

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК: 616.895.87- 08-039.76-071

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов***СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: параноидная шизофрения, реабилитация, клиническая эффективность

Концепция реабилитации и социальной интеграции пациентов с психическими расстройствами в сообщество, в отличие от традиционных моделей психиатрической помощи, ориентирует на пересмотр распространенных представлений о людях с психиатрической инвалидностью как «хронически недееспособных», беспомощных, зависимых, нуждающихся в постоянном контроле и опеке, а также предусматривает удовлетворение потребностей пациентов и предоставление им определенных полномочий в решении собственных проблем [1].

В нашей стране разработка теоретических аспектов реабилитации больных с психическими расстройствами значительно опережает внедрение различных реабилитационных технологий в психиатрическую практику [2]. Одной из

нерешенных задач является оценка качества и эффективности реабилитационных мероприятий и разработка доказательных данных о целесообразности их использования в комплексном лечении больных [3, 4].

Целью настоящей работы явилась стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий при параноидной шизофрении, включающих следующие направления реабилитационной деятельности:

- обучение пациента приемам совладания с болезнью;
- коррекцию нарушенных базовых когнитивных функций;
- тренинг и восстановление социальных навыков (навыков решения социальных проблем).

Материал и методы исследования

Стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий была проведена у 70 больных параноидной шизофренией в возрасте от 24 до 48 лет. У 48 пациентов наблюдался эпизодический и у 22 – непрерывный тип течения. Мужчин было 51 чел. (72,8%), женщин – 19 (27,2%). Длительность заболевания составила: от 2 до 5 лет – 38 чел. (54,3%), 6-10 лет – 25 чел. (35,7%), свыше 10 лет – 7 чел. (10,0%). До включения пациентов в реабилитационную программу они неоднократно лечились стационарно, получали традиционные нейролептики и атипичные антипсихотики, проводилось поддерживающее лечение.

В группу сравнения были включены 35 больных параноидной шизофренией с сопоставимыми гендерно-возрастными и клинико-динамическими особенностями. Состояние ремиссии у них было достигнуто в процессе нейролептической терапии. Специальных реабилитационных мероприятий им не проводилось.

Реабилитационная программа состояла из вмешательств, направленных на формирование утраченных в результате болезни эмоциональных и мотивационных ресурсов личности, а также навыков и умений, необходимых для повышения уровня ее функционирования. Использовались психообразовательные и обучающие программы, тренинг социальных навыков, личностно-ориентированная психотерапия, нейрокогнитивный тренинг. Групповые формы реабилитационных воздействий начинались после купирования продуктивных расстройств и продолжались в течение 40-45 дней. После выписки больных из стационара проводилась суппортивная психотерапия в виде регулярных встреч с больными 1-2 раза в неделю с общим количеством занятий 7-8.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий осуществлялась при завершении этапа психологической реабилитации перед выпиской больного из отделения медико-социальной реабилитации. Группа сравнения также об-

следовалась перед выпиской больного из общепсихиатрического отделения.

Для стандартизированной оценки клинической эффективности реабилитационных мероприятий в настоящем исследовании были примене-

ны такие шкалы как SANS (N.Andreasen, 1982), PANSS (Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A., 1986), шкала для оценки психического статуса BPRS (Owerall J.F., Gorchem D., 1962), а также шкала оценки экстрапирамидных симптомов (ШОЭС).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты стандартизированной оценки психического состояния пациентов сравниваемых

групп по методике PANSS представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования по методике PANSS в сравниваемых группах

Пункты	Группы		Р
	Основная	Сравнения	
1	3,14±0,21	3,31±0,27	0,702
2	4,76±0,20	4,54±0,15	0,418
3	1,92±0,24	2,74±0,18	0,013*
4	1,44±0,12	2,95±0,23	10 ⁻⁶ *
5	1,45±0,26	2,03±0,28	0,163
6	2,52±0,20	3,51±0,22	0,023*
7	1,70±0,24	3,31±0,24	0,000006*
8	3,06±0,28	4,15±0,17	0,0016*
9	3,16±0,31	3,69±0,22	0,201
10	1,77±0,24	3,33±0,25	0,00003*
11	1,50±0,21	3,41±0,26	10 ⁻⁶ *
12	3,86±0,27	3,77±0,21	0,804
13	1,33±0,17	3,08±0,24	10 ⁻⁶ *
14	4,89±0,31	2,36±0,25	10 ⁻⁶ *
15	1,48±0,13	2,41±0,26	0,0005*
16	3,26±0,19	3,85±0,24	0,06
17	1,71±0,23	1,38±0,15	0,299
18	1,31±0,12	2,59±0,24	10 ⁻⁵ *
19	2,58±0,16	1,79±0,20	0,0978
20	1,07±0,05	1,46±0,17	0,011*
21	2,17±0,29	2,41±0,25	0,276
22	1,95±0,22	2,82±0,25	0,012*
23	2,16±0,08	1,87±0,21	0,336
24	1,00±0,00	1,0±0,0	1,0
25	2,57±0,23	3,10±0,21	0,106
26	5,84±0,21	4,44±0,15	10 ⁻⁵ *
27	4,21±0,34	4,23±0,18	0,964
28	1,32±0,14	2,90±0,24	10 ⁻⁶ *
29	1,16±0,09	2,15±0,19	10 ⁻⁶ *
30	1,48±0,18	3,31±0,28	10 ⁻⁶ *

Наименования пунктов: 1 – бред; 2 – дезорганизация мышления; 3 – галлюцинаторное поведение; 4 – возбуждение; 5 – идеи грандиозности; 6 – подозрительность; 7 – враждебность; 8 – уплощенный аффект; 9 – эмоциональная отгороженность; 10 – плохой контакт; 11 – пассивная /апатическая/ социальная отгороженность; 12 – нарушения абстрактного мышления; 13 – утрата спонтанности и способности поддерживать беседу; 14 – стереотипии в мышлении; 15 – соматическая озабоченность; 16 – тревога; 17 – чувство вины; 18 – напряжение; 19 – манерность в мимике и жестах; 20 – депрессия; 21 – моторная заторможенность; 22 – отсутствие сотрудничества; 23 – необычное содержание мыслей; 24 – дезориентация; 25 – ухудшение внимания; 26 – утрата критики; 27 – нарушения воли; 28 – недостаточный контроль за импульсивностью; 29 – озабоченность; 30 – активное социальное избегание. Размерность шкалы: 1 – симптом отсутствует; 2 – минимальная тяжесть; 3 – слабая; 4 – умеренная; 5 – умеренная-тяжелая; 6 – тяжелая; 7 – крайне тяжелая.

Бредовая симптоматика отмечалась на разных этапах динамики заболевания у всех пациентов основной группы. В момент обследования средний ее показатель ($3,14 \pm 0,21$ балла) соответствовал уровню слабой выраженности. Показатель по этому пункту в единичных случаях достигал максимума (7 баллов); минимальное значение – 1 балл, отмечалось у 1,5% пациентов, наиболее часто встречающаяся оценка – 3 балла. Полученные результаты отражают наличие среди представителей описываемого контингента умеренной выраженности прежде всего поведения, обусловленного бредовыми переживаниями (избирательность в контактах с другими больными и персоналом, немотивированные, с точки зрения окружающих, реплики), а также неадекватных высказываний, содержащих намеки или прямые указания на превратное истолкование ситуации, отнесение на свой счет реплик и событий, не касающихся, на самом деле, больного. Следует отметить, что в большинстве случаев бред имел инкапсулированный, лишенный аффективной заряженности и насыщенности, резидуальный характер и оказывал малое влияние на общее поведение больных.

Чаще всего отмечались дезактуализированные, лишенные стройности и систематизации бредовые идеи воздействия, нередко примитивного содержания (мотивы порчи, сглаза и т.п.). Большинство пациентов обнаруживало формальную критику к своим бредовым переживаниям, соглашалось признать их следствием болезни.

Показатель по пункту 2 – дезорганизация мышления – составил $4,76 \pm 0,2$ балла, что находится в диапазоне умеренных – умеренно-тяжелых оценок. Минимальные (1 балл) и максимальные (7 баллов) оценки отмечались, в целом, приблизительно у 16% пациентов основной группы, модой распределения оценок была оценка в 5 баллов. Симптомы дезорганизации мышления чаще всего в выраженной степени отмечались в случаях непрерывно-прогредиентного течения, особенно тогда, когда в анамнезе имели место переходящие кататонические включения. С патопсихологической точки зрения преобладали нарушения типа искажения операциональной стороны мышления – умозаключения с опорой на несущественные признаки, паралогичные высказывания. Отмечались также и признаки разноплановости мышления, связанные с нарушением личностно-мотивационного его компонента; часто отмечались соскальзывания, патологическая легкость утраты инструкции при

выполнении тестовых заданий в рамках проводившегося клинико-психологического исследования.

Вместе с тем грубой разорванности мышления, шизофазии, выраженного аутистического мышления, не позволяющего довести до полного смысла психодиагностических исследований, не было.

По третьему пункту – галлюцинаторное поведение – средний показатель у этих пациентов составил $1,92 \pm 0,24$ балла, то есть уложился в диапазон минимальной тяжести. Наиболее частым значением показателя по этому пункту в группе был 1 балл – то есть отсутствие симптома. Заметное галлюцинаторное поведение отмечалось лишь у больных с непродолжительным сроком пребывания на лечении и заключалось в прислушивании к «голосам», немотивированных внешними обстоятельствами мимических реакциях, отказных реакциях, в затыкании ушей и т.п. Следует отметить, что у исследуемых больных галлюцинаторное поведение не приобретало характера агрессии, направленной на окружающих, либо аутоагрессии.

Четвертый пункт – возбуждение – в основной группе имело среднее значение $1,44 \pm 0,12$ балла, что соответствовало минимальному уровню, то есть указывает на отсутствие какого-либо возбуждения у большинства больных. Только в двух случаях уровень показателя достигал 6 баллов, а в подавляющем большинстве был равен единице. Возбуждение, проявляющееся в непоседливости, нежелании соблюдать режим отдыха, назойливом требовании сигарет, выхода на прогулку, отмечалось у нескольких больных с приступообразным типом течения и дефектом психопатоподобного типа. Возбуждение не сопровождалось проявлениями вербальной, а тем более физической агрессии в адрес персонала.

Среднее значение по пятому пункту – идеи грандиозности – в изучаемой группе составило $1,45 \pm 0,26$ балла, то есть уложилось в диапазон минимальных оценок. Низкий показатель по этому пункту связан с тем, что у большинства больных, включенных в реабилитационную программу, фантастического бреда, выходящего за рамки возможных обыденных явлений, не отмечалось. Парафреническая симптоматика имела место лишь у двух больных с длительной продолжительностью шизофренического процесса. Конфабуляторно-бредовые переживания укладывались в фабулу особого происхождения, службы в органах безопасности и т.п. Описанная симптоматика сочеталась с четко очерченной гипо-

булей и не сопровождалась проявлениями агрессии.

Шестой пункт PANSS – подозрительность. В основной группе ее средняя выраженность приходилась на отрезок между минимальными и слабыми степенями тяжести, составляя $2,62 \pm 0,20$ балла. Подозрительность, недоверие в максимальных степенях выраженности соответствовали паранойяльному модусу восприятия окружающего мира, имея в своей основе механизм проекции собственных бессознательных, агрессивных и аутоагрессивных тенденций на окружение. Однако при минимальных и низких значениях речь, скорее, шла не о паранойяльной симптоматике эндогенного происхождения, а о реактивной настороженности в связи с предстоящей выпиской из стационара.

По седьмому пункту среднее значение показателя составило $1,70 \pm 0,24$. Это означает, что уровень объективно отмечаемой со стороны враждебности, находится в промежутке между полным отсутствием и минимальными степенями тяжести. По большей части проявления враждебности или отсутствовали, или выраженность их была на уровне двух баллов. Экстремально высокие проявления враждебности фиксировались в виде импульсивных вспышек, чаще всего ситуационно спровоцированных. Враждебность адресовалась главным образом другим больным отделения, навесившим родственникам и гораздо реже – медицинскому персоналу. Враждебные действия чаще всего проявлялись вербальной агрессией, реже физической, а также негативизмом.

В показателе по пункту 8 отражалась степень уплощенности аффекта. У больных, включенных в реабилитационную программу, среднее его значение составило $3,06 \pm 0,28$, что практически соответствует слабой тяжести симптоматики. В единичных случаях в выборке отмечались экстремально высокие (7 баллов) значения, но чаще всего степень уплощения оценивалась в 3 балла. За этой оценкой кроется впечатление, производимое достаточно адекватной, но несколько лишенной живости и немного однообразной мимикой большинства пациентов. Имеет место определенное сужение круга обстоятельств, способных вызвать эмоциональную заинтересованность. Среди остающихся более актуальными и вызывающими максимальную эмоциональную реакцию тем оказывается заинтересованность в скорейшей отмене нейролептиков.

Средний уровень показателя 9 – эмоциональ-

ная отгороженность, относящегося к группе негативных симптомов, составил у больных основной группы $3,16 \pm 0,31$ балла, то есть локализовался в диапазоне между слабыми и умеренными степенями тяжести. В большинстве случаев у пациентов была констатирована минимальная отгороженность (самый частый балл – 2). Больные чаще всего оставались открытыми для общения с персоналом и окружающими, не были безучастными к эмоционально значимым событиям. При проведении экспериментально-психологического исследования они в подавляющем большинстве случаев улавливали эмоциональный подтекст вопросов, картинок. Лишь у больных с длительным стажем непрерывно текущего шизофренического процесса отмечалось отсутствие эмоционального резонанса, отгороженность, обособленность.

Пункт 10 – плохой контакт – имел в изучаемой группе среднее значение $1,77 \pm 0,24$ балла, входящее в диапазон значений между полным отсутствием признака до минимальной выраженности. В подавляющем большинстве случаев признаков плохого контакта зафиксировано не было. Больные в исследуемой группе достаточно легко соглашались не только на собеседование, но и на выполнение экспериментально-психологических заданий. Для грубых нарушений контакта у больных не имелось оснований ни в лице грубых дефицитарных проявлений, ни в лице выраженной продуктивной симптоматики. Констатация сохранности способности контакта предполагает как минимум 2 вывода: 1 – данные клинико-психологического исследования являются вполне валидными для изучаемого контингента; 2 – больные вполне открыты для дальнейшего психотерапевтического реабилитационного воздействия.

Показатель по 11 пункту отражает степень выраженности пассивной (апатической) социальной отгороженности. В описываемой группе уровень такой отгороженности оценивается практически минимально: $1,5 \pm 0,21$ балла. Включенность в общение с другими пациентами, медперсоналом, родственниками достаточно эффективна для создания по крайней мере адаптированности к условиям стационарного лечения. Достаточная социальная активность может рассматриваться как прогностически благоприятная характеристика для вовлечения в систему внебольничных реабилитационных мероприятий.

Выраженность показателя по 12 пункту отражает степень нарушения абстрактного мышления. Среднее значение этого показателя,

по сравнению с другими, было довольно высоким ($3,86 \pm 0,27$) и относилось к диапазону от слабых до умеренных оценок. Довольно низкая оценка способности к абстрагированию связана прежде всего с низким образовательным уровнем большинства пациентов, а также, по всей вероятности, с низкой мотивированностью качественного выполнения заданий, требующих более-менее высокого уровня операциональной стороны мышления. Кроме того, длительное пребывание на инвалидности детренирует интеллектуальные возможности пациентов в связи с социальной депривацией.

13-й пункт оценивает степень утраты способности к спонтанности и возможности поддерживать беседу. Среднее значение показателя по этому пункту довольно низкое ($1,33 \pm 0,17$), что свидетельствует о неплохой способности больных заводить и поддерживать разговор, проявлять самостоятельную инициативу. Обращает на себя внимание тот факт, что сами пациенты, судя по результатам клинико-психологического исследования, оценивают свою спонтанную активность как недостаточную, что отражает психотравмирующее воздействие лечебного режима и утраты трудоспособности.

Среднее значение показателя по 14 пункту – стереотипии в мышлении – имеет второе по величине значение из 30 пунктов методики – $4,89 \pm 0,31$ балла. Высокое значение по этому пункту вполне согласуется с низкой оценкой способности к абстрагированию. Причем речь идет не столько об изменении мышления по органическому типу, мало свойственному для больных шизофренией, а о своеобразной перестройке мышления в условиях социальной депривации в стационаре. Заведомая «решенность» за пациента всех каждодневных проблем, как уже указывалось, детренирует его интеллект и стереотипизирует направленность его ассоциаций. Больные описываемого контингента действительно крайне стереотипны в изложении своих пожеланий скорейшей выписки из стационара, отмены медикаментозного лечения и т.п.

Пятнадцатый пункт оценивает уровень соматической озабоченности. Среднее значение этого показателя низкое – $1,48 \pm 0,13$ балла, что указывает на малую представленность ипохондрической симптоматики у описываемых больных. Исключение составили несколько пациентов, бредовые идеи у которых имели ипохондрический оттенок (дистантное воздействие, по их мнению, наносит вред их здоровью).

Шестнадцатый пункт касается весьма распро-

страненного и важного аспекта психического состояния больных – уровня тревоги. Среднее значение его – $3,26 \pm 0,19$ лежит на грани между минимальными и слабыми уровнями тяжести. Следует отметить, что максимум выраженности этого симптома во всей выборке не превышает 5 баллов, но довольно часто равен 4 баллам. Среди больных этой группы не отмечалось выраженной тревожной или тревожно-депрессивной симптоматики процессуального характера. Низкий уровень тревоги у этого контингента больных может быть связан как с низкой их критичностью, так и с общей удовлетворенностью от участия в реабилитационной программе.

В пользу последнего объяснения говорит и низкий показатель по 17 пункту – чувство вины – $1,71 \pm 0,23$ балла, что свидетельствует не только о практическом отсутствии ситуационных депрессивных переживаний, но и о недостаточной критичности по отношению к различным жизненным проблемам.

Показатель пункта 18 – напряжение – оказывается тоже очень низким ($1,31 \pm 0,12$ балла), что может быть связано со своеобразной адаптированностью больных к перманентному пребыванию на стационарном лечении. Отсутствие напряженности прежде всего проявляется во внешней бесконфликтности, легкой подчиняемости больных. Однако это внешне благополучное поведение может скрывать за собой высокий уровень интрапсихической конфликтности и противоречивости. Низкий уровень напряженности, таким образом, имеет достаточно обманчивый, маскирующий характер.

Девятнадцатый пункт – манерность в мимике и жестах имеет средний балл $2,58 \pm 0,16$, то есть предполагает минимальную выраженность вычурности, нарочитости невербальной экспрессии. Своеобразная наигранность рисунка поведения также может быть отнесена к проявлениям специфической адаптированности к атмосфере специализированного отделения медико-социальной реабилитации.

Показатель по двадцатому пункту, отражающий уровень выраженности депрессивной симптоматики, ничтожно мал – $1,07 \pm 0,05$, что говорит о практическом отсутствии патологии настроения такого рода в изучаемом контингенте. Отсутствие депрессивной симптоматики косвенно свидетельствует об адекватности диагностического и лечебного процесса (отсутствие ятрогенных депрессий, являющихся побочным эффектом чрезмерной терапии нейролептиками).

Моторная заторможенность (пункт 21) в

среднем выражена на уровне $2,17 \pm 0,29$ балла, то есть на уровне минимальной тяжести. Подобный уровень вполне объясним, так как ни депрессивных, ни кататонических, ни нейролептических проявлений у больных не выявлено.

Двадцать второй пункт оценивает степень отсутствия сотрудничества у больных. Среднее его значение достаточно низкое, что соответствует комплайенсу, продемонстрированному во время проведения настоящего исследования. Демонстрация высокой степени готовности к сотрудничеству обнадеживает как в отношении эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в стационаре, так и возможности развертывания психокоррекционной реабилитационной деятельности в амбулаторных условиях.

Показатель по двадцать третьему пункту отражает наличие мыслей необычного содержания. Речь идет, прежде всего, о не разделяемых большинством окружения мистических верованиях, превратных трактовках обыденных фактов. Такая симптоматика прежде всего характерна для лиц с шизотипическим расстройством, а не для более прогрессивных форм патологии шизофренического круга. В изучаемом контингенте отдельные элементы своеобразного «магического», болезненно символического мышления отмечались лишь в единичных случаях, что дало общую среднюю выраженность показателя по этому симптому на уровне $2,16 \pm 0,08$ балла.

Пункт 24 – дезориентация – вполне закономерно имеет минимальный уровень выраженности – $1,0 \pm 0,0$ балла. Дезориентация – один из основных признаков нарушения сознания, и абсолютно ясно, что если бы такое нарушение и имело место, то его носитель не мог бы быть в числе обследованных представителей выборки.

Пункт 25 отражает степень выраженности нарушений внимания. Средний показатель по нему составил $2,57 \pm 0,22$, что соответствует уровню приблизительно минимальной тяжести. Грубые нарушения внимания в виде неустойчивости, сужения объема, связанные с характерным для шизофрении снижением мотивационного компонента психической деятельности, правдомернее всего было бы ожидать у пациентов с глубоким дефектом или в разгаре продуктивных расстройств. Поэтому вполне естественно, что у пациентов изучаемого контингента представленность этой симптоматики оказалась минимальной.

В показателе по 26 пункту находит отражение степень утраты пациентом критики. Показатель по этому пункту имеет наибольшее из всех

остальных значение $5,84 \pm 0,21$ балла. Это уровень умеренно-тяжелой – тяжелой степени выраженности. Такой высокий уровень, на первый взгляд, мало согласуется с относительно благополучным общим впечатлением о психическом состоянии обследованных больных. Но этот показатель отнюдь не является артефактом. Он свидетельствует о том, что ремиссия развивающаяся в условиях длительной болезни формирует лишь фасадное благополучие, но не способствует появлению глубокой критики. Критичность к своему состоянию не развивается в условиях депривационно-ограничительной патерналистской парадигмы, блокирующей развитие способности принимать ответственность на себя. По-видимому, краткосрочного реабилитационного курса недостаточно для появления осознанного отношения пациента к болезни и формирования (восстановления) мотивационных ресурсов личности.

В среднем показателе по пункту 27 находит отражение степень нарушения в волевой сфере. По сравнению с другими пунктами его значение довольно велико – $4,21 \pm 0,34$ балла, что свидетельствует о наличии как минимум умеренно выраженной симптоматики гипобулического плана. Такую степень выраженности гипобулических тенденций было бы неправомерно рассматривать лишь как следствие биологически обусловленных последствий развития шизофренического процесса. В значительной степени гипобулия обусловлена и длительным пребыванием больных на инвалидности, и неучастием их в социально-полезной деятельности.

Двадцать восьмой пункт отражает степень недостаточности контроля за импульсивными действиями. Средний показатель по этому пункту низкий – $1,32 \pm 0,14$ балла. Единичные пациенты имели максимальные оценки в пределах пяти баллов. Таким образом, проявления импульсивной активности являются нехарактерными для изучаемого контингента.

Двадцать девятый пункт оценивает степень озабоченности больных, под которой, в первую очередь, подразумевается скорость и адекватность осмысления ситуации. Поскольку грубой дезорганизации мышления у большинства больных описываемой группы не обнаруживается, равно как и признаков слабоумия и нарушений сознания, вполне естественно, что средний показатель по этому пункту минимальный – $1,16 \pm 0,09$.

Тридцатый пункт измеряет степень выраженности активного социального избегания. Степень избегания общества, насколько об этом

можно судить по поведению и высказываниям больных в стационаре, минимальна ($1,48 \pm 0,18$ балла). Клинико-психологическое исследование также выявляет стремление (на уровне представлений об идеальном «Я») к более насыщенным социальным контактам. Однако выявленные негативные последствия длительной детренированности навыков социального взаимодействия ставят под вопрос успешность их самостоятельной ресоциализации.

Более рельефно специфичность клинической характеристики больных шизофренией, включенных в реабилитационную программу, позволяет представить сравнение их средних показателей по методике PANSS со средними показателями больных шизофренией, получающих традиционное лечение.

Средняя выраженность бредовых расстройств в сравниваемых контингентах одинакова, как и степень дезорганизации мышления. Отсутствие достоверных отличий по пунктам, отражающим одни из наиболее типичных и стойких проявлений шизофренического процесса, указывает на клиническую сопоставимость сравниваемых групп и подтверждает предположение о том, что имеющиеся между сравниваемыми контингентами различия предопределяются не их биологической разнородностью, а, главным образом, различием воздействующих социальных и социально-психологических факторов.

Выраженность галлюцинаторных расстройств на момент обследования достоверно ($p=0,013$) более значительно представлена в группе сравнения, достигая, в среднем, слабой выраженности признака. Такое различие связано с меньшей стойкостью галлюцинаторной симптоматики, чем бредовой и формальных расстройств мышления, по отношению к терапии нейролептиками. У пациентов реабилитационной группы, галлюцинации, как правило, успевают стойко редуцироваться или, по крайней мере, галлюцинаторное поведение становится менее выраженным.

Степень возбуждения больных сравниваемого контингента также оценивается как более высокая ($p=0,0000001$). Более спокойное и упорядоченное поведение больных основной группы обусловлено, на наш взгляд, не только уровнем комплайенса, достигнутого в реабилитационной среде специализированного отделения, но и специфическими влияниями внутригруппового взаимодействия пациентов, способствующими улучшению функции самоконтроля за поведением.

Идеи величия или, другими словами, паранойяльная симптоматика одинаково выражены в обеих группах. Как уже указывалось выше, фантастические бредовые идеи мало характерны для основного исследуемого контингента и достаточно редко встречаются и у пациентов группы сравнения.

Средний показатель по пункту «подозрительность» достоверно выше в группе сравнения ($p=0,023$). Такое различие может быть истолковано не только как свидетельство меньшей выраженности паранойяльного плана идей, но и как проявления более низкой критичности мышления.

У больных группы сравнения показатель враждебности оказывается также более высоким ($p=0,000006$), хотя и достигает в среднем уровня слабой степени выраженности. Это свидетельствует как об эффективности нейролептической терапии, так и о еще большей эффективности сочетанного применения медикаментозных средств и реабилитационных воздействий.

В сравнении с пациентами, получавшими традиционное лечение, больные основной группы демонстрировали меньшую степень ($p=0,016$) уплощения аффекта. Установленное различие в степени уплощения аффективности не сказывается, вместе с тем, на уровне эмоциональной отгороженности пациентов сравниваемых групп, о чем свидетельствуют фактически одинаковые средние значения по 9 пункту PANSS. Качество контакта с пациентом более высоко оценивается в реабилитационной группе больных ($p=0,00003$). Впечатление большей адекватности общения возникает, скорее всего, в связи с улучшением их коммуникативности под влиянием тренинговых групповых занятий.

Пассивная (апатическая) социальная отгороженность более свойственна пациентам, получающим традиционное лечение нейролептиками ($p=10^{-6}$). Большая социальная отгороженность указанной группы больных объясняется более выраженной редукцией мотивационной составляющей их поведения в условиях отсутствия внешних стимулов, направленных на активацию социального функционирования.

Нарушения процесса абстрагирования в обеих сравниваемых группах расцениваются как выраженные на одинаковом уровне. Отсутствие достоверных различий в данном случае говорит, главным образом, об одинаковой представленности органического радикала психопатологии (с которым ассоциируется снижение способно-

сти к абстрагированию) и одинаковом уровне интеллектуальных особенностей.

Пациенты группы сравнения рассматриваются как в большей степени утратившие способность к поддержанию беседы и проявлению самостоятельной инициативы, спонтанности в поведении и общении ($p=10^{-6}$). Более оживленная манера поведения в процессе общения и меньшая степень эмоциональной отгороженности в реабилитационной группе также, по нашему мнению, могут быть связаны с участием пациентов в групповых тренинговых занятиях и активацией межперсонального взаимодействия.

Стереотипность мышления оценивается как более выраженный симптом у больных основной группы ($p=10^{-6}$). Такое различие по этому признаку ставит под сомнение реальную значимость описанных выше меньшей уплощенности, эмоциональной отгороженности, живости контакта и пр. для поддержания информационного баланса и эффективности идеаторного контура регуляции поведения. Большая коммуникативная активность этих больных имеет стереотипный, однообразный характер и обычно связана с желанием скорейшей выписки как самоцели. Однако, с другой стороны, стереотипность мышления может рассматриваться как платформа для формирования терапевтически позитивных стереотипов, связанных с совладанием с симптомами болезни и достижением лучшего взаимодействия с медицинским персоналом.

По пункту, касающемуся озабоченности соматическими проблемами, средний уровень показателя оказался более высоким у пациентов, получающих обычное лечение ($p=0,0005$). Ипохондрическая проблематика чаще встречалась у больных с более прогрессивными вариантами течения шизофрении.

Тревожная симптоматика оказалась одинаково выраженной в сравниваемых контингентах больных шизофренией по оценке ее внешних проявлений. Низкий уровень тревоги в обеих группах еще раз указывает на нозологическую однородность изучаемых контингентов.

Чувство вины, характеризующее, в определенной мере степень критичности больных, в одинаковой степени минимально выражено в обеих группах.

Напряжение у больных основной группы выражено достоверно ниже ($p=10^{-5}$). Большая степень напряженности больных группы сравнения связана, главным образом, с пребывани-

ем их в однообразно-агрессивной среде общепсихиатрического отделения и низким уровнем комплайенса с медицинскими работниками.

Степень выраженности манерности в мимике и жестах не имеет достоверного различия на уровне $p<0,05$, но отличается на уровне $p<0,1$. Она оказывается несколько выше в реабилитационной группе. Некоторое отличие в характере невербальной самопрезентации можно объяснить подверженностью пациентов основной группы влиянию субкультуральных норм поведения, культивируемых в реабилитационной среде.

Депрессивные переживания, очень незначительно выраженные в обеих сравниваемых группах, оказываются все-таки более существенно ($p=0,011$) представленными в группе сравнения. Некоторый элемент депрессивности этих больных может быть связан с отсутствием у них уверенности в стабильности их состояния и негативными влияниями изоляции.

Пациенты обеих групп обнаруживают практически одинаковый, незначительный уровень двигательной заторможенности. Как уже указывалось выше, низкий уровень значений показателя по этому пункту отражает не только отсутствие у пациентов выраженных ступорозных нарушений, но и, прежде всего, признаков тяжелой нейрелепсии, что говорит об адекватности дозировки нейролептиков.

Проводимое сравнение обнаруживает, что оценка способности больных к сотрудничеству оказывается достоверно более высокой ($p=0,012$) в реабилитационной группе. Однако впечатление большей открытости для взаимодействия с медицинским персоналом носит у этих больных в значительной степени поверхностный характер, являясь отражением патологической адаптированности к атмосфере психиатрического стационара. Как показали клинико-психологические исследования, потребность во включении в социум, в аффективно-насыщенных связях оказывается тотально подавленной.

По пункту 26 – утрата критики – достоверно более высокая оценка оказалась у больных, включенных в реабилитационную программу. Подобное различие может показаться, на первый взгляд, несколько неожиданным: ведь до этого практически по всем пунктам о пациентах основной группы складывалось впечатление как о более сохранных и благополучных. Отсутствие у них, однако, сколько-нибудь неформальной критики к своему психическому

состоянию, перенесенным нарушениям, подтверждает представление о фасадном характере благополучности их состояния, о существовании своеобразной патологической адаптированности, блокирующей глубокую личностную проработку больными их экзистенциальной ситуации.

Нарушения воли в обеих группах в среднем расцениваются как практически одинаковые, отражающие единообразный тип дефицитарных расстройств. В то же время пациенты группы сравнения внешне оцениваются как достоверно более импульсивные в своем поведении ($p=10^{-6}$). Такое впечатление связано прежде всего с тем, что эти больные большую часть времени представлены сами себе, а внешне направляющих адекватных стимулов их поведения в период стационарного лечения крайне недостаточно. Напротив, более упорядоченное поведение пациентов основной группы определяется постоянной насыщенностью реабилитационными мероприятиями, создающими предпосылки для более или менее устойчивых форм целенаправленной активности.

Степень озабоченности пациентов группы сравнения также представляется существенно более высокой ($p=10^{-6}$). Под озабоченностью, как уже указывалось выше, понимается прежде всего меньшая быстрота и точность схватывания текущей ситуации. Лишенные адекватных социальных стимулов и положительной терапевтической перспективы, эти пациенты оказываются более озабоченными больничной обстановкой.

Уровень социальной отгороженности у пациентов группы сравнения представляется тоже существенно большим ($p=10^{-6}$). Меньшая включенность во внутриотделенческую жизнь у таких больных, по сравнению с реабилитационной группой, может быть объяснена однообразием окружающей обстановки в отделении, патерналистским стилем отношений медицинского персонала, невостребованностью личной активности пациентов, отсутствием в работе медицинского персонала методов, побуждающих пациентов к более продуктивным социальным контактам.

Своеобразный итог рассмотрению различий по шкале PANSS можно подвести, сравнив суммарные значения ее субшкал. Субшкала Р (позитивных расстройств) в основной группе име-

ет среднее значение $17,10 \pm 1,82$ балла, в то время как в группе сравнения – $22,39 \pm 1,57$ балла. Различия достоверны на уровне $p=4 \cdot 10^{-2}$. Таким образом, совокупная выраженность продуктивных расстройств оказывается достоверно большей у пациентов обычных отделений. Это связано с тем, что терапевтическая среда и формы работы в отделении медико-социальной реабилитации создают лучшие условия для редукции продуктивной симптоматики и более качественного вызревания ремиссии.

Средний показатель по субшкале N у больных реабилитационной группы составил $21,81 \pm 1,85$ балла, в то время как в группе сравнения – $25,20 \pm 1,91$ балла. Достоверность различий $p=7,1 \cdot 10^{-2}$.

Шкала общих симптомов G в основной группе имеет среднее значение $33,71 \pm 2,84$ балла, а в группе сравнения – $39,3 \pm 2,96$ балла (различия недостоверны). Не установлено существенных различий и по ее подразделам: аффективные нарушения – $11,43 \pm 0,59$ и $9,28 \pm 0,8$ балла; двигательно-волевые нарушения – $14,46 \pm 1,35$ и $17,46 \pm 1,4$ балла; когнитивные – $11,71 \pm 0,81$ и $11,56 \pm 0,76$ балла.

Резюмируя стандартизированную характеристику клинической картины проявлений шизофрении у пациентов реабилитационной группы, следует отметить, что ее своеобразие предопределяется как определенными биологическими особенностями болезненного процесса, так и своеобразными социально-психологическими реабилитационными факторами, структура и взаимодействие которых обеспечивает большую гармонизацию психического состояния по сравнению с пациентами, получающими только биологическую терапию.

Короткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) в стандартной версии содержит 18 психопатологических (психотических) признаков, оцениваемых в 7 градациях тяжести и применяется для оценки интенсивности психопатологических расстройств (чаще всего в связи с оценкой эффективности проводимой терапии). Внутри шкалы выделяется 5 факторов (синдромов): 1) тревожная депрессия; 2) нарушения мышления; 3) апатия, заторможенность; 4) подозрительность, враждебность; 5) возбуждение-напряжение. Результаты исследования по методике BPRS представлены на таблице 2.

Результаты исследования по методике BPRS в сравниваемых группах

Показатели		Суммарный показатель	1	2	3	4	5
Группы	Осн.	38,75±1,17	6,54±0,47	0,93±10,85	8,15±1,01	6,03±0,79	6,57±0,65
	Сравн.	48,03±1,70	6,69±0,56	10,85±0,90	11,25±0,91	9,64±0,68	11,36±1,3
Р		0,000011	0,964	0,836	0,0396	0,0312	0,0062

Факторы: 1 – тревожная депрессия; 2 – нарушения мышления; 3 – апатия, заторможенность; 4 – подозрительность, враждебность; 5 – возбуждение-напряжение.

Результаты, полученные с помощью шкалы BPRS, полностью согласуются с приведенной выше стандартизированной оценкой психического статуса в сравниваемых группах. Суммарный показатель по BPRS у пациентов, получающих обычное лечение, с высокой степенью достоверности превышает показатель в основной группе ($p=0,000011$).

Показатели по фактору тревожной депрессии практически одинаково выражены и невелики (максимально возможное значение – 21 балл), что указывает на нозологическую однородность сравниваемых контингентов, в которых практически не встречается патология аффективного круга.

Нарушения мышления (по форме и по содержанию) приблизительно на одном уровне выражены в обеих сравниваемых группах, что лишь раз подтверждает их адекватную сопоставимость в клиническом отношении.

Показатель по фактору апатии и заторможенности достоверно выше в группе сравнения ($p=0,0396$), но не достигает экстремально высоких значений (возможный максимум – 28 баллов). По фактору подозрительности и враждебности показатель в группе сравнения также достоверно выше ($p=0,0312$), что свидетельствует о формировании более качественной ремиссии у пациентов отделения медико-социальной реабилитации. Аналогичное объяснение может быть дано и причинам достоверно большего ($p=0,0062$) значения показателя по фактору возбуждение-напряжение у больных, лечащихся в обычном отделении.

Подводя итог результатам исследования по методике BPRS, кроме уже указанного их совпа-

дения с данными по PANSS, можно констатировать достаточно высокую клиническую эффективность сочетанного использования медикаментозной терапии и комплекса реабилитационных мероприятий.

В связи с тем, что на успешную реадaptацию и реабилитацию больных шизофренией оказывают влияние выраженность и качественная специфика негативных расстройств, имеющих, как уже указывалось, не только биологически детерминированный процессуальный генез, но и социально-психологическую обусловленность, в программу исследования было включено детальное квантифицированное исследование дефицитарной симптоматики с помощью методики SANS.

SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) содержит 30 признаков, включающих аффективное уплощение, алогию, абулию-апатию, ангедонию-асоциальность и т.п. Каждый признак (симптом) оценивался по степени тяжести от 0 до 5 баллов. Данные исследования по методике SANS приводятся в таблице 3.

Застывание мимики в обеих сравниваемых группах чаще всего ограничивается легким уменьшением соответствия лицевой экспрессии содержанию высказываний. Спонтанная подвижность тела во время разговора также выражена незначительно.

Сохранность выразительности жестикуляции в обеих группах оценивается приблизительно одинаково, в основном на уровне легкой степени снижения. Обеднение контакта взглядом во время беседы расценивается одинаково еще более незначительно, в большинстве случаев сохраняется вполне достаточная выразительность взгляда в разговоре.

Результаты исследования по методике SANS в сравниваемых группах

Пункты	Группы		Р
	Основная	Сравнения	
1	2,05±0,18	1,97±0,25	0,814
2	1,91±0,19	2,00±0,24	0,759
3	1,95±0,20	2,10±0,27	0,649
4	1,28±0,20	1,69±0,22	0,188
5	1,33±0,19	1,74±0,23	0,178
6	1,20±0,18	1,44±0,23	0,424
7	2,08±0,19	2,08±0,24	0,997
8	1,11±0,17	0,74±0,11	0,129
9	2,41±0,17	2,92±0,15	0,043*
10	2,02±0,16	2,38±0,17	0,142
11	1,72±0,20	2,21±0,20	0,112
12	0,84±0,15	0,97±0,15	0,568
13	2,44±0,16	2,51±0,18	0,765
14	1,14±0,19	1,38±0,20	0,399
15	2,80±0,16	3,00±0,12	0,362
16	1,73±0,16	2,51±0,17	0,002*
17	2,47±0,18	3,05±0,15	0,027*
18	2,77±0,17	3,13±0,15	0,141
19	0,91±0,18	0,98±0,21	0,882
20	2,59±0,14	3,00±0,16	0,069
21	2,54±0,17	2,95±0,20	0,146
22	2,19±0,20	3,00±0,20	0,008*
23	2,55±0,17	3,03±0,16	0,153
24	2,48±0,18	2,77±0,14	0,275
25	2,2±0,19	2,13±0,22	0,803
26	2,78±0,16	2,90±0,16	0,624
27	1,70±0,20	1,47±0,19	0,355
28	2,73±0,18	2,87±0,18	0,608
29	1,34±0,21	0,62±0,16	0,015*
30	2,28±0,17	2,61±0,09	0,141

Наименования пунктов: 1. Застывшее выражение лица; 2. Уменьшение спонтанных движений; 3. Бедность экспрессии жестов; 4. Бедность контакта взглядом; 5. Отсутствие эмоционального резонанса; 6. Неадекватный аффективный ответ; 7. Монотонный голос; 8. Субъективные жалобы на аффективную пустоту или потерю чувств; 9. Общая оценка аффективного поведения; 10. Бедность высказываний; 11. Бедность содержания высказываний; 12. Остановка мыслей; 13. Увеличение латентного периода ответов; 14. Субъективная оценка алогии; 15. ; 16. Туалет-гигиена; 17. «Неявки на работу и учебу»; 18. Физическая энергия; 19. Абулия и апатия – субъективные жалобы; 20. Глобальная оценка абулии-апатии; 21. Интересы и активное проведение досуга; 22. Интересы и активность в сексуальной жизни; 23. Неспособность к близким интимным отношениям; 24. Отношения с друзьями и коллегами; 25. Осознание ангедонии и социального «ухода»; 26. Общая оценка ангедонии и социального ухода; 27. Невнимательность в процессе социальной активности; 28. Невнимательность при тестировании; 29. Невнимательность – субъективные жалобы; 30. Общая оценка невнимательности.

Способность к эмоциональному выражению у пациентов обеих групп остается одинаково сохранной; как правило, когда больных смешат, побуждают улыбнуться, они откликаются адекватной эмоциональной реакцией.

Неадекватное контексту беседы аффективное

реагирование, чаще всего в виде стереотипной дурашливости, отмечалось в единичных случаях; у пациентов обеих групп чаще вполне сохранной остается способность сопровождать обсуждение серьезных проблем соответствующим содержанием беседы выражением лица.

Интонации и громкость голоса у большинства больных сравниваемых групп остаются естественными и модулируются в соответствии с содержанием разговора. Интонационная составляющая общей экспрессии страдает лишь в самой малой степени. Субъективные жалобы на утрату живости своих чувств, потерю ощущения прежней живой заинтересованности в делах и событиях окружающего мира несколько чаще можно услышать от пациентов реабилитационной группы.

Хотя по перечисленным выше пунктам кластера «эмоциональное уплощение» методики SANS достоверных различий средних показателей сравниваемых групп и не отмечается, общий средний уровень экспертной оценки эмоциональной выразительности достоверно ниже у пациентов, лечащихся в обычных отделениях ($p=0,043$). Суммарное впечатление о степени конгруентности эмоционального сопровождения контексту живого общения может быть связано с разной частотой встречаемости явлений регрессивной синтонности в сравниваемых группах: чаще они отмечаются в рамках психопатоподобного дефекта, более свойственного больным из основной группы.

Степень малословия, игнорирования задаваемых вопросов, односложности ответов оценивается в обеих группах на одинаково незначительном уровне. Достаточно редко в обеих группах, хотя и несколько чаще в группе сравнения, констатируется наличие резонерства, мимо ответов, особой туманности высказываний.

Шперрунги, указания на «обрыв» мыслей крайне редко встречаются в обеих сравниваемых группах. Гораздо чаще вербальный контакт затрудняется из-за увеличения скрытого периода ответов: в обеих группах больные нередко отвечают на вопрос не сразу, как-бы то и дело возвращаясь к предмету разговора от своих собственных далеких мыслей.

Субъективная оценка степени дезорганизации мышления (алогии) в обеих группах достаточно низкая. Лишь немногие больные замечают, что им хуже думается, указывают на несобранность мыслей. Объективная оценка степени снижения продуктивности и целенаправленности мыслительной деятельности приблизительно одинакова в сравниваемых группах и достигает средней степени, что вполне согласуется с приведенными выше данными по пункту 2 шкалы PANSS.

Больные, находящиеся на лечении в отделении медико-социальной реабилитации, выглядят

заметно более опрятными, ухоженными, аккуратными, следящими за своим внешним видом ($p=0,002$). Пациенты, лечащиеся в обычном отделении, чаще обращают на себя внимание недостаточностью ухода за телом и одеждой, что объясняется менее жесткими требованиями к регулярному выполнению обязательных гигиенических процедур.

По 17 пункту SANS – «неявки на работу и учебу» – оценка базировалась, главным образом, на анализе данных объективного анамнеза. У пациентов группы сравнения достоверно чаще ($p=0,027$) констатировались увольнения и отказы в приеме на работу по причине нарушений трудовой дисциплины, а, если быть более точными, вследствие стигматизированности диагнозом «шизофрения». Пациенты основной группы реже связывали утрату работы с безответственным отношением к ней. В обеих группах планы возобновления трудовой деятельности имели чаще всего неопределенный, лишенный конкретики, прожектерский характер, что вполне объяснимо не только с позиций наличия у больных гипобулических проявлений, но и в связи с отсутствием реальной действенной реабилитационной активности внебольничного звена психиатрической помощи.

Степень физической инертности воспринималась несколько более выраженной (без достоверных различий) у больных шизофренией, лечащихся в отделениях с обычным режимом. Уклонение от занятий, требующих приложения физических или умственных усилий, во многом может быть объяснено не только процессуально обусловленным снижением энергетического потенциала личности, но и своеобразной «обученностью» бездействию в связи с отсутствием реальных и действенных реабилитационных программ и средств на их реализацию в практическом здравоохранении.

Субъективная оценка степени имеющейся гипозергии на уровне осознаваемого дефицита «внутренней энергии» и явственности побуждений одинаково низка в обеих группах (практически на нулевом уровне выраженности), что подтверждает низкую оценку критичности изучаемых пациентов.

Глобальная оценка апатико-абулических проявлений, учитывающая поправку на возраст больных, в сравниваемых группах не имеет достоверных отличий на уровне $p<0,05$, однако на уровне $p<0,1$ можно говорить об их большей выраженности у пациентов, лечащихся в обычных условиях, что подтверждают данные стандартизиро-

ванной оценки по методикам PANSS и BPRS.

Степень снижения потребности в активном проведении досуга одинаково оценивается у пациентов сравниваемых групп в среднем на уровне незначительной выраженности. Снижение интереса к сексуальной жизни и стремления к сексуальной активности у пациентов, лечащихся в обычных отделениях, чаще всего соответствует среднему уровню выраженности и оказывается достоверно более значительным ($p=0,008$), чем в основной группе.

Неспособность к близким, аффективно-насыщенным интимным отношениям оценивается на уровне средней степени выраженности в обеих группах. На одинаковом среднем уровне оценивается и способность поддерживать отношения с друзьями и коллегами во избежание одиночества. Степень осознания ангедонии и редукции социальных контактов также в обеих группах была средне выраженной.

Невнимательность во время беседы и тестирования у пациентов обеих групп была незначительной. Следует обратить внимание на то, что пациентами основной группы собственные трудности в сосредоточении и концентрации субъективно оцениваются как более серьезные ($p=0,015$), в то время как внешняя оценка нару-

шений внимания отличий не установила.

Подводя итог оценке результатов исследования по методике SANS, следует отметить, что у большинства пациентов сравниваемых групп отсутствуют грубые дефицитарные нарушения; в то же время пациенты реабилитационной группы обнаруживают большую сохранность аффективной выразительности, гигиенических навыков, общей энергичности, что прогностически благоприятно для оценки эффективности внедрения реабилитационных мероприятий.

Для оценки степени негативного влияния на психическое состояние пациентов и их реабилитационный потенциал возможных побочных эффектов нейролептической терапии было проведено исследование пациентов с помощью шкалы оценки экстрапирамидных симптомов (ШОЭС). Результаты этого исследования приведены в таблице 4.

При рассмотрении полученных данных прежде всего необходимо отметить, что средние показатели по всем пунктам не превышают уровня слабой выраженности экстрапирамидных симптомов, что позволяет говорить о применении оптимальных нейролептиков, отсутствии явных признаков передозировки или неучтения индивидуальной непереносимости.

Таблица 4

Результаты исследования по методике ШОЭС в сравниваемых группах

Пункты	Группы		Р
	Основная	Сравнения	
1	1,72±0,12	1,51±0,10	0,222
2	1,07±0,29	1,08±0,04	0,901
3	1,22±0,07	1,15±0,07	0,511
4	1,48±0,10	1,69±0,16	0,237
5	1,02±0,02	1,23±0,08	0,002*
6	1,41±0,10	1,67±0,13	0,111
7	1,84±0,12	1,61±0,13	0,203
8	1,00±0,00	2,28±0,21	10 ⁻⁶ *
9	1,17±0,06	1,05±0,05	0,184
10	1,00±0,00	1,05±0,05	0,224
11	1,03±0,03	1,10±0,07	0,348
12	1,26±0,08	1,41±0,11	0,265

Пункты шкалы: 1. Заторможенность или слабость, затруднения при выполнении привычных бытовых действий; 2. Нарушения походки или равновесия; 3. Затруднения при глотании или речи; 4. Скованность, напряженность позы; 5. Судороги или боли в конечностях, спине или шее; 6. Неусидчивость, нервозность, неспособность оставаться в покое; 7. Тремор, дрожь; 8. Окулогирные кризы, неудобные позы; 9. Повышенное слюноотделение; 10. Аномальные произвольные движения (дискинезии) конечностей или туловища; 11. Аномальные произвольные движения (дискинезии) языка, челюстей, губ или лица; 12. Головокружения при вставании (особенно по утрам).

Размерность оценок: 1 – симптом отсутствует; 2 – слабая степень выраженности; 3 – умеренная степень; 4 – тяжелая степень.

По большинству пунктов достоверных различий в выраженности симптомов экстрапирамидных осложнений не выявлено. Наиболее высокие средние показатели у больных реабилитационной группы имеют место по 1 и 7 пунктам – заторможенность или слабость при выполнении бытовых действий и наличие тремора. Нарушения в виде окулогирных кризов и дискинезий туловища (типа торзионных спазмов) вообще ни разу не регистрировались в основной группе больных. В группе сравнения более всего представлены скованность и неустойчивость (чаще всего в структуре поздних дискинезий), нередко фиксировались и окулогирные кризы; минимально были представлены, как и в основной группе, гиперкинезы типа торзионного спазма.

Достоверные различия в средней выраженности симптомов экстрапирамидных осложнений установлены по двум пунктам методики: в

группе сравнения существенно выше уровень жалоб на судороги и боли в конечностях ($p=0,002$) и на наличие окулогирных кризов. Установленные различия скорее всего связаны с тем, что в связи с большей представленностью среди пациентов обычных отделений недавно поступивших чаще отмечаются галлюцинационные и галлюцинаторно-бредовые расстройства (см. данные по PANSS), требующие назначения в инъекциях производных бутирофенона, чаще всего дающих подобные побочные эффекты.

Таким образом, стандартизированная оценка психического состояния пациентов в сравниваемых группах позволила не только создать обобщенную клиническую характеристику сравниваемых контингентов, но и выделить их отличительные особенности, являющиеся отправными моментами в разработке эффективных лечебных и реабилитационных программ.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова, О.В. Абрамов

СТАНДАРТИЗОВАНА ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

У статті наведено дані про стандартизовану (за допомогою шкал PANSS, SANS, BPRS та ШОЕС) оцінку психічного стану 70 хворих на параноїдну шизофренію, що були включені до реабілітаційної програми, та 35 хворих із тим же діагнозом, відповідними гендерно-віковими та клініко-динамічними особливостями, по відношенню до яких не проводилось спеціальних реабілітаційних заходів (група порівняння). Виділено основні клінічні аспекти, що є відправними моментами у розробці ефективних лікувальних та реабілітаційних програм. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 3-16).

V.A. Abramov, O.K. Burtsev, I.V. Zhigulina, T.L. Ryapolova, A.V. Abramov

STANDARD ASSESSMENT OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF REHABILITATION EVENTS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA

Donetsk State Medical University

The data on standard (with the help of the questionnaires PANSS, SANS, BPRS and ESAS – extrapyramidal symptoms assessment scale) assessment of mental state of 70 patient with paranoid schizophrenia, which were included in the programme of rehabilitation and 35 patients with the same diagnosis, with the similar gender-ageing and clinic-dynamic peculiarities but without specific rehabilitation effects (the group of comparison) are given in the article. The main clinical aspects for the development of effective medical and rehabilitation programmes are distinguished. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 3-16).

Литература

1. Карлинг П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. — Киев: Сфера, 2001. — 418 с.
2. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. — Донецк: ООО «Лебедь», 2002. — 279 с.

3. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. — Донецк: «Каштан», 2006. — 268 с.

4. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкорытов В.С. Основы качественной психиатрической практики. — Донецк: «Каштан», 2004. — 247 с.

Поступила в редакцию 21.01.2007