

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕМИССИИ

О. А. Вишневская, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова

Санкт-Петербургский государственный университет

Психосоциальная реадaptация и реабилитация больных шизофренией относятся к интенсивно развивающимся направлениям отечественной психиатрии [3]. Нарушение социального функционирования при шизофрении касается адекватности социального восприятия, вербальных коммуникаций, способности к решению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций [4, 7, 11]. Тем не менее, наряду с высоким уровнем инвалидизации (примерно 40%), до 20–30% больных при адекватной терапии достигают степени «социального выздоровления» или ремиссии с минимальной симптоматикой [6]. Функционирование больных считается одним из наиболее важных критериев выздоровления при шизофрении [1]. Предлагается ввести в операционально-описательные критерии ремиссии шизофрении социальную ось, учитывающую особенности функционирования пациентов [5]. По мнению ряда авторов, в настоящее время актуальной задачей является определение взаимосвязи между показателями социального функционирования, качества жизни и структурой психической патологии больных шизофренией [1–3, 11].

В задачи исследования входило изучение социального функционирования у больных параноидной шизофренией в зависимости от клинико-психопатологической картины заболевания на стадии ремиссии.

Материалы и методы исследования

Обследовано 40 больных параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения (F20.01 и F20.02 по МКБ-10), находящихся на динамическом диспансерном наблюдении в возрасте $46,5 \pm 6,8$ лет, в том числе 72,7% женщин. Для верификации диагноза в исследование включались пациенты с длительностью заболевания не менее 3-х лет. Давность заболевания составила $15,9 \pm 6,0$ лет. Количество перенесённых приступов – более 6, частота обострений – один раз в два года и реже (83,3% случаев). 75,6% больных имели инвалидность второй группы по психическому заболеванию. Большинство больных переносили галлюцинаторно-параноидные или

аффективно-бредовые приступы (соответственно 51,5% и 45,5%). У 69,7% обследованных длительность ремиссии к моменту наблюдения составила от 1 до 3 лет, у 24,2% – от 3 до 8 лет, у 6,1% – более 8 лет. Ремиссия устанавливалась в соответствии с международными критериями [12].

Исследование носило комплексный характер, использовались катamnестический, клинико-психопатологический и психометрический методы: шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкала Повседневного и социального функционирования (PSP). На основе современной версии шкалы PANSS, состоящей из 30 признаков и имеющей 7 градаций, оценивались выраженность продуктивной, негативной симптоматики, композитный индекс, выраженность других психических нарушений по Общей психопатологической шкале. Дополнительно проведена оценка по 5 кластерам – энергия, нарушение мышления, возбуждение, параноидное поведение и депрессия [8]. При использовании шкалы PSP измерялась степень затруднения в 4-х основных областях функционирования: (а) социально полезная деятельность, включая работу и учёбу; (б) личные и социальные взаимоотношения; (с) самообслуживание; (д) беспокоящее и агрессивное поведение. Уровень нарушения функционирования оценивался по степени выраженности в основных областях (отсутствует, слабое, заметное, значительное, сильное, очень сильное) [15].

При обработке первичных данных использовались математические методы: оценка на нормальное распределение выборки критерием согласия Колмогорова-Смирнова; оценка дисперсий по каждому шкалам с помощью критерия равенства дисперсий Ливиня; оценка средних значений с помощью t-критерия Стьюдента; корреляционный анализ с определением коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты

Были выделены две группы сравнения по признаку сохранения трудовой активности: работающие (36,4%) и неработающие (63,6%) больные. Показано, что половина работающих пациентов не имела инва-

лидности по психическому заболеванию, большинство имели высшее или среднее специальное образование (соответственно 58,3% и 25% больных, $p < 0,05$). 75% работающих пациентов, не имеющих группы инвалидности, были заняты интеллектуальным, квалифицированным трудом, работали по специальности (инженерной или экономической), без заметного профессионального снижения на фоне болезни. У 83% работающих пациентов, имеющих группу инвалидности, отмечено снижение профессионального уровня на фоне болезни. В равной степени они занимались физическим квалифицированным или неквалифицированным трудом, не соответствующим полученной специальности, справлялись с работой частично. Лишь одна больная, имеющая третью группу инвалидности, продолжала работать по специальности. При анализе особенностей трудовой адаптации работающих пациентов, находящихся в ремиссии, было показано, что полностью справлялись с работой только 33,3% пациентов. У 98% обследованных пациентов мотивацией к труду являлось стремление сохранить социальный статус и материальное положение. 25% пациентов характеризовали отношения в коллективе как хорошие, 58,3% – как удовлетворительные, отмечая наличие замечаний. Конфликтные отношения на производстве выявлены у 16,7% больных.

Практически все неработающие пациенты (95%) имели к моменту обследования вторую группу инвалидности по психическому заболеванию, причем в оставшихся 5% случаев инвалидность не была установлена по причине отказа пациентов от прохождения медико-социальной экспертизы. Среди неработающих пациентов 57% имели среднее или среднее специальное образование. У всех наблюдалось снижение профессиональных навыков или профессиональная деградация на фоне заболевания шизофренией. Следует отметить, что среди обследованных больных параноидной шизофренией не было учащих лиц.

Установлено, что среди работающих наибольший удельный вес составляли пациенты в возрасте 40–49 лет (33,3%). Среди неработающих преобладали больные в возрасте 50–59 лет (47,6%). В целом, работающие пациенты отличались более молодым возрастом, а больных возрастной группы 18–29 лет среди неработающих пациентов было достоверно меньше (16,7% и 4,8% соответственно; $p < 0,01$).

Пациентки в большей степени сохраняли трудовую активность: соотношение работающих мужчин и женщин составляло 1:5, в то время как неработающих – 1:2, причем и в старшей возрастной группе.

Представленные в табл. 1 результаты самооценки свидетельствуют, что большинство больных оцени-

Таблица 1

Социальная характеристика больных параноидной шизофренией

Характеристика	Количество работающих пациентов (%)	Количество неработающих пациентов (%)	Достоверность различий (p)
Проживает:			
одиноко	25	33,3	-
в семье родственников	41,7	47,6	-
в собственной семье	33,3	19	$p < 0,05$
Супружество:			
состоят в браке и удовлетворены личной жизнью	25	4,8	$p < 0,001$
состоят в браке и не удовлетворены личной жизнью	-	-	
в браке не состоят и удовлетворены личной жизнью	22,2	20	-
в браке не состоят и не удовлетворены личной жизнью	77,8	80	-
Бытовые условия:			
хорошие	58,3	19	$p < 0,05$
удовлетворительные	41,7	66,7	$p < 0,05$
плохие	-	14,3	
Взаимоотношения с близкими:			
отсутствуют или неудовлетворительные	41,7	61,9	$p < 0,05$
удовлетворительные	41,7	33,3	$p < 0,05$
хорошие	16,7	4,8	$p < 0,05$
Общение:			
изолирован(а)	-	9,5	
ограниченный круг общения	41,7	81,0	$p < 0,01$
широкий круг общения	58,3	9,5	$p < 0,001$
Качество контактов:			
содержательные	58,3	14,3	$p < 0,001$
формальные	41,7	81,0	$p < 0,01$
диссоциальные	-	4,8	

Выраженность психопатологической симптоматики в группах сравнения больных параноидной шизофренией в стадии ремиссии (по шкале PANSS)

Признак	Выраженность в баллах (M±m)		
	Подгруппа работающих пациентов	Подгруппа неработающих пациентов	Достоверность различий (p)
Позитивные симптомы	12,08±0,85	12,52±0,68	0,691
Негативные симптомы	17,92±1,3	23,90±0,82	0,0001
Композитные симптомы	-5,83±1,34	-11,38±1,00	0,002
Общие психопатологические симптомы	35,42±1,60	36,71±1,13	0,503
Анергия	8,08±0,56	9,86±0,42	0,015
Нарушение мышления	7,08±0,50	7,81±0,38	0,253
Возбуждение	5,33±0,40	5,81±0,28	0,326
Параноидное поведение	5,25±0,52	5,86±0,48	0,420
Депрессия	9,83±0,71	8,57±0,72	0,220
Заключительный балл	65,42±3,75	73,13±2,63	0,0001

вали свои бытовые условия как удовлетворительные и хорошие; среди работающих значительно преобладали лица, оценивающие свои бытовые условия как хорошие. Пациентов, проживающих одиноко или с кем-либо из родственников, было значительно больше, чем имеющих собственную семью. В обеих подгруппах преобладали пациенты, не состоящие в браке и оценивающие свою личную жизнь как неудовлетворительную. Тем не менее, среди работающих пациентов значительно больший удельный вес составляли лица, состоящие в браке, проживающие в собственной семье и удовлетворённые личной жизнью, чем среди неработающих.

Характер общения достоверно различается между группами больных. Проблемы во взаимоотношениях с близкими чаще встречались у неработающих пациентов. Работающие пациенты имели более широкий круг общения, были удовлетворены его содержательностью. Неработающие пациенты указывали на ограничение круга общения, преобладание формальных контактов. Только у неработающих пациентов встречались контакты, носящие диссоциальный характер, то есть, контакты с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами, алкоголем, ведущими асоциальный образ жизни, при-

влекавшимися к административной или уголовной ответственности.

Как видно из представленных в табл. 2 данных, выраженность позитивной симптоматики у обследованных пациентов соответствует клинически установленной стадии ремиссии. У всех больных в структуре ремиссии преобладающими являлись негативные и общие психопатологические симптомы. В подгруппе неработающих пациентов и негативная симптоматика, и анергия, которая включала притупленный аффект, эмоциональную отгороженность, моторную заторможенность, были выражены в большей степени. Различия по композиту получены за счёт большей выраженности негативной симптоматики в подгруппе неработающих пациентов. Достоверных различий по кластеру «депрессия» между подгруппами сравнения не получено. Общий балл PANSS выше в подгруппе неработающих пациентов за счёт более выраженной негативной симптоматики.

При оценке клинико-феноменологической характеристики ремиссии у обследованных больных применялась классификация, предложенная А.П.Коцюбинским [5].

Исследование показало, что в структуре ремиссии параноидной шизофренией у обследованных больных в целом доминируют астенический, параноидный и апатический варианты. Причём, как следует из табл. 3, астенический вариант наблюдается только среди работающих пациентов, а апатический и параноидный варианты преобладают у неработающих больных. Отличительной особенностью работающих пациентов является также наличие, в отличие от группы сравнения, тимопатического варианта ремиссии. Для астенического варианта ремиссии характерны повышенная реактивность пациентов, ранимость, хрупкость, лабильность и быстрая истощаемость, сочетающиеся с эмоциональной неустойчивостью, склонностью к депрессивным реакциям. Жалобы пациентов нередко носи-

Таблица 3

Структурно-феноменологическая характеристика ремиссии у больных шизофренией

Характеристика	Частота синдрома (%)		Достоверность различий (p)
	Работающие	Неработающие	
Астеническая	50,0	-	0,001
Аутистическая	16,7	9,5	0,545
Ипохондрическая	8,3	14,3	0,614
Психастеноподобная	8,3	4,8	0,679
Тимопатическая	16,7	-	0,054
Апатическая	-	23,8	0,067
Параноидная	-	33,3	0,024
Психопатоподобная	-	14,3	0,170

ли невротоподобный характер, отмечалась достаточно выраженная замкнутость, снижение интенсивности, широты и разнообразия социальных контактов с внешним окружением. Однако при этом сохранялся достаточный диапазон основных интересов в социальной сфере. Для тимопатического варианта ремиссии характерны относительная сохранность работоспособности, темпа и подвижности психических процессов, незначительные личностные изменения, сочетающиеся с утратой прежней продуктивности, исчезновением прежних желаний и угасанием побуждений, редукцией аффектов, недостаточной удовлетворённостью жизнью, сужением эмоциональных контактов, эгоизмом, обеднением выразительности, гипертрофированными реакциями на условия, требующие напряжения. Больные указывали на снижение способности радоваться, огорчаться, испытывать эмоциональный отклик на происходящее. На этом фоне отмечались эмоциональная неустойчивость и более или менее систематическое возникновение фаз эмоциональной подавленности и оживлённости различной длительности. В структуре этих фазных состояний можно отметить черты подозрительности, отдельные ипохондрические жалобы [5]. При апатическом варианте ремиссии отмечалось уплощение аффективных проявлений, бедность интересов, слабость побуждений, малая доступность контакту, отсутствие друзей, пассивность, безразличие к общению, низкая активность в целом. Параноидный вариант ре-

миссии был обусловлен резидуальной психопатологической симптоматикой острого периода, которая утратила свою актуальность и не оказывала существенного влияния на поведение больных. Присутствовали отрывочные бредовые идеи персекуторного характера, обманы восприятия (преимущественно слуховые псевдогаллюцинации), носящие стереотипный, монотонный характер, позволяющие больным оставаться полностью или частично социально компенсированными.

Оценка социального функционирования больных шизофренией в ремиссии по шкале PSP представлена в табл. 4.

Табл. 4 демонстрирует, что основные нарушения функционирования у больных параноидной шизофренией в ремиссии касаются социально полезной деятельности, включая работу и учёбу, сферы отношений с близкими и прочими социальными отношениями. В группе неработающих пациентов указанные нарушения выражены значительно, чем у работающих. При заключительной оценке учитывались нарушения и в других областях: забота о физическом состоянии, способность поддерживать место проживания в хорошем состоянии, участие в ведении хозяйства, семейной жизни, интимные отношения, забота о детях, отношения с друзьями, лицами, помогающими пациентам, соблюдение правил социума, круг интересов, распоряжение финансами, пользование транспортом, способность справляться с кризисными ситуациями. Оценка проводи-

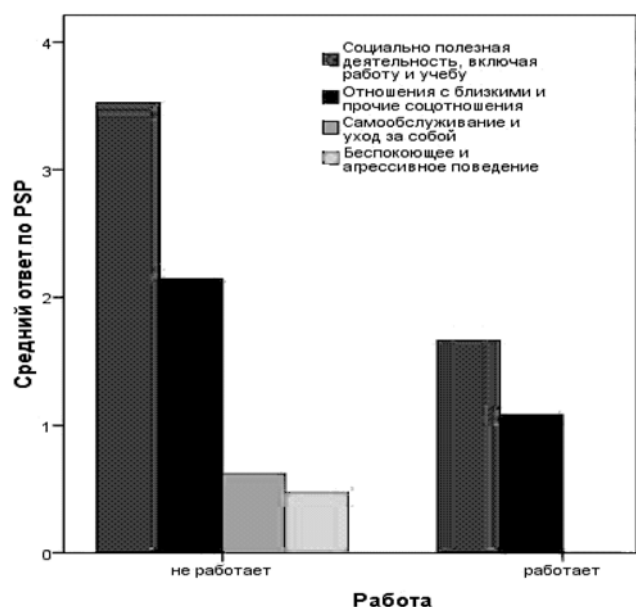
Таблица 4

Характеристика уровня социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии по шкале PSP

Признак/степень нарушения	Количество работающих %	Количество неработающих %	Достоверность различий (p)
Социально полезная деятельность, включая работу и учёбу:			0,001
отсутствует	-	-	
слабо выражено	50	-	
заметно выражено	41,7	9,5	
значительно выражено	8,3	61,9	
сильно выражено	-	28,6	
Отношения с близкими и прочие социальные отношения:			0,001
отсутствуют	-	-	
слабо выражено	91,7	23,8	
заметно выражено	8,3	57,1	
значительно выражено	-	19	
Самообслуживание и уход за собой:			0,024
отсутствуют	100	52,4	
слабо выражены	-	33,3	
заметно выражены	-	14,3	
Беспокоящее и агрессивное поведение:			0,024
отсутствуют	100	52,4	
слабо выражены	-	47,6	

лась на основе анамнестических данных, сведений, полученных от родственников пациентов, социальных работников диспансера.

Показано, что у больных параноидной шизофренией в ремиссии в целом уровень социального функционирования составляет $58,52 \pm 4,89$ балла (интервал по шкале PSP 60–51). Имеются значительные затруднения в одной из областей а-с (где, а – социально полезная деятельность, включая работу и учёбу; b – отношения с близкими и прочие социальные отношения; с – самообслуживание). Уровень функционирования был существенно выше у работающих, чем у неработающих пациентов (соответственно $72,67 \pm 5,34$ и $50,43 \pm 4,00$ балла, $p < 0,001$). Структура социального функционирования больных параноидной шизофренией в зависимости от



Структура нарушения функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии

Примечания: средний ответ по шкале PSP представляет собой степень выраженности нарушений функционирования, где 0 – отсутствие нарушений, а 4 – сильно выраженные нарушения.

Таблица 5

Коэффициенты корреляции общего показателя PSP с показателями шкалы PANSS

Показатели по шкале PANSS	Коэффициент корреляции (r)	Достоверность различий (p)
Шкала позитивных синдромов	-0,20	0,257
Шкала негативных синдромов	-0,84	0,0001
Композит	0,67	0,0001
Шкала общих психопатологических синдромов	-0,21	0,243
Анергия	-0,58	0,0001
Нарушение мышления	-0,42	0,014
Возбуждение	-0,23	0,202
Параноидное поведение	-0,45	0,008
Депрессия	0,56	0,001

степени выраженности нарушений в основных областях представлена на рисунке.

Рисунок иллюстрирует отсутствие нарушений функционирования у работающих пациентов в таких сферах, как упорядоченность поведения и самообслуживание и значительно менее выраженные нарушения – в сфере социально полезной деятельности и общения.

Подтверждено, что выраженность негативной симптоматики, анергии, нарушений мышления (структурные расстройства мышления, сохраняющиеся галлюцинаторные переживания, необычное содержание мыслей), параноидного поведения (сохраняющиеся параноидные переживания, враждебность, малоCONTACTность, негативизм) отрицательно связаны с социальным функционированием больных параноидной шизофренией в ремиссии (табл.5). Кластер депрессивных расстройств по шкале общих психопатологических синдромов PANSS включает соматическую озабоченность, тревогу, чувство вины, переживание печали, уныния, беспомощности, пессимизма. Положительную связь этого показателя с социальным функционированием представляется возможным объяснить большей сохранностью личности этих больных. Кроме того, полученные данные могут косвенно подтверждать гипотезу, согласно которой, депрессия, возникшая в период стабилизации ремиссии, оценивается как фактор благоприятного прогноза [10].

Результаты корреляционного анализа связи показателей социального функционирования с отдельными шкалами PANSS представлены в табл. 6.

Табл. 6 демонстрирует, что негативные расстройства достоверно ухудшают социальное функционирование больных во всех основных областях. В зависимости от выраженности негативных симптомов страдают социально полезная деятельность, включая работу и учёбу, отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание и уход за собой, усиливается беспокоящее и агрессивное поведение. Симптоматика кластера анергии по PANSS также существенно ограничивает возможности социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии во всех определяемых областях. Выраженность общих психопатологических нарушений, а также нарушения мышления, даже при условии, что эти нарушения не превышают 3-ий уровень выраженности по шкале PANSS в состоянии ремиссии, оказывают значимое отрицательное влияние на межличностное общение. Наличие в ремиссии остаточных бредовых идей, галлюцинаторных расстройств (определяемых в кластерах возбуждение и параноидное поведение по PANSS) заметно ухудшает социально полезную деятельность, включая работу и учёбу, ограничивает способность к независимому проживанию и общению.

Корреляции отдельных показателей социального функционирования с характеристиками психического состояния по PANSS

Показатели PANSS	Показатели шкалы PSP				
	Социально полезная деятельность (включая работу и учёбу)	Отношения с близкими и прочие социальные отношения	Самообслуживание и уход за собой	Беспокоящее и агрессивное поведение	Коэффициент корреляции (r)/достоверность различий (p)
Шкала позитивных расстройств	0,161 0,371	0,294 0,097	0,326 0,064	0,311 0,078	r p
Шкала негативных расстройств	0,545 0,001	0,663 0,0001	0,702 0,0001	0,667 0,0001	r p
Композит	-0,409 0,018	-0,397 0,022	-0,471 0,006	-0,365 0,037	r p
Шкала общих психопатологических расстройств	0,321 0,069	0,356 0,042	-0,009 0,959	0,274 0,122	r p
Анергия	0,559 0,001	0,514 0,002	0,371 0,034	0,348 0,047	r p
Нарушение мышления	0,265 0,136	0,434 0,012	0,329 0,061	0,395 0,023	r p
Возбуждение	0,361 0,039	0,456 0,008	0,212 0,237	0,415 0,016	r p
Параноидное поведение	0,180 0,316	0,349 0,047	0,471 0,006	0,554 0,001	r P
Депрессия	-0,025 0,891	-0,181 0,313	-0,405 0,019	-0,429 0,013	r p

При астеническом варианте ремиссии, свидетельствующем о большей сохранности личности [5], уровень социального функционирования достоверно выше ($r=0,41$; $p=0,016$). При апатическом типе ремиссии (выраженные личностные изменения, нарастание апатии) наблюдается значимо более выраженное снижение социального функционирования ($r=-0,44$; $p=0,011$).

Выводы

В настоящее время в амбулаторной практике у больных параноидной шизофренией преобладают астенический, параноидный и апатический варианты ремиссии. При давности заболевания около 15 лет продолжительность ремиссии колеблется, как правило, в пределах 1–3 лет. Клиническая картина заболевания в остром периоде течения характеризуется преобладанием галлюцинаторно-параноидных и аффективно-бредовых приступов, которые встречаются примерно с равной частотой.

В период ремиссии работают около 35% больных, причем хорошо справляется со своими обязанностями примерно треть пациентов. Значительная часть работающих больных параноидной шизофренией не имеет инвалидности.

Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии характеризуется значительно выраженным снижением в области социально полезной деятельности, включая работу и учёбу, и несколько менее выраженным снижением

в сфере межличностного общения. Сфера обучения страдает в большей степени, чем сфера работы. В большей степени сохранены способности к самообслуживанию и социально приемлемые нормы поведения. Нарушения в этих сферах наблюдаются только у пациентов, не занимающихся трудовой деятельностью. Структура нарушения социального функционирования у работающих и неработающих больных параноидной шизофренией в ремиссии достоверно различается. Социальное функционирование в большей степени сохранно у пациентов с более высоким уровнем образования (работающие пациенты имеют, как правило, высшее образование) и у больных женского пола. Наличие собственной семьи способствует повышению уровня социального функционирования.

На социальное функционирование оказывают влияние структура ремиссии и, прежде всего, выраженность негативной симптоматики. Негативная симптоматика оказывает влияние на все сферы социального функционирования, в то время как остаточная продуктивная симптоматика – на сферу общения.

Трудовая деятельность способствует повышению качества жизни больных параноидной шизофренией, что отражается, в частности, в степени удовлетворенности бытовыми условиями, сферой общения, семейными отношениями.

Полученные результаты подтверждают актуальность достижения максимально «чистой» ремиссии

с минимизацией остаточных симптомов и контроля негативных симптомов, необходимость дальнейшей активизации социотерапевтических мероприятий, учитывающих структурно-клинические особенности ремиссии. Использование оценки уровня социального функционирования и качества жизни с позиции субъективной удовлетворенности больных

уровнем своего функционирования целесообразно в качестве критериев эффективности реабилитационной работы. Тренинг социально-коммуникативной компетентности целесообразно включить в реабилитационные программы у больных параноидной шизофренией. Необходимо развитие образовательных программ для больных шизофренией в ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Шмуклер А.Б. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, №1. С. 81–86.
2. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Худавердиев В.В. Особенности клиники и социальной реабилитации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., 1999. С. 77–96.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика, 2004. 492 с.
4. Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и соавт. Шизофрения: уязвимость–диатез–стресс–заболевание. СПб.: Гиппократ, 2004. С. 88–105.
5. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н. и соавт. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. М., 2006.
6. Курек Н.С. Дефицит психической активности, пассивность личности и болезнь. М., 1996. 245 с.
7. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. С. 135–151.
8. Смудевич А.Б., Андрищенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинко-эпидемиологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. Т. 107, № 5. С. 4–15.
9. Смудевич А.Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. № 5. С. 184–186.
10. Холмогорова А.Б. Психосоциальные аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 3. С. 35–71.
11. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Ремиссия и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложение к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 4. С. 34–39.
12. Andreasen N.C. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162, N 3. P. 441–449.
13. Brenner H.D., Hodel H., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunction and behavioral deficits in schizophrenia: Integrated psychological therapy // Schizophr. Bull. 1992. Vol. 18. P. 21–26.
14. Leucht S., Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia // Pharmacopsychiatry. 2006. N 39. P. 161–170.
15. Morosini P.-L., Magliano L., Brambilla L. et al. // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 101. P. 323–329.
16. Opler M.G.A., Yang L.H., Caleo S. et al. Statistical validation of the criteria for symptom remission in schizophrenia: preliminary findings // BMC Psychiatry. 2007. Vol. 7. P. 35–41.

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕМИССИИ

О. А. Вишневецкая, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова

На примере 33 больных, находящихся на динамическом диспансерном наблюдении, в возрасте 46 лет, в том числе 72,7% женщин, изучались особенности социального функционирования у больных параноидной шизофренией на стадии ремиссии. В исследовании использовались клинко-психопатологический и психометрический методы: шкала PANSS, Шкала повседневного и социального функционирования (PSP). Установлено преобладание астенического, параноидного и апатического типов ремиссии. Выявлено сохранение трудовой активности немногим более чем в трети наблюдений. Типично значительное снижение со-

циального функционирования в области социально полезной деятельности, продемонстрированы особенности нарушения социального функционирования у работающих и неработающих больных. Установлены клинические и социально-демографические факторы, влияющие на уровень социального функционирования. Отмечена положительная роль трудовой деятельности в определении качества жизни пациентов. Предложены критерии оценки реабилитационной работы с больными.

Ключевые слова: шизофрения, социальное функционирование, ремиссия, качество жизни.

SOCIAL FUNCTIONING OF PARANOID SCHIZOPHRENICS IN REMISSION

O. A. Vishnevskaya, A. N. Gvozdetsky, N. N. Petrova

The authors has studied the characteristics of social functioning in 33 patients with paranoid schizophrenia in remission (age 46 years, 72,7% female), all of them are on dynamic dispensary observation. Method and instruments: clinical-psychopathological and psychometric: the PANSS and the PSP. The authors report prevalence of asthenic, paranoid and apathetic types of remission among the patients. Slightly more than 1/3 of them seem to preserve the capacity to work. The authors describe

typical significant decrease of social functioning in employed and unemployed patients. They have also revealed the clinical and socio-demographic factors that influence the level of social functioning. The authors stress the importance of labor activities in the patients' quality of life and propose the criteria for evaluation of rehabilitation work with them.

Key words: schizophrenia, social functioning, remission, quality of life.

Вишневецкая Оксана Александровна – заведующая дневным стационаром ПНД Московского района СПб., заочная аспирантка кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета; e-mail: saba69@yandex.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич – студент 5 курса медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, лечебное дело; e-mail: comisora@rambler.ru

Петрова Наталья Николаевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета; e-mail: petrova_nn@mail.ru