

В.М. Сінайко, Л.Д. Коровіна

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ЗАГОСТРЕНЬ
ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ЖІНОК
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВЕЛИЧИНИ
КОМПЛАЙЄНСУ**

Обстежено 106 жінок, які страждають на параноїдну шизофренію і перебувають на стаціонарному лікуванні в психіатричних відділеннях лікарні. Установлено взаємозв'язок між виразністю й характером провідного психопатологічного синдрому й величиною комплайєнсу. Хворі, більш прихильні до терапії, мали менш виражену негативну симптоматику, при загостренні у них домінували позитивні симптоми, що відбивали гостроту процесу. Пацієнтки, що мали середній показник комплайєнсу, при загостренні показували меншу гостроту й динаміку психопатологічного процесу, відносно менш сприятливий перебіг захворювання та більш виражені негативні розлади, особливо апатичного типу. Хворі з найменшим комплайєнсом мали стійкі дефіцитарні розлади, найбільш несприятливий перебіг захворювання, а характер позитивної симптоматики відбивав стійкість і тяжкість процесу.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, психопатологічний синдром, нозоморфоз, динаміка захворювання, комплайєнс.

V.M. Sinayko, L.D. Korovina

**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL
FEATURES OF EXACERBATION
OF PARANOID SCHIZOPHRENIA IN WOMEN
SUBJECT TO LEVEL OF COMPLIANCE**

We examined 106 in-patient women with paranoid schizophrenia to study influence of compliance on features of clinical manifestation of schizophrenia. The interrelation between intensity and character of chief psychopathological syndrome and level of compliance. The patients with bigger compliance had less intensive negative symptoms. When exacerbation of the disease they had dominant positive symptoms. The patients with middle level of compliance had less acute manifestations and dynamics but more negative symptoms especially apathic type in exacerbation of the disease. The patients with the lowest compliance had persistent deficit disorders and the most unfavorable course of the disease.

Key words: paranoid schizophrenia, psychopathological syndrome, nosomorphos, dynamics of disease, compliance.

Поступила 09.11.12

УДК 616.895.87-08-039.76:364.444:159.9

В.Б. Мажбиц

КЗОЗ «Городской психоневрологический диспансер № 3», г. Харьков

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

На основании клинко-психопатологического и психодиагностического исследования получены данные об особенностях клинической динамики и патохарактерологических различиях течения параноидной формы шизофрении у больных, находящихся на амбулаторном лечении, определены варианты патохарактерологического развития в зависимости от пола, возраста и длительности заболевания. Разработана дифференцированная система медико-психологического сопровождения больных параноидной шизофренией в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: параноидная форма шизофрении, патопсихологическая характеристика, психосоциальная реабилитация.

Лечение больных эндогенными заболеваниями, в частности шизофренией, является одной из сложнейших проблем современной психиатрии [1, 2]. Это обусловлено прежде всего тяжестью последствий болезни, которая приводит к стойкой социальной дезадаптации, потере трудоспособности [3, 4].

Следствием процессов деинституализации в последние десятилетия является необходимость адаптации в обществе значительного количества хронически больных, выписанных из психиатрических больниц [3]. Актуальным становится изучение предикторов неблагоприятных последствий, качества

негативной и продуктивной симптоматики на отдалённых этапах шизофренического процесса. Показатели социального функционирования, адаптации и качества жизни психически больных становятся важными обязательными компонентами оценки результатов лечения, качества помощи больным [1, 5–8].

Следует отметить, что остаётся невыполненной дифференцированная оценка групп больных, не определена система комплексных психосоциальных мероприятий, которые позволят адаптировать в обществе часть данного контингента, недостаточно проанализированы объём и эффективность их комплексного психосоциального лечения и реабилитации. Актуальной остаётся необходимость определения ресурсосберегающего потенциала реабилитационной помощи больным шизофренией, находящихся на амбулаторном лечении, в процессе реформирования психиатрической службы [1, 5].

Целью исследования была разработка дифференцированной системы психосоциальной реабилитации больных параноидной формой шизофрении, находящихся на амбулаторном лечении, на основе исследования особенностей её клинической динамики и патохарактерологических отличий течения.

Материал и методы. Было проведено комплексное динамическое изучение психического состояния 534 больных шизофренией в возрасте от 20 до 71 года, которые находились на амбулаторном учёте и лечении в городском психоневрологическом диспансере № 3 г. Харькова. Из них были отобраны 125 больных с установленным диагнозом шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения, ремиссия «С» (F20.00). Все больные проходили ежемесячное обследование в течение трёх лет.

Количество женщин составило (53,60±4,46)%, мужчин – (46,40±4,46)% ($p>0,05$). Среди обследованных было несколько больше больных в возрасте от 30 до 39 лет – (30,40±4,11)%, меньше всего – в возрасте до 30 лет – (14,40±3,14)%, однако статистической значимости эти различия не достигали. Средний возраст больных на начало исследования составил у женщин (43,1±1,5) лет, у мужчин (42,7±1,4) лет. Статистически значимые различия между мужчинами и женщинами по возрастным показателям не выявлялись.

По показателю продолжительности заболевания пациенты (как женщины, так и мужчины) были распределены равномерно по группам до 9 лет, 10–19 лет и более 20 лет.

Большинство пациентов не работали [(84,00±3,28)%, $p<0,001$]. Среди работавших

было больше мужчин, чем женщин: (17,24±4,96) и (14,93±4,35)% соответственно, $p>0,05$.

Со среднеспециальным образованием было больше мужчин, чем женщин, – (39,66±6,42) и (35,82±5,86)% соответственно, $p>0,05$, а высшим образованием, наоборот, больше женщин, чем мужчин, – (34,33±5,80) и (25,86±5,75)%, $p>0,05$.

Большинство пациентов имели 2-ю группу инвалидности – (76,00±3,82)%, $p<0,001$; (8,00±2,43)% – 3-ю; (16,00±3,28)% обследованных вообще не имели инвалидности. Чаще не имели инвалидности женщины, чем мужчины: (19,40±4,83)% и (12,07±4,28)% соответственно, $p>0,05$.

Клинико-психопатологическое исследование позволило выделить четыре ведущих синдрома у больных параноидной формой шизофрении: апатоабулический (41 больной), галлюцинаторный (32 больных), депрессивный (29 больных), параноидный (23 больных).

Для структурирования и объективизации результатов клинико-психопатологического исследования была использована шкала позитивных и негативных синдромов PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Средняя выраженность симптомов колебалась в интервале от (2,095±0,091) до (4,138±0,094) баллов. Наиболее выраженными были следующими: уплощение аффекта [(4,138±0,094) балла], нарушения абстрактного мышления [(4,103±0,090) балла], недостаточность суждений и критики [(3,974±0,083) балла], эмоциональная отчуждённость [(3,948±0,089) балла], пассивно-апатичная социальная отчуждённость [(3,931±0,097) балла], нарушения мышления по форме [(3,897±0,087) балла]. Наименее выраженными были: дезориентация [(2,095±0,091) балла], враждебность [(2,543±0,089) балла], возбуждение [(2,672±0,109) балла], идеи переоценки [(2,672±0,125) балла].

Положительная симптоматика является наиболее выраженной у больных с галлюцинаторным синдромом [(23,037±0,911) балла], негативная – у больных с апатоабулическим синдромом [(28,487±0,686) балла], общепсихопатологическая – у больных с галлюцинаторным [(54,519±2,032) балла] и апатоабулическим [(52,641±1,542) балла] синдромами.

По данным шкалы Спилбергера – Ханина, в целом для исследованных больных характерно преобладание умеренных уровней реактивной тревоги [(51,20±4,47)%] и высоких уровней личностной тревожности [(60,00±4,38)%].

В целом в группе больных параноидной формой шизофрении уровень личностной тревожности значимо превышал уровень реактивной тревоги: (49,160±1,021) и (43,808±0,836) балла

соответственно, $p < 0,001$.

Снижение уровня личностной тревожности и реактивной тревоги наблюдается в континууме нозосиндромальных формирований: депрессивный синдром – (51,966 ± 2,338) и (46,345 ± 1,699) балла, параноидный – (49,160 ± 1,021) и (44,739 ± 2,172) балла, апатобулический – (48,268 ± 1,807) и (42,537 ± 1,259) балла, галлюцинаторный синдром – (48,094 ± 1,721) и (42,469 ± 1,788) балла.

Для определения уровня алекситимии была использована Торонтская шкала алекситимии (TAS). Около половины больных имели алекситимический тип – (49,60 ± 4,47)%, (23,20 ± 3,78)% – неалекситимический. Уровень алекситимии снижается в последовательности: апатобулический синдром – (72,237 ± 2,488) балла, депрессивный – (70,926 ± 2,711) балла, параноидный – (70,476 ± 2,826) балла, галлюцинаторный синдром – (69,423 ± 2,676) балла.

Оценка уровня конфликтности проводилась с помощью ассоциативного теста «Незаконченные предложения» (Sentence-Completion Techniques). Наивысшим уровнем конфликтности отличаются больные с депрессивным синдромом – (12,2 ± 1,1) балла, низким – с галлюцинаторным (10,5 ± 1,1) балла. Больные с апатобулическим и параноидным синдромом занимают промежуточное положение по уровню конфликтности – (11,6 ± 1,1) и (11,0 ± 1,7) балла соответственно.

Общий показатель качества жизни больных параноидной формой шизофрении составляет (60,792 ± 1,928) балла, отдельные сферы удовлетворенности составляют: собственное физическое благополучие – (5,680 ± 0,240) балла, общественная поддержка – (5,692 ± 0,274) балла, психологическое благополучие – (5,705 ± 0,248) балла, личная реализация – (5,719 ± 0,258) балла, работоспособность – (5,803 ± 0,255) балла, общее восприятие качества жизни (5,926 ± 0,248) балла, духовная реализация – (6,430 ± 0,243) балла, самообслуживание и независимость действий – (6,438 ± 0,267) балла, социоэмоциональная поддержка – (6,705 ± 0,244) балла, межличностные взаимодействия (6,820 ± 0,247) балла. Менее всего довольны качеством жизни больные с ведущим депрессивным синдромом (54,138 ± 4,163) балла, самая высокая удовлетворенность у больных с параноидным синдромом – (65,217 ± 3,983) балла.

Показатели личностной тревожности характеризуются постепенным снижением самых высоких уровней в возрасте от 20 до 29 лет [(51,056 ± 2,635) балла] и при длительности заболевания от 1 до 9 лет [(50,976 ± 1,684) балла]

до минимальных в возрасте 40–49 лет [(46,563 ± 2,069) балла] и длительности заболевания 10–19 лет [(47,548 ± 1,817) балла] с относительным последующим повышением. Высоким уровнем конфликтности отличаются больные в возрасте 40–49 лет [(12,2 ± 1,2) балла] и с длительностью заболевания более 20 лет [(12,0 ± 1,0) балла], самым низким – в возрасте 20–29 лет [(10,8 ± 1,8) балла] и с длительностью заболевания 10–19 лет [(11,5 ± 0,9) балла]. С возрастом постепенно увеличивается уровень алекситимии – от (67,125 ± 3,888) баллов до 29 лет до (75,853 ± 3,028) баллов после 50 лет. В возрасте 20–29 лет, а также при длительности заболевания от 1 до 9 лет наблюдаются самые низкие показатели качества жизни – соответственно (55,667 ± 4,835) и (58,595 ± 3,058) балла, с постепенным повышением до 49 лет и длительности заболевания 19 лет – соответственно (65,594 ± 3,929) и (62,714 ± 3,302) балла, и последующим их относительным снижением.

Женщины отличаются несколько большим уровнем личностной тревожности, алекситимии, конфликтности и низким уровнем качества жизни, чем мужчины.

Полученные данные дали возможность выделить наиболее значимые варианты патохарактерологического развития больных параноидной формой шизофрении с различными ведущими клиническими синдромами. Была разработана система комплексной дифференцированной психосоциальной реабилитации.

Общей целью реабилитационной программы было повышение социальной компетентности и автономности пациента, задачами – восстановление утраченных вследствие болезни эмоциональных, мотивационных, когнитивных и поведенческих ресурсов личности, обучение взаимодействию с окружением, интеграция в общество.

Разработанные схемы психосоциальной реабилитации включают комплекс психотерапевтических мероприятий с использованием разъяснительной психотерапии, арт-терапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, семейной психотерапии, а также психообразовательных программ и тренинга социальных навыков.

Курс психосоциальной реабилитации проводился в течение одного года. В первые три месяца частота сеансов составляла в среднем три раза в неделю, в последующие два месяца – дважды в неделю, затем частота встреч с пациентами снижалась: в течение одного месяца – один раз в неделю, один месяц – один раз в две недели. Последние пять месяцев проводились сеансы поддерживающей психосоциальной терапии

один раз в месяц.

Первоначальным этапом реабилитационных мероприятий больным параноидной формой шизофрении было проведение разъяснительной психотерапии с последующим переходом к психообразовательным занятиям, которые преподавались с учётом того, что ведущим является психопатологический синдром. При преобладающем апатоабулическом синдроме последующей вводилась арт-терапия, далее когнитивно-бихевиоральная психотерапия и семейная психотерапия. Больным с депрессивным синдромом после начального этапа проводилась когнитивно-бихевиоральная психотерапия, далее семейная психотерапия и отсроченно вводилась в реабилитационные мероприятия арт-терапия. Больным с галлюцинаторным и параноидным синдромами проводилась когнитивно-бихевиоральная психотерапия с последующим подключением арт- и семейной терапии. Заключительным этапом программы было проведение всем больным тренинга социальных навыков (включая тренинг позитивного самовосприятия и тренинг межличностного взаимодействия).

Психосоциальная реабилитация по разработанной системе была проведена 83 больным параноидной формой шизофрении (основная группа). Сорок два пациента, получавших психофармакологическое лечение по традиционным схемам, составили группу сравнения.

Критериями эффективности были постоянство ремиссии (по частоте госпитализаций), качество жизни (по данным методики КЖ-100), уровень тревоги (по данным теста Спилберга – Ханина), улучшение психического состояния (по данным шкалы PANSS).

У 69 [(83,13±4,11)%] больных основной группы удалось достичь улучшения состояния. У них в течение года не было показаний для госпитализации, был повышен уровень качества жизни, снижена личностная тревожность до умеренного уровня. Улучшение психического состояния в целом было достигнуто прежде всего за счёт снижения выраженности общепсихопатологической и негативной симптоматики. У 9 [(10,84±3,41)%] больных не удалось достичь положительной динамики состояния, у 5 [(6,02±2,61)%] отмечался рецидив заболевания.

В группе сравнения улучшение состояния было достигнуто лишь у 4 [(9,52±4,53)%] пациентов, 20 [(47,62±7,71)%] пациентов были госпитализированы в связи с рецидивом заболевания (в обоих случаях разница с основной группой $p < 0,001$).

Таким образом, из 83 больных, которым

была проведена комплексная дифференцированная психосоциальная реабилитация по разработанным нами схемам, у 63 [(75,90±4,69)%] был достигнут стойкий терапевтический эффект, который сохранялся в течение двух лет. Следовательно, включение дифференцированной системы психореабилитационных мероприятий в комплексную терапию параноидной формы шизофрении повышает эффективность проводимого лечения.

Список литературы

1. Михайлов Б.В. Современное состояние проблемы шизофрении: (обзор литературы) / Б.В. Михайлов // Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 4. – С. 39–47.
2. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство / В.Н. Краснов, И.Я. Гурович, С.Н. Мосолов [и др.] – М.: Медпрактика, 2007. – 260 с.
3. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // Нейро-News: психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2010 – № 5. – С. 83–90.
4. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи / Б.В. Михайлов // Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3. – С. 137–138.
5. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
6. Кожина А.М. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи / А.М. Кожина, Л.М. Гайчук, Г.А. Самардакова // Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 129.
7. Lichtermann D. The genetic epidemiology of schizophrenia and of schizophrenia spectrum disorders / D. Lichtermann, E. Karbe, W. Maier // Eur. Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2000. – Vol. 250. – P. 304–310.
8. Caqueo-Urizar A. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review / A. Caqueo-Urizar, J. Gutiérrez-Maldonado, C. Miranda-Castillo // Health Qual Life Outcomes. – 2009. – Vol. 11. – P. 7–84.

В.Б. Мажбіц

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПСИХОСОЦІАЛЬНА
РЕАБІЛІТАЦІЯ АМБУЛАТОРНИХ ХВОРИХ
НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

На підставі клініко-психопатологічного й психодіагностичного дослідження отримані дані щодо особливостей клінічної динаміки та патохарактерологічних відмінностей перебігу параноїдної форми шизофренії у хворих, які знаходяться на амбулаторному лікуванні, визначені варіанти патохарактерологічного розвитку в залежності від статі, віку та тривалості захворювання. Розроблено диференційовану систему медико-психологічного супроводу хворих на параноїдну шизофренію в амбулаторних умовах.

Ключові слова: параноїдна форма шизофренії, патопсихологічна характеристика, психосоціальна реабілітація.

V.B. Mazhbits

**DIFFERENTIATED PSYCHOSOCIAL
REHABILITATION OUTPATIENT PARANOID
SCHIZOPHRENIA**

Based on clinical psychopathology and psychodiagnostic study provides data on the characteristics and dynamics of the clinical differences patocharacterology flow of paranoid schizophrenia in patients who are outpatients, identified variants patocharacterology development, depending on sex, age and disease duration. It developed a differentiated system of medical and psychological support of patients with paranoid schizophrenia in an outpatient setting.

Key words: schizophrenia, paranoid type, patopsychological characteristics, psychosocial rehabilitation.

Поступила 01.11.12