

Разработка мероприятий по совершенствованию медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией

С.Н. Гончаренко ✉, А.А. Шмилович

ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России; Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель. Обоснование эффективности реализации дифференцированных программ медико-социальной реабилитации добровольно госпитализированных больных параноидной шизофренией для снижения количества госпитализаций.

Дизайн: сравнительное проспективное исследование.

Материалы и методы. В исследование вошли 100 больных параноидной шизофренией, длительность ретроградного и антероградного наблюдения — 3 года. На основе проведенного клинического исследования клинко-социальных детерминант выделены три группы больных в зависимости от выявленных мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью: группа параноидных мотивов (ПМ), ассоциированных с бредовым поведением (35%); группа небредовых психопатологических мотивов (НПМ), ассоциированных с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой (38%); группа непсихопатологических мотивов (НМ), не ассоциированных с психопатологической симптоматикой (27%). Далее на основе оценки соответствия клинических показателей по шкале Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) уровню социальной адаптации по шкале Personal and Social Performance Scale (PSP) выделены группы пациентов, исходя из клинической картины заболевания, когнитивных, негативных и позитивных симптомов, а также адаптационного потенциала, уровня социального функционирования и показателей качества жизни: компенсированная группа (компенсация в клиническом и социальном аспектах — 15%); декомпенсированная группа (декомпенсация в клиническом и социальном аспектах — 53%); адаптированная группа (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией — 20%); конфликтная группа (слабо выраженные клинические проявления (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация — 12%).

Результаты. На основе оценки соответствия клинических показателей уровню социального функционирования для различных групп социальной адаптации больных разработаны дифференциальные программы, направленные на снижение числа госпитализаций, включающие в себя разного рода психосоциальные интервенции. Частота психотических приступов в группе ПМ существенно не изменилась при достаточно значимом снижении количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью — с $1,6 \pm 0,2$ до $1,4 \pm 0,3$ ($t > 2$, $p > 0,95$). В группе НПМ уменьшились и частота психотических приступов, и число самостоятельных обращений (в обоих случаях $t > 2$, $p > 0,95$). В группе НМ достичь статистически значимого снижения количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью при наблюдаемом существенном уменьшении частоты психотических приступов ($t > 2$, $p > 0,95$) не удалось. Значительно уменьшилась длительность госпитализаций в группах НПМ и НМ (с 72 ± 9 до 67 ± 6 и с 38 ± 4 до 34 ± 6 койко-дней ($t > 2$, $p > 0,95$) соответственно) при одновременном возрастании количества дней амбулаторного лечения — с 53 ± 4 до 59 ± 9 и с 42 ± 8 до 48 ± 6 ($t > 2$, $p > 0,95$) соответственно. При этом длительность ремиссии увеличилась только в группе НПМ — с $0,62 \pm 0,25$ до $0,73 \pm 0,19$ года ($t > 2$, $p > 0,95$). Клинически степень выраженности аффективной (депрессивной) симптоматики по шкале Calgary Depression Scale for Schizophrenia снизилась в группах НПМ и НМ (с $10,2 \pm 1,4$ до $9,0 \pm 1,6$ балла и с $7,3 \pm 0,8$ до $6,6 \pm 0,9$ балла ($t > 2$, $p > 0,95$) соответственно), а выраженность психопатологических симптомов по шкале PANSS значимо уменьшилась лишь в группе НМ — с 91 ± 4 до 87 ± 6 баллов ($t > 2$, $p > 0,95$).

Заключение. В основном совершенствование клинко-социальной медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией заключается в синергетическом взаимодополнении психиатрической помощи и социальной реабилитации, обязательном психотерапевтическом и психообразовательном сопровождении назначений лекарственных препаратов.

Ключевые слова: добровольная госпитализация, параноидная шизофрения, медико-социальная реабилитация, психосоциальные интервенции, количество госпитализаций, социальная адаптация.

Для цитирования: Гончаренко С.Н., Шмилович А.А. Разработка мероприятий по совершенствованию медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией. Доктор.Ру. 2024;23(7):63–70. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-63-70

Scientific Justification of Measures to Improve Psychosocial Treatment and Rehabilitation Interventions for Patients with Paranoid Schizophrenia

S.N. Goncharenko ✉, A.A. Shmilovich

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Aim. To substantiate the implementation effectiveness differential programs medical and social rehabilitation voluntarily hospitalized patients with paranoid schizophrenia to reduce the hospitalizations number.

Design. Comparative prospective study.

Materials and methods. The study included 100 patients with paranoid schizophrenia, the retrograde duration and anterograde observation was ≥ 3 years. Based on the clinical study clinical and social determinants, three patient's groups were identified depending

✉ Гончаренко Сергей Николаевич / Goncharenko, S.N. — E-mail: g_sn@bk.ru

on the identified motives for self-seeking psychiatric care: a paranoid motive group (PM) associated with delusional behavior (35%); non-rare psychopathological motives group (NPM) associated with other mental disorders not associated with delusional symptoms (38%); non-psychopathological motives group (NM) not associated with psychopathological symptoms (27%). Further, based on the clinical indicators compliance assessment according to the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) with the social adaptation level according to the Personal and Social Performance Scale (PSP), patients groups were identified based on the disease clinical picture, cognitive, negative and positive symptoms, as well as adaptation potential, social functioning level and life indicators quality: compensated group (compensation in clinical and social aspects — 15%); decompensated group (clinical and social decompensation — 53%); adapted group (severe clinical disorders with satisfactory social compensation — 20%); conflict group (mild clinical manifestations (the non-psychotic register disorders) and severe social decompensation — 12%).

Results. Based on the clinical indicators compliance assessment with the social functioning level for various groups of patient's social adaptation, differential programs have been developed aimed at reducing the hospitalizations number, including various psychosocial interventions kinds. The psychotic attacks frequency in the PM group did not change significantly with a sufficiently significant decrease in the independent requests number for psychiatric care from 1.6 ± 0.2 to 1.4 ± 0.3 ($t > 2$, $p > 0.95$). In the NPM group, both the psychotic attacks frequency and the number of independent visits decreased (in both cases, $t > 2$, $p > 0.95$). In the NM group, it was not possible to achieve a statistically significant decrease in the independent requests number for psychiatric care with an observed significant decrease in the psychotic attacks frequency ($t > 2$, $p > 0.95$). The hospitalizations duration in the NPM and NM groups was significantly reduced (72 ± 9 to 67 ± 6 and 38 ± 4 to 34 ± 6 bed days ($t > 2$, $p > 0.95$), respectively) while simultaneously increasing the outpatient treatment days' number from 53 ± 4 to 59 ± 9 and from 42 ± 8 to 48 ± 6 ($t > 2$, $p > 0.95$), respectively. At the same time, the remission increased duration only in the NPM group from 0.62 ± 0.25 to 0.73 ± 0.19 year ($t > 2$, $p > 0.95$). Clinically, the affective (depressive) symptoms severity according to the Calgary Depression Scale for Schizophrenia decreased in the NPM and NM groups (10.2 ± 1.4 to 9.0 ± 1.6 score and 7.3 ± 0.8 to 6.6 ± 0.9 score ($t > 2$, $p > 0.95$), respectively), and the psychopathological symptoms severity according to the PANSS scale significantly decreased only in the NM group from 91 ± 4 to 87 ± 6 scores ($t > 2$, $p > 0.95$).

Conclusion. Basically, the clinical and social medical care for patients with paranoid schizophrenia are the synergistic complementarity psychiatric care and social rehabilitation, mandatory psychotherapeutic and psychoeducational support for medicines prescriptions

Keywords: voluntary hospitalization, paranoid schizophrenia, medical and social rehabilitation, psychosocial interventions, number of hospitalizations, social adaptation.

For citation: Goncharenko S.N., Shmilovich A.A. Scientific justification of measures to improve psychosocial treatment and rehabilitation interventions for patients with paranoid schizophrenia. Doctor.Ru. 2024;23(7):63–70. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-63-70

ВВЕДЕНИЕ

В основном работа реабилитационного звена психиатрической помощи направлена на максимально возможную интеграцию в сообщество психиатрических больных (в т. ч. хронических) и сохранение либо воссоздание потенциально достижимого социально-трудового статуса, уменьшение стигматизации, продолжительную социальную поддержку для удовлетворения базовых социально-бытовых потребностей.

Анализ современных реабилитационных программ свидетельствует, что в большинстве случаев задача психиатрической помощи в настоящее время — полное восстановление в сообществе психиатрических больных (восстановление утраченных навыков, инициализация адаптационно-компенсаторных систем, использование стратегий совладания, заблаговременная (ранняя) психосоциальная реабилитация) [1, 2].

Целью исследования является обоснование эффективности реализации дифференцированных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией для снижения количества госпитализаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отобранные 100 пациентов — 56 женщин в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст — 48 ± 13 лет) и 44 мужчины в возрасте от 22 до 65 лет (средний возраст — 43 ± 12 лет) — наблюдались в мужских и женских участково-территориальных отделениях Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева с диагнозом параноидной шизофрении. На основе проведенного клинического исследования клинко-социальных детерминант выделены три группы больных в зависимости от выявленных мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью: группа параноидных мотивов (ПМ), ассоциированных с бредовым поведением (35%); группа небредовых психопатологических мотивов (НПМ), ассоциированных с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой (38%); группа непсихопатологических мотивов (НМ), не ассоциированных с психопатологической симптоматикой (27%).

В каждой группе проведен анализ клинко-социальных и психопатологических факторов, имеющих прямое отношение к принятию решения об обращении в психиатрический стационар [3].

Далее на основе оценки соответствия клинических показателей по шкале Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) уровню социальной адаптации по шкале Personal and Social Performance Scale (PSP) выделены группы пациентов, исходя из клинической картины заболевания, когнитивных, негативных и позитивных симптомов, а также адаптационного потенциала, уровня социального функционирования и показателей качества жизни [4, 5]: полное коррелирование клинической и социальной адаптации — компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспектах — 15%); декомпенсированная группа (декомпенсация в клиническом и социальном аспектах — 53%); неадекватность клинических проявлений уровню социальной адаптации — адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией — 20%); конфликтная группа (слабо выраженные клинические проявления (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация — 12%).

В исследовании использовались методы доказательной медицины (доказательные исследования в психиатрии), методы диагностики психических расстройств и изучения и оценки здоровья населения. В основу статистической обработки экспериментальных данных положены методы определения показателей вариации, регрессионный анализ, а также расчет коэффициентов ранговой корреляции Спирмена и оценка гипотез по критерию Стьюдента. Расчеты проводились с использованием пакета прикладных программ Statistica.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для различных групп социальной адаптации разработаны дифференцированные программы, направленные на снижение числа госпитализаций, включающие в себя разного рода психосоциальные интервенции, базирующиеся на характерных специфических особенностях данного контингента [6–8].

Основными задачами программ медико-социальной реабилитации компенсированных пациентов (компенсация в клиническом и социальном аспектах) являются удержание и стабилизация имеющихся навыков социального функционирования с неперменной реализацией следующих психосоциальных интервенций: психосоциальной реабилитации (психообразовательных программ для больных и их родственников), индивидуальной эмоциональной вовлеченности, психологического «эскортирования», индивидуальной и семейной психотерапии, профессиональных консультаций по социально-трудовым и финансово-экономическим вопросам.

Для определения реабилитационного потенциала адаптированных пациентов (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией) особое внимание было уделено вовлечению их в лечебно-реабилитационный процесс и профилактике социальной дезадаптации. В этом случае программа включала формирование индивидуального мотивационного профиля вовлечения больного в лечебно-реабилитационный процесс, включение пациентов во всевозможные досуговые мероприятия, разработку рекомендаций по сохранению прежнего места работы (в т. ч. работа с «поддержкой»), а также по возможному трудоустройству и/или решению проблем, связанных с утратой трудоспособности.

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

Особенностью конфликтных больных (слабо выраженные клинические проявления (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация) были мотивационно-личностные изменения в социально-трудовой сфере. В этой группе акцент сделан на активном управлении медико-социальной траекторией (научное обоснование, выбор и осуществление эффективных вариантов медико-социальной и лечебно-профилактической помощи), социальном коучинге после выписки из стационара, формировании коммуникативных компетенций, тренингах когнитивных умений и навыков, включении больных в досуговые мероприятия и трудовые процессы, расширении сферы общения и выработке более динамичной жизненной позиции, комплаентности, настроенности на психофармакотерапию и регулярные визиты к лечащему врачу-психиатру.

Таким образом, реализация программ медико-социальной реабилитации с учетом характерных особенностей пациентов позволит повысить качество жизни и поддерживать социальное благополучие, снизить число и длительность госпитализаций с помощью поддержания потенциального уровня трудоспособности и улучшения когнитивных навыков и способностей. Изменения в клинической картине и социальном уровне в выделенных группах социальной адаптации могут служить маркерами эффективности реализации медико-социальных реабилитационных программ, отсутствие которых сопровождается во многих случаях отказами от посещений

врачей амбулаторного звена психиатрической помощи, снижением комплаенса, сокращением длительности ремиссий, увеличением числа и длительности госпитализаций с неуклонным ухудшением показателей социальной адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией.

Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы ПМ (адаптированная группа — 9, декомпенсированная — 26 человек) (табл. 1) сформулированы исходя из следующих предпосылок. У пациентов данной группы нарушения когнитивных функций могут быть рассмотрены, с одной стороны, как количественная функция дефицита (отсутствие или ограничение способностей), а с другой — как качественная функция искажения, что приводит к неадекватному социальному функционированию. Так, в фабуле бредового психоза может быть ошибочная интерпретация «искажение», в том числе и социальной составляющей, а в силу наличия гиперболизированной чувствительности к персекуторным проявлениям информационного поля формируются негативные жизненные трактовки, обусловленные причинами, лежащими вне зоны ответственности больного, и проявляющиеся в апато-абулических дефицитарных эксцессах.

Результаты проведенного исследования показали, что для больных группы ПМ может быть целесообразным проведение психосоциальных лечебно-реабилитационных интервенций в виде когнитивной ремедиации, позволяющей в рамках реабилитационной модели достичь значительных улучшений психосоциального статуса [9, 10].

Основная задача когнитивной ремедиации у таких пациентов — минимизация негативных реакций от возникших качественно-количественных когнитивных нарушений («искажение — дефицит») на результаты повседневного функционирования и мотивацию (в т. ч. самостоятельное обращение за психиатрической помощью), а также обобщение и распространение полученных знаний и навыков в привычной социальной среде.

Ввиду когнитивной разнородности течения шизофренического процесса и диффузного недостатка когнитивных функций лечебно-реабилитационные мероприятия когнитивной ремедиации для больных данной группы, находящихся в состоянии ремиссии, проводились в формате долгосрочной групповой (стратегической) программы поддержки, содержащей когнитивные задания и упражнения, в основу которых положен поддерживающий мотивационный социальный компонент. В случае необходимости у отдельных пациентов делался упор на итерационную проработку одного или нескольких компонентов когнитивных функций (внимание, скорость обработки слуховой и зрительной информации, зрительно-моторные навыки, различные варианты памяти (слухоречевая, зрительная) и т. п.), а также проводились упражнения для развития когниций, сопряженных с решением комплекса специфических бытовых задач.

Программа когнитивной ремедиации была реализована в срок от 3 до 8 месяцев. Занятия проводились в течение 1,5–2 часов 2–3 раза в неделю с поддерживающим психотерапевтическим групповым семинаром, целями которого являлись выявление сформированных стратегий, приобретенных больными в ходе выполнения когнитивных заданий, и анализ возможностей их практической интеграции в условия реального социума (формирование, фокусировка и закрепление социальных когниций).

Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы НПМ, ассоциированных с другими психическими расстройствами, не связанными

с бредовой симптоматикой (адаптированная группа — 11, декомпенсированная группа — 27 человек) (см. табл. 1) разработаны исходя из нижеследующего. У таких пациентов объективные задачи психосоциальных интервенций — облегчение симптомов, обусловленных эмоционально-волевыми

и аффективными нарушениями, а также уменьшение частоты, длительности и тяжести депрессивных эпизодов. В данном случае наиболее эффективны социально-когнитивные методы когнитивно-поведенческой психотерапии, позволяющей изменить болезненные когнитивные схемы (когнитивный

Таблица 1. Обоснование эффективности реализации программ медико-социальной реабилитации больных параноидной психозфренией

Table 1. Justification of the medical and social rehabilitation programs for patients with paranoid schizophrenia

Группы социальной адаптации	Параноидные мотивы, ассоциированные с бредовым поведением	Небредовые психопатологические мотивы, ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой	Непсихопатологические мотивы, не ассоциированные с психопатологической симптоматикой
Компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспектах)	—	—	63,6 ± 3,1 (*PSP) 67,9 ± 5,2 (**PSP) t = 2,5, p > 0,95 92 ± 5 (*PANSS) 86 ± 6 (**PANSS) t = 2,74, p > 0,95 n ₁ = 15* n ₂ = 13**
Адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией)	52,6 ± 0,8 (*PSP) 54,2 ± 1,3 (**PSP) t = 2,66, p > 0,95 154 ± 4 (*PANSS) 152 ± 9 (**PANSS) t = 0,51, p = 0,65 n ₁ = 9* n ₂ = 7**	56,0 ± 1,4 (*PSP) 57,9 ± 2,3 (**PSP) t = 2,05, p > 0,95 113 ± 7 (*PANSS) 106 ± 6 (**PANSS) t = 2,28, p > 0,95 n ₁ = 11* n ₂ = 9**	—
Декомпенсированная группа больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспектах)	27,6 ± 2,1 (*PSP) 28,9 ± 3,2 (**PSP) t = 1,59, p > 0,8 158 ± 8 (*PANSS) 156 ± 7 (**PANSS) t = 0,90, p = 0,75 n ₁ = 26* n ₂ = 22**	37,3 ± 2,3 (*PSP) 39,5 ± 2,9 (**PSP) t = 2,28, p > 0,95 121 ± 7 (*PANSS) 119 ± 4 (**PANSS) t = 1,23, p = 0,81 n ₁ = 27* n ₂ = 22**	—
Конфликтная группа больных (слабо выраженные клинические проявления (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация)	—	—	42,3 ± 2,6 (*PSP) 45,2 ± 1,5 (**PSP) t = 2,9, p > 0,95 94 ± 7 (*PANSS) 88 ± 5 (**PANSS) t = 2,04, p > 0,95 n ₁ = 12* n ₂ = 7**
Психосоциальные интервенции	Когнитивная ремедиация	Когнитивно-поведенческая психотерапия	Тренинг социальных навыков

Примечание. Баллы по шкалам Personal and Social Performance Scale (PSP) и Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), $M \pm \delta$, где M — среднее значение, δ — среднеквадратическое отклонение, t — доверительный коэффициент; n — количество больных в группе; (*) — показатели до реализации программ, (**) — показатели после реализации программ.

Note. Personal and Social Performance Scale (PSP) and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), $M \pm \delta$, where M is mean value; δ is mean square deviation; t is confidence coefficient; n is the number of patients in the group; (*) shows data before program implementation; (**) shows data after program implementation.

компонент) — «ошибки мышления», интерпретативные схемы которых приводят к самостоятельному обращению за психиатрической помощью, в том числе не обусловленной клиническими показаниями (поведенческий компонент).

Кроме того, существующий дуализм и взаимное усиление проявлений эмоциональной сферы и когнитивных сценариев поведения предопределяют необходимость психотерапевтической коррекции когнитивных программ, что приводит к уменьшению выраженности аффективной составляющей. Поэтому ведущим механизмом когнитивно-поведенческой психотерапии является достижение ценностных когнитивных ориентаций (дифференцированности когнитивных компонентов) и развитие на данной основе продуктивных социальных навыков и процессов, несмотря на наличие аффективных переживаний.

Аффективные нарушения у больных группы НПМ (когнитивии депрессивных переживаний — идеи самоуничтожения (ущербности), самообвинения, нивелировка ретроспективных событий и прошлого опыта, негативные прогнозы будущих событий в причинно-следственных взаимосвязях) могут быть компенсированы посредством изменения автоматического депрессивного мышления больных, связанного с наличием когнитивных aberrаций и тревожно-фобических проявлений социальных интеракций при формировании мотивов, связанных с самостоятельным обращением за психиатрической помощью и последующей добровольной госпитализацией [11].

Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы НМ, не ассоциированных с психопатологической симптоматикой (компенсированная группа — 15, конфликтная группа — 12 человек) сформированы с учетом явно выраженных нарушений в отношениях с близкими и прочих социальных отношениях, а также беспокоящего агрессивного поведения.

Для улучшения социальных показателей в качестве психосоциальных интервенций возможно реализовать тренинг социальных навыков с целью повышения возможностей нормального усвоения информационных сведений от существенных социальных воздействий с последующим тождественным откликом в надлежащей обстановке привычного для больного социума. При этом затрагиваются когнитивные механизмы целеполагания, преобразования ролевого статуса и регулярных повторений с соответствующей позитивной поддержкой и положительной корректирующей обратной связью.

Программа тренинга социальных навыков была реализована в виде пошаговой стратегии освоения отдельных элементов отработки социальных навыков (социального научения), дискуссионных разборов поведенческих реакций на разноплановые события, ликвидации коммуникативной напряженности, стимулирования способностей вербального общения, невербального поведения и конструктивных межличностных интеракций. Кроме того, в процессе проведения занятий уделялось особое внимание вопросам рационального взаимодействия и гармонизации отношений с ближайшим социальным окружением (родственниками, медицинским персоналом), изменения социального статуса и организации жизненного пространства после прохождения стационарного лечения, структуре жизненных предпочтений и правил поведения.

Тренинг включал в себя 15–20 разноуровневых (информационный контент, индивидуальные коммуникации, поведенческие установки) двухчасовых занятий в группах

из 10–15 больных и проводился специалистами, имеющими подготовку в области психотерапии, в течение 3–6 месяцев.

Реализация мероприятий и процедур тренинга социальных навыков позволила добиться значимых улучшений в показателях персонального и социального функционирования по шкалам PSP, оценивающим отношения с близкими и прочие социальные отношения, беспокоящее и агрессивное поведение.

Медико-социальные и реабилитационные мероприятия в обстановке прогрессивной психотерапевтической среды позволили выявить группы пациентов с ПМ (ассоциированными с бредовым поведением), НПМ (ассоциированными с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой) и НМ (не ассоциированными с психопатологической симптоматикой) (см. табл. 1) и оценить медико-социальный прогноз развития в этих группах.

Статистический анализ реализации программ медико-социальной реабилитации установил, что в группе декомпенсированных больных с ПМ целевые установки психосоциальных воздействий, заключающиеся в активизации навыков независимого проживания и профилактики клинических рецидивов, достигнуты не были ($p < 0,95$). Конгруэнтные клиническому состоянию социальные компоненты способствовали наличию относительно ригидного ответа на психокоррекционные интервенции (некомплаентности, апато-булических проявлений, эмоциональной неустойчивости), что является относительно неблагоприятным фактором амбулаторного реабилитационного потенциала и медико-социального прогноза у больных данной группы.

Кроме того, не достигнуты статистически значимые клинические улучшения в области продуктивной, негативной и психопатологической симптоматики по шкале PANSS в целом по группе ПМ и в декомпенсированной группе НПМ. При этом в группе НМ зафиксированы статистически значимые улучшения как в клиническом (шкала PANSS, $p > 0,95$), так и в социальном (шкала PSP, $p > 0,95$) аспекте.

Клинически значимый ответ на проводимые мероприятия отсутствовал у декомпенсированных пациентов (в группе ПМ — по шкалам PANSS и PSP, в группе НПМ — по шкале PANSS).

Проведенные клинические исследования патопсихологических предикторов мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью больных параноидной шизофренией и эффективности реализации лечебно-реабилитационных психосоциальных воздействий позволили сформировать четкие критерии их госпитализации (табл. 2). Обязательной госпитализации подлежат пациенты адаптированной и декомпенсированной групп, у которых фабула продуктивной симптоматики сопряжена с наличием ПМ, и лица из декомпенсированной группы с НПМ (см. табл. 2).

При этом для больных адаптированной группы с НПМ и компенсированной и конфликтной групп с НМ, у которых высока эффективность лечебно-реабилитационных психосоциальных интервенций, госпитализация является клинически необоснованной, а следовательно, они могут проходить амбулаторное психиатрическое лечение.

Проведенное исследование позволило сравнить показатели эффективности медико-социальных интервенций в группах лиц с параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, в ходе ретроградного и антероградного наблюдения в течение 3 лет (табл. 3). Частота психотических приступов в группе ПМ существенно не изменилась при достаточно значимом

Таблица 2. Критерии госпитализации больных параноидной психозом, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Table 2. Hospitalisation criteria for patients with paranoid schizophrenia seeking psychiatric support

Группа социальной адаптации	Параноидные мотивы	Небреговые психопатологические мотивы	Непсихопатологические мотивы	АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
Компенсированная группа	–	–	PANSS < 152 71 ≤ PSP ≤ 100	
Адаптированная группа	152 ≤ PANSS ≤ 210 71 ≤ PSP ≤ 100	152 ≤ PANSS ≤ 210 71 ≤ PSP ≤ 100		
Декомпенсированная группа	152 ≤ PANSS ≤ 210 1 ≤ PSP ≤ 70	152 ≤ PANSS ≤ 210 1 ≤ PSP ≤ 70		
Конфликтная группа	↓	↓	PANSS < 152 1 ≤ PSP ≤ 70	
СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ				

Таблица 3. Основные показатели эффективности реализации медико-социальных интервенций в группах больных параноидной психозом, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Table 3. Key indicators of efficiency of medical and social rehabilitation interventions in groups of patients with paranoid schizophrenia seeking psychiatric support

Клинико-социальный показатель	Параноидные мотивы (когнитивная ремедиация)		Небреговые психопатологические мотивы (когнитивно-поведенческая психотерапия)		Непсихопатологические мотивы (тренинг социальных навыков)	
	до (n = 35)	после (n = 29)	до (n = 38)	после (n = 31)	до (n = 27)	после (n = 20)
Частота психотических приступов в год	3,1 ± 0,5	3,3 ± 0,4	1,9 ± 0,3	1,7 ± 0,4	1,2 ± 0,12	1,1 ± 0,11
Число самостоятельных обращений за медицинской помощью в год	1,6 ± 0,2	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,1	1,2 ± 0,2	0,8 ± 0,06	0,75 ± 0,1
Длительность госпитализаций, койко-дней год	115 ± 8	110 ± 12	72 ± 9	67 ± 6	38 ± 4	34 ± 6
Длительность амбулаторного лечения, число дней в году	86 ± 6	91 ± 13	53 ± 4	59 ± 9	42 ± 8	48 ± 6
Длительность ремиссии, годы	0,39 ± 0,07	0,41 ± 0,09	0,62 ± 0,25	0,73 ± 0,19	1,1 ± 0,3	1,2 ± 0,2
Степень выраженности психопатологической симптоматики по Positive and Negative Syndrome Scale, баллы	156 ± 6	153 ± 8	115 ± 8	111 ± 9	91 ± 4	87 ± 6
Степень выраженности депрессивных расстройств по Calgary Depression Scale for Schizophrenia, баллы	6,1 ± 0,9	5,7 ± 0,7	10,2 ± 1,4	9,0 ± 1,6	7,3 ± 0,8	6,6 ± 0,9
Оценка персонального и социального функционирования по Personal and Social Performance Scale, баллы	34,0 ± 1,4	35,1 ± 2,2	42,7 ± 1,8	44,8 ± 3,6	54,5 ± 4,8	60,0 ± 6,6

Примечания.

1. Ретроградный и антероградный периоды исследования составляют 3 года; приведен расчет средних значений ± стандартные отклонения.
2. Цветом выделены статистически значимые различия: доверительный коэффициент $t > 2$, доверительная вероятность $p > 0,95$.

Notes.

1. Retrograde and anterograde periods of the study last for 3 years; mean values ± standard deviations are given.
2. Highlighted are statistically significant differences: confidence coefficient $t > 2$, confidence coefficient $p > 0.95$.

снижении количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью — с $1,6 \pm 0,2$ до $1,4 \pm 0,3$ ($t > 2$, $p > 0,95$).

В группе НПМ уменьшились и частота психотических приступов, и число самостоятельных обращений (в обоих случаях $t > 2$, $p > 0,95$).

В то же время в группе НМ достичь статистически значимого снижения количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью при наблюдаемом существенном уменьшении частоты психотических приступов ($t > 2$, $p > 0,95$) не удалось.

Значительно уменьшилась длительность госпитализаций в группах НПМ и НМ (с 72 ± 9 до 67 ± 6 и с 38 ± 4 до 34 ± 6 койко-дней ($t > 2$, $p > 0,95$) соответственно) при одновременном возрастании количества дней амбулаторного лечения — с 53 ± 4 до 59 ± 9 и с 42 ± 8 до 48 ± 6 ($t > 2$, $p > 0,95$) соответственно. При этом длительность ремиссии увеличилась только в группе НПМ — с $0,62 \pm 0,25$ до $0,73 \pm 0,19$ года ($t > 2$, $p > 0,95$).

Клинически степень выраженности аффективной (депрессивной) симптоматики по шкале Calgary Depression Scale for Schizophrenia снизилась в группах НПМ и НМ (с $10,2 \pm 1,4$ до $9,0 \pm 1,6$ балла и с $7,3 \pm 0,8$ до $6,6 \pm 0,9$ балла ($t > 2$, $p > 0,95$) соответственно), а выраженность психопатологических симптомов по шкале PANSS значимо уменьшилась лишь в группе НМ — с 91 ± 4 до 87 ± 6 баллов ($t > 2$, $p > 0,95$).

Доля больных, добровольно обратившихся за стационарной психиатрической помощью и при этом не требующих госпитализации, составила 38% от исследуемой выборки: 11% из адаптированной группы с НПМ, 15% из компенсированной группы и 12% из конфликтной группы с НМ.

Проецируя полученные результаты на общую совокупность добровольно госпитализированных больных в ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы», получаем, что количество добровольно госпитализированных в год составляет ≈ 1500 человек (40,5% от 3700 госпитализированных), среди них ≈ 570 госпитализаций не обусловлены клиническими показаниями.

С учетом альтернативных издержек на адекватные стационарозамещающие формы помощи и систему психосоциальной работы для данной когорты больных, стоимости 1 койко-дня и среднего времени, проведенного в стационаре, возможно рассчитать экономическое бремя по больнице в целом от случаев добровольной госпитализации, не обусловленных клиническими показаниями, у больных параноидной шизофренией. Проведенные исследования еще раз подтверждают мнение отечественных ученых о том, что треть госпитализаций больных шизофренией [12] (в нашем исследовании параноидной шизофрении — 38%) можно предотвратить благодаря развитию и модернизации амбулаторного звена социально-психиатрической помощи, а затраты на амбулаторное лечение и социальную работу практически вдвое меньше, чем на госпитализацию.

Поскольку структура контингента психиатрических клиник, в которой доля «оседающих» (с длительностью более года) пациентов остается относительно постоянной (каждая пятая койка) при неизменно возрастающей доле «условно стационарных» больных, которые могли бы получать необходимое лечение амбулаторно или в дневных стационарах, весьма актуальны и значимы исследования, посвященные выявлению пациентов, для которых возможен перенос оказания психиатрической помощи из стационарной во внебольничную среду (в условия привычного для больного социума).

При 570 госпитализациях, не обусловленных клиническими показаниями, стоимость пребывания в стационаре составляет от 3000 до 5000 руб. в сутки при средней продолжительности госпитализации около 70 дней. Таким образом, больница в год могла бы экономить от 90 до 150 млн руб., поскольку стоимость стационарного лечения в среднем в 4 раза выше таковой амбулаторной курации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе полученных нами результатов возможно сформулировать направления преобразований в условиях новой модели психиатрической помощи: трансформация собственного клинического мировоззрения врача-психиатра, организационные перемены в оказании стационарной и амбулаторной психиатрической помощи, пересмотр психофармакологической парадигмы. Необходимо эффективное взаимодополнение терапевтического (физиологически ориентированного) и социально-гуманитарного подходов (врач — устранитель психоза → врач — восстановитель личностного и социального функционирования).

Главные клиничко-социальные аспекты совершенствования медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией при этом следующие:

- достижение единства основных направлений оказания медикаментозной психиатрической помощи и социальной реабилитации, а не ликвидация психиатрической симптоматики «любым путем»;
- индивидуальный, а не стандартизированный подход к медикаментозной терапии;
- обязательное активное психотерапевтическое и психообразовательное сопровождение назначений лекарственных препаратов со стремлением к максимальному комплаенсу;
- стремление избегать нейролептических «ударов» и лечебной полипрагмазии;
- титрование дозы психофармакологических препаратов «снизу вверх» (от переносимости к эффективности), а также всестороннее использование современных пролонгированных форм, позволяющих стабилизировать плазменные концентрации, максимально уменьшить прием стигматизирующих ежедневных лекарств, минимизировать побочные эффекты, углубить и продлить длительность ремиссии.

Вклад авторов / Contributions

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Гончаренко С.Н. — сбор первичного материала, статистическая обработка материалов исследования, написание и утверждение текста статьи; Шмилович А.А. — проверка критически важного содержания, организация и проведение исследования, коррекция текста рукописи.

All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Goncharenko, S.N. — primary material collection, research materials statistical processing, writing and approval of the article's text; Shmilovich, A.A. — critical content verification, the study organization and conduct, the manuscript text correction.

Конфликт интересов / Disclosure

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The authors declare no conflict of interest.

Этическое утверждение и информированное согласие / Ethics approval and consent for publication

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, пациенты или их законные представители подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

The study was approved by the local ethics committee of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, patients or their legal representatives signed an informed consent to participate in the study.

Об авторах / About the authors

Гончаренко Сергей Николаевич / Goncharenko, S.N. — ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. eLIBRARY.RU SPIN: 3867-3271. <https://orcid.org/0000-0002-9997-9858>. E-mail: g_sn@bk.ru

Шмилович Андрей Аркадьевич / Shmilovich, A.A. — д. м. н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. eLIBRARY.RU SPIN: 6453-3714. <https://orcid.org/0000-0002-1060-5076>. E-mail: shmilovich@bk.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Fusar-Poli P., Estradé A., Stanghellini G., Venables J. et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*. 2022;21(2):168–88. DOI: 10.1002/wps.20959
2. Ritunanno R., Kleinman J., Whyte Oshodi D., Michail M. et al. Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(6):458–76. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00104-3
3. Best M.W., Law H., Pyle M., Morrison A.P. Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophr. Res.* 2020;223:112–18. DOI: 10.1016/j.schres.2020.06.026
4. Susanti H., James K., Utomo B., Keliat B.A. et al. Exploring the potential use of patient and public involvement to strengthen Indonesian mental health care for people with psychosis: a qualitative exploration of the views of service users and carers. *Health Expect.* 2020;23(2):377–87. DOI: 10.1111/hex.13007
5. Шашкова Н.Г., Семёнова Н.Д. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с отказами от наблюдения и лечения в амбулаторной практике. Социальная и клиническая психиатрия. 2019;29(1):24–31. Shashkova N.G., Semenova N.D. The patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder that refuse outpatient guidance and treatment. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;29(1):24–31. (in Russian)
6. Semenova N. Schizophrenia research involving mental health service users: from subjects to partners. In: *The 8th European Conference on Schizophrenia Research (ECSR)*. ECSR 2021. Virtual. 23–25 September 2021.
7. Prokhorova Zh., Polyakov V., Rychkova L. Art therapy for treating anxiety in adolescents with psychosomatic diseases. *Int. J. Biomed.* 2020;10(4):453–6. DOI: 10.21103/Article10(4)_OA24
8. Пастух И.А., Феоктистова Е.В., Протопопова М.А., Сирош Д.С. Психологические особенности больных коморбидными рекуррентным аффективным и паническим расстройством. Сибирский психологический журнал. 2021;80:128–45. Pastukh I.A., Feoktistova E.V., Protopopova M.A., Sirosh D.S. Psychological features of patients with comorbid recurrent affective and panic disorder. *Siberian Journal of Psychology*. 2021;80:128–45. (in Russian). DOI: 10.17223/17267080/80/7
9. Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Усманова Е.Б., Яковлева М.В. и др. Совладание со стрессом болезни и качество жизни пациентов, перенесших операцию в связи с опухолевым поражением позвоночника. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021;1:97–106. Shchelkova O.Yu., Isurina G.L., Usmanova E.B., Iakovleva M.V. et al. Disease-related stress coping and quality of life in patients with surgically treated spinal tumors. *Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*. 2021;1:97–106. (in Russian). DOI: 10.25016/2541-7487-2021-0-1-97-106
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., ред. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: МЕДПРАКТИКА_М; 2007. 180 с. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., eds. *Case study in psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of mentally ill people*. М.: МЕДПРАКТИКА_М; 2007. 180 p. (in Russian)
11. Семёнова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психосоциальное образование: проблемы и направление исследований. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016;4:3–11. Semenova N.D., Kuzmenko A.Yu., Kostyuk G.P. Psychoeducation: issues and directions for research. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016;4:3–11. (in Russian)
12. Ляшкова С.В., Ташлыков В.А., Семёнова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017;1:89–98. Lyashkovskaya S.V., Tashlykov V.A., Semenova N.V. Approaches to the definition and typology of targets of psychotherapy in the context of the tasks of improvement of individual programs of psychotherapy. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2017;1:89–98. (in Russian) 

Поступила / Received: 24.06.2024

Принята к публикации / Accepted: 19.08.2024