалидности, в Саратовской области снизилось на 57,7%, т.е. с 242 пациентов до 102 (для сравнения, по РФ в целом снижение аналогичного показателя составило 21,4%). При анализе числа пациентов с повторно подтвержденной инвалидностью в динамике за 10 лет выявлено, что в период с 2009 по 2018 гг. отмечалось их постепенное снижение на 58,8%, т.е. с 1693 до 698 человек. Полученные результаты раскрывают

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

Для оценки психического состояния больных параноидной шизофренией использовался набор шкал, способных измерить в баллах разные аспекты жизни пациентов данной категории: социальные, когнитивные и клинические (Таблица 2, 3).

Таблица 2 – Оценка психического состояния (социальный аспект) пациентов с шизофренией

Шкала	Психическое состояние пациента		
	«Неудовлетворительное»	«Удовлетворительное»	«Хорошее»
<b>Оценка СФ и КЖ 1-4 (10 показателей)</b>	10-20	21-29	30-40
<b>Мориски—Грина 0-4</b>	0	1-2	3-4
<b>«Hinting Task» 0-20</b>	0-6	7-13	14-20
<b>«Лица Экмана» 0-14</b>	0-4	5-9	10-14
<b>Общий балл</b>	10-32	33-55	56-78
<b>Балл комплексной оценки результата лечения (баллы)</b>	1	2	3

В таблицах приведены градации баллов состояния пациентов по различным шкалам: шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS); опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (СФ и КЖ); методика оценки эмоционального интеллекта «Лица Экмана»; методика оценки социального интеллекта «Hinting Task»; «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» (Таблица 2, 3).

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

Таблица 3 – Оценка психического состояния (клинический аспект) пациентов с параноидной шизофренией

Шкала	Психическое состояние пациента		
	«Неудовлетворительное»	«Удовлетворительное»	«Хорошее»
PANSS P 49-7	49-35	34-20	19-7
PANSS N 49-7	49-35	34-20	19-7
PANSS G 112-16	112-80	79-48	47-16
<b>Общий балл</b>	210-151	150-90	89-30
<b>Балл комплексной оценки результата лечения (баллы)</b>	1	2	3

Каждой категории был присвоен балл: 1, 2 и 3 соответственно. Для каждой из шкал согласно данной градации предложены диапазоны баллов.

Так как в комплексной оценке психического состояния пациентов применяли 7 шкал, минимальное количество баллов составляет 7, максимальное – 21. Методом сигмальных отклонений ряд разбит на интервалы: 7-11 баллов соответствует «неудовлетворительному» состоянию, 12-16 – «удовлетворительному», 17-21 балл – «хорошему». Такая комплексная оценка психического состояния больных помогает оптимизировать анализ влияния различных методов терапии, упростить диагностическую тактику и персонифицировать алгоритм лечения.

Шкала комплексной оценки результата лечения разработана и апробирована автором и ранее не применялась. Комплексная оценка состояния больных по данной шкале помогает оптимизировать анализ влияния различных методов терапии, упростить диагностическую тактику, прогнозировать результаты лечения и персонифицировать алгоритм лечения пациентов с шизофренией с целью снижения социальной дезадаптации.

При обследовании по шкале для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных установлены вектор и степень значимости изменения изучаемых показателей качества жизни и социального функционирования в зависимости от вида фармакотерапии, длительности расстройства и лечения, а также наличия проводимых реабилитационных программ. При анализе влияния вида фармакотерапии на показатели качества жизни и социального функционирования в

пределах I и IV этапов были отмечены более высокие значения практически всех параметров опросника при назначении атипичных антипсихотиков, у показателя «Интеллектуальная продуктивность» баллы также были выше в данной группе, но лишь на IV этапе наблюдения. У пациентов, получающих типичные нейролептики, изучаемый показатель составляет 2,81 балла, что статистически значимо меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные нейролептики (3,04 балла) ( $p=0,002$ ). Показатель «Трудоспособность», напротив, был выше у пациентов, получающих лечение типичными нейролептиками, на I и IV этапах (2,38 балла).

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

При анализе результатов исследования в зависимости от наличия проводимых реабилитационных программ, в группе реабилитируемых пациентов в пределах обоих этапов лечения максимальными были такие показатели как «Трудоспособность» (2,93 и 2,84 балла соответственно) и «Удовлетворенность жилищными условиями» (3,35 и 3,32 балла соответственно), показатель «Общее благополучие» также имел высокие значения в данной группе пациентов, но лишь на IV этапе лечения (3,04 балла).

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

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

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

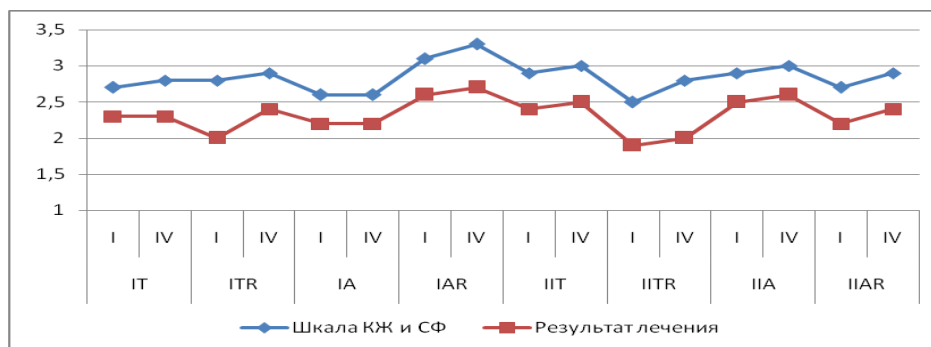


Рисунок 1 – Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии по шкале КЖ и СФ со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

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

При анализе динамики продуктивных симптомов наиболее выраженное снижение симптоматики на IV этапе по сравнению с I отмечено в IT (от 21,0 до 15,0 баллов, на 28,6%), IIT (от 23,8 до 18,9, на 20,6%), IITR (от 19,6 до 15,0 баллов, на 23,5%), IAR (от 20,1 до 11,3 балла, на 43,8%) и IIAР (от 23,6 до 14,0 баллов, на 40,7%) группах.

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

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

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

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

При анализе результатов исследования в зависимости от изучаемых факторов, наиболее высокие показатели отмечались в группах пациентов с ППЭ, получающих терапию атипичными нейролептиками, при этом наилучшие показатели были отмечены на IV этапе лечения у реабилитируемых пациентов. Так показатель состояния пациентов с первым психотическим эпизодом статистически значимо выше и на I этапе лечения (5,2 балла), и на IV этапе (5,8 балла) ( $p < 0,05$ ). В паре групп с отсутствием и наличием

реабилитационных программ у пациентов, получающих реабилитацию, отмечен «правильный порядок» между I и IV этапами наблюдения (5,4 и 6,0 баллов) и различия статистически значимы ( $p=0,04$ ). Состояние нереабилитируемых пациентов оценивается в 4,5 балла на I этапе и 4,6 балла на IV, различия статистически незначимы ( $p=0,09$ ).

При анализе соразмерности оценки состояния пациентов и изучаемых групп с результатами лечения по шкале комплексной оценки выявлено, что у лиц, принимающих атипичные нейролептики в сочетании с реабилитацией, показатели эмоционального интеллекта по методике «Лица Экмана» выше по сравнению с группой TR (IAR – 6,4 и 8,1 балла, IIAR – 5,9 и 6,2 балла; ITR – 4,8 и 5,4 балла, IIIR – 4,3 и 4,4 балла на I и IV этапах соответственно (Рисунок 2).

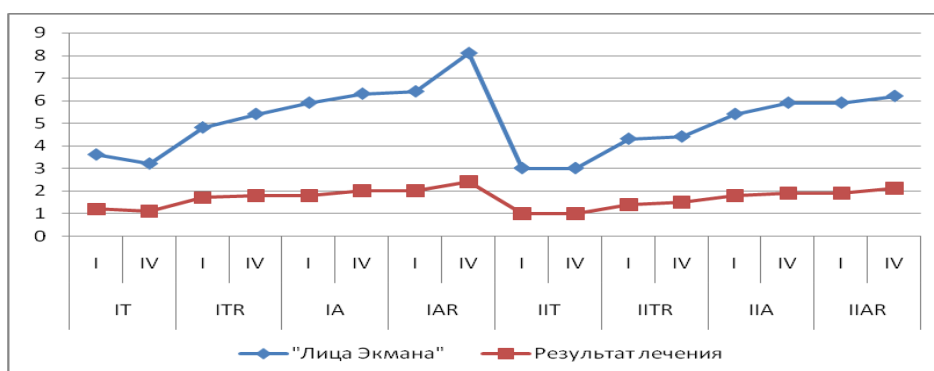


Рисунок 2 – Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии по методике «Лица Экмана» со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

Подобная картина наблюдается и при оценке результатов лечения по предложенной шкале комплексной оценки (IAR – 2,0 и 2,4 балла, IIAR – 1,9 и 2,1 балла; ITR – 1,7 и 1,8 балла, IIIR – 1,4 и 1,5 балла на I и IV этапах соответственно).

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

этапе (при назначении атипичных нейролептиков показатель увеличивается до 19,5 балла) (Рисунок 3).

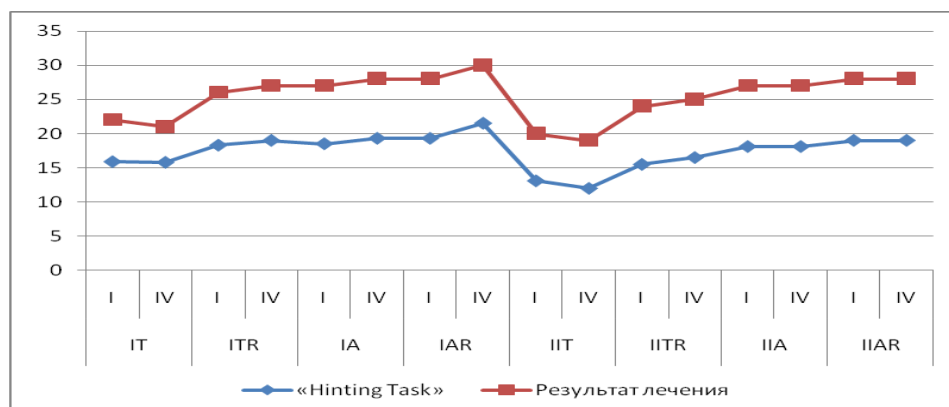


Рисунок 3 – Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии по методике «Hinting Task» со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

В группах с реабилитацией показатель социального интеллекта на I этапе составил 18,0 баллов, на IV – 19,0 баллов («порядок правильный», различия статистически значимы,  $p < 0,05$ ) по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (16,4 и 16,3 балла соответственно). У первичных пациентов показатель социального интеллекта значительно выше (18,0 и 18,9 балла на I и IV этапах наблюдения) по сравнению с длительно болеющими (16,4 балла на обоих этапах), различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ) (Рисунок 3).

Выявлены закономерности изменчивости показателя комплаенса в исследуемых выборках при применении шкалы Мориски-Грина. Наиболее комплаентными являются пациенты, получающие атипичные нейролептики в сочетании с реабилитационными мероприятиями.

Установлены направление и степень изменения показателя комплаентности в парах групп в зависимости от влияния факторов: вид фармакотерапии, реабилитация, длительность расстройства и лечения. Наиболее впечатляющий эффект отмечен в группах реабилитируемых пациентов, получающих атипичные нейролептики (3,2 и 3,3 балла соответственно на I и IV этапах), которые влияют более значительно на исход лечения и адаптационные возможности пациента по сравнению с типичными (2,5 балла на обоих этапах), «порядок правильный», различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). В группах с реабилитацией показатель комплаенса на I этапе составил 3,1 балла, на IV – 3,2 балла («порядок правильный», различия статистически значимы,  $p < 0,05$ ) по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (2,6 балла на обоих этапах



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

Анализ соразмерности показателя комплаенса в исследуемых группах с результатами лечения по предложенной шкале комплексной оценки (ШКОРЛ) показал, что динамика показателя комплаенса соизмерима с динамикой результата лечения (Рисунок 4).

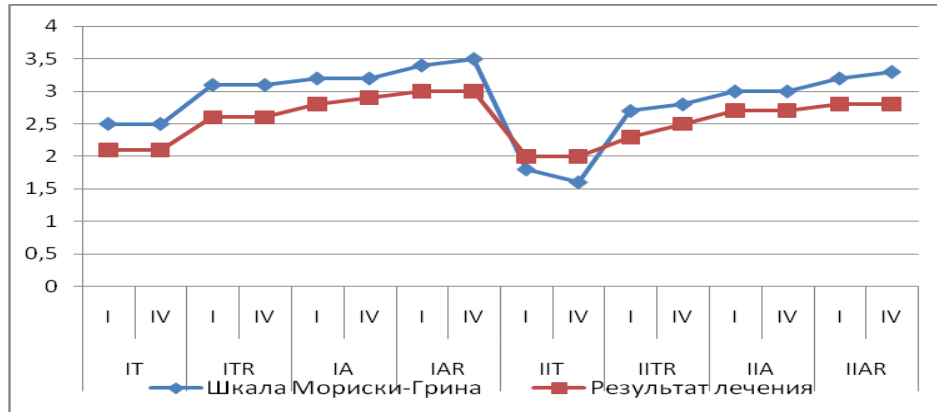


Рисунок 4 – Соразмерность оценки комплаенса пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии со шкалой комплексной оценки результатов лечения по предложенной схеме

Корреляционный анализ выявил тесные прямые (КЖ и СФ, «Лица Экмана», Мориски-Грина, «Hinting Task») и обратные (PANSS P, N, G) связи с показателем «Результат лечения», что позволило применить регрессионный анализ для прогнозирования результата лечения по показателям диагностических шкал (Таблица 4).

Таблица 4 – Матрица корреляций результата лечения по шкале комплексной оценки с показателями диагностических шкал

Показатель	Диагностические шкалы						
	КЖ и СФ	PANSS P	PANSS N	PANSS G	«Лица Экмана»	Мориски-Грина	«Hinting Task»
<b>Результат лечения</b>	0,86	-0,85	-0,87	-0,87	0,89	0,85	0,86

Множественный регрессионный анализ позволил вывести формулу регрессионного уравнения для прогнозирования результата лечения больных параноидной шизофренией по показателям диагностических шкал, служащих для оценки психического состояния пациентов ( $p = 0,00$ ;  $R^2 = 0,76$ ) (формула 1).

$$\text{Результат лечения} = 1,431 + \text{КЖ и СФ} \times 0,334 + \text{P} \times -0,15 + \text{N} \times 0,079 + \text{G} \times 0,1 + \text{ЛЭ} \times 0,205 + \text{М-Г} \times 0,091 + \text{НТ} \times 0,082$$

При результате лечения в 7–11 баллов прогноз неблагоприятный (психическое состояние «неудовлетворительное» и оценивается в 1 балл), в 12–16 баллов – прогноз и состояние «удовлетворительные» (оцениваются в 2 балла), в 17–21 балл – прогноз благоприятный (психическое состояние «хорошее», оценивается в 3 балла).

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

Несмотря на отмеченное нами улучшение параметров когнитивного функционирования у больных шизофренией при применении атипичных нейролептиков в сочетании с реабилитацией, большинство из показателей не достигало нормы к моменту окончания исследования. Это подтверждает факт о том, что когнитивный дефицит является фундаментальной частью психопатологии и нейроморфологии шизофрении и его проявления не до конца доступны даже современным антипсихотикам.

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

Выявлено, что в реабилитируемых группах (IAR, ITR, IIAR, IITR) когнитивный уровень статистически значимо выше по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (IA, IT, IIА, IIT) ( $p<0,05$ ) на 15,2, 18,7, 19, 7,7% соответственно (Рисунок 5).

Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы для родственников пациентов с шизофренией демонстрирует в различных группах различный уровень влияния родственников на психическое состояние больных, который может расцениваться как один и методов

реабилитации. Отмечалась средняя вариабельность изучаемого признака в диапазоне от 12,3 до 19,7%.

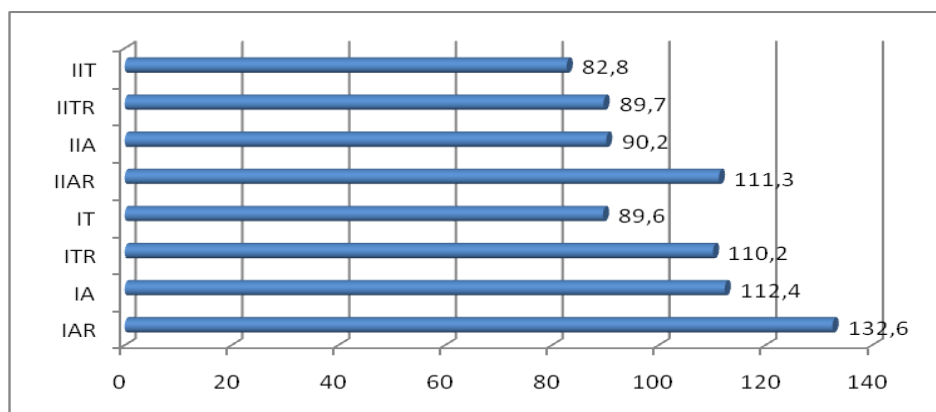


Рисунок 5 – Средние показатели когнитивных нарушений в исследуемых группах на IV этапе наблюдения

Предложенная анкета, позволяющая определить степень выраженности и характер отношения родственников к терапии пациентов с шизофренией, является демонстративным показателем эффективности реабилитации пациентов с шизофренией. В исследуемых группах уровень поддержки родственников отличался в начале и в конце исследования. В результате проведения во время исследования психообразовательной работы уровень поддержки родственников значительно повысился. Так, в группах с наиболее впечатляющим эффектом (реабилитируемые группы) число родственников с «достаточным» уровнем поддержки было значительным, тогда как в нереабилитируемых группах также нередко встречались родственники, активно участвующие в процессе лечения, что подтверждает влияние на результат взаимодействия обязательных основополагающих принципов комплексной системы терапии.

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

Корреляционный анализ показал высокую степень связи участия родственников в общей системе терапии больных шизофренией. Так, корреляции результатов лечения с показателями по «Карте оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности

психообразовательной программы» (КОУЗ) составили 0,75; с показателями по анкете участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией (Анкета) – 0,82.

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

Множественный регрессионный анализ позволил получить формулу, по которой можно прогнозировать результат лечения и следить за психическим состоянием пациентов в динамике по показателям психореабилитации ( $p = 0,000$ ,  $R^2 = 0,78$ ) (формула 2).

$$\text{Результат лечения} = -1,71 + \text{КОУЗ} \times 0,35 + \text{Анкета} \times 0,38 + \text{Векслер} \times 0,24$$

Результат лечения детерминирован улучшением показателей по КОУЗ, Анкете и Векслеру (коэффициент детерминации составляет 0,78).

Анализ встречаемости различных типов ремиссий в исследуемых группах показал, что ремиссии типа «А» встретились лишь в реабилитируемых группах у пациентов с первым психотическим эпизодом: в IAR группе у 6 пациентов (9,7%), в ITR – у трех (8,6%); в этих же группах преобладали пациенты с «В» типом ремиссии (у 40 пациентов (64,5%) и 20 (57,1%) соответственно); тип «С» встретился в 25,8% (16 пациентов) в IAR группе и в 31,4% (11 пациентов) в ITR; тип «D» ремиссии встретился лишь в ITR группе у одного пациента (2,9%), в IAR группе такой тип не наблюдали. Максимальное количество ремиссий типа «D» отмечено в ПТ группе (24 пациента – 80,0%), 5 пациентов (16,7%) этой группы имели ремиссии типа «С» и всего один человек – тип «В» (3,3%). В группе ПА 20 пациентов (33,3%) имели ремиссию типа «D», 33 человека (55%) – тип «С», 7 (11,7%) – тип «В», тип «А» ни в ПА, ни в ПТ группах не встретился. В остальных группах соотношение пациентов с различными типами ремиссий отличалось незначительно. Количество обострений у пациентов с параноидной шизофренией можно расценивать также как критерий оценки результата лечения или психического состояния. При благоприятном исходе лечения («хорошее» состояние – 3 балла по шкале комплексной оценки результата лечения) количество обострений составило 1-2 за весь период наблюдения, ремиссии были длительные и

качественные (типы «А» или «В»). При «удовлетворительном» результате лечения (2 балла) количество обострений составило 2-3, при этом, ремиссии носили менее благоприятный характер с преобладанием типов «В» и «С». При «неудовлетворительном» результате лечения (1 балл) количество обострений было максимальным (3-4), наблюдалась дестабилизация ремиссий, ремиссии были непродолжительными, нестойкими и преобладали типы «С» и «D».

Факторный анализ показал, что наибольшую степень влияния на результат лечения оказывают такие факторы, как длительность расстройства (II и I группы) и реабилитация (NR и R группы), средний эффект в этих группах составил -0,9. В парах групп в зависимости от длительности лечения (I и IV этапы) результат лечения соответствовал эффекту -0,8. В парах групп в зависимости от вида фармакотерапии эффект был наименьшим -0,7. Если сумму исследуемых эффектов принять за 100% и выразить эффект в каждой паре групп в процентах, можно говорить о степени влияния каждого фактора на результат лечения (Рисунок 6).

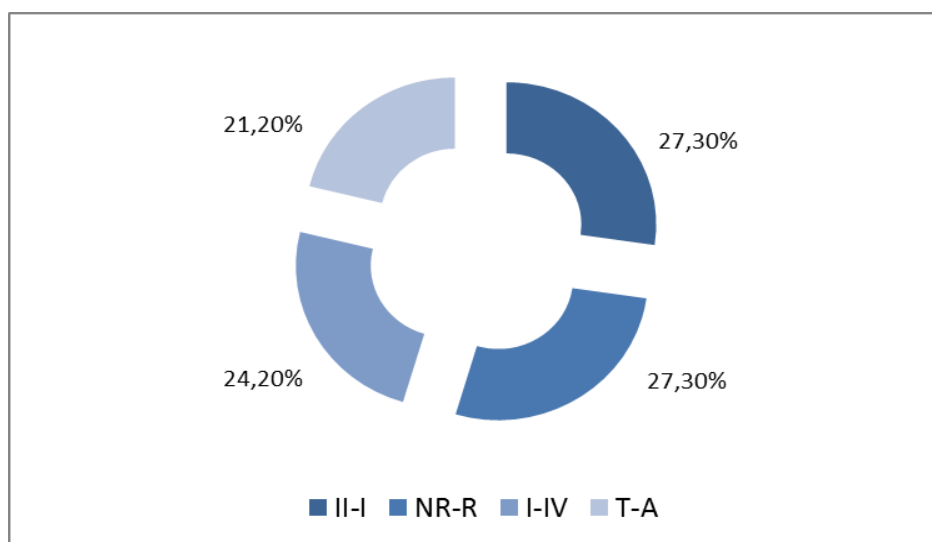


Рисунок 6 – Степень влияния факторов на результат лечения больных шизофренией в исследуемых парах групп

Как объективный фактор, наибольшую степень влияния на результат лечения оказывает наличие или отсутствие реабилитации (27,3%), такую же степень влияния оказывает длительность расстройства, эти два фактора обеспечивают более 50% (54,6%) благоприятного результата лечения. Длительность лечения обеспечивает практически четверть (24,2%) общего эффекта. Несколько ниже (21,2%) на результат лечения оказывает влияние фактор вид фармакотерапии. Максимальное количество пациентов с «хорошим» результатом лечения было отмечено лишь в реабилитируемых группах у

пациентов с первым психотическим эпизодом: в IAR группе у 41 пациент (66,1%); в ITR – у 18 человек (51,4%). Данные результаты подтверждают положительное влияние на результат лечения факторов «Реабилитация» и «Длительность расстройства».

Таким образом, можно сделать вывод о положительном влиянии на результат лечения таких факторов, как наличие психосоциальной реабилитации (27,3%), длительность расстройства (27,3%), длительность терапии (24,2%) и вид фармакотерапии (21,2%). Хотя некоторые различия в степени влияния исследуемых факторов на результат лечения больных шизофренией и выявлены, но они не имеют статистической значимости ( $p > 0,05$ ) и правомочно судить об их равноценном влиянии на исход лечения.

Для оценки диагностической эффективности (специфичности, чувствительности и общей надежности или точности) ШКОРЛ был проведен сравнительный анализ динамики тяжести психического состояния у реабилитированных (ITR, IAR, ПТР и ПАР) и нереабilitированных (IT, IA, ПТ, ПА) пациентов на I и IV этапах.

При проведении оценки ориентировались на разность баллов в начале и в конце наблюдения. При различии в 1,1-1,8 балла улучшение считали истинно положительным, при различии в 2,1-2,2 балла – ложно положительным, если различия составляли 0,1-0,9 балла результат считали как истинное отсутствие улучшения и при разнице в 1,9-2,0 балла констатировали ложное отсутствие улучшения. Истинно положительный результат (улучшение) в основном был выявлен у пациентов, получающих психореабилитационные мероприятия (207 пациентов), 13 пациентов имели ложно положительное улучшение (ложно положительное решение), 185 пациентов преимущественно из групп больных, не проходивших реабилитацию, продемонстрировали отрицательный результат – истинное отсутствие улучшения (истинно отрицательный результат) и 10 человек – ложное отсутствие улучшения (ложно отрицательный результат) психического состояния к окончанию исследования. Чувствительность (Se) метода составила 95,4%; Специфичность (Sp) – 5,1%; общая точность (надежность) (R) – 94,5%.

Проведенный анализ показал достаточные значения специфичности, чувствительности и надежности диагностической шкалы комплексной оценки результата лечения для высокого уровня безошибочного суждения.

Надежность и валидность диагностической шкалы комплексной оценки результатов лечения оценивали в 1-ом и 2-ом полугодиях IV этапа наблюдения. Коэффициент надежности –  $Cr=0,91$ ; коэффициент стабильности –  $Cs=0,89$ ; коэффициент константности –  $Cc=0,86$ .

Диагностическая шкала комплексной оценки результатов лечения показала высокие значения надежности, валидности, чувствительности и специфичности.

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

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

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

Целью создания Центра психореабилитации является формирование модели и алгоритма помощи пациентам с параноидной шизофренией и их родственникам, которые обеспечат эффективную работу психиатрической службы по раннему

выявлению, подбору лечения и психосоциальной реабилитации данной категории пациентов, а также помогут адаптировать членов семьи психически больного к сложившейся ситуации.

Основные виды деятельности Центра психореабилитации в составе психиатрической службы области:

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

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

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

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

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

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

7. Своевременное назначение и проведение реабилитационных мероприятий для пациентов с ППЭ и их родственников. На основании проведенного исследования в



качестве основных методов реабилитации пациентов с шизофренией следует выделить: персонифицированную комплаенс-терапию, динамическое проведение компьютерного варианта теста Векслера (WAIS v. 2.2.1) в качестве когнитивного тренинга, адаптированного в зависимости от степени когнитивного дефицита, психообразование. При формировании психообразовательных реабилитационных программ для родственников психически больного необходимо использовать «Карту оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», а также анкету участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией и, с учетом уровня информированности родственников о проблеме психического заболевания, планировать комплекс обучающих мероприятий.

8. Осуществление взаимодействия с районами области по основным направлениям деятельности Центра психореабилитации, включая разработку территориальных программ на уровне центральных районных больниц (ЦРБ), внедрение алгоритма помощи пациентам с шизофренией и их родственникам. В рамках данного направления также предусматривается организационно-методическая работа, подразумевающая оказание научно-практической и консультативно-методической помощи другим заинтересованным специалистам.

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

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

включающая стационарное и амбулаторное отделения на базе ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер», может быть организована в городе Балаково.

Стационарное отделение Центра психореабилитации необходимо для реабилитации больных шизофренией с выраженными стойкими явлениями социальной и социально-трудовой дезадаптации после выведения пациента из острого состояния. Программа стационарной реабилитации рассчитана на 1 месяц.

Показания к направлению больных с шизофренией в стационарное отделение Центра психореабилитации:

- больные с шизофренией с длительностью расстройства более пяти лет со стойкими явлениями социальной и социально-трудовой дезадаптации, нуждающиеся в стационарной психореабилитации до выписки из больницы;
- больные с первым психотическим эпизодом после стационарного лечения;
- больные после обострения заболевания, или с остаточной психотической симптоматикой при сохранении упорядоченного поведения.

Программа стационарного отделения Центра психореабилитации включает диагностические мероприятия и непосредственно психосоциальную реабилитацию. Диагностика проводится на первой неделе пребывания пациента в стационарном отделении Центра врачом-психиатром (PANSS–шкала, подтверждающая отсутствие острого психического состояния; КЖ и СФ – опросник, оценивающий уровень качества жизни и социального функционирования; ШКОРЛ – шкала комплексной оценки результата лечения, показывающая степень психических нарушений) и клиническим психологом (ЛЭ – шкала, определяющая уровень эмоционального интеллекта, НТ – шкала, определяющая уровень социального интеллекта; М-Г – шкала приверженности лечению; диагностический тест Векслера – тест, определяющий уровень интеллекта; КОУЗ – карта оценки уровня знаний и эффективности психообразовательной программы для родственников; Анкета, оценивающая участие родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией).

Полипрофессиональная персонифицированная реабилитация включает комплаенс-терапию, психообразовательную работу и проведение сеансов краткого психосоциального вмешательства с пациентами и их родственниками, а также когнитивный тренинг.

Метод комплаенс-терапии предусматривает наличие у пациентов доверительных отношений, взаимопонимания и должного контакта с лечащим врачом-психиатром, заинтересованного участия в процессе терапии, позволяющих минимизировать нарушения пациентами предписанных медицинских рекомендаций. Комплаенс-терапия проводится врачом-психиатром регулярно на протяжении пребывания пациента в стационарном отделении Центра.

Для психообразования пациентов с параноидной шизофренией и их родственников автором разработано психообразовательное «Пособие для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников», которое представляет собой необходимый алгоритм помощи. В пособии содержатся основные аспекты проблемы: описание клинической картины заболевания, особенностей поведения с психически больным, видов служб помощи и характера помощи пациентам с шизофренией. При прохождении психореабилитации все описанные в пособии проблемы, а также появившиеся новые вопросы проговариваются и обсуждаются адресно с врачом-психиатром, клиническим психологом или специалистом по социальной работе.

Помимо образовательного пособия с пациентами и их родственниками проводились сеансы краткого психосоциального вмешательства (КПВ). На этапе подготовки пациентам и их родственникам объяснялся смысл и необходимость проведения занятий, они мотивировались на добровольное участие в терапии.

Сеансы включали в себя следующие темы для обсуждения:

1. Причины психического расстройства и методы диагностики. Мифы и реальность.
2. Основные проявления и варианты течения расстройства. Обострения и ремиссии.
3. Возможности лечения. Принципы фармакотерапии. Необходимость длительного, непрерывного лечения.
4. Вопросы психосоциальной реабилитации. Стигматизация.

Сессии должны проводиться еженедельно отдельно с группами пациентов (группа от 2 до 5 человек) и родственников (группа от 2 до 12 человек). Все сеансы КПВ проводятся врачом-психиатром совместно с клиническим психологом. К участию в обсуждении заключительной темы (на 4-й неделе) привлекается специалист по социальной работе.

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

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

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

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

По окончании стационарного этапа психореабилитации пациент продолжает получать реабилитацию в амбулаторном отделении Центра, рассчитанную на 1 год.

Показания к направлению больных с параноидной шизофренией в амбулаторное отделение Центра психореабилитации:

- стабилизация психического состояния у пациентов, или остаточная психотическая симптоматика при сохранении упорядоченного поведения;

- пациенты, нуждающиеся в активных психосоциальных реабилитационных мероприятиях с целью повышения уровня социального функционирования, возвращения к активной жизни и адекватному взаимодействию с семьей, окружающими и к трудовой деятельности;

- пациенты, относящиеся к наиболее уязвимым группам: одинокие, с недостаточным комплаенсом с врачом диспансера, нарушающие режим лечения, с частыми госпитализациями, с внутрисемейными конфликтами;

- пациенты с различными особенностями социальной дезадаптации, нуждающиеся в восстановлении бытовых навыков, навыков общения с окружающими, расширения взаимодействия в социальной сети;

- пациенты, нуждающиеся в различных видах социальной поддержки (восстановление документов, пенсионного обеспечения, повышение социально-правовой грамотности и т.п.);

- пациенты с социально-трудовой дезадаптацией.

Годовая программа включает несколько этапов. В начале каждого квартала проводится диагностический блок врачом-психиатром (PANSS, КЖ и СФ, ШКОРЛ) и клиническим психологом (ЛЭ, НТ, М-Г, КОУЗ, Анкета), в зависимости от результатов по ШКОРЛ назначается определенный режим психореабилитационных мероприятий. Комплаенс-терапия, психообразовательная работа по пособию и сеансы КПВ проводятся при удовлетворительном состоянии пациента (по ШКОРЛ 2 балла) 2 раза в месяц (6 раз в квартал), при хорошем состоянии (по ШКОРЛ 3 балла) 1 раз в месяц (3 раза в квартал).

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

При вовлечении родственников в процесс реабилитации пациентов с шизофренией на амбулаторном этапе также учитывается их уровень знаний и отношение к терапии, которые определяют частоту проведения психообразовательной

работы. При уровне знаний 16-36 баллов (низкий) и недостаточном отношении родственника к терапии (26-34 балла) частота проведения психообразовательной работы составляет 3 раза в месяц (36 раз за весь период амбулаторной реабилитации), при среднем уровне знаний (37-58 баллов) и удовлетворительном отношении (35-43 балла) – 2 раза в месяц (24 раза в год), при высоком уровне знаний (59-80 баллов) и достаточном отношении к терапии (44-52 балла) – 1 раз в месяц (12 раз в год).

Противопоказания к направлению в Центр психореабилитации: больные с тяжелыми, в том числе, хроническими соматическими расстройствами в стадии декомпенсации; больные, не желающие получать социально-реабилитационные мероприятия; больные с острыми психотическими состояниями и выраженными нарушениями поведения; психически больные с болезнями зависимости, за исключением больных, находящихся в стойкой ремиссии.

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

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

Целью работы Школы психореабилитации является повышение мотивации к психореабилитации, выполнению пациентами врачебных рекомендаций, содействие формированию партнерских отношений «врач–пациент», психообразование и просвещение.

Посещение Школы психореабилитации формирует у пациентов с шизофренией и их родственников ответственность, рациональное и активное отношение к терапии, повышает мотивацию к лечению и реабилитации, а также соблюдению режима терапии. Применение знаний, полученных слушателями в Школе психореабилитации, будет способствовать улучшению психического состояния, качества жизни и социального функционирования пациентов, страдающих параноидной шизофренией, а также повышению уровня информированности психически больных и их родственников.

### Основные задачи Школы психореабилитации:

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

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

Работа Школа психореабилитации заключается в проведении интерактивных групповых занятий (группы от 2 до 5 человек) на базе амбулаторного отделения Центра психореабилитации. Занятия с родственниками проводятся в виде Школы выходного дня по субботам. С пациентами занятия проводятся вне острого состояния 2 раза в неделю в будние дни. Длительность занятий составляет 1 час. Всего 11 занятий по программе. Возможно проведение дополнительных занятий по запросу группы. На отдельные занятия приглашаются специалист по социальной работе и врач-психиатр. По

итогах проведения занятий пациенты получают домашние задания, результаты которых обсуждают на последующих встречах с клиническими психологами.

Темы для обсуждения в Школе психореабилитации:

1. Знакомство, цели и задачи группы, нормы и патологии;
2. Причины, течение, прогноз психических расстройств;
3. Продуктивные симптомы;
4. Негативные симптомы;
5. Общая симптоматика;
6. Фармакотерапия;
7. Немедикаментозные формы помощи при психических расстройствах;
8. Тревожные симптомы, тактика поведения с пациентом при обострении симптомов психического заболевания;
9. Мифы о шизофрении;
10. Правовые вопросы;
11. Подведение итогов.

Создание Центра психореабилитации на базе ГУЗ «Саратовский ГПНД» и ГУЗ «Областной клинической психиатрической больницы Святой Софии» позволит обеспечить тесное взаимодействие с районами города Саратова и Саратовской области в соответствии с одним из основных принципов оказания психиатрической помощи – принципом территориальности, что значительно расширит возможности оказания психиатрической помощи больным шизофренией на любом этапе наблюдения, включающей всесторонние аспекты проблемы социальной адаптации (профилактический, диагностический, терапевтический, реабилитационный, социально-правовой, организационно-методический).



## ВЫВОДЫ

1. Анализ показателей психического здоровья населения Саратова и Саратовской области и деятельности психиатрической службы региона за последнее десятилетие показал необходимость оптимизации работы психиатрических учреждений; позволил разработать региональную модель оказания психиатрической помощи с акцентом на психосоциальную реабилитацию в комплексной терапии больных с параноидной шизофренией и обосновать необходимость организации Центра психореабилитации с полипрофессиональными стационарным и амбулаторным реабилитационными отделениями.

2. Полипрофессиональный, персонифицированный подход к терапии и психосоциальной реабилитации больных с параноидной шизофренией показал высокую эффективность в достижении положительных результатов лечения и достаточного уровня социальной адаптации, обеспечил непрерывность наблюдения, своевременную маршрутизацию, динамический алгоритм помощи данной категории пациентов и их родственникам.

3. Применение предложенного компьютеризированного варианта теста Векслера наряду с диагностическим является одним из методов психореабилитации, позволяющим не только оценивать сохранность когнитивных функций в динамике, но и выступать в роли когнитивного тренинга с целью повышения социальной адаптации пациентов.

4. Разработанная анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией позволит определить уровень комплаентности в динамике и оптимизировать психосоциальную реабилитацию.

5. Разработанная шкала комплексной оценки результатов лечения позволит объективизировать критерии оценки тяжести психического состояния пациентов и прогнозировать динамику расстройства с учетом типа ремиссии (при «хорошем» состоянии в 3 балла по шкале комплексной оценки результата лечения отмечаются ремиссии типов «А» или «В»; при «удовлетворительном» результате лечения в 2 балла преобладают ремиссии типов «В» и «С»; при «неудовлетворительном» результате лечения в 1 балл, ремиссии непродолжительные, нестойкие с преобладанием типов «С» и «D»).

6. На результат лечения и уровень адаптации пациентов с параноидной шизофренией оказывают влияние такие факторы, как психосоциальная реабилитация (27,3%), длительность расстройства (27,3%) и лечения (24,2%), а также вид проводимой фармакотерапии (21,2%).

7. Разработанные в качестве математической модели формулы регрессионных уравнений позволят прогнозировать результат лечения по показателям диагностических шкал, проводимым психореабилитационным мероприятиям и оптимизировать подход к комплексному ведению больных.

8. Центр психореабилитации обеспечивает непрерывное системное ведение больных параноидной шизофренией, с активным вовлечением родственников в процесс реабилитации. Бригадный, полипрофессиональный подход в работе Центра позволяет решать проблемы диагностики, профилактики, лечения, повышения уровня адаптации, психосоциальной реабилитации, социально-правовой и организационно-методической направленности. Школа психореабилитации при амбулаторном реабилитационном отделении оказывает помощь в работе с группами риска. Деятельность Центра способствует улучшению преемственности стационарного и амбулаторного звеньев, что повышает эффективность работы лечебных психиатрических учреждений региона по основным показателям.

## Практические рекомендации

Комплексный подход к терапии и психосоциальной реабилитации больных шизофренией позволяет улучшить качество оказания психиатрической помощи, способствует социальной и трудовой адаптации пациентов, их интеграции в общество. Для оптимизации оказания помощи больным параноидной шизофренией и их родственникам в регионе целесообразна организация Центра психореабилитации, включающего стационарное и амбулаторное отделения. Для обеспечения работы отделений Центра необходимо создание полипрофессиональной бригады, включающей врача-психиатра, клинического психолога и специалиста по социальной работе.

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

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

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

Рекомендуется включить психосоциальную работу в повседневную практику учреждений, оказывающих психиатрическую помощь в регионе. Психосоциальные вмешательства должны предусматривать применение комплаенс-терапии; психообразовательной работы с пациентами; краткие психосоциальные вмешательства; проведение когнитивного тренинга в виде компьютеризированного варианта теста Векслера.

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

**Список научных работ, опубликованных по теме диссертации**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

23. **Samoylova, D.** The actual aspects of complex scale applying for treatment result evaluation in patients with paranoid schizophrenia / D. Samoylova, Y. Baryl'nik, S. Pakhomova, J. Abrosimova // **Материалы международного конгресса «Multidisciplinary**

aspects of personalized approach to mental health problems». М., 2019. – Vol. 31. – Suppl. 4. – P. 693–695.

24. **Самойлова, Д.Д.** Комплексная оценка результатов лечения пациентов с параноидной шизофренией / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.** – 2021. Т.121, № 1. С. 59–64. [Scopus]

25. **Самойлова, Д.Д.** Комплексный подход к оценке результатов лечения пациентов с параноидной шизофренией / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии** – 2021. – № 2. – С. 131–142. [ВАК]

26. **Самойлова, Д.Д.** Перспективы развития стратегий психосоциальной реабилитации в комплексной терапии пациентов с параноидной шизофренией на территории Саратовской области / Д.Д. Самойлова // **Материалы XVII съезда психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению».** СПб., 2021. – С. 1917–1919.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

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

**Векслер** – стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера;

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

**КПВ** – краткое психосоциальное вмешательство;

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

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

**ППЭ** – первый психотический эпизод;

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

**ШКОРЛ** – шкала комплексной оценки результата лечения;

**G** – общие симптомы;

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

**N** – негативные симптомы;

**P** – позитивные симптомы;

**PANSS** – шкала позитивных и негативных симптомов.