

## СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЦЕНКИ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИЗОФРЕНИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ)

А.Г. Софронов<sup>1</sup>, В.Э. Пашковский<sup>1</sup>, А.Е. Добровольская<sup>1</sup>, А.Н. Лобко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

<sup>2</sup> Городская психиатрическая больница имени И.И. Скворцова-Степанова №3, Санкт-Петербург

За более чем столетнюю историю изучения шизофрении [1] многие исследователи отмечали трансформацию клинической картины заболевания, что выразилось в понятии «патоморфоз» [2, 8, 13]. Вместе с тем, этот термин трактуется неоднозначно. В.В.Ковалев [5] предложил рассматривать изменения симптоматики, динамики, распространенности, исчезновения и появления новых болезненных форм под влиянием внутренних и внешних факторов в рамках «патоморфоза» как единого понятия. Другие авторы разделяют понятия «патоморфоз» и «патоластика», трактуя первое как относительно стойкое изменение патогенетических механизмов и проявлений болезни, а второе – как проявление конституциональных, возрастных, психогенных, социальных и других факторов, в том числе неожиданных и случайных [12]. Неоднократно подчеркивалась роль психосоциальных и культуральных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных [6, 7, 16].

Вместе с тем, недостаточно изученным является вопрос субъективной оценки этих факторов практикующими врачами-психиатрами.

**Цель** исследования состояла в изучении представлений врачей-психиатров о факторах, влияющих на изменения клинико-социальных характеристик шизофрении.

### Материал и методы

В исследовании приняли участие 254 врача-психиатра – слушатели сертификационных циклов, которые проводятся кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова. Применялись разработанные нами анкеты: 1) патоморфоз шизофрении, 2) анкета врача стационара, 3) анкета врача амбулаторного звена. Исследование проводилось до начала занятий.

*Анкета «Патоморфоз шизофрении».* 93 слушателям было предложено оценить по пятибалльной

шкале факторы, которые за последние десятилетия повлияли на изменение клинико-динамических показателей шизофрении. Например: изменение микросоциальных факторов (взаимоотношений в семье, характера воспитания, условия быта и работы, и т.д.): «абсолютно не повлияло» – 1 балл, «мало повлияло» – 2 балла, «скорее повлияло, чем не повлияло» – 3 балла, «несомненно, повлияло» – 4 балла, «очень повлияло» – 5 баллов.

*Анкета врача стационара.* 90 слушателям (65 – со стажем 10 лет и 25 – со стажем 5 лет) была предложена анкета, состоящая из 5 модулей. Например: «Как часто в Вашей практике за последние 5 лет Вы диагностировали следующие формы шизофрении: простую, гебефреническую и т.д.?», «Как часто в Вашей практике за последние 5 лет Вы диагностировали синдромы при всех формах шизофрении: психопатоподобные, обсессивно-фобические, галлюцинаторно-параноидные и т.д.?», «Как часто в Вашей практике за последние 5 лет Вы наблюдали больных с первым эпизодом?», «Как часто за последние 5 лет Вы использовали следующие тактики лечебного процесса: инсулиношоковую терапию, электросудорожную терапию, назначение только типичных нейролептиков и т.д.?», «Как часто за последние 5 лет Вы наблюдали отсутствие нужных, по Вашему мнению, препаратов в аптеке стационара?», «Как часто за последние 5 лет Вы включали Ваших пациентов в различные программы: лекарственные, психообразовательные и т.д.?». Испытуемым предлагалось распределить ответы по шестибальной шкале: «никогда» – 1 балл, «очень редко» – 2 балла, «скорее редко, чем часто» – 3 балла, «не очень редко, но и не часто» – 4 балла, «скорее часто, чем редко» – 5 баллов, «весьма часто» – 6 баллов.

*Анкета врача амбулаторного звена.* 71 слушателю (51 со стажем 10 лет и 20 со стажем 5 лет) была предложена анкета, совпадающая с предыдущей по 17 пунктам. В отличие от предыдущей анкеты, врачам амбулаторного звена были предложены допол-

нительные вопросы: «Как часто в Вашей практике за последние 5 лет Вы наблюдали следующие типы ремиссии при шизофрении: астенический, тимопатический, бредовой и т.д.?», «Как часто в вашей практике за последние 5 лет Вы направляли в стационар больных с первым эпизодом, больных с обострением психопатологической симптоматики после лечения в стационаре повторно в течение года и т.д.?» Так же, как и при предыдущем анкетировании, ответы распределялись по шестибальной шкале.

Обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета STATISTICA 6.0. Для более сжатого представления полученных данных в качестве меры центральной тенденции распределения оценок вычислялась медиана (*Me*). В качестве характеристики меры рассеяния определялся квартильный размах (*Q*), который может быть содержательно интерпретирован как мера согласия в оценках. Сравнению подвергались оценки врачей со стажем 10 лет и 5 лет и врачей стационара и амбулаторного звена. При сравнении использовался критерий Манна-Уитни (*U*). Уровень значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

*Анкета «Патоморфоз шизофрении».* Как видно из табл. 1, по мнению опрошенных, на клинико-динамические показатели шизофрении «несомненно повлияли»: изменения политики в области психи-

атрии, появление и использование атипичных нейролептиков, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, (*Me*=4,0); «скорее повлияли, чем не повлияли»: изменения микросоциальных и макросоциальных факторов, конституционально-генетические изменения, изменение в системе организации психиатрической помощи, изменения законодательства в области психиатрии (*Me*= 4,0); «абсолютно не повлияли»: изменения климата. Наименьшее согласие (*Q*=2,0) было получено при оценке влияния изменений микросоциальных и макросоциальных факторов и конституционально-генетических изменений.

*Анкета врача стационара.* Субъективные оценки врачей стационара со стажем 10 лет распределились следующим образом. За последние 5 лет «весьма часто» в их практике встречалась только F20.0 параноидная шизофрения (*Me*=6,0), «скорее часто, чем редко» – F25 шизоаффективное расстройство (*Me*=5,0), «не очень редко, но и не часто» – F23.1 острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (*Me*=4,0), «скорее редко, чем часто» – F20.6 простая шизофрения (*Me*=3,0) и «очень редко» – F20.1 гебефреническая, F20.2 кататоническая формы, F21 шизотипическое расстройство, F20.5 резидуальная шизофрения (*Me*=5,0). Наименьшее согласие получено при оценке шизоаффективного расстройства (*Q*=3,0), наибольшее – при оценке параноидной шизофрении (*Q*=0,00).

Таблица 1

Субъективные оценки врачей-психиатров по анкете «Патоморфоз шизофрении» (N=93)

№	Признак	Абсолютно не повлияло	Мало повлияло	Скорее повлияло, чем не повлияло	Несомненно повлияло	Очень повлияло	<i>Me</i>	<i>Q</i>
1	Изменение микросоциальных факторов (взаимоотношений в семье, характера воспитания, условий быта и работы, и т.д.)	7* (7,5)	21 (22,5)	30 (32,4)	28 (30,1)	7 (7,5)	3,0	2,0
2	Изменение макросоциальных факторов (социально-экономические изменения и т.д.)	8 (8,6)	29 (31,2)	23 (24,8)	18 (19,3)	15 (16,1)	3,0	2,0
3	Изменения климата	48 (51,6)	33 (35,5)	9 (9,7)	3 (3,2)	-	1,0	1,0
4	Конституционально-генетические изменения	18 (19,3)	19 (20,4)	24 (25,9)	23 (24,7)	9 (9,7)	3,0	2,0
5	Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ	5 (5,4)	14 (15,0)	27 (29,0)	29 (31,3)	18 (19,3)	4,0	1,0
6	Изменение системы организации психиатрической помощи ( развитие амбулаторного звена и социально-реабилитационных программ)	1 (1,1)	12 (12,9)	35 (37,6)	34 (36,6)	11 (11,8)	3,0	1,0
7	Изменение законодательства в области психиатрии (недобровольная госпитализация и лечение, принудительное лечение)	4 (4,3)	13 (14,0)	31 (33,3)	33 (35,5)	12 (12,9)	3,0	1,0
8	Изменение политики в области психиатрии (финансирование психиатрической службы, обеспечение необходимыми лекарственными средствами, введение системы ДЛО)	4 (4,3)	15 (16,1)	22 (23,6)	33 (35,6)	19 (20,4)	4,0	1,0
9	Появление и использование атипичных нейролептиков	1 (1,1)	6 (6,4)	11 (11,8)	50 (53,8)	25 (26,8)	4,0	1,0

Примечания: \* – вверху даны абсолютные числа, внизу в скобках даны проценты.

В клинической картине заболевания, по оценкам врачей, «весьма часто» встречаются тревожные, галлюцинаторно-параноидные синдромы и дефектные состояния (интрапсихическая атаксия, нарушения мышления в виде шизофазии) ( $Me=6,0$ ) и «очень редко» онейроидные, паранойяльные и кататоно-гебефренические синдромы ( $Me=2,0$ ). Наименьшее согласие получено при оценке обсессивно-фобических, астенических, онейроидных, маниакальных, кататоно-гебефренических синдромов ( $Q=2,0$ ), наибольшее – при оценке галлюцинаторно-параноидных ( $Q=0,00$ ) (рис. 1).

Оценивая другие клинические и клинико-динамические характеристики, врачи отмечали, что «скорее редко, чем часто» они наблюдали больных с первым эпизодом и больных шизофренией, осложненной синдромом зависимости от наркотических средств ( $Me=3,0$ ,  $Q=2,0$ ). Напротив, скорее часто, чем редко наблюдались пациенты, у которых шизофрения была отягощена синдромом зависимости от алкоголя ( $Me=5,0$ ,  $Q=2,0$ ), пациенты, у которых продолжительность госпитализации была обусловлена социальными показаниями ( $Me=5,0$ ,  $Q=1,0$ ) и пациенты, у которых повторные госпитализации были в течение года ( $Me=5,0$ ,  $Q=2,0$ ).

Анализ ответов врачей стационара (табл. 2) показал, что большинство из них никогда не встречались с применением инсулиношоковой и электросудорожной терапии ( $Me=1,0$ ,  $Q=0,00$ ). «Скорее часто, чем редко» они встречались с назначением только типичных нейролептиков ( $Me=5,0$ ,  $Q=1,0$ ), а также с тактикой последовательной замены типичных на атипичные нейролептики ( $Me=5,0$ ,  $Q=2,0$ ) и комбинированной психофармакотерапией ( $Me=5,0$ ,  $Q=1,0$ ).

Аналогично были оценены низкий комплаенс и случаи полного отказа пациентов от поддерживающей терапии ( $Me=5,0$ ,  $Q=2,0$ ). «Не очень редко, но и не часто» врачи встречались с отсутствием необ-

ходимых для лечения данного пациента препаратов в аптеке стационара ( $Me=4,0$ ,  $Q=3,0$ ) и сталкивались с пассивным участием родных в судьбе пациента ( $Me=4,0$ ,  $Q=1,0$ ). «Скорее редко, чем часто» осуществлялся перевод после окончания стационарного лечения в дневной стационар (реабилитационное отделение) диспансера ( $Me=3,0$ ,  $Q=3,0$ ) и включение пациентов в различные программы (лекарственные, психосоциальные, психообразовательные) ( $Me=3,0$ ,  $Q=2,0$ ).

По большинству пунктов статистически значимых различий между врачами с 10-ти летним и 5-ти летним стажем не выявлено. Они обнаружены только по пунктам частоты встречаемости психопатоподобных синдромов ( $Me\ 5,0$ ,  $Q\ 1,0$  vs  $Me\ 4,0$ ,  $Q\ 2,0$ ;  $p<0,05$ ), частоты наблюдений больных с первым эпизодом ( $Me\ 3,0$ ,  $Q\ 2,0$  vs  $Me\ 5,0$ ,  $Q\ 3,0$ ;  $p<0,05$ ) и частоты назначения только типичных нейролептиков ( $Me\ 5,0$ ,  $Q\ 1,0$  vs  $Me\ 4,0$ ,  $Q\ 1,0$ ;  $p<0,05$ ).

*Анкета психиатра амбулаторного звена.* Врачами амбулаторного звена оценивалась частота встречаемости различных типов ремиссий. Результаты отражены на рис. 2.

Как видно на рис. 2, в практике амбулаторных врачей преобладали астенический, бредовой и психопатоподобный типы ремиссии. Статистически значимые различия между врачами с 10-ти летним и 5-ти летним стажем выявлены только по пункту частоты встречаемости острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении ( $Me\ 4,0$ ,  $Q\ 2,0$  vs  $Me\ 2,5$ ,  $Q\ 1,0$ ;  $p<0,05$ ).

Как видно из табл. 3, выявлены статистически значимые различия между оценками врачей стационара и амбулаторного звена. Оценивая распространенность различных единиц шизофренического кластера МКБ-10, врачи стационара значимо чаще указывали на шизоаффективное расстройство. Оценка распространенности параноидной шизоф-

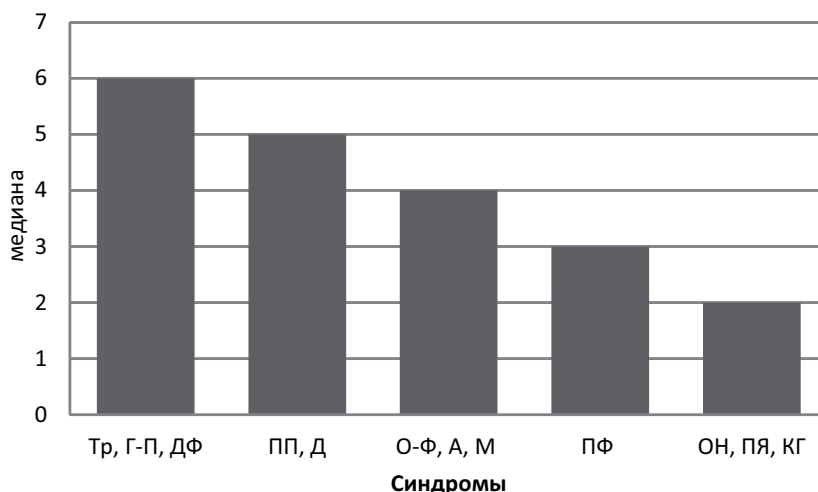


Рис. 1. Субъективные оценки встречаемости синдромов в практике врачей стационара

Примечания: Тр – тревожные синдромы, Г-П – галлюцинаторно-параноидные, ДФ – дефектные состояния (интрапсихическая атаксия, нарушения мышления в виде шизофазии), ПП – психопатоподобные, Д – депрессивные, О-Ф – обсессивно-фобические, А – астенические, М – маниакальные, ПФ – парафренические, ОН – онейроидные, ПЯ – паранойяльные, КГ – кататоно-гебефренические.

## Субъективные оценки врачей-психиатров различных тактик лечебного процесса при шизофрении» (N=65)

Оценки	Тактики лечебного процесса						Me	Q
	1*	2	3	4	5	6		
Инсулиношоковая терапия	63** (96,9)	2 (3,1)	-	-	-	-	1,0	0,00
Электросудорожная терапия	50 (76,9)	14 (21,6)	-	1 (1,5)	-	-	1,0	0,00
Назначение только типичных нейролептиков	3 (4,6)	5 (7,7)	6 (9,2)	8 (12,3)	31 (47,7)	15 (23,1)	5,0	1,0
Назначение только атипичных нейролептиков	3 (4,6)	5 (7,7)	10 (15,4)	25 (38,5)	16 (24,6)	6 (9,2)	4,0	2,0
Последовательная замена типичных на атипичные нейролептики	-	2 (3,1)	11 (16,9)	14 (21,5)	15 (23,1)	23 (35,4)	5,0	2,0
Монотерапия	3 (4,6)	10 (15,4)	15 (23,1)	17 (26,1)	12 (18,5)	8 (12,3)	4,0	2,0
Последовательная смена препаратов в течение госпитализации	-	4 (6,1)	15 (23,1)	18 (27,7)	15 (23,1)	13 (20,0)	4,0	2,0
Комбинированная психофармакотерапия	-	2 (3,1)	5 (7,7)	12 (18,5)	32 (49,2)	14 (21,5)	5,0	1,0

Примечания: \* – 1– «никогда», 2– «очень редко», 3– «скорее редко, чем часто», 4 – «не очень редко, но и не часто», 5 – «скорее часто, чем редко», 6 – «весьма часто»; \*\* – вверху даны абсолютные числа, внизу в скобках даны проценты.

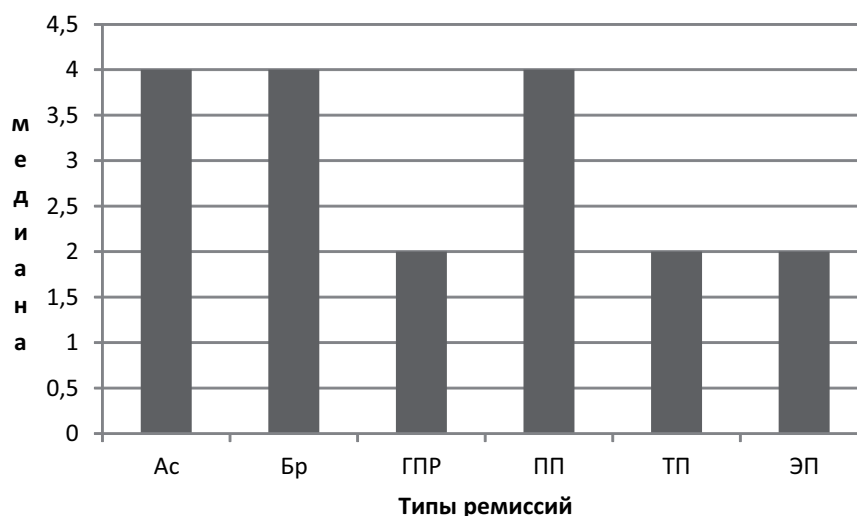


Рис. 2. Субъективные оценки частоты встречаемости различных типов ремиссий в практике врачей амбулаторного звена.

Примечания: типы ремиссий: Ас – астенический, Бр – бредовой, ГПР – гиперстенический, ПП – психопатоподобный, ТП – тимопатический, ЭП – эпилептоидный.

рении «весьма часто» была одинаковой как у врачей стационара, так и амбулаторного звена, однако мера согласия ( $Q=0,00$ ) была выше у врачей стационара. По мнению врачей стационара «скорее часто, чем редко» отмечалось накопление больных, находящихся в стационаре по социальным показаниям, назначение только типичных нейролептиков и применение комбинированной психофармакотерапии. Так же оценивался низкий комплаенс и отказ пациентов от поддерживающей терапии. В то же время врачи амбулаторного звена значимо чаще включали больных в лекарственные, психосоциальные, психобразовательные и др. программы.

### Заключение

Эффективность психиатрической помощи во многом зависит от того, насколько адекватно врачи-психиатры оценивают патоморфоз и патопластические (привходящие) факторы психического расстройства. И, хотя представления врачей о них систематически не изучались, можно предполагать, что успешность лечебно-диагностических и организационных тактик существенно обусловлена тем, в какой мере субъективная оценка влияния на патологический процесс того или иного фактора совпадает с объективной реальностью. На субъективные оценки врачей-психиатров влияет прошлый опыт, уровень

## Субъективные оценки врачей стационара и амбулаторного звена (N=161)

Признак	Медиана		Квартиль		P
	Стац.	Амб.	Стац.	Амб.	
Частота встречаемости форм шизофрении:					
простой (F20.6)	3,0	3,0	2,0	2,0	0,83
гебефренической (F20.1)	2,0	2,0	1,0	1,0	0,78
кататонической (F20.2)	2,0	2,0	2,0	1,0	0,23
параноидной (F20.0)	6,0	6,0	0,00	1,0	0,01*
острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1)	4,0	3,0	2,0	3,0	0,37
шизотипического расстройства (F21)	2,0	2,0	2,0	0,00	0,28
резидуальной (F20.5)	2,0	2,0	2,0	2,0	0,31
шизоаффективного расстройства (F25)	5,0	4,0	2,0	3,0	0,003*
Частота встречаемости:					
больных с первым эпизодом	4,0	4,0	2,0	2,0	0,54
больных по социальным показаниям	5,0	4,0	2,0	1,0	0,001*
Частота назначений					
только типичных нейролептиков	5,0	3,0	1,0	1,0	0,00*
только атипичных нейролептики	4,0	4,0	2,0	2,0	0,33
комбинированная психофармакотерапия	5,0	4,0	2,0	2,0	0,00*
Частота участия больных в лекарственных, психосоциальных, психобразовательных и др. программах	3,0	4,0	2,0	9	0,03*
Частота случаев пассивного участия родных в судьбе пациента	4,0	4,0	1,0	1,0	0,35
Частота случаев низкого комплаенса пациентов	5,0	4,0	2,0	2,0	0,00*
Частота случаев отказов пациентов от поддерживающей терапии	5,0	4,0	2,0	2,0	0,00*

Примечания: \* – различия статистически значимы.

и качество последипломного обучения. Например, существенные различия во взглядах на диагностику приводили к тому, что в 1965 году заболеваемость шизофренией в Москве превышала аналогичный показатель по Ленинграду в 2,6 раза, а в 1996 году – лишь в 1,4 раза [6, 14].

По результатам анкетирования врачей, несомненное влияние на патоморфоз шизофрении оказывают четыре причины: рост интеркуррентных заболеваний, в частности злоупотребление алкоголем, появление атипичных нейролептиков, изменение политики в области психиатрии.

Адекватность субъективного прогноза определяется тем, насколько он соответствует объективным данным. С этой точки зрения представляет интерес распределение различных единиц шизофренического спектра. В 1970 году, прогнозируя изменения клинической картины шизофрении, А.В.Снежневский [10] предполагал, что число больных шизофренией увеличится, проявления и течение болезни станут более легкими, лечение будет преимущественно амбулаторным. Действительно, в последние годы очень редко встречаются злокачественные формы с кататоно-гебефренической симптоматикой, но возрастает удельный вес параноидной шизофрении. Субъективная оценка данной формы как «весьма частой» совпадает с объективными данными. В стационаре ее удельный вес составляет 94,6% [4]. Относительно легкие формы, в частности шизотипическое

расстройство, субъективно оцениваемое как «очень редкие», объективно составляет незначительный удельный вес в популяции больных шизофренией и составляет 3,9% [9].

Хотя использование атипичных нейролептиков расширило возможности лечения шизофрении, накапливаются данные, что их эффективность не выше, чем у типичных [15]. Это отразилось и на субъективных оценках. Врачи стационара отметили, что только типичные нейролептики они назначают «скорее часто, чем редко». Только атипичные нейролептики назначаются как врачами стационара, так и врачам амбулаторного звена «не очень редко, но и не часто». Объективно, по данным московского стационара, преобладающая часть контингента (79,7%) лечились традиционными антипсихотиками [3]. Результаты Санкт-Петербургского исследования показали, что в городе сохраняется достаточно высокая назначаемость традиционных антипсихотиков, что связано не только с клиническими показаниями для их прямого назначения, но и с рядом внешних факторов, таких как цена, доступность, предпочтение врачами-психиатрами определенных моделей лечения [11].

Таким образом, субъективные представления врачей-психиатров о клинико-социальных особенностях шизофрении могут оцениваться как приводящий фактор, который следует учитывать при планировании психиатрической помощи и в последипломном обучении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гаррабе Ж. История шизофрении. Пер. с франц. М.: СПб.: СПбНИПИ им. В.М.Бехтерева. 2000. 303с.
2. Голдобина О.А. К вопросу о патоморфозе шизофрении. Материалы 13-го съезда психиатров России. М., 2000. С. 51.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент пациентов психиатрической больницы (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 5–13.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 48–54.
5. Ковалев В.В. Патоморфоз психических болезней: его типы и причины // Журн. невр. и психiatr. 1989. Т. 89, № 12. С. 51–54.
6. Кондратьев Ф.В. Социальные факторы и шизофрения / в кн. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.С.Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. С. 223–241.
7. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 1999. 46 с.
8. Пивень Б.Н. Социально-психологические факторы и патоморфоз шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 1. С. 34–37.
9. Распространенность психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014. 43 с.
10. Снежневский А.В. Прогноз исследования шизофрении. Вестник АМН СССР. 1970. № 6. С. 83–85.
11. Софронов А.Г., Спикина А.А., Парфенов Ю.А., Савельев А.П. Динамика назначаемости антипсихотиков в Санкт-Петербурге (2006-2011 гг.) // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 63–68.
12. Федоров Я. О. Исследование патопластических факторов шизофрении (сравнительный клинико-катамнестический анализ): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2010. 26 с.
13. Хохлов Л.К. О социальных аспектах патоморфоза психических заболеваний // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2, № 1. С. 70–76.
14. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Динамика распространенности психических расстройств в Российской Федерации за период 1991-2000 гг. // Материалы научной конференции, посвященной 80-летию ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. М., 2001. С. 37–42.
15. Шацберг А.Ф., Коул Д.О., ДеБатиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии. Пер. с англ. / Под ред. А.Б.Смулевича, С.В.Иванова. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 608 с.
16. Яковлева М.В. Клинический патоморфоз шизофрении в этнокультуральном аспекте: Дисс. ... канд.мед.наук. М., 2011. 166 с.

### СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЦЕНКИ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИЗОФРЕНИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ)

А.Г. Софронов, В.Э. Пашковский, А.Е. Добровольская, А.Н. Лобко

Цель данного исследования состояла в изучении представлений врачей-психиатров о факторах, влияющих на изменения клинико-социальных характеристик шизофрении. Работа проводилась на кафедре психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. На основе специально разработанных анкет врачам-психиатрам было предложено оценить факторы, которые за последние десятилетия повлияли на изменение клинико-динамических показателей шизофрении. В исследовании приняли участие 254 врача-психиатра – слушатели циклов усовершенствования. По результатам анкетирования вра-

чей несомненное влияние на патоморфоз шизофрении оказывают четыре причины: рост интеркуррентных заболеваний, злоупотребление алкоголем, появление атипичных нейролептиков, изменение политики в области психиатрии. Субъективные представления врачей-психиатров о клинико-социальных особенностях шизофрении могут оцениваться как привходящий фактор, который следует учитывать при планировании психиатрической помощи и в после-дипломном обучении.

**Ключевые слова:** шизофрения, врачи-психиатры, патоморфоз шизофрении.

### SUBJECTIVE EVALUATIONS CONCERNING CLINICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIA (BASE ON INQUIRY AMONG PSYCHIATRISTS)

A.G. Sofronov, V.E. Pashkovsky, A.E. Dobrovolskaya, A.N. Lobko

Objective: exploring the beliefs of psychiatrists about factors contributing to changes in clinico-social characteristics of schizophrenia. The investigation was implemented at the Chair of Psychiatry and Narcology of the Mechnikov North-West State Medical University. Using a specially developed form, 254 psychiatrists on post-graduate training courses were offered to evaluate the factors that have led to changes in clinico-dynamic parameters of schizophrenia in recent decades. The results delivered four major factors that obviously influenced the

pathomorphosis of schizophrenia, specifically, higher rate of intercurrent disorders, alcohol abuse, new atypical antipsychotics, policy change in psychiatry. Subjective beliefs of psychiatrists concerning clinico-social characteristics of schizophrenia may be considered as an additional factor to be taken into regard in planning psychiatric care and in post-graduate psychiatric training.

**Key words:** schizophrenia, psychiatrists, pathomorphosis of schizophrenia

**Софронов Александр Генрихович** – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; главный врач городской психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова г. Санкт-Петербурга, главный психиатр и главный нарколог Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

**Пашковский Владимир Эдуардович** – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; e-mail: pashvladimir@yandex.ru

**Добровольская Алла Евгеньевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; e-mail: maxmmm@yandex.ru

**Лобко Анастасия Николаевна** – врач-психиатр городской психиатрической больницы им. И.И. Скворцова-Степанова № 3, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; e-mail: a\_lobko82@mail.ru