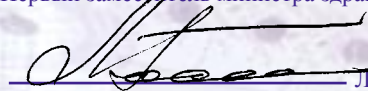


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



Л.А. Постоляко

29 апреля 2002 г.

Регистрационный № 52-0302

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЕЙ СОЦИАЛЬНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

(инструкция по применению)

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: д-р мед. наук, проф. А.А. Кирпиченко, канд. пед. наук, доц. В.П. Дуброва, Е.В. Мартынова

[Перейти к оглавлению](#)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Показания к применению	3
Перечень необходимого оборудования.....	3
Описание технологии использования метода с указанием этапов	4
I. Объективное обследование пациентов.....	4
II. Тестирование пациентов по шестнадцатифакторному опроснику Р. Кеттела и составление личного профиля	7
III. Определение вероятности уровня социального функционирования по прогностической карте	8
Перечень возможных осложнений и ошибок	13

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Успех социально-трудовой реабилитации пациентов, имеющих психиатрический опыт, зависит от того, насколько правильно и своевременно определены ранние критерии социально-трудового прогноза. Несмотря на большое количество работ, посвященных прогнозу трудоспособности при шизофрении, не разработаны научно обоснованные критерии социально-трудового прогноза. Данная медицинская и социально-психологическая проблема становится более актуальной в связи с переходом отечественной психиатрии на 10-ю версию Международной классификации болезней, в которой используется принцип многоосевой диагностики (системный подход к диагнозу и уровням социальной адаптации пациентов). Экономическая ситуация, сложившаяся в Республике Беларусь, требует разностороннего изучения факторов, влияющих на социально-трудовую адаптацию и реабилитацию пациентов с шизофренией, поскольку процент инвалидов среди них очень высок: до 75% больных в течение жизни утрачивают свою трудоспособность.

Социальное функционирование, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, охватывает психологическое функционирование, профессиональную продуктивность и адекватность выполнения социальных ролей.

Анализ степени нарушения функций организма, социальной и профессиональной продуктивности позволяет выделить четыре уровня социального функционирования пациентов с шизофренией (табл. 1).

Настоящая методика предназначена для прогнозирования уровней социального функционирования пациентов с шизофренией при проведении медико-социальной экспертизы, обследования больных в диспансерных и стационарных условиях, а также для планирования индивидуальных программ медико-социальной и трудовой реабилитации.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Данная методика не требует специального медицинского оборудования. Необходим персональный компьютер с компьютерным вариантом шестнадцатифакторного личностного опросника Р. Кеттела. При отсутствии компьютера можно использовать опросники теста Р. Кеттела на бумажном носителе с ручным методом обработки, а также данные комплексного обследования пациентов.

Сравнительная характеристика уровней социального функционирования

1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень	4-й уровень
Уровень адаптации как у практически здоровых людей. Продуктивная профессиональная деятельность или учеба. Неработающие полноценно выполняют социальные роли, активно и самостоятельно ведут домашнее хозяйство	Незначительное ограничение выполнения социальных ролей и навыков, профессиональных обязанностей. Возможно снижение профессионального статуса. Ослабление понимания и центрации на социально значимых целях и мотивах	Выраженное снижение социального функционирования и профессионального статуса. Сохранение на сниженном уровне бытовых навыков и интересов	Отказ от социальных взаимодействий и связей, отсутствие профессиональной и бытовой деятельности (социальные отчуждения). Возможно развитие проявлений госпитализма

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ

Методика предполагает комплексное клиническое и социально-психологическое обследование, которое позволит дифференцированно разделить всех пациентов с шизофренией на четыре уровня социального функционирования и проводить с ними целенаправленные реабилитационные мероприятия с обязательным учетом индивидуального подхода.

I. Объективное обследование пациентов

Клинико-психопатологическое наблюдение и уточнение анамнеза

- Уточнение диагноза, формы и типа течения шизофрении;
- выделение ведущего психопатологического синдрома на момент осмотра пациента;

- оценка негативных изменений личности по шкале негативной симптоматики (разработана автором);
- превалирующий синдром при первом поступлении в стационар (при первом обращении к психиатру);
- количество поступлений в стационар с обострениями;
- качество ремиссии после первой выписки.

Шкала негативных симптомов

Уплощение аффекта:

0 — отсутствует;

1 — эмоциональная отгороженность (снижение реакции на значимые и сильные раздражители), т. е. ограничение использования мимики и зрительного контакта при вербальной коммуникации и ограничение невербальной коммуникации. Снижение вегетативных реакций;

2 — неадекватная эмоциональная реакция (эмоциональная реакция не совпадает с ожидаемой), извращение вегетативных реакций;

3 — неизменное выражение лица, монотонность голоса, обедненная невербальная коммуникация или полная эмоциональная тупость, отсутствие вегетативных реакций.

Нарушения мышления:

0 — отсутствуют;

1 — нарушения почти незаметны, мало влияют на продуктивность общения, социальный контакт. Обычно нарушения мышления непостоянны и довольно редко отмечаются в течение беседы. Симптомы: нарушение ассоциативных процессов с недостаточной конфигурацией суждений и умозаключений, некоторая вычурность мышления, резонерство;

2 — нарушения заметны в беседе, возникают повторно время от времени в течение часовой беседы или носят непрерывный характер, но со значительными колебаниями интенсивности, затрудняют общение, контакт. Симптомы: речевые стереотипии, разорванность речи и мышления, шперрунг, символизм, аутистическое мышление и др.;

Прогнозирование уровней социального функционирования пациентов с шизофренией

3 — нарушения приводят к резкому затруднению (вплоть до невозможности) продуктивного контакта, значительно затрудняют целесообразное поведение, принятие правильных решений, встречаются почти в каждой фразе, господствуют в речевой продукции. Симптомы: разорванность мышления вплоть до словесной крошки, вербигерации, персеверации и др.

Нарушение волевой сферы:

0 — отсутствует;

1 — легкая степень нарушений (физическая пассивность, ненастойчивость в выполнении какой-либо деятельности (работы, учебы), снижение инициативы), ослабление чувства долга и ответственности;

2 — неадекватные волевые реакции (амбигуэнтность, негативизм), патологические влечения;

3 — полное отсутствие побуждений к действию (абулия), неопрятность.

Нарушение социального функционирования и профессиональной продуктивности:

0 — отсутствует;

1 — незначительное ухудшение выполнения социальных ролей и навыков, профессиональных обязанностей. Ослабление понимания и концентрации на социально значимых целях, мотивах;

2 — выраженное снижение социального функционирования, изменение профессионального статуса, но сохранение бытовых навыков и интересов;

3 — отказ от социальных взаимодействий и связей, отсутствие профессиональной и бытовой деятельности (социальное отчуждение, инвалидность).

Нарушение осознания факта своей болезни:

0 — полное осознание расстройства;

1 — частичное осознание расстройства, защитная рационализация (например, объяснение расстройства защитными факторами);

2 — частичное осознание негативных последствий расстройства (нарушения социальной адаптации), но отсутствие критики к расстройству или бредовое истолкование;

3 — полное отсутствие критики к расстройству и своему состоянию.

Каждый пункт шкалы оценивается по трехбалльной системе, затем баллы суммируются и интерпретируются:

– 0–6 баллов — легкие негативные изменения личности;

– 7–11 баллов — умеренно выраженные негативные изменения личности;

– 12–15 баллов — выраженные негативные изменения личности.

Оценка социально-экономического статуса, семейного и индивидуального анамнеза

- Уровень образования;
- семейный статус;
- состав семьи;
- социальный статус на момент обследования;
- сроки выведения на инвалидность.

Оценка критериев жизнедеятельности с оценкой степени тяжести социальной недостаточности

Оцениваются следующие критерии:

- ориентация;
- самообслуживание;
- передвижение или мобильность;
- общение и социальная интеграция;
- контроль за своим поведением;
- участие в трудовой деятельности.

Ограничения критериев жизнедеятельности могут быть незначительными (у лиц без признаков инвалидности, но нуждающихся в профилактических мерах), умеренными и значительными, резкими.

Оценка критериев жизнедеятельности проводилась с использованием методических рекомендаций «Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации» (Гиткина Л.С., Зборовский Э.И., Колбанов В.В., 1995).

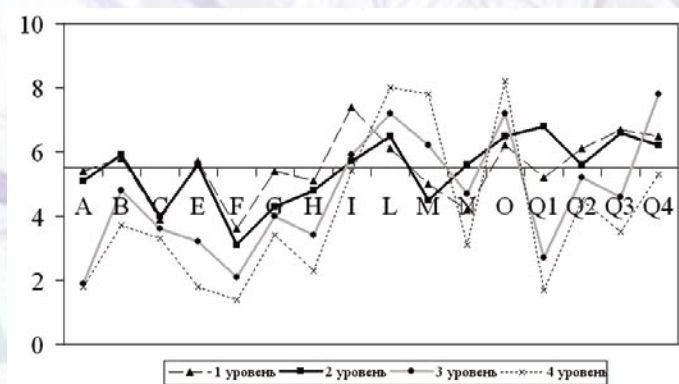
II. Тестирование пациентов по шестнадцатифакторному опроснику Р. Кеттела и составление личного профиля

Пациентов тестируют по шестнадцатифакторному опроснику Р. Кеттела с последующим составлением личного профиля (Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Уч. пособие.— Самара: Изд. дом «Бахрах», 1998.— С. 192–240).

III. Определение вероятности уровня социального функционирования по прогностической карте

В результате многофакторного анализа признаков выделяются комплексы факторов, которые обладают существенной прогностической значимостью. На основе выбранных 18 комплексов рассчитываются коэффициенты отношения правдоподобия (ОР) для пациентов. Затем эти коэффициенты переводятся в баллы путем взятия натурального логарифма ($\ln(ОР)/2$) и составляется прогностическая таблица.

Границы полученных баллов рассчитываются по средневзвешенным значениям баллов. Минимальные крайние значения (3 балла) и максимальные (96 баллов) охватывают практически всех пациентов ($p < 0,01$).



Усредненные профили по опроснику Р. Кеттела у пациентов с различными уровнями социального функционирования

Прогностическая таблица для оценки вероятности уровня социального функционирования

Фактор	Составляющие фактора	Баллы
Выраженность негативных расстройств	выраженные	0
	умеренно выраженные	3
	легкие	6
	отсутствуют	6
Критерии жизнедеятельности		
Способность к трудовой деятельности	нарушений нет	6
	незначительные нарушения	6
	умеренно выраженные	3
	выражены значительно	0
	выражены резко	0
Контроль своего поведения	нарушений нет	6
	незначительные нарушения	5
	умеренно выраженные	1
	выражены значительно	0
	выражены резко	0
Способность к общению	нарушений нет	6
	незначительные нарушения	6
	умеренно выраженные	1
	выражены значительно	0
	выражены резко	0
Способность к ориентации	нарушений нет	4
	незначительные нарушения	2
	умеренно выраженные	0
	выражены значительно	0
	выражены резко	0

Фактор	Составляющие фактора	Баллы
Способность к перемещению	нарушений нет	4
	незначительные нарушения	2
	умеренно выраженные	1
	выражены значительно	0
	выражены резко	0
Способность к самообслуживанию	нарушений нет	4
	незначительные нарушения	2
	умеренно выраженные	1
	выражены значительно	0
	выражены резко	0
Форма и тип течения шизофрении	параноидная непрерывная	0
	параноидная эпизодическая с нарастающим дефектом	1
	параноидная, полная ремиссия	6
	простая	3
	параноидная, неполная ремиссия	5
	резидуальная	0
	период наблюдения до года	6
Количество поступлений в стационар	1–2	6
	3	6
	4	5
	5	3
	6–10	3
	10 и более	0
Качество ремиссии после первой выписки (по Серейскому)	А	6
	В	4
	С	0
	Д	0

Фактор	Составляющие фактора	Баллы
Превалирующий синдром на момент обследования	неврозоподобный	3
	аффективный	5
	паранойальный	3
	параноидный	0
	резидуальный параноидный	0
	парафренный	3
	апатоабулический	0
	позитивная симптоматика отсутствует	6
Социальный статус на момент обследования	учащийся	5
	квалифицированный труд	6
	служащий	6
	неквалифицированный труд	5
	не работает	4
	инвалид II группы	1
	инвалид I группы	0
	инвалид III группы	3
Сроки выведения на инвалидность	не выводился	6
	0–5	1
	6–10	0
	11–15	1
	16–20	2
	более 20	1
Семейное положение	никогда не состоял в браке	3
	вдовец	2
	в разводе	2
	состоит в браке	4
Состав семьи	проживает один	3
	с супругом	4
	с родственниками	3
	преимущественно стационарирован	0

Фактор	Составляющие фактора	Баллы
Продолжительность заболевания	до года	6
	1–4	4
	5–9	4
	10–14	2
	15–19	3
	20 и более	0
Превалирующий синдром при первом поступлении в стационар (первом обращении к психиатру)	неврозоподобный	2
	психопатоподобный	3
	аффективный	4
	аффективно-бредовый	5
	параноидный	1
	галлюцинаторно-параноидный	1
	Кандинского — Клерамбо	0
	кататонический	1
	онейроидный, аффективно-онейроидный	6
	апатобулический	1
полиморфный	3	
Уровень образования	неполное среднее	0
	среднее	2
	среднее специальное	3
	высшее	4
Итого		

Данные, полученные при комплексном обследовании пациентов с шизофренией, сопоставляются с данными, представленными в разработанной нами прогностической карте, и на основании этого делается заключение об уровне социального функционирования пациента.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОШИБОК

Ошибки при выполнении данной методики могут быть обусловлены недостаточной объективностью данных, полученных в ходе медицинского интервью с пациентом, поэтому необходимым условием является получение объективной информации от родственников пациентов, из амбулаторных карт и историй болезни.

Противопоказаний данная методика не имеет.

Прогностическая карта уровней социального функционирования

Критерии	1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень	4-й уровень
Баллы	66–96	51–65	35–50	3–34
1	2	3	4	5
Клинические особенности	<p>Манифестация заболевания характеризуется острыми аффективными, аффективно-бредовыми и аффективно-онейроидными приступами. После первой госпитализации отмечаются ремиссии высокого качества А и В (по Серейскому). В анамнезе имеется единственный манифестный приступ, либо число госпитализаций в связи с обострениями составляет 2–3. Отсутствуют выраженные позитивные расстройства и негативные изменения. У пациентов этого уровня устанавливаются диагнозы: параноидная шизофрения, полная ремиссия; параноидная шизофрения, неполная ремиссия; параноидная шизофрения, период наблюдения до года</p>	<p>Манифестация заболевания характеризуется острыми аффективными, аффективно-бредовыми, параноидными приступами. После первой госпитализации отмечаются ремиссии высокого качества В (по Серейскому). Число госпитализаций в связи с обострениями составляет 1–5. На момент осмотра преобладает позитивная симптоматика непсихотического регистра: аффективная и неврозоподобная. Отмечаются легкие негативные изменения. Устанавливаются диагнозы: параноидная шизофрения, полная ремиссия; параноидная шизофрения, неполная ремиссия; простая шизофрения</p>	<p>Манифестация заболевания характеризуется галлюцинаторно-параноидной, неврозоподобной симптоматикой. После первой госпитализации отмечается ремиссия низкого качества С (по Серейскому). Наблюдается 6 и более госпитализаций в стационар с обострениями. На момент осмотра отмечается резидуальная параноидная, аффективная, неврозоподобная симптоматика. Отмечаются умеренно выраженные и выраженные негативные изменения личности. Устанавливались диагнозы: параноидная непрерывная шизофрения; параноидная эпизодическая шизофрения с нарастающим дефектом</p>	<p>Заболевание начинается с неврозоподобной, стертой симптоматики, синдрома Кандинского – Клерамбо, кататонической или апатобулической симптоматики с последующей ремиссией низкого качества С (по Серейскому) и нарастающей социально-трудовой дезадаптацией. Наблюдается 10 и более госпитализаций в стационар с обострениями. Отмечаются выраженные негативные расстройства с редукцией энергетического потенциала. У большей части пациентов встречаются позитивные симптомы, чаще параноидные, резидуально-параноидные, парафренические. Устанавливаются диагнозы: параноидная непрерывная и резидуальная шизофрения</p>

1	2	3	4	5
<p>Социально-психологические особенности</p>	<p>Преобладают лица, имеющие среднее специальное и высшее образование. Незначительная выраженность или отсутствие позитивных и негативных расстройств определяют у пациентов сохранность способности к трудовой деятельности и контролю своего поведения, сохранению достигнутого до болезни уровня социальной адаптации. Большинство пациентов являются служащими или выполняют квалифицированный труд, т. е. работают по специальности или продолжают обучение в средних или высших учебных заведениях. Они никогда не освидетельствовались на МРЭК и не имеют группы инвалидности. Способность к общению определяется сохранением объема и качества межличностных взаимодействий.</p>	<p>Преобладают лица со средним и средним специальным образованием. Они характеризуются незначительным и умеренным снижением способности к трудовой деятельности, часто не соответствующим уровню клинических расстройств. Большинство пациентов не имеют группы инвалидности или являются инвалидами III группы. Пациенты часто выполняют неквалифицированный труд или не работают. Низкая значимость труда и безразличное отношение к работе способствуют развитию иждивенческих установок и установки на самоограничение. Большинство пациентов полностью контролируют свое поведение и обнаруживают незначительное снижение объема межличностных взаимодействий.</p>	<p>Большинство составляют лица со средним и средним специальным образованием. Ограничение способности к трудовой деятельности значительное или умеренное ввиду отсутствия потребности в труде, неспособности выполнять регламентированные виды деятельности, невозможности нести ответственность за свои поступки. Эти пациенты имеют II группу инвалидности. Пациентам доступен труд на дому или в специально созданных условиях. Психотический ранг продуктивных расстройств определяет умеренное снижение способности к контролю поведения и общению. В сфере межличностных отношений прослеживаются две тенденции.</p>	<p>Преобладают лица с неполным средним, средним и средним специальным образованием. Определяется нарушение почти всех сфер функционирования (профессиональной, микросоциальной, семейной). Наблюдается стойкая утрата способности к трудовой деятельности, контролю за своим поведением, общению. Все пациенты не работают, большинство имеют II группу инвалидности. На момент осмотра отмечается актуальная галлюцинаторная параноидная симптоматика и выраженные негативные изменения личности. Аутистические тенденции и социальная индифферентность обуславливают деструкцию семейного функционирования, распад супружеских и семейных связей.</p>

1	2	3	4	5
	<p>Способность к общению определяется сохранением объема и качества межличностных взаимодействий. Большинство пациентов состоят в браке и характеризуют внутрисемейные отношения как доброжелательные. Способность к ориентации, перемещению и самообслуживанию сохраняется у всех пациентов этого уровня</p>	<p>Большая часть обследованных имеют семью, отношения в семье характеризуются как спокойные, холодные либо доброжелательные, однако увеличивается процент пациентов с конфликтами в семье. Способность к перемещению и ориентации сохраняется полностью</p>	<p>Первая проявляется сужением объема межличностного общения, вторая определяется искривлением и выборочностью межличностных контактов, болезненной оппозицией к определенным лицам. Наблюдается сохранение семейных и микросоциальных функций и отношений на сниженном уровне. Преобладают одинокие пациенты. Способность к перемещению, ориентации и самообслуживанию сохраняется или нарушена незначительно</p>	<p>Большинство пациентов никогда не состояли в браке либо состоят в разводе. У пациентов с апатикоабулическими расстройствами наблюдается частичная утрата способности, а в некоторых случаях стойкая неспособность к ориентации, перемещению, стойкое снижение или утрата навыков самообслуживания, неспособность поддерживать минимальную личную гигиену. Нарушение способности к ориентации, перемещению, самообслуживанию часто сочетается с необходимостью пребывания преимущественно в госпитальных условиях</p>

1	2	3	4	5
<p>Индивидуально-психологические особенности</p>	<p>Характерна сохранность эмоциональной сферы, способность управлять своими эмоциями и настроением. Эти люди хорошо осознают социальные требования и стараются их аккуратно выполнять, заботятся о впечатлении, которое производят своим поведением. Иногда проявляется слабость, эмоциональная неустойчивость. Временами находятся под влиянием чувств, при расстройствах могут терять эмоциональное равновесие, переменчивы в отношениях и неустойчивы в интересах, могут уклоняться от ответственности, имеют тенденцию уступать, отказываться от работы. Для них характерна мягкость, утонченность, художественное восприятие мира</p>	<p>Характерна относительная сохранность эмоциональной сферы, достаточная способность управлять своими эмоциями и настроением. Эти пациенты осознают социальные требования и выполняют их. Сохранены элементы рефлексивного сознания. При расстройствах может возникать эмоциональная неуравновешенность, они непостоянны в отношениях и неустойчивы в интересах. Избегают ответственности, имеют тенденцию уступать, иногда отказываются от работы. Часто оказываются зависимыми и ведомыми</p>	<p>Характеризуются вялостью аффекта. Пациенты мало интересуются жизнью окружающих, часто аутичны. Им свойственна эмоциональная неустойчивость, напряжение с преобладанием пониженного настроения. Часто они ригидны, консервативны, не любят перемен, все новое воспринимают «в штыки», потому что оно кажется им абсурдным и бессмысленным</p>	<p>Характеризуются отсутствием живых эмоций. Они не интересуются жизнью окружающих, предпочитают общаться с книгами, вещами. Склонны к непостоянству, легко бросают начатое дело, могут пренебрегать моральными ценностями, нередко не принимают усилия к соблюдению общественных норм. У пациентов доминирует тревожно-депрессивный фон настроения. В обществе чувствуют себя неуверенно, держатся излишне скромно, замкнуто и обособленно. Они ригидны и консервативны, не любят перемен, все новое кажется им абсурдным и бессмысленным. Не умеют отстаивать свою точку зрения, не верят в себя и в свои способности</p>