

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА БАЗЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Е.К. Чуканова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

В последние годы в отечественной психиатрии все большую актуальность приобретает тенденция к сдвигу акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия [6, 7, 10]. Особое значение придается психосоциальным аспектам помощи психически больным [8, 9, 18, 19] с привлечением сил сообщества [5, 15]. Все возрастающую значимость приобретают социально-ориентированные стационарозамещающие формы помощи [2, 12–14, 17]. Мировая психиатрическая практика подтверждает эффективность данного направления [20–23]. При этом содержание и доказательность комплексного подхода в условиях психоневрологического диспансера нуждается в дополнительной разработке.

**Цель исследования:** определить эффективность комплексного психосоциального вмешательства в системе терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра при ее оказании в условиях психоневрологического диспансера.

## Материал и методы исследования

Работа выполнялась на базе отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии и психоневрологического диспансера (ПНД) № 14 Департамента здравоохранения города Москвы<sup>1</sup>. Первоначально сплошным невыборочным методом было осуществлено обследование всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в возрасте 18 лет и старше (191 чел.), состоящих под диспансерным наблюдением и наблюдавшихся в лечебно-консультативной группе на одном из участков ПНД в 2005–2006 гг. Были изучены клинико-психопатологические и клинико-социальные характеристики этого контингента. Результаты данного этапа исследования были представлены ранее [3, 16]. Полученные результаты выявили необходимость внедрения комплексного

психосоциального вмешательства и дифференцированного подхода при оказании психиатрической помощи данному контингенту.

Для оценки эффективности комплексного вмешательства из числа обследованных больных случайным образом было отобрано 52 пациента в основную и 52 человека – в контрольную группы. С пациентами основной группы в течение года проводились психосоциальные мероприятия, в том числе по психообразовательной методике (основной и поддерживающий циклы). Больные контрольной группы получали традиционное лечение в ПНД. Обе когорты пациентов обследовались до включения в программу, по тем же параметрам по завершении программы, а также катamnестически (через год).

До включения в программу основная и контрольная группы были сопоставимы по клинико-социальным характеристикам (табл. 1), что дало возможность сравнить результаты психосоциального вмешательства у пациентов обеих групп.

Тактика и содержание вмешательства разрабатывались с учетом представлений о проблемах и наиболее уязвимых сторонах социального функционирования пациентов. Комплексная программа учитывала тяжесть заболевания, личные ожидания больных, особенности семейных взаимоотношений и мотивационные составляющие их поведения. Психосоциальная программа состояла из двух этапов. На первом этапе проводился основной цикл занятий в закрытых группах (по 7–9 человек), состоящий из 20 занятий по 1,5 часа, 1 раз в неделю. Половина занятия посвящалась психообразованию, половина – тренингу социальных навыков и проблемно-решающего поведения. Психообразовательная программа была представлена циклом последовательных интерактивных тренингов с подробным разбором тем (обсуждение симптомов, методов совладания с ними, особенностей лечения, профилактики обострений, психиатрических служб и т. д.). Наряду с указанными методиками использо-

<sup>1</sup> В настоящее время диспансер реформирован.

Клинико-социальные характеристики обследованных больных

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	20	38,5	19	36,5
Женщины	32	61,5	33	63,5
Средний возраст	43,4		41,56	
Проживали в семьях	8	15,4	10	19,2
Одиноки	15	28,8	16	30,8
Конфликтные взаимоотношения	12	23,1	11	21,2
Холосты, разведены, живут с родственниками	29	55,8	26	50
Инвалиды 2 гр	38	73,1	37	71,2
Инвалиды 3 гр.	1	1,9	1	1,9
Не имеют инвалидность и не работают	9	17,3	8	15,4
Работают не по специальности	4	7,7	6	11,5
Диагноз				
Параноидная шизофрения с непрерывным типом течения	5	9,6	5	9,6
Параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения, с нарастающим дефектом	33	63,5	32	61,5
Другие формы шизофрении	5	9,6	4	7,7
Шизотипическое расстройство	6	11,5	7	13,5
Острые и преходящие психотические расстройства	1	1,9	1	1,9
Шизоаффективные расстройства	2	3,85	2	3,85
PANSS, сумма баллов при поступлении	58 (52;64)*		57,6 (51;64,5)*	
Регулярный прием терапии	24	46,2	26	50

Примечания: Во всех случаях  $p > 0,005$ ; \* – первый и третий квартили.

вались техники когнитивно-поведенческой терапии. В ряде случаев психообразовательная работа дополнительно сочеталась с индивидуальным семейным вмешательством (30 чел.) наряду с инструментальной поддержкой (24 чел). Проводилась работа по установлению благоприятного коммуникативного стиля и эмоционального климата в семье.

На втором этапе по завершении основного цикла, на протяжении 6 месяцев 1 раз в 2 недели с пациентами основной группы проводились поддерживающие занятия по психообразовательной методике и развитию социальных навыков в амбулаторных условиях с целью закрепления полученных знаний и умений.

Пациенты оценивались клинико-психопатологически, а также с помощью ряда стандартизированных шкал: PANSS, «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», «Шкалы оценки социальных сетей психически больных», «Шкалы оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных», карты «Оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», «Карты для оценки возмож-

ности независимого проживания психически больных» [4, 10].

### Результаты

Динамика психопатологического состояния пациентов обеих групп оценивалась по шкале PANSS. Сумма баллов до включения в программу для основной группы составляла 58,04 (52; 64)<sup>2</sup> для контрольной – 57,6 (51; 65) (табл. 2), что говорило о состоянии ремиссии, в большинстве случаев не достаточно стойкой, близкой к границе подострого психоза [1, 11]. Для межгруппового сравнения показателей применялся непараметрический ранговый метод Манна-Уитни. Для анализа внутригрупповой динамики использован непараметрический метод парных сравнений Вилкоксона.

За время проведения психосоциальной программы в основной группе статистически значимо ( $p < 0,001$ ) снизились лишь показатели по субшкале общепсихопатологической симптоматики PANSS: с 26 (23; 29) баллов до 23,42 (20; 26). Так, больные меньше выражали соматическую озабоченность, тревогу, были менее напряжены и отгорожены, снизилась

<sup>2</sup> Здесь и далее, в скобках указаны первый и третий квартили.

аффективная окраска переживаний. Одновременно по завершению программы уменьшилась ( $p < 0,001$ ) выраженность психопатологической симптоматики в целом: с 58,04 (52; 64) баллов до 55,33 (49; 61). Но катamnестически этот параметр вновь достиг прежнего уровня. В контрольной группе статистически значимые различия выявлялись только в катamnезе в отношении негативных симптомов, рост которых достигал 22,33 (19, 26) балла ( $p < 0,001$ ). При сравнении основной и контрольной группы именно этот показатель имел достоверное различие ( $p < 0,001$ ) по завершению психосоциальных мероприятий и в катamnезе.

Характеристики, отражающие социальное функционирование пациентов основной группы, по завершению программы претерпели существенные изменения, в то время как показатели контрольной группы остались практически неизменны ( $p > 0,05$ ). Средний уровень социальной дезадаптации в основной группе по завершению программы достоверно снизился ( $p < 0,001$ ) по всем рассматриваемым аспектам.

Наиболее выраженное улучшение адаптации было отмечено относительно характеристики круга общения (на 0,86 балла) и отношения с окружающими (на 0,56 балла). В меньшей степени улучшение сказалось на ведении домашнего хозяйства (0,48 балла). Через год после проведенного вмешательства сохранилось достоверное улучшение социальной адаптации по сравнению с периодом до включения в программу: в частности, по показателям круга общения и отношения с окружающими ( $p < 0,001$ ), интеллектуальной работоспособности и ведения домашнего хозяйства ( $p < 0,01$ ). Это указывает на эффективность подобранного комплекса методик для улучшения социального функционирования психически больных при их амбулаторном наблюдении. По завершению программы при сравнении основной и контрольной групп по всем изучаемым показателям, за исключением интеллектуальной продуктивности, отмечены статистически значимые различия. Статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) также выявлены при сравнении основной и контрольной групп

Таблица 2

Клинические характеристики и показатели социального функционирования пациентов

Признаки	Основная группа									Контрольная группа								
	До программы	Первый квартал	Третий квартал	По завершении	Первый квартал	Третий квартал	Катamnез	Первый квартал	Третий квартал	До программы	Первый квартал	Третий квартал	По завершении	Первый квартал	Третий квартал	Катamnез	Первый квартал	Третий квартал
Позитивные симптомы	12,31	11	14	12,29	10	14	12,37	10	14	12,56	11	15	12,21	10	14	12,38	11	15
Негативные симптомы	19,73	18	22	19,59*	18	21	20,48*	18	22	20,19	18	23	20,81	18	23	22,33	19	26
Общие симптомы	26,00	23	29	23,42&	20	26	25,46	22	29	24,85	21	28	24,52	21	28	24,08	20	28
PANSS	58,04	52	64	55,33&	49	61	58,06	52	66	57,60	51	65	57,56	50	63	58,79	51	67
Физическая работоспособность	1,54	1	2	1,21&*	1	2	1,37	1	2	1,48	1	2	1,54	2	1	1,63	1	2
Интеллектуальная работоспособность	1,85	1	3	1,44&	1	2	1,50#	1	2	1,75	1	3	1,71	3	2	1,73	1	2,5
Ведение домашнего хозяйства	1,44	1	3	0,961&***	0,5	1	1,05#***	0,5	1,5	1,50	1	3	1,56	2	1	1,71	1	2
Круг общения	2,71	1,5	4	1,84&***	1	3	2,15&***	1	3	2,65	1,5	4	2,77	4	2	2,80	2	4
Отношения с окружающими	1,96	1	3	1,40&***	1	2	1,48&***	1	2	2,03	1	3	2,00	3	2	2,17	1	3
Размер сети	4,83	3	7	5,31&	4	7	4,88&	3	7	4,62	3	6	4,79	4	6	4,25	3	5
Плотность сети	0,68	0,45	1	0,78&***	0,6	1	0,70	0,5	1	0,69	0,4	1	0,63	0,4	0,7	0,71	0,4	1
Интенсивность общения	10,04	6	14	14,0&***	11,5	16	10,5&	6	14	9,60	6	13	10,08	8	12,5	9,40	7	12
Эмоциональная поддержка	19,58	16	24	30,61&***	26,5	37	23,85&***	20	27,5	20,35	17	24	20,10	17	24	18,23&	16	20,5
Инструментальная поддержка	12,69	10	16	13,75&***	11	17	12,85	10	16	12,54	10	15	12,37	10	15	12,06&	9	15
Социальная интеграция	14,65	12	18	22,0&***	18	25	18,63&***	15	22	15,02	11,5	18	14,88»	12	18	14,88&	3	6
Доверительные связи	4,67	3	6	6,40&***	4	9	5,83&***	3	8	4,67	3	6	4,56	3,5	5,5	4,17&	3	5
Удовлетворенность социальной поддержкой	3,65	2	5	6,88&***	4,5	9	4,65&***	3	6,5	3,33	1,5	5	3,12»	2	4,5	3,12&	2	4,5

Примечания: \* –  $p < 0,05$ , \*\*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\*\* –  $p < 0,001$  (сравнение основной и контрольной групп), #\* –  $p < 0,01$ , &\* –  $p < 0,001$ , »\* –  $p < 0,05$  (внутригрупповые сравнения в разные периоды времени).

в катмнезе: они сохранялись по трем показателям, исключая интеллектуальную и физическую работоспособность.

Через год после завершения программы изменения круга общения коснулись обеих групп. В основной группе никто из пациентов не отметил сужение круга общения, подавляющее большинство (78,8%) считали, что их круг общения увеличился. В группе контроля свыше половины обследованных (51,9%) отмечали, что их круг общения сузился, о расширении контактов говорили лишь двое пациентов.

Удовлетворенность качеством жизни в связи с психическим состоянием в основной группе увеличилась: по завершении программы ответ «скорее удовлетворены» дали 71% пациентов в то время как к началу программы было 27% ( $p < 0,001$ ). Спустя год отмечалось снижение удовлетворенности до 54% ( $p < 0,001$ ). Удовлетворенность качеством жизни в целом («скорее удовлетворены») статистически достоверно повысилась в меньшей степени: по завершении программы с 52% до 61% ( $p < 0,001$ ); ответ «полностью удовлетворен» не дал ни один пациент. Спустя год «скорее удовлетворены» были 56% ( $p < 0,001$ ), а полностью удовлетворены – 6% ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе эти показатели значимо не изменились.

До включения в программу психосоциальных мероприятий показатели социальных сетей пациентов основной и контрольной групп не имели статистически значимых различий. В ходе исследования в контрольной группе средний размер сети практически не изменился ( $p > 0,05$ ), в основной – вырос ( $p < 0,001$ ) с 4,83 (3; 7) до 5,31 (4; 7) на одного больного. 32,7% пациентов основной группы по завершении занятий указывали в списке названных лиц других участников программы, что показывает эффективность проводимых мероприятий в плане расширения социальной сети. В 29,4% случаев эти знакомства сохранялись и по прошествии года, существенное значение при этом имели поддерживающие занятия (1 раз в 2 недели). Но снижение частоты мероприятий отразилось на круге общения – средний размер сети снизился до 4,88 (3; 7) на одного пациента ( $p < 0,001$ ). Через год в контрольной группе имелась тенденция к увеличению плотности сети до 0,71 (0,4; 1) на фоне статистически незначимого сужения размера сети до 4,25 (3; 5), что указывает на ограничение контактов в пределах привычного окружения, когда общение сводится к формальным отношениям с одним или двумя близкими людьми.

Интенсивность общения характеризовалась частотой контактов с людьми из приведенного пациентом списка. В группе контроля этот показатель несколько увеличился с 9,6 (6; 13) до 10,08 (8; 12,5) баллов ( $p < 0,002$ ) и спустя год вновь вернулся к прежнему уровню 9,4 (7; 12) балла. Фактически это была частота встреч от одного раза в месяц до одного раза в неделю, в то время как в основной группе интенсив-

ность общения с микроокружением больного увеличилась, как за счет некоторого расширения социальной сети, так и за счет увеличения частоты встреч с каждым человеком из списка. Интенсивность общения в основной группе возросла ( $p < 0,001$ ) на треть с 10,04 (6; 14) до 14 (11,5; 16) баллов по завершении программы, но вернулась на прежний уровень спустя год – 10,5 (6; 14). Это отражает необходимость постоянной и регулярной психосоциальной работы с больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и поддержания мотивации к активности и общению. Кроме того, нужно отметить, что, по данным объективного анамнеза, фактическое общение пациента со знакомыми или родственниками нередко сводилось к коротким встречам с разговорами сугубо по бытовым вопросам или вовсе без диалога; больные оставались отстраненными, замкнутыми, своими переживаниями не делились.

В рамках изучения взаимоотношений больного с его микроокружением также анализировались внутрисемейные отношения пациентов. По завершении программы через год в группе, где проводилась психосоциальная работа, доля адекватных отношений больного с членами его семьи выросла вдвое (с 23,1% до 42,3%), а доля конфликтных семей вдвое снизилась (с 23,1% до 11,5%); количество подчиненно-зависимых отношений уменьшилось на 5,8%. Благодаря психосоциальной работе с родственниками и пациентами, направленной на развитие коммуникативных навыков и взаимодействию в конфликтных ситуациях, улучшилось взаимопонимание между членами семьи, смягчились отношения в ряде случаев находившиеся на грани разрыва. В семьях с подчиненно-зависимым стилем коммуникации больные стали вести себя более уверенно, ответственно, трое взяли на себя ограниченный перечень семейных обязанностей (оплату коммунальных услуг, уход за домашним животным, покупка продуктов) и успешно выполняли их без контроля со стороны родных, чего ранее не происходило. В 76,9% случаев взаимоотношения с родственниками и поведение больных, прошедших курс психосоциальных тренингов и программ, улучшилось: пациенты стали терпимее, приобрели уверенность в своих силах, увеличилось доверие родственников к больному. В контрольной группе за год катмнеза нарастали негативные изменения: доля адекватных взаимоотношений уменьшилась вдвое (с 26,9% до 13,5%), конфликтных стало на 1,9% больше, подчиненно-зависимых – на 5,8%, а формальных на 5,7% больше.

При изучении достаточности социальной поддержки психически больных были получены следующие результаты. После окончания психосоциальной программы в основной группе отмечен достоверный ( $p < 0,001$ ) рост среднего балла по сравнению с периодом до включения пациентов в исследование по всем пяти субшкалам. Значительнее других изменились показатели эмоциональной поддержки и

Среднее число обострений, условия их купирования, длительность госпитализации или пребывания в ДС в основной и контрольной группах в зависимости от периода наблюдения

Группы больных	Основная (n=55)		Контрольная (n=52)	
	До программы	Катамнез	До программы	Катамнез
Период наблюдения				
Частота обострений (на 1 чел. в год)	2,65 ±1,37	1,48±1,06* <sup>&amp;</sup>	2,50±1,32	2,79±1,38
Купирование в ПБ (частота госпитализаций на 1 чел. в год)	M=0,65 [Q 0; Q 1,0]	M=0,31* <sup>&amp;</sup> [Q 0; Q 1,0]	M=0,56 [Q 0; Q 1,0]	M=0,73 [Q 0; Q 1,0]
Купирование в ДС (частота на 1 чел. в год)	1,17±0,85	M=0,48* <sup>&amp;</sup> [Q 0; Q 1,0]	1,19±0,77	1,12±0,86
Амбулаторное купирование (частота на 1 чел. в год)	0,85±0,50	0,77±0,58* <sup>&amp;</sup>	0,75±0,44	0,94±0,61 <sup>#</sup>
Средняя длительность госпитализации (койко/дней на 1 чел. в год)	82,4±23,9	64,7±19,5* <sup>&amp;</sup>	80,3±22,15	86,4±21,4
Средняя длительность пребывания в ДС (койко/дней на 1 чел. в год)	75,0±12,8	61,3±20,3* <sup>&amp;</sup>	73,6±14,6	77,9±14,8

Примечания: \* – p<0,05 при сравнении с контрольной группой в катамнезе; <sup>#</sup> – p<0,05 при сравнении с показателем до программы; <sup>&</sup> – p<0,001 при сравнении с показателем до программы.

социальной интеграции: рост на 56,4% от начальных 19,58 (16; 24) баллов (p<0,001) и на 50,2% от начальных 14,65 (12; 18) баллов (p<0,001) соответственно. При этом удовлетворенность социальной поддержкой по субъективной оценке пациентов по окончании программы возросла почти в 2 раза (p<0,001): с 3,65 (2; 5) баллов до 6,88 (4,5; 9). Катамнестически отмечено значимое снижение этих показателей, достоверно не достигающее уровня, имевшегося до включения в программу (p<0,001), за исключением параметра инструментальной поддержки, что подтверждает эффективность проведенных мероприятий в течение годового периода и достаточную стабильность достигнутого эффекта при условии поддерживающих мер. В контрольной группе по завершении программы по большинству показателей статистически значимых изменений не отмечалось, однако катамнестически все параметры были достоверно снижены (p<0,001).

Динамика выраженности психопатологической симптоматики оценивалась на основе количества обострений и госпитализаций в психиатрическую больницу (ПБ) или дневной стационар (ДС) пациентов основной и контрольной групп в течение года после проведенного психосоциального вмешательства (табл. 3). За прошедший до начала исследования год среднее число обострений и условия их купирования были сравнимы в обеих группах. Через год после проведенной работы у пациентов основной группы отмечено снижение как частоты обострений – на 44,5% (p<0,001), так и частоты госпитализаций в психиатрическую больницу – на 50,8% (p<0,001). На 58,1% (p<0,001) уменьшилась частота купирования обострений в дневном стационаре. Сократилась длительность пребывания больных как в психиатрической больнице – на 17,5% (p<0,05), так и в дневном стационаре – на 18,3% (p<0,05). Вместе с тем, частота амбулаторного купирования обострений снизилась менее значительно – на 10,6% (p<0,005). Это сви-

детельствует о возможностях сдерживания обострений на амбулаторном уровне и возможности избегать госпитализации. В контрольной группе отмечалась тенденция к росту этих показателей, достигающая статистической значимости по частоте амбулаторного купирования обострений в год (p<0,05) – произошло увеличение на 23,7%.

Результативность психообразовательной работы оценивалась в динамике с помощью «Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы». В зависимости от полученных данных пациенты основной и контрольной групп были разделены на 3 подгруппы по степени информированности или выраженности заинтересованности в получении информации. Мы выделили группы с низкой (1–2 балла), средней (3 балла) и высокой (4–5 баллов) информированностью. Соотношение их оценивалось в процентах от общего числа пациентов (100%). До включения в программу основная масса пациентов (от 34,6% до 65,4%) основной и контрольной групп практически по всем вопросам имела низкую степень информированности. Различия между группами статистически были не значимы. По завершении психообразовательных занятий среди пациентов основной группы большинство (от 36,5% до 82,7%) имело среднюю степень информированности. Доля пациентов с высокой степенью информированности составляла от 30,8% до 55,8% почти по всем вопросам, за исключением касающихся прогноза и течения болезни – по 11,5% соответственно. Общий процент средней информированности в основном остался прежним за счет перетекания части пациентов, имевших ранее низкую информированность и «ухода» определенной доли обследуемых в группу высокой информированности. Эти изменения при сопоставлении с показателями контрольной группы по завершении программы и с учетом внутригрупповых сравнений были статистически достоверны (от p<0,001 до p<0,05).

Сведения, полученные на занятиях, позволили пациентам чувствовать себя увереннее, становясь активными участниками процесса терапии и социальной реабилитации, расширили их представления о возможностях на пути преодоления трудностей, связанных с болезнью и стигматизацией. В результате психообразовательного вмешательства улучшился комплаенс, пациенты более дисциплинированно принимали медикаментозную терапию, что,

вероятно, опосредованно повлияло на уменьшение частоты госпитализаций и поступлений в ДС и амбулаторное купирование обострений.

Таким образом, можно заключить, что комплексная психосоциальная работа на участке диспансера способствует улучшению качества жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, их социального, семейного и трудового функционирования и интеграции в общество.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Л.И. О некоторых клинических особенностях ремиссии у больных приступообразной шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1991. Т. 91, № 1. С. 94–99.
2. Алисханов М.А., Любов Е.Б. Стационар на дому как альтернатива госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, № 2. С. 103–106.
3. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В., Шмуклер А.Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 4. С. 10–14.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35–40.
5. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 1. С. 5–10.
6. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, № 4. С. 12–17.
7. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция "recovery" // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
8. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 3. С. 5–13.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2004. 491 с.
10. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Важные направления перемен в оказании психиатрической помощи // Современные медицинские технологии. 2010. № 4. С. 38–39.
11. Куцай С.И. Затяжные подострые бредовые и аффективно-бредовые состояния у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией во внебольничных условиях: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1985. 187 с.
12. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психическими эпизодами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. С. 14–25.
13. Папсуев О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра психосоциального обслуживания: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. С. 17–22.
14. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. С. 13–21.
15. Трущелёв С.А. Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 2. С. 40–44.
16. Шевченко В.А., Шмуклер А.Б., Гаврилова Е.К. и соавт. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. 2008. № 5. С. 70–74.
17. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2011. С. 16–19.
18. Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия «качества жизни» в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. Т. 6, № 1. С. 100–105.
19. Шмуклер А.Б. Особенности и динамика социального функционирования и качества жизни психически больных, находящихся под диспансерным наблюдением // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 4. С. 21–29.
20. Gyra K., Jaracz K., Rybakowski J. The role of social support in the quality of life of patients with schizophrenia // Psychiatr. Pol. 2004. Vol. 38, N 3. P. 443–452.
21. Hansson L., Sandlund M., Bengtsson-Tops A. et al. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study // Nord J. Psychiatry. 2003. Vol. 57, N 1. P. 5–11.
22. Lehman A., Steinwachs D. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations // Schizophr. Bull. 1998. Vol. 24. P. 1–10.
23. Liberman R.P. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1988. 311 p.
24. Velligan D.I., Bow-Thomas C.C., Huntzinger C. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2000. Vol. 157, N 8. P. 13–23.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА БАЗЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Е.К. Чуканова

Цель исследования: определить эффективность комплексного психосоциального вмешательства в системе терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра при ее оказании в условиях психоневрологического диспансера.

Для оценки эффективности комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра случайным образом было отобрано 52 пациента в основную и 52 человека – в контрольную группы. С пациентами основной группы в течение года проводились психосоциальные мероприятия. Больные контрольной группы получали традиционное лечение. Обе когорты пациентов обследовались до включения в программу, по тем же параметрам по завершении программы, а также катamnестически (через год). Пациенты оценивались клинико-психопатологически, а также с помощью ряда стандартизированных шкал: PANSS, «Опросника для

оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», «Шкалы оценки социальных сетей психически больных», «Шкалы оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных», карты «Оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», «Карты для оценки возможности независимого проживания психически больных».

Результаты исследования показали, что комплексная психосоциальная работа на участке диспансера способствует улучшению качества жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, их социального, семейного и трудового функционирования и интеграции в общество.

**Ключевые слова:** амбулаторная психиатрическая помощь, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация.

# EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN A PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY

E.K. Chukanova

Objective: studying the effectiveness of comprehensive psychosocial interventions in the system of care for patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a psychoneurological dispensary.

Random patient sample divided into two groups: 52 patients in the group receiving psychosocial interventions (Group 1) and 52 patients in control group (Group 2). The patients in Group 1 received psychosocial interventions during one year while the patients in Group 2 received traditional treatment. Both groups were investigated before and after the program, and also 12 months after the end of the treatment, using the same parameters. The patients were assessed using clinico-psychopathological criteria and a number of standardized scales like PANSS, the Questionnaire for Evaluation of Social Functioning and the Quality of Life in Mental

Patients, the Scale for Mental Patients' Social Nets Assessment, the Scale for Evaluation of Emotional and Instrumental Support for Mental Patients, the checklist Evaluation of Knowledge about Mental Disease and Efficacy of Psychoeducation and another one to evaluate the possibility of independent residence for mental patients.

Results: Comprehensive psychosocial interventions organized in conditions of a territorial unit of a dispensary seem to contribute to improved quality of life of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders, as well as their social, family and labor functioning and their integration in society.

**Key words:** outpatient mental health care, schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation.

---

**Чуканова Евгения Кирилловна** – соискатель, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: emozgoved@list.ru