

На правах рукописи

**Бекенева
Любовь Викторовна**

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
С ДЛИТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
(РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ, ЭТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)**

Специальность: 14.01.06-Психиатрия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск

2013

Работа выполнена на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

д-р мед. наук, профессор **Балашов Петр Прокопьевич**
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук, профессор **Счастный Евгений Дмитриевич**
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук **Усов Григорий Михайлович**
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Защита состоится 13 июня 2013 года в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 8 мая 2013 г.

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Параноидная шизофрения (ПШ) составляет около 60 % среди всех форм шизофрении (Обухов С. Г., 2007) и является наиболее частой причиной инвалидизации психически больных, влияет как на семейное благополучие, так и на медицинскую и социальную сферу обслуживания и на все общество в целом (Мосолов С. Н., 2002). Интерес к больным ПШ вызван тем, что наибольший риск регоспитализаций возникает именно у больных с параноидной формой шизофрении, при которой случаи с частой регоспитализацией составляют 30,8 % (Долгов С. А., 1994). В связи с чем экономические затраты на лечение больных ПШ с длительным течением составляют не менее 80 % бюджета психиатрических клиник (Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997).

К настоящему этапу развития клинической психиатрии, несмотря на достаточное количество материала по описанию исходов шизофрении, данная проблема до сих пор не решена. А. В. Снежневский, Р. А. Наджаров (1972) определяют исходы шизофренического процесса в зависимости от прогрессивности процесса, отдельных форм и типа течения шизофрении, возрастом в котором она началась, а также «тенденцией к кратковременным либо длительным обострениям процесса, степенью выраженности и темпом развития дефекта личности». D. Wiersma (1998) говорит о том, что в отношении течения, исходов и факторов риска развития шизофрении в литературе существует «путаная картина». Нет единого представления о типологии исхода ПШ. В. П. Критская, Т. К. Мелешко, М. А. Морозова (2009) подчеркивают актуальность изучения дефектных (исходных) состояний и отмечают отсутствие целостного подхода к данной проблеме.

В настоящее время остается не изученным влияние нейролептиков на редукцию негативной симптоматики (повышения энергетического потенциала), на улучшение качества жизни пациента и на изменение структуры исходов ПШ. Недостаточно изучен также вопрос о том, как влияют факторы социального функционирования индивида на исходные состояния ПШ. А. В. Семке, Г. В. Логвинович, С. П. Бессараб (1992), А. А. Сумароков (2002) считают, что социальная адаптация у больных шизофренией связана с выраженностью позитивных и негативных симптомов. По мнению М. А. Морозовой, А. Г. Бениашвили (2007), не обнаружена связь между традиционными клиническими синдромами, течением, исходом.

Актуальность изучения исходов ПШ, таким образом, остаётся важнейшей задачей современной теоретической психиатрии, решение которой позволит определению прогноза и оптимального социально-реабилитационного подхода к больным ПШ.

Цель: изучить клиничко-социальные особенности больных параноидной шизофренией в условиях длительной психофармакотерапии.

Задачи исследования:

1. Выяснить клинические и социальные особенности больных с длительным течением параноидной шизофрении.
2. Определить динамику психопатологических расстройств у пациентов с длительным течением параноидной шизофрении на фоне продолжительной психофармакотерапии.
3. Уточнить клиничко-этиологические особенности больных с длительным течением параноидной шизофрении в зависимости от социального функционирования.
4. Разработать реабилитационную программу для пациентов с длительным течением параноидной шизофрении.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Позитивная симптоматика формирует псевдогаллюцинаторный, параноидный и парафренный дефект. Выраженная негативная симптоматика влияет на формирование апатоабулического и психопатоподобного дефекта. Выраженная негативная и позитивная симптоматика влияют на формирование явлений вторичной кататонии.
2. Стабилизация шизофренического процесса на фоне нейролептической терапии возможна на различных этапах заболевания.
3. Социальное функционирование напрямую связано с четырьмя эволюционными моделями поведения человека (эгоистической, альтруистической, кооперативной, агонистической).
4. В зависимости от социального функционирования и реабилитационного потенциала выделяются три дефекта: компенсированный дефект, частично компенсированный дефект, декомпенсированный дефект.
5. Реабилитационная программа пациентов с длительным течением параноидной шизофрении состоит из 5 этапов: 1) клиничко-социальная диагностика; 2) определение лечебной тактики; 3) включение пациента трудотерапию; 4) психосоциальная реабилитация; 5) оценка эффективности произведенных мероприятий и коррекция индивидуальной программы реабилитации.

Научная новизна. Впервые на основе репрезентативного материала описаны клинические и социальные особенности пациентов параноидной шизофрении в условиях длительной психофармакотерапии. Осуществлена оценка влияния длительной нейролептической терапии на структуру дефектных состояний, динамику заболевания и адаптационные возможности пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении с учетом социального функционирования. К новым результатам можно отнести выявленную взаимосвязь социального функционирования и основных эволюционных стратегий поведения человека. Впервые, исходя из концепции терапевтического патоморфоза дефектов параноидной шизофрении, была разработана программа реабилитации. Сформулированы критерии эффективности реабилитации больных с длительным течением параноидной шизофрении.

Практическая значимость. Выявленные клинические и социальные особенности пациентов с длительным течением параноидной шизофрении позволяют определить практические подходы, направленные на сокращение длительности стационарного лечения и восстановление социальных функций. Разработана комплексная реабилитационная программа для больных, длительно страдающих параноидной шизофренией, определяющая индивидуальный подход к каждому больному.

Внедрение результатов. Результаты работы внедрены в практику психиатрической службы ОГБУЗ «Томская психиатрическая больница» и ГУЗ «Якутский психиатрический диспансер».

Апробация работы. Материалы исследования были представлены на научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы (Томск, 2008); научно-практической конференции «Онтогенетические аспекты психического здоровья населения» (Омск, 2010); II региональной конференции молодых ученых и специалистов «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 2010); Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии, неврологии, психологии РС(Я)», посвященной 85-летию психиатрической службы Республики Саха (Якутия) (Якутск, 2010).

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 251 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, списка используемой литературы, приложения. Библиографический указатель включает 250 наименований, из них 154 отечественных и 96 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 56 таблицами и 29 рисунками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в ОГУЗ «Томская ОКПБ». За 2008—2009 гг. обследовано 112 больных ПШ и проанализированы истории болезни данных пациентов, от первой до настоящей госпитализации.

Критерии отбора пациентов для включения в исследование: 1) пациенты с диагнозом «параноидная шизофрения», выставленным по диагностическим критериям МКБ-10, с шифрами F20.00, F20.01; 2) длительность заболевания не менее 15 лет; 3) длительность стабильного психического состояния (ремиссии) и продуктивной симптоматики, не имеющей тенденции к улучшению или к ухудшению, более 5 лет; 4) возраст больных на момент исследования 35—75 лет.

Среди обследованных больных чаще всего встречались мужчины (64,29 %), практически в 2 раза реже – женщины (35,71 %). Средний возраст пациентов 51—60 лет (среднее стандартное от-

клонение +0,5) встречался 48 % случаев, в равном соотношении у мужчин и женщин. Место жительства пациентов в основном находилось в городской среде (65 %). Среди женщин не замужем 38 %, у 41 % не сложились семейные взаимоотношения (разведены), 13 % вдов, 8 % состоят в браке. Среди мужчин холостяки составили подавляющее большинство (74 %). Обнаружена тенденция к вступлению в брак, если пациенты имели выраженную продуктивную симптоматику. В тех случаях, когда преобладали негативные симптомы (при апатоабулическом состоянии, психопатоподобном дефекте и явлениях вторичной кататонии), выявлено отсутствие какого-либо стремления к созданию семьи.

111 пациентов является инвалидами, 1 пациентка отказалась от инвалидности, так как оформила пенсию по возрасту и выработке стажа. В связи с криминальным поведением после принудительного лечения на специальном учете состояло 26 (23 %) больных.

Преобладал профессиональный уровень полученного образования (31 – 27,68 %), пациенты обучались в ремесленных училищах, на курсах либо получали профессию на производстве. Получили аттестат о неполном среднем образовании 26 (23,21 %) пациентов, о среднем образовании – 20 (17,86 %), они так и не продолжили учебу в связи с ранней манифестацией заболевания. В техникуме обучалось 17 (15,18 %). Поступили в вузы 18 (16,07 %), из них 7 (39 %) не закончили учёбу из-за начала шизофренического процесса.

Рабочий стаж пациентов, несмотря на инвалидизирующее заболевание, у 28 (25 %) больных составил от 1 до 5 лет. От 6 до 10 лет работали 25 (22,32 %) пациентов. Не имели рабочего стажа 20 (17,86 %). В одинаковом соотношении (по 15 – 13,39 %) рабочий стаж составил от 11 до 15 и от 16 до 20 и более лет. Дольше всего сохраняли трудоспособность пациенты с апатоабулической (6 – 5,36 %) и псевдогаллюцинаторной (5 – 4,46 %) симптоматикой. Выявлена достоверная корреляция с длительным рабочим стажем (16—20 лет) и псевдогаллюцинаторной симптоматикой ($t(N-2)=3,4281$). Наличие продуктивной симптоматики не препятствовало сохранению длительной трудоспособности. Выраженная негативная симптоматика быстрее снижает уровень трудоспособности и способствует отказу при получении инвалидности от трудовой деятельности.

Среди недееспособных (21,4 % от 112) преобладали пациенты с апатоабулической симптоматикой (11 – 9,82 %) ($R = 0,1184$, $t(N-2) = 1,2505$, $p=0,2138$). Второе место заняли пациенты с парафренным синдромом (5 – 4,46 %) ($R = 0,0752$, $t(N-2) = 0,7908$, $p=0,4308$). В равных количествах встречались недееспособные пациенты с параноидным синдромом и вторичной кататонией (по 3 – 2,68 %). Среди пациентов с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой отсутствовали недееспособные.

92 пациента (82,14 %) были обеспечены жильём, 20 (17,86 %) потеряли квартиры и не имели постоянного места жительства. Хотя обеспеченность жильём достаточно высокая, однако большинство пациентов невозможно было выписать, даже при стабильном психическом состоянии. В первую очередь это связано с негативным (отчужденным) отношением близких, отсутствием поддержки, что способствовало их длительному пребыванию в стационаре.

По типу течения ПШ выделены две группы: 1) с непрерывным типом течения (69 %) – 66 % мужчин и 75 % женщин; 2) с эпизодическим типом и стабильным дефектом (31 %) – 34 % мужчин, 25 % женщин. Манифестация процесса чаще происходила в молодом возрасте от 15 до 20 лет (46 %). Наследственная отягощенность встретилась в 26 случаях (33 %). Отношение к заболеванию у большинства (67 %) было не критичным. У 83 % у пациентов наблюдались выраженные явления госпитализма. Лечение производилось по классической схеме: галоперидолом (93,5 %), трифтазином (76 %), аминазином (79 %), азалептином (93,8 %), в качестве корректора экстрапирамидной симптоматики – циклодолом (97 %).

В качестве основного метода использован клинико-психопатологический. Производилась оценка симптомов и синдромов на исходном этапе заболевания ПШ. Для унификации и оценки данных о негативной и позитивной симптоматике использовалась шкала позитивных и негативных синдромов PANSS по С. П. Кею, Л. А. Оплеру, А. Фицбейну (1986). Для выявления особенностей поведения больных использован «Глоссарий по невербальному поведению человека» (Самохвалов В. П., 1994). Для оценки побочных явлений терапии нейролептиками – «Шкала оценки побочного действия UKU, разработанная скандинавскими исследователями О. Lingjaerde, U. G. Ahlfors, P. Bech [1987] («Udvald for Kliniske Undersogelser Scale»)). Социальное функционирование пациентов оценивалось по шкале PSP «Социально ориентированное и социальное функционирование» (Morosini P. L. et al., 2000). Для стандартизации данных использован статистический метод анализа результатов с помощью методов математической статистики с автоматизированной системой обработки данных Statistica 6.0, Microsoft Office Excel 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

За последние 20 лет в результате длительного применения нейролептиков произошли изменения в клинической картине пациентов ПШ. В ходе исследования выделены: апатоабулическое состояние (36,6 %), резидуальная галлюцинаторно-параноидная симптоматика (33,1 %), парафреническая симптоматика (12,5 %), психопатоподобный дефект (10,7 %), явления вторичной кататонии (7,1 %).

Негативная симптоматика являлась определяющей в формировании шизофренического дефекта. По шкале PANSS выраженная негативная симптоматика выявлена во всех клинических группах (высокие значения Т-баллов от 55 до 100). Продуктивные симптомы у 63,4 % пациентов варьировали в пределах 70—30 Т-баллов, что подтверждает отрицательный композитный индекс композитный индекс (61 %). В 29 % случаев позитивная и негативная симптоматика имела равномерно высокий уровень. Анергия, представленная двумя симптомами – притупленный аффект и эмоциональная отгороженность – встречалась у всех пациентов, причем в 59,82 % случаев преобладали высокие значения Т-баллов (от 61 до 70 и выше).

Среди аффективных нарушений, наряду с эмоциональным оскудением, амбивалентностью эмоций, в 76,8 % наблюдалась депрессивная симптоматика. Чаще встречались пациенты с нейролептической депрессией (65,2 % от 112 – 100 %), реже – с депрессивными симптомами в результате влияния психопродукции (11,6 % от 112 – 100 %), в большей части вызванные остаточной псевдогаллюцинаторной симптоматикой (8,9 % от 112 – 100 %).

Для большинства больных (82 %) были характерны умеренные нарушения мышления в виде параноидного поведения, бредовых идей величия, необычного содержания мыслей. Расстройства мышления в виде полной дезорганизации были наиболее характерны (в 79 % случаев из 20) для пациентов с парафренической и вторичной кататонией.

В особую группу наблюдения, как во время стационарного лечения, так и после выписки, вошли 37 (33,04 %) пациентов. В неё включены пациенты, совершившие в прошлом действия, опасные для себя и окружающих. Правонарушения среди общего количества встречались в 26 (23,21 %) случаях. Среди них зафиксировано агрессивное поведение в виде нанесения побоев, совершения хулиганских действий (19 – 16,96 %); реже встречалось совершение краж – 5 (4,46 %); в 2 случаях пациенты находились на принудительном лечении в связи с убийством. В связи с суицидами 11 пациентов (9,82 %) находились на особом наблюдении.

Критичное отношение к болезни имеет весомое значение не только в рамках психотерапевтического подхода, но и как отдельный клинический синдром, определяющий отношение пациента к факту госпитализации и лечению (Петров О. И., 1998). Т. е. тип отношения к болезни является синдромом, определяющим картину болезни (Попов Ю. В., Вид В. Д., 1993). Выделено 4 группы с разным уровнем критичности: полная нозогнозия – 8 (9,04 %), формально-логическое признание болезни – 25 (22,32 %), «соматизация» и «психологизация» (Петров О. И., 1998) болезни – 3 (2,68 %), анозогнозия – 75 (66,96 %).

Немаловажное значение для манифестации и течения заболевания имеют провоцирующие факторы. Провоцирующие заболевание факторы встречались в 49 (43,75 %) случаях. На первом месте стоит отказ от поддерживающей терапии, способствующий более частой госпитализации в стационар (38 – 33,93 %); на втором месте – злоупотребление алкоголем с вредными последствиями (18 – 16,07 %). В единичных случаях встречались эмоциональная нагрузка и обострение соматического заболевания. Для отказа от поддерживающей терапии наиболее характерно преобладание пациентов с параноидной симптоматикой (13 – 11,61 %), с небольшим отрывом встречались пациенты с апатоабулическим состоянием (12 – 10,71 %).

Динамика развития клинических симптомов во многом зависит от типа течения заболевания. В ходе исследования обнаружено 2 типа течения – непрерывное (69,64 %) и эпизодическое со стабильным дефектом (30,36 %). Наиболее злокачественным был непрерывный тип, чаще и быстрее приводивший к дефектному состоянию.

Манифестация эндогенного процесса происходила в возрасте от 15 до 35 лет, в более позднем возрасте манифестации шизофрении не встречалось, что соответствует литературным данным.

Длительность заболевания варьировала от 15 до 52 лет, но чаще составляла 30—34 (25 – 22,32 % от 112), 24—29 (24 – 21,43 % от 112) и 15—19 лет (23 – 20,54 %). У пациентов с психопатоподобным дефектом длительность заболевания варьировала от 15 до 39 лет и распределялась между пятилетиями практически в равных количествах (91,67 % от 12 – 100 %). Длительность заболевания для апатоабулического состояния составляла от 15 до 52 лет, чаще всего от 15 до 30 лет – 73,17 % (30 от 41 – 100 %). Среди пациентов с параноидной симптоматикой – от 15 до 44 лет, чаще от 15 до 19 лет и от 24 до 29 лет (7 – 6,25 %). Остаточная галлюцинаторно-параноидная симптоматика развивалась через 15—34 года от начала заболевания и длилась от 24 до 34 лет (9 – 8,04 %). В целом для пациентов с остаточной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой длительность заболевания находилась в пределах от 15 до 30 лет (37 – 70,27 %). У пациентов с парафренной симптоматикой заболевание длилось от 15 до 49 лет, причем преобладала длительность от 24 до 39 лет (11 – 9,82 %). Явления вторичной кататонии наблюдались среди пациентов в период 20—49 лет от начала заболевания, данные случаи распределились равномерно. Обнаружена достоверная взаимосвязь между остаточной псевдогаллюцинаторной симптоматикой и длительностью заболевания 24—29 лет ($R=0,1932$, $t(n-2)=2,0656$, при $p=0,0412$), наступлением апатоабулического состояния и длительностью заболевания от 40 до 44 лет ($R=0,1866$, $t(n-2)=1,9925$, при $p=0,0488$).

В среднем стабилизация шизофренического процесса на фоне приема нейролептиков наступала через 15 лет от начала заболевания – примерно в 51–60 лет. До 20 лет чаще происходит у пациентов с психопатоподобным дефектом (91,7 % от 112 – 100 %), от 15 до 30 лет – с остаточной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой (70,27 % – 37), от 30 до 40 лет – с парафренной симптоматикой (78,6 % – 14), от 15 до 30 лет (73,17 % – 41) – при апатоабулическом состоянии. Сроки наступления дефектных состояний сместились на десятилетие в сторону увеличения, что говорит о влиянии нейролептической терапии на стабилизацию шизофренического процесса.

Частые регоспитализации пациентов с длительным течением ПШ связаны с обострением заболевания, длительностью заболевания, длительностью госпитализации, сохранностью социальных связей и характером взаимоотношений с семьей. Так, частота госпитализаций до 10 раз напрямую зависит от сохранности и качества социальных связей.

Длительность последней госпитализации определялась не только клинической симптоматикой, но и зависела от выраженности дефектного состояния. В случае легкой и умеренной степени тяжести дефекта длительность госпитализации обусловлена устойчивостью социальных связей, что связано с наличием правонарушений, проявлениями агрессивного поведения в адрес родственников в анамнезе. Для выраженного дефектного состояния длительность госпитализации связана с полной дезадаптацией и необходимостью особого ухода и контроля за состоянием больных. Долговременная длительность последней госпитализации у 62 % пациентов говорит о низком реабилитационном потенциале данного контингента.

В рамках анализа взаимоотношений с окружающими в зависимости от клинической картины заболевания чаще отмечались неадекватность, амбивалентность суждений, грубость, черствость и бестактность, затрудняющие общение с окружающими (45 – 40,18 % от 112). Реже отмечались отсутствие общего языка, понимание со стороны окружающих (35 – 31,25 % от 112). На третьем месте встречались робость, неуверенность в общении (27 – 24,11 % от 112).

Социальные взаимоотношения в большинстве случаев характеризуются как отчужденные, тягостные, противоречивые, конфликтные (68,0 % от 112 – 100 %). Даже при наличии социальных связей с семьей брачные узы связывают 5,0 %. При этом поддержка и уход за пациентом со стороны родственников носят формальный характер, тогда как потенциал социального функционирования в 69,0 % случаев ограничен и требует особого подхода от окружающих. У 23,0 % пациентов с исходными состояниями реабилитационный потенциал крайне низкий, им требуется практически полный уход и контроль за поведением.

Для пациентов с длительным течением ПШ было характерно ограничение социального функционирования (77 – 68,75 % от 112 – 100 %), лишь у 25 (22,32 %) больных выявлено выраженное ограничение социального функционирования, данная категория пациентов требовала особого ухода и контроля со стороны медицинского персонала. В 10 (8,93 %) случаях социальное функционирование было снижено незначительно, что позволяло длительно сохранять трудоспособность, создать семью, воспитать детей.

На незначительно сниженном уровне социального функционирования достоверно коррелировали пациенты с преобладающей псевдогаллюцинаторной симптоматикой (5 – 4,46 %) ($t(N-2)=5,5493$), с парафренным синдромом (3 – 2,68 %) ($t(N-2)=2,3452$). Только в 1 случае определялся психопатоподобный дефект. Причем пациенты с парафренной симптоматикой отличались поздним началом заболевания, ранним развитием парафренной симптоматики при минимальном развитии негативных симптомов, при этом в клинике имела место псевдогаллюцинаторная симптоматика. Они долго сохраняли трудоспособность и имели адекватную поддержку семьи.

Ограниченное функционирование достоверно чаще встречалось при апатобулическом состоянии (33 – 29,46 %) и параноидной симптоматике (24 – 21,43 %). Данная симптоматика имела прямую корреляционную взаимосвязь при апатобулическом состоянии ($t(N-2)=2,0567$), параноидном синдроме ($t(N-2)=3,0525$). Третье и четвертое места занимали пациенты с психопатоподобным дефектом (9 – 8,04 %) и галлюцинаторно-параноидной симптоматикой (8 – 7,14 %).

Чаще выявлены отчужденные, холодные взаимоотношения с семьей (57 – 50,89 %). В 50 (44,64 %) случаях социальные связи были полностью утрачены. 7 (6,25 %) пациентов изредка (1 раз в полгода, год) навещали родственников. Взаимоотношения в семье характеризовались как хорошие в 36 (32,14 %) случаях. У 12 (10,71 %) пациентов взаимоотношения с родными были противоречивыми, пациентам было тяжело общаться с семьей либо общению препятствовал конфликт во взаимоотношениях. Обнаружена достоверная корреляционная взаимосвязь параноидной симптоматики с нежеланием пациента общаться с родными ($t(n-2)=3,3192$), конфликтные взаимоотношения пациента с семьей напрямую коррелировали с психопатоподобным дефектом ($t(n-2)=4,5522$).

Выраженное ограничение социального функционирования наблюдалось при вторичной кататонии (8 – 7,14 %) и достоверно коррелировало ($t(N-2)=6,1270$). Апатобулическое состояние имело обратную взаимосвязь ($t(N-2)=-0,7004$). Для остальных синдромов выраженное ограничение функционирования встречалось редко (в 2—3 случаях) и было связано с агрессивным поведением по отношению к близким, окружающим, с провоцированием драк с другими пациентами и т. п.

Ограничение социального функционирования отмечено у 77 (68,75 %). У 25 (22,32 %) выявлено выраженное ограничение, требующее особого ухода и контроля со стороны медицинского персонала. В 10 (8,93 %) случаях – сниженное в незначительной степени, что позволяло им длительно сохранять трудоспособность на прежнем уровне, несмотря на болезнь, создать семью и воспитать детей.

Низкий уровень социального функционирования в 83 % случаях привел к развитию синдрома госпитализма. Аспонтанный вариант госпитализма (34 %) характеризовался утратой, нестойкостью социальных связей и низким уровнем трудоспособности. Фармакогенный госпитализм (22 %) связан с необоснованно длительным применением психотропных препаратов в высоких дозировках, полипрогмазией. Эндогенно-зависимый госпитализм (20 %) имел два варианта. Негативное отношение к выписке (7 %) – при достаточно сохранных адаптивных возможностях пациенты отказывались от выписки по бредовым мотивам. Смешанный вариант (13 %) встречался при полной дезадаптации пациента, утрате навыков самообслуживания.

Частью социальной реабилитации является невербальное взаимодействие больных с эндогенной патологией с окружающими. Известно, что более 65 % информации передается с помощью невербальных средств общения. Для больных шизофренией человеческое общение является лишь средством передачи информации, эмоциональная составляющая коммуникаций (эмпатия, отреагирование эмоций, принятие) становится недоступной, искаженной. Вследствие этого процесса формируется так называемый облик шизофреника. Облик пациентов с исходными состояниями ПШ имеет схожий характер. Специфичными являются жесты покорности, обращения и подчинения, позы подчинения, угнетения. Взгляд у них пристальный, тусклый, немигающий, отсутствует направленность на собеседника (вниз, в сторону). В мимике губ выделяются хоботок, выдвижение нижней губы вперед, отмечается минимальная фиксация рук. Моторика головы характеризуется качанием и киванием при полной неподвижности туловища, плеч; выражены стереотипии, в особенности яктации и игра пальцами. При этом груминг (прихорашивание) встречается редко.

При клинко-этологических исследованиях выявлено 4 группы клинических состояний, соответствующие 4 эволюционным стратегиям поведения.

Первая группа (36,6 %) характеризуется апатобулическим синдромом. В поведении преобладают компоненты энергосбережения: тусклые глаза, гипомимия, безразличие, тупость, непонимание, отсутствие контакта взором, неопрятность тела, нефиксированные руки, жесты отстранения, стереотипии, что соотносится эгоистической моделью поведения. Обнаружена достоверная прямая корре-

ляция со средним уровнем ($t=0,24$, $p<0,05$) ограничения социального функционирования. Данная модель поведения связана с выраженной негативной симптоматикой, что подтверждается прямой корреляцией с отрицательным композитным индексом ($t=0,23$, $p<0,05$) и обратной корреляцией с побочными явлениями нейролептической терапии. У большинства пациентов формируется аспонтанный вариант синдрома госпитализма ($t=0,39$, $p<0,05$), что вызывает слабую эффективность реабилитационных и лечебных мероприятий.

Вторая группа пациентов обнаружили остаточные параноидные (23,2 %), галлюцинаторные включения (9,8 %) в виде остаточной (резидуальной) симптоматики. В поведении преобладали позы Радена, Фараона, Наполеона, взгляд по сторонам, сжатые губы, асимметрия лица, прищуренные глаза, пристальный взгляд в лицо, фиксация рук на колене, бедре, жесты обращения, акцента, увеличения плеча. Альтруистическая модель поведения имеет прямую достоверную корреляцию ($t=0,24$, $p<0,05$) с незначительным снижением социального функционирования. У большинства пациентов отсутствовал синдром госпитализма, у части больных с резидуальной параноидной симптоматикой обнаружен синдром «негативного отношения к выписке». Пациенты наиболее адаптированы в обществе, что способствует эффективной реабилитации.

Третья группа (10,7 %) больных обнаружила выраженные изменения в личностной сфере, клиническая картина определяется психопатоподобным поведением в виде двигательного возбуждения, расторможенности влечений, нелепости поступков, манерности и соответствует кооперативной эволюционной стратегии поведения. В ее формировании имеет значение негативная и позитивная симптоматика, что демонстрирует прямая корреляция с нейтральным композитным индексом ($t=0,30$, $p<0,05$). У части пациентов формировался псевдоаспонтанный (фармакогенный) и астенический варианты синдрома госпитализма. Элементы поведения коррелируют с высоким и средним уровнями социального функционирования. При правильной социальной и лечебной тактике пациенты могут повысить уровень социального функционирования.

Четвертая группа (19,6 %) характеризуется признаками вторичной кататонии и парафренической симптоматикой. Облик и поведение таких больных представлен горизонтальными морщинами на лбу, оскалом, полуоскалом, наклоном туловища вперед, хаотичным перемещением по территории, пристальным немигающим взглядом, отсутствием фиксации взгляда, жеванием, хоботком, маскообразным лицом, гримасами страдания, улыбки, игрой пальцами, стереотипиями, яктациями. Пациенты с агонистической моделью поведения ограничены в социальном функционировании. Данная модель

поведения напрямую коррелирует с выраженными побочными психическими ($t=0,34$, $p<0,05$) и неврологическими ($t=0,20$, $p<0,05$) явлениями, в формировании данного поведения участвует выраженная негативная симптоматика, что приводит к смешанному варианту эндогенно-зависимого госпитализма и полной дезадаптации. Психотерапия незначительно может повысить социальное функционирование пациентов.

Определены клиничко-социальные и этологические характеристики исходных состояний ПШ. При апатоабулическом состоянии (36,6 %) чаще встречались пациенты с непрерывным типом течения (65,9 %). Для апатоабулического состояния по шкале PANSS были характерны умеренная позитивная симптоматика (80,49 %) и значительная выраженность негативных симптомов (75,61 %). На первом месте по выраженности общих психотических симптомов встречалась анергия (65,85 %). В социально-демографическом аспекте преобладали пациенты мужского пола (63,41 %), проживающие в городской местности (72,97 %), в возрасте от 51 до 60 лет (51,22 %), имеющие низкий уровень образования (80,49 %).

Отношение к заболеванию у 70,7 % больных с апатоабулическим состоянием заболевания было некритичным (с отказом от поддерживающей терапии в анамнезе). В связи с низким уровнем адаптации, включая инвалидизацию, отсутствие сохраненных социальных связей и адекватных взаимоотношений с окружающими, преобладало ограничение социального функционирования (80,4 %). Невербальное поведение у пациентов с апатоабулическим состоянием определялось характерными для дефицитарной симптоматики элементами, демонстрирующими «энергосберегающее поведение»: поза подчинения, в положении сидя поза кучера. Во время беседы направление взгляда в сторону и вниз, глаза тусклые, взгляд пристальный немигающий, губы сложены в хоботок, нижняя губа выдвинута вперед, руки не фиксированы (висящие как плети), кисти в виде когтистой лапы, наклон головы вниз, плечи опущены, наклон вперед, колени разведены, ступни сведены, коленный угол 90°, голени скрещены. Жестикация покорности, во время беседы в моторике кивок и качание головы, обездвиженность плеч, стереотипная игра пальцами, яктации, гиперкинезы ног, тремор рук.

В группе пациентов с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой (бредовым и галлюцинаторным вариантами) (33,1 %) позитивная симптоматика при параноидном синдроме и остаточной галлюцинаторно-параноидной симптоматике чаще находилась на среднем уровне – «45—55» Т-баллов – 69,23 и 90,91 %, негативные симптомы носили выраженный характер в 75,68 % случаев. Для бредового варианта галлюцинаторно-параноидного синдрома характерна выраженная анергия (76,9 %), для галлюцинаторного варианта – выраженные симптомы депрессии (45 %).

Только у пациентов с галлюцинаторно-параноидным синдромом выделена корреляция по полу. Для псевдогаллюцинаторной симптоматики характерно преобладание женского контингента, в связи с чем выявлена прямая корреляционная взаимосвязь псевдогаллюцинаторной симптоматики с лицами женского пола ($t(N-2)=2,7650$, $p<0,05$) и обратная корреляция с мужчинами. Пациенты с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой чаще проживали в сельской местности ($t(N-2)=2,2199$, $p=0,0285$).

Пациенты с псевдогаллюцинаторной симптоматикой в среднем были на 10 лет старше (61—70 лет – 45,5 %) больных с параноидной симптоматикой (51—60 лет – 50 %), что говорит о более раннем наступлении дефектного состояния у пациентов с бредовым вариантом галлюцинаторно-параноидного синдрома и более быстром его развитии. Уровень социального функционирования у пациентов с параноидной и псевдогаллюцинаторной симптоматикой отличался. Больные с преимущественно псевдогаллюцинаторными нарушениями в 45,5 % случаев имели незначительное снижение социального функционирования, что говорит о высоком уровне адаптации и компенсации галлюцинаторного дефекта. Большинство пациентов с преимущественно бредовой симптоматикой (92,3 %) имели ограничения в социальном функционировании.

При бредовом варианте галлюцинаторно-параноидного синдрома невербальные элементы немногим отличались от таковых при апатоабулическом состоянии. В то же время имели свои особенности, характерные для альтруистической стратегии поведения: отмечалась корреляционная взаимосвязь с позами Давида и моления, оскалом и сжатыми губами, сплевыванием и демонстрацией языка. Достоверно чаще параноидная симптоматика была связана с прищуренным взглядом и горизонтальными морщинами на лбу. Руки достоверно чаще фиксировались на голове. Для параноидной симптоматики характерны стереотипии поведения, в первую очередь стереотипии письма. Пациентам с преимущественно псевдогаллюцинаторной симптоматикой также присуща альтруистическая стратегия поведения, проявляющаяся жестикულიцией обращения, диалога, кивком головы во время беседы.

Для пациентов с психопатоподобным дефектом характерна умеренная позитивная и негативная симптоматика (100,0 и 58,3 %). Чаще встречались жители города, мужчины от 41 до 50 лет (47,3 %), в 41 % случаев обучавшиеся только в школе, в единичных случаях получившие рабочую специальность, с ограниченным социальным функционированием (75 %).

При психопатоподобном дефекте чаще встречались позы Наполеона и наездника, пристальный немигающий взгляд, направленный в сторону, печальные, тусклые глаза, мимика губ с намерением го-

ворить, фиксация рук на коленях, бедре, у паха, рука, сжимающая пальцы другой, поворот головы в сторону, плечи приподняты, туловище направлено вперед либо отклонено в сторону, голени скрещены, колени разведены, во время беседы характерны жест акцент и встряска головы, увеличение плеча, частая смена поз, что демонстрирует кооперативную стратегию поведения.

У пациентов с парафренной симптоматикой уровень позитивных симптомов чаще (64,3 %) был выше среднего – «61—65» баллов. Негативные симптомы в 57 % случаев выражены значительно.

На первый план (78,6 %) у пациентов с парафренной симптоматикой выступали нарушения мышления. Преобладали мужчины, городские жители, в возрасте 51—60 лет (64,3 %), имеющие профессиональное (42,9 %) или высшее (28,6 %) образование. Юридически в данной группе встречалось 37,5 % недееспособных. Более чем в половине случаев (57,2 %) больные имели ограничение в социальном функционировании, лишь в 21,4 % случаев уровень функционирования у них был нарушен незначительно (в случаях с ранним развитием парафренной симптоматики).

Парафренную симптоматику характеризовала агонистическая стратегия поведения, выражавшаяся в положении стоя в позе Наполеона, в положении сидя в позе кучера, пристальным немигающим взглядом, направленным вниз и в сторону, тусклыми глазами, выдвинутой нижней губой, смещенным в сторону ртом, нефиксированными руками, наклоном головы вниз, опущенными плечами, отклонением туловища вперед, коленным углом 90° и менее. Часто встречались жестикულიция диалога, качание головы, обездвиженность плеч, стереотипные яктации, игра пальцами.

У пациентов со вторичной кататонией встречалась выраженная позитивная и негативная симптоматика (75,0 %). В структуре психотической симптоматики выделялось непродуктивное, бесцельное психомоторное возбуждение (50,0 %). К данному контингенту чаще относились мужчины, проживающие в городской местности, в возрасте от 51 до 60 лет (62,5 %). Большая часть пациентов не закончили даже среднюю школу (62,5 %). Социальное функционирование определялось как значительное ограничение.

Вторичная кататония демонстрировала невербальные элементы агонистической модели поведения: в положении стоя поза подчинения, в положении сидя поза эмбриона, пристальный, тусклый немигающий взгляд вниз и в сторону, закрытые глаза, хоботок, отсутствие фиксации рук (свисающие как плети), наклон головы вниз, с опущенными и приведенными плечами, наклон туловища вперед, сведение ступней и коленей, коленный угол 90° и менее, жесты покорности и отстранения, качание головы, яктации, стереотипии, игра

пальцами. Часто встречались гиперкинезы лица и тремор рук. В целом наблюдалось хаотичное передвижение по территории, импульсивные поступки, выраженные стереотипии в речи и поведении либо мутизм.

Нейролептическая терапия претерпела изменения. Кроме седативных (аминазин, тизерцин) и селективных (галоперидол, трифтазин) нейролептиков, в последние 10 лет назначались атипичные нейролептики нового поколения (зипрекса, рисполепт, флюанксол, клопиксол). Данные препараты применялись в единичных случаях либо непродолжительное время, так как к моменту их появления многие из пациентов уже находились в стабильном состоянии с подобранными и хорошо зарекомендовавшими себя схемами лечения. Смена препаратов происходила не вследствие изменения состояния, а по причине нерегулярной поставки медикаментов в торговую фармацевтическую сеть.

Длительность лечения варьировала от 6 до 52 лет. Преобладали пациенты с длительностью терапии более 20 лет (77 – 68,75 %); в 16,07 % случаев – от 11 до 15 лет; в 14,29 % – от 26 до 20 лет; в течение 6—10 лет лечение продолжалось у 2 пациентов. Т. е. все пациенты длительно получали нейролептики, причем в последние 5—10 лет практически непрерывно, что позволяет достоверно судить об уровне эффективности данной терапии.

Выявлены недостатки в подборе терапии: полипрагмазия, для апатоабулического состояния – необоснованно длительное применение седативных нейролептиков наряду с антипсихотическими, что требует дополнительного назначения антидепрессантов. При устранении указанных недостатков терапии состояние пациентов улучшалось, что приводило к снижению выраженности когнитивных расстройств. Осложнения нейролептической терапии являются нежелательным, но неотъемлемым фактором в терапии.

В исследовании Г. Я. Авруцкого, А. А. Недувы (1988) выделены три группы побочных эффектов, связанных по механизму действия: 1) связанные с фармакологической активностью препарата (общетоксическое действие, выражающееся в неврологических, соматических, вегетативных и психических нарушениях); 2) косвенные причины побочных явлений, не связанных с фармакологической активностью нейролептиков (гипостатические, аспирационные пневмонии, тромбэмболии); 3) нарушения, связанные с повышенной чувствительностью к препарату (аллергические реакции, дерматиты, гепатиты).

Основное побочное действие нейролептических средств при длительной психофармакотерапии – экстрапирамидные нарушения, связанные с блокадой дофаминовых рецепторов ЦНС.

Вследствие длительного приёма нейролептиков у пациентов страдала когнитивная сфера, неврологические расстройства занимали второе место, вегетативные и сексуальные расстройства в меньшей степени нарушали социальное функционирование. При длительном применении нейролептиков имеется необходимость в курсовом назначении препаратов, улучшающих функции памяти, внимания, укрепляющих сосудистую стенку, улучшающих питание головного мозга.

Применение нейролептиков продемонстрировало как положительные, так и отрицательные эффекты. В первую очередь изменилось течение и прогрессивность заболевания. При анализе архивных историй болезней обнаружено, что у 20 % пациентов непрерывное течение заболевания стало носить характер приступообразного, у 37 % больных через 10—15 лет на фоне лечения нейролептиками нивелировалась продуктивная симптоматика, вследствие чего наступило апатоабулическое состояние, характерное для пациентов с простой шизофренией. Стабилизация дефектного состояния стала происходить на десятилетие быстрее. У трети больных галлюцинаторная и параноидная симптоматика приобрела стёртый (резидуальный) характер. Резко сократилось количество пациентов с конечными состояниями: вторичная кататония наблюдалась в 10 %. В то же время в клинической картине заболевания на первый план вышли нейрокогнитивный дефицит и выраженная негативная симптоматика, усиливающаяся вследствие побочных эффектов нейролептической терапии. Полученные данные позволяют говорить о лекарственном патоморфозе дефектов и исходов ПШ.

В результате с целью оптимизации эффективности терапии пациентов с длительным течением ПШ нами предложены для практической реализации следующие рекомендации: 1) стремление к монотерапии; 2) назначение нейролептиков преимущественно седативного действия строго по показаниям, ориентировка на препараты антипсихотического действия; 3) применение по возможности низких и средних терапевтических доз препаратов; 4) назначение корректоров экстрапирамидной симптоматики при наличии побочных явлений, при выраженных побочных явлениях коррекция доз нейролептиков и детоксикационная терапия.

При постоянном приеме нейролептиков 1 раз в 6 месяцев рекомендовано проведение курсов: 1) витаминотерапии с целью регуляции активности нервной системы – В₁ (тиамин), В₆ (пиридоксин), В₁₂ (цианкобаламин); 2) ноотропов, стимулирующих окислительно-восстановительные процессы в тканях головного мозга: аминалон 3500 мг в сутки, пантогам 3000 мг в сутки, пирацетам 3200 мг в сутки и т. п., курсом не менее 1 месяца; 3) лекарственных средств, улучшающих трофику головного мозга за счет повышения оксигенации

и микроциркуляции крови: циннаризин 75 мг в сутки, винпоцетин (кавинтон) 15 мг в сутки, пентоксифиллин (трентал) 300 мг.

Разработанная реабилитационная программа основана на принципах партнерства и индивидуального подхода к пациенту. Эффективность методов реабилитации в соответствии с положениями, выдвинутыми Е. Д. Красицом (1967), зависит от 1) клинической обоснованности реабилитационных программ; 2) спектра применения – по отношению не только к избирательным группам, а ко всем больным; 3) индивидуальный подход и апелляция к личности больного; 4) создание неразрывной системы партнерства: врач – медицинский персонал – семья – микросоциальный коллектив – психолог – больной; 5) система многоступенчатой и дифференциальной психиатрической службы; 6) системный подход; 7) привлечение к проблемам психически больных и инвалидов внимания общественности и врачей общемедицинской сети.

Реабилитационный потенциал больных ПШ в трети случаев достаточно высок, более чем в половине случаев снижен, тем не менее имеется возможность при благоприятных условиях незначительного роста социального функционирования. Около 20 % пациентов находятся в беспомощном состоянии и нуждаются в оформлении в дом-интернат. Трудовая реабилитация является неотъемлемой составляющей реабилитационной программы и способствует скорейшему становлению ремиссий, повышению уровня социального функционирования и качества жизни. В результате для решения реабилитационных вопросов активно применялась трудотерапия. Для этого использовались лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) и специальные производственные цеха.

Большинство пациентов во время госпитализации трудилось в ЛТМ (швейном и картонажном цехах) – 31 (27,68 %). Лишь 3 (2,68 %) больных были заняты производственной деятельностью в специальных цехах (столярная мастерская, пекарня, столовая). Немногим более половины пациентов (59 – 52,68 %) нерегулярно участвовали в трудотерапии внутри отделения (собирали коробки, папки, участвовали в уборке помещений и т. п.). Меньшее число пациентов (20 – 17,86 %) в силу выраженного дефектного состояния и полной дезадаптации (требующей особого ухода за ними) не могли участвовать в трудотерапии. Пациенты с психопатоподобным дефектом участвовали в трудотерапии внутри отделения и работали в ЛТМ (по 5 – 4,46 %). Для пациентов с апатоабулическим состоянием, параноидным синдромом, остаточной псевдогаллюцинаторной симптоматикой, парафренным синдромом выявлено редкое участие в трудотерапии (22 – 19,64 %, 16 – 14,29 %, 7 – 6,25 %, 5 – 4,46 %). В ЛТМ и специальных трудовых цехах чаще трудились пациенты с апатоабулическим состоянием (15 – 13,39 %), реже – с параноид-

ной симптоматикой (8 – 7,14 %). Лишь 1 пациент, несмотря на кататонические включения, изредка участвовал в сборе пластиковых папок и другом однообразном мелком труде.

Для оптимизации программы реабилитации в основу была положена классификация дефектных состояний шизофрении А. Г. Амбрумовой (1962). Выделены три группы дефекта в зависимости от реабилитационного потенциала (компенсированный, частично-компенсированный и легкомпенсированный). Разработанная реабилитационная программа структурно включает 5 этапов: I этап – клинико-социальная диагностика; II этап – определения лечебной тактики; III этап – включение пациента трудотерапию; IV этап – психосоциальная реабилитация; V этап – оценка эффективности произведенных мероприятий и коррекция индивидуальной программы реабилитации.

Компенсированный дефект встречался редко (8,04 %), когда социальные связи были сохранены практически на прежнем уровне, а уровень социального функционирования снижен незначительно. Даже при минимальных дозах нейролептиков возможно сохранение стабильного психического состояния. При этом в клинической картине заболевания отмечаются невыраженные расстройства мышления в виде паралогики, символизма, остаточные псевдогаллюцинации комментирующего характера, резидуальные бредовые идеи отношения, особых возможностей, соответствующих культурным и традиционным представлениям окружения. Социальные связи достаточно устойчивые, налажены хорошие взаимоотношения с семьей. Данные пациенты в стационаре проводят около 1 месяца в год для решения вопросов нетрудоспособности.

Наиболее оптимальный режим внутрибольничного содержания: В (открытых дверей), Г (частичной госпитализации). Трудовая реабилитация: работа в специально созданных, индивидуальных условиях. Медикаментозная терапия: атипичные нейролептики в средних дозировках (рисполепт, рисполепт-конста, флюанксол, зипрекса, инвега, азалептин, клопиксол и т. п.). Классические нейролептики в минимально возможных дозировках (галоперидол-деканат, трифтазин и т. д.). Строго по показаниям циклодол и его аналоги.

При наличии аффективных нарушений целесообразно назначать стабилизаторы настроения (литий, карбамазепин). Не менее 1 раза в год курс ноотропов, витаминов группы В, сосудистых препаратов. Мониторинг 1 раз в 6 месяцев деятельности сердца, функции печени (ЭКГ, Б/х печени АЛТ, АСТ). Психосоциальная реабилитация предполагает разноуровневую психологическую поддержку (пациента и его семьи, психотренинги для раскрытия коммуникативных возможностей, проявление эмоций, определение мотиваций, определение целей). Используются различные методики: арттерапия, ра-

циональная ПТ и др. Показаны: помощь в трудоустройстве, восстановлении социальных связей, материальная поддержка, МСЭК специализированная психиатрическая.

Частичная компенсация дефекта встречалась чаще всего (68,75 %). Эти пациенты имели формальные социальные связи либо таковые у них вообще отсутствовали, ограниченный уровень социального функционирования. Родственники регулярно навещали больных в стационаре, приходили на встречи с врачом.

Тем не менее их выписка из стационара даже при наличии социальных связей носила непродолжительный характер (в течение года более 10 месяцев пациенты проводили в стационаре). Причиной возвращения в стационар служили сложные взаимоотношения с членами семьи, социально-экономические проблемы, поводом зачастую являлись странности в поведении пациента, эмоциональная отгороженность, остаточная продуктивная симптоматика. Пациенты не находили поддержку родных, при выписке наталкивались на отчуждение, непонимание, многочисленные претензии. В некоторых случаях пациенты, хотя и были прописаны в квартире, но не имели отдельной комнаты или своего угла (личного пространства).

Клиническая картина характеризовалась выраженной и преобладающей негативной симптоматикой, с (или без неё) остаточной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, парафренным синдромом и явлениями вторичной кататонии.

Режим внутрибольничного содержания: преимущественно лечебно-активизирующий (общий; в отделении и ЛТМ). Трудовая реабилитация: работа в лечебно-трудовых мастерских, специальных цехах при больнице или в общественной организации. Медикаментозная терапия: нейролептики в минимальных дозировках (галоперидол-деканат, трифтазин, клопиксол-депо, модитен-депо, азалептин и т. д.), переход к монотерапии, по возможности перевод на атипичные нейролептики. Строго по показаниям циклодол и его аналоги. При наличии аффективных нарушений стабилизаторы настроения (литий, карбамазепин). Рекомендуется 2 раза в год проходить курсы ноотропов, витаминов группы В, сосудистых препаратов. Мониторинг 1 раз в 3 месяца деятельности сердца, функции печени (ЭКГ, Б/х печени АЛТ, АСТ). В рамках социальной реабилитации психологическая поддержка: налаживание взаимоотношений с семьей, проведение обучающих психотренингов для родственников, для пациентов тренинги по восстановлению коммуникативных функций, управление эмоциями. Проведение тренингов по ведению домашнего хозяйства (приготовление пищи, стирка, оплата за коммунальные услуги, ведение бюджета и т. п.). Занятия лечебной физкультурой

Декомпенсированный дефект (23,21 %) характеризовался полной дезадаптацией пациентов с длительным течением параноидной шизофрении, уровень социального функционирования у них был значительно ограничен. В данной группе преобладает выраженная негативная симптоматика у пациентов с апатобулическим состоянием и явлениями вторичной кататонии. Выписка таких больных не осуществлялась десятилетиями, пациенты были полностью дезадаптированы и вели «растительный» образ жизни. Требовался контроль за всеми жизненными процессами – кормлением, двигательной активностью, соблюдением мер личной гигиены. Показан режим внутрибольничного содержания: А б (щадящий режим), так как необходим полный уход (включая кормление с ложки, контроль за гигиеной, одеждой). Трудовая реабилитация: стимуляция трудовой активности, постепенное вовлечение в трудовой процесс, закрепление минимальных обязанностей с постепенным расширением сферы деятельности под контролем медицинского персонала и (или) трудового инструктора. Медикаментозная терапия: классические нейролептики в средних дозировках (галоперидол, трифтазин, амоназин, азалептин и т. д.). По возможности переход на монотерапию.

Показаны корректоры экстрапирамидной симптоматики (циклодол, ПК-мерц и т. д.). Рекомендовано 2 раза в год прохождение курса ноотропов, витаминов группы В, сосудистых препаратов. Мониторинг 1 раз в 3 месяца деятельности сердца, функции печени (электрокардиограмма, Б/х печени АЛТ, АСТ). Обязательные занятия лечебной физкультурой. Психосоциальная реабилитация: при участии органов опеки и попечительства проводятся мероприятия по лишению дееспособности, оформление в дом-интернат.

ВЫВОДЫ

1. При длительном течении параноидной шизофрении наблюдаются 5 клинических групп: апатоабулический дефект (36,6 %), резидуальная галлюцинаторно-параноидная симптоматика (33,1 %), парафренная симптоматика (12,5 %), психопатоподобный дефект (10,7 %), вторичная кататония (7,1 %).

1.1. В клинической картине у пациентов с длительным течением параноидной шизофрении преобладают (71,43 %) негативные симптомы по шкале PANSS в виде выраженной анергии (60,0 %). Позитивные симптомы имеют умеренный характер (78,6 %, $p < 0,05$) и вносят вклад в формирование псевдогаллюцинаторного, параноидного и парафренного дефекта. Негативная симптоматика влияет на формирование апатоабулического и психопатоподобного дефекта. Вторичная кататония формируется под влиянием выраженной позитивной и негативной симптоматики.

1.2. Выраженные нарушения мышления по шкале PANSS (82 %) выявляются в виде параноидного поведения (18 %), бредовых идей величия (12,5 %).

1.3. Депрессивные симптомы по шкале PANSS в результате влияния психопатологической (остаточной галлюцинаторной) симптоматики встречаются в 11,6 % (112 – 100 %). Нейролептическая депрессия определяется в 65,2 % (112 – 100 %) случаев.

2. В социально-демографическом аспекте среди пациентов с длительным течением параноидной шизофрении чаще всего встречаются мужчины (64,0 %), проживающие в городской местности (64,0 %), пожилого возраста (от 51 до 60 лет), имеющие низкий уровень образования (профессиональное – 28 %, среднее – 18 %, неполное среднее – 23 %), никогда не состоявшие в браке (74 %). Среди женщин (36 %) с длительным течением параноидной шизофрении чаще встречаются пациентки в более пожилом возрасте (от 51 до 70 лет), жительницы города (65 %), имеющие более высокий уровень профессионального образования (45 %), утратившие семейные взаимоотношения (в разводе – 41 %, вдовы – 13 %).

3. Несмотря на преобладание непрерывного типа течения (70 %), у больных параноидной шизофренией на фоне длительного приема нейролептиков снижены прогрессивность шизофренического процесса, число злокачественных форм, что подтверждается сокращением (до 7 %) больных с вторичной кататонией и стабилизацией психопродукции на разных этапах заболевания. Через 15–30 лет от начала шизофренического процесса происходит стабилизация на параноидном этапе (70,27 %, 37 – 100 %), через 30–40 лет – на парафренном этапе (78,6 % от 14 – 100 %). Выявлены неспецифические

дефекты, связанные с выраженной негативной симптоматикой и приглушением позитивных симптомов – апатоабулическое и психопатоподобное состояние.

4. Определена структура дефектов в зависимости от негативной симптоматики, невербального поведения, симптомов госпитализма и уровня социального функционирования.

4.1. Первая группа (36,6 %) характеризуется апатоабулическим синдромом, эгоистической моделью поведения человека. Обнаружена достоверная прямая корреляция со средним уровнем ограничения социального функционирования ($t=0,24$, $p < 0,05$). Данная модель поведения связана с выраженной негативной симптоматикой, что подтверждается прямой корреляцией с отрицательным композитным индексом и обратной корреляцией с побочными явлениями нейролептической терапии ($t=0,23$, $p < 0,05$). Пациенты данной группы демонстрируют аспонтанный вариант синдрома госпитализма ($t=0,39$, $p < 0,05$).

4.2. Во второй группе пациентов обнаружены остаточные параноидные (23,2 %) и галлюцинаторные (9,8 %) включения. Альтруистическая модель поведения имеет прямую достоверную корреляцию с незначительным снижением социального функционирования ($t=0,24$, $p < 0,05$). Пациенты данной группы наиболее адаптированы в обществе, у них отсутствует синдром госпитализма.

4.3. Третья группа (10,7 %) больных определяется психопатоподобным дефектом и кооперативной эволюционной стратегией поведения. В её формировании имеет значение негативная и позитивная симптоматика, что демонстрирует прямая корреляция с нейтральным композитным индексом ($t=0,30$, $p < 0,05$). В результате у пациентов данной группы формируются псевдоспонтанный и астенический варианты фармакогенного госпитализма. Элементы поведения коррелируют как с высоким, так и со средним уровнем социального функционирования.

4.4. Четвертая группа (19,6 %) характеризуется вторичной кататонией, парафренной симптоматикой и агонистической моделью поведения. Пациенты ограничены в социальном функционировании, что связано с выраженными побочными психическими ($t=0,34$, $p < 0,05$) и неврологическими явлениями ($t=0,20$, $p < 0,05$). В формировании данного поведения принимает участие выраженная негативная симптоматика, что в большинстве случаев приводит к смешанному варианту эндогенно-зависимого госпитализма и полной дезадаптации.

5. В рамках реабилитационной программы пациентов с длительным течением параноидной шизофрении выделено три группы дефекта в зависимости от реабилитационного потенциала.

5.1. Компенсированный дефект (8,04 %) с незначительным снижением социального функционирования и высоким реабилитационным потенциалом. Частично компенсированный дефект (68,75 %) с ограничением в социальном функционировании и относительным реабилитационным потенциалом. Декомпенсированный дефект (23,21 %) с выраженным ограничением социального функционирования и низким реабилитационным потенциалом.

5.2. Реабилитационная программа включает 5 этапов: клинико-социальной диагностики, лечебной тактики, психологических и социальных подходов, трудовых рекомендаций и оценки эффективности.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Балашов П. П., Бекенева Л. В. Клинико-социальная характеристика больных параноидной шизофренией с длительным течением заболевания // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 12—15.
2. Бекенева Л. В., Балашов П. П. Характеристика осложнений нейролептической терапии у пациентов с длительным течением параноидной шизофрении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4 (73). – С. 33—36.
3. Бекенева Л. В., Балашов П. П. Клинико-динамическая характеристика исходов параноидной шизофрении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 5 (74). – С. 17—20.
4. Клинико-этологическая характеристика параноидной шизофрении на исходе заболевания // Якутский медицинский журнал. – 2012. – № 3 (39). – С. 27—30.
5. Бекенева Л. В. Факторы, влияющие на исход параноидной шизофрении // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тезисы докладов научно-практической конференции (Омск, 19—20 апреля 2010 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 28—30.
6. Бекенева Л. В. Характеристика госпитализма в зависимости от клинической картины у больных параноидной шизофренией с длительным катмнезом заболевания // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: сборник тезисов докладов III региональной конференции молодых ученых и специалистов (Томск, 20 июня 2012 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 11—13.