Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2021, т. 121, №1, с. 59-64
https://doi.org/10.17116/jnevro202112101159

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2021, vol. 121, no 1, pp. 59-64
https://doi.org/10.17116/jnevro202112101159

Комплексная оценка состояния и результатов лечения пациентов с параноидной шизофренией

© Д.Д. САМОЙЛОВА, Ю.Б. БАРЫЛЬНИК

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Резюме

Цель исследования. Разработка шкалы комплексной оценки результатов лечения параноидной шизофрении на основании показателей традиционно используемых шкал.

Материал и методы. Обследовали 420 пациентов с параноидной шизофренией. В ходе исследования проведен анализ амбулаторных и стационарных карт пациентов и результатов психодиагностических шкал, позволяющих количественно оценить клинические, когнитивные и социальные аспекты жизни больных.

Результаты и заключение. Предложена и апробирована авторская шкала комплексной оценки результата лечения. Разработанная шкала, помогая упростить диагностическую тактику, определение алгоритма лечения и оценку степени влияния разных методов терапии, обеспечивает персонифицированный подход к ведению больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: *шизофрения, методы обследования больных, оценка результатов лечения.*

Информация об авторах:
Самойлова Д.Д. — https://orcid.org/0000-0002-8946-5837
Барыльник Ю.Б. — https://orcid.org/0000-0001-6837-5894
Автор, ответственный за переписку: Самойлова Дарья Дмитриевна — e-mail: ddkarelina@mail.ru

Как цитировать:
Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б. Комплексная оценка состояния и результатов лечения пациентов с параноидной шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(1):59–64. https://doi.org/10.17116/jnevro202112101159

The complex assessment of state and treatment results of patients with paranoid schizophrenia

© D.D. SAMOYLOVA, YU.B. BARYLNIK

Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Abstract

Objective. To develop a scale of complex assessment of treatment outcomes based on the indicators of the traditionally used scales.

Material and methods. A total of 420 patients with paranoid schizophrenia were examined. During the study, an analysis of patients' outpatient and inpatient cards and psychodiagnostic scales for quantitative assessment of clinical, cognitive and social aspects patients' life was carried out.

Results and conclusion. The developed scale of treatment result complex assessment provides a personalized approach to the management of patients with paranoid schizophrenia. Such complex assessment of the patients' mental state helps to optimize the analysis of the effects of various therapies, to simplify diagnostic tactics and to personalize the treatment algorithm.

Keywords: *schizophrenia, complex assessment, treatment result.*

Informaton about authors:
Samoylova D.D. — https://orcid.org/0000-0002-8946-5837
Barylnik Yu.B. — https://orcid.org/0000-0001-6837-5894
Corresponding author: Samoylova D.D. — e-mail: ddkarelina@mail.ru

To cite this article:
Samoylova DD, Barylnik YuB. The complex assessment of state and treatment results of patients with paranoid schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2021;121(1):59–64. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202112101159

Проблема шизофрении остается одной из наиболее актуальных в современной психиатрии как в отношении необходимости изучения этиологии и патогенеза заболевания, так и в плане разработки эффективных терапевтических и реабилитационных стратегий [1—8].

Параноидная шизофрения составляет около 60% среди всех форм шизофрении [9] и является наиболее частой причиной инвалидизации больных. Кроме того, она влияет на семейное благополучие и социальную сферу жизни пациентов [10]. Наибольший риск регоспитализаций, частота которых составляет 30,8%, возникает именно при этой форме психической патологии [10]. Все это определяет важность своевременного установления прогноза течения заболевания и соответственно необходимость разработки оптимального социально-реабилитационного подхода к данной категории больных [10, 11].

Полиморфность клинической картины параноидной шизофрении иногда может быть причиной трудностей, возникающих в выборе определенного алгоритма лечения, наиболее подходящего для каждого конкретного случая [12—15]. Несмотря на большое количество оценочных шкал, основанных на различных критериях, в настоящий момент нет единого, общепринятого инструмента оценки состояния пациента и результатов лечения больных.

Цель исследования — разработка шкалы комплексной оценки состояния и результатов лечения пациентов с параноидной шизофренией на основе показателей традиционно используемых шкал.

Материал и методы

В исследование были включены 420 пациентов с параноидной шизофренией (F20.0), находившихся на лечении и наблюдавшихся с 2011 по 2017 г. в ряде психиатрических учреждений Саратовской области. В их числе 195 (46,4%) женщин и 225 (53,6%) мужчин. Средний возраст пациентов в группе женщин составлял 37,2±2,1 года, в группе мужчин — 38,1±2,3 года.

Пациенты были распределены на две группы в зависимости от длительности заболевания: 1-я группа (n=196) — пациенты с первым психотическим эпизодом (ППЭ), 2-я группа (n=224) — пациенты, страдающие шизофренией 5 и более лет. В каждой из этих групп были выделены подгруппы в зависимости от проводимой терапии — препаратами из группы типичных (Т) или атипичных (А) нейролептиков: 1Т (64 пациента), 1А (35 пациентов), 2Т (30 пациентов) и 2А (62 пациента). Среди атипичных нейролептиков применяли сертиндол и клозапин; среди типичных — зуклопентиксол и галоперидол. Выбор описанных препаратов объясняется их широким применением в практике, а также хорошей переносимостью и незначительными побочными эффектами. Все препараты были назначены в средних терапевтических дозировках.

Кроме того, в каждой подгруппе учитывали число пациентов, получающих помимо медикаментозного лечения психореабилитационные воздействия, — 1ТР (n=35), 1АР (n=62), 2ТР (n=64), 2АР (n=68), и пациентов, получающих терапию без психореабилитации (группы сравнения), — это упоминавшиеся выше 1Т, 1А, 2Т, 2А. Методами психореабилитации были: индивидуальная комплаенс-терапия, психообразовательная работа с пациентами и их родственниками в виде краткого психосоциального вмешательства с использованием пособия, разработанного автором, а также когнитивный тренинг в виде компьютерного варианта теста Векслера.

Обследование пациентов проводилось на 4 этапах наблюдения: это стационарный этап (при купировании острой психотической симптоматики, перед выпиской) и еще три раза с частотой один раз в год на амбулаторном наблюдении. Для анализа были взяты только I и IV этапы, на которых различия достигали статистической значимости.

Исследование включало применение амбулаторных и стационарных карт пациентов. В число использованных шкал входили: шкала позитивных и негативных симптомов PANSS; психодиагностические методики для исследования социальных и когнитивных функций: методика Hinting Task, разработанная в рамках концепции «модель психического» (theory of mind), предназначенная для изучения способности к пониманию того, что думает, планирует, какой смысл и намерения скрывает другой человек; методика на распознавание эмоций «Лица Экмана»; опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных; шкала приверженности лечению Мориски—Грина.

Выбор описанных психодиагностических методик для обследования пациентов с параноидной шизофренией обусловлен их современностью, простотой использования, информативностью, лаконичностью, точностью диагностики, а также универсальностью.

Преимущества используемых модификаций методик Hinting Task и «Лица Экмана» заключаются в возможности более тщательного изучения нарушений компонентов социального интеллекта у больных параноидной шизофренией. При этом материал использованных модификаций методик является легким для выполнения, не вызывающим затруднений у лиц, страдающих параноидной шизофренией [16]. Данные методики рекомендованы к применению по результатам исследования SCOPE и консенсусного заседания RAND [17—18].

Тест Мориски—Грина применяется при стандартном обследовании пациентов с различными хроническими заболеваниями для выявления потенциально не приверженных лечению больных, требующих большего врачебного внимания. Высокая надежность теста была подтверждена и при использовании его у амбулаторных пациентов с психическими заболеваниями [19].

Применение описанных методов в совокупности обеспечивает объективность и высокую надежность оценки тяжести психического состояния данной категории больных вследствие отсутствия специфичности каждого в отдельности.

Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0. Применяли корреляционный (связи считали слабыми при r<0,25, средними при r от 0,25 до 0,49, сильными или значительными при r от 0,5 до 0,75 и тесными при r>0,75) и регрессионный анализы. Данные представлены в виде групповой медианы, стандартного отклонения, коэффициентов корреляции (r) и детерминации (R^2). Различия определяли непараметрическим методом и считали статистически значимыми при p<0,05. Для оценки диагностической эффективности предложенных диагностических методов вычисляли специфичность, чувствительность и общую надежность (точность).

Результаты и обсуждение

Для комплексной оценки результатов лечения были выделены три степени тяжести психического состояния больных: «неудовлетворительное» (1 балл), «удовлетворительное» (2 балла), «хорошее» (3 балла). Для каждой шкалы, согласно данной градации, определены диапазоны баллов **(см. таблицу)**.

Так, на основании опросника для оценки качества жизни и социального функционирования психически больных (КЖ и СФ), содержащего 10 показателей с оценкой каждого от 1 до 4 баллов, состояние, оцененное в 10—20 баллов, считается «неудовлетворительным», в 21—29 баллов — «удовлетворительным», в 30—40 баллов — «хорошим».

Для шкалы PANSS при оценке продуктивных (P) и негативных (N) симптомов градация следующая: «неудовлетворительное» — 49—35 баллов, «удовлетворительное» — 34—20 баллов, «хорошее» — 19—7 баллов; так как каждый блок содержит 7 вопросов, оцениваемых от 1 до 7 баллов, максимально хороший результат, когда на каждый вопрос получен 1 балл, составляет 7, отрицательный — 49, когда на каждый вопрос получено 7 баллов. Для оценки общих (G) симптомов диапазон значений составляет от 112 до 16 баллов; состояние в 112—80 баллов расценивается как «неудовлетворительное», в 79—48 баллов — «удовлетворительное», в 47—16 баллов — «хорошее».

По шкале приверженности лечению Мориски—Грина 0 баллов соответствует «неудовлетворительному» состоянию, 1—2 балла — «удовлетворительному», 3—4 балла — «хорошему».

Методика Hinting Task оценивает состояние больных от 0 до 24 баллов; 0—8 баллов — состояние «неудовлетворительное», 9—17 баллов — «удовлетворительное», 18—24 балла — «хорошее».

По методике «Лица Экмана» диапазон составляет 0—14 баллов; 0—4 балла соответствует «неудовлетворительному» состоянию, 5—9 баллов — «удовлетворительному», 10—14 баллов — «хорошему».

Таким образом, суммы баллов по совокупности показателей используемых шкал соответственно составляют: «неудовлетворительное» состояние — 183—220 баллов, «удовлетворительное» — 147—182 балла, «хорошее» — 112—146 баллов. Так как в комплексной оценке психического состояния пациентов применяли 7 шкал, минимальное количество баллов составляет 7, максимальное — 21.

Методом сигмальных отклонений ряд разбит на интервалы: 7—11 баллов соответствует «неудовлетворительному» состоянию, 12—16 баллов — «удовлетворительному», 17—21 балл — «хорошему».

При проведении сравнительного анализа показателей качества жизни и социального функционирования пациентов в каждой исследуемой группе с результатом лечения по авторской разработанной шкале комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ) на разных этапах наблюдения (I и IV) были получены следующие средние значения: 1Т — 2,3 и 2,3 балла; 1ТР — 2,0 и 2,4 балла; 1А — 2,2 и 2,2 балла; 1АР — 2,6 и 2,7 балла; 2Т — 1,9 и 2,0 балла; 2ТР — 2,4 и 2,5 балла; 2А — 2,5 и 2,6 балла; 2АР — 2,2 и 2,4 балла соответственно **(рис. 1)**.

Корреляционный анализ показал наличие прямой тесной связи между количественными показателями состояния пациентов по каждому признаку шкалы оценки КЖ и СФ с баллами по ШКОРЛ в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения (r от 0,78 до 0,86).

В ходе исследования выявлены тесные прямолинейные корреляции состояния пациентов в исследуемых группах с результатами ШКОРЛ, которые подтверждают объективную оценку психического состояния пациентов по шкале КЖ и СФ в динамике (r от 0,76 до 0,89).

При проведении сравнительного анализа клинической психопатологической симптоматики по шкале PANSS пациентов с результатом лечения по разработанной шкале комплексной оценки результата лечения на I и IV этапах наблюдения были получены следующие результаты: 1Т — 2,1 и 2,6 балла; 1ТР — 2,4 и 2,8 балла; 1А — 2,4 и 2,8 балла; 1АР — 2,4 и 3,0 балла; 2Т — 2,2 и 2,5 балла; 2ТР — 2,3 и 2,8 балла; 2А — 2,2 и 2,6 балла; 2АР — 2,4 и 2,9 балла соответственно **(рис. 2)**.

Выявлены обратные значительные и тесные корреляции между состоянием пациентов по шкале PANSS и результатом лечения пациентов исследуемых групп по ШКОРЛ, это свидетельствует о том, что чем значительнее снижается клиническая симптоматика, тем выше результат лечения (r от –0,52 до –0,83). Корреляционный анализ подтверждает улучшение результата лечения по шкале комплексной оценки при снижении клинической симптоматики по шкале PANSS.

При анализе соразмерности оценки состояния пациентов в изучаемых группах с результатами лечения по ШКОРЛ выявлено, что у лиц, принимающих атипичные нейролептики в сочетании с реабилитацией (АР), показатели эмоционального интеллекта по методике «Лица Экмана» были выше по сравнению с группой пациентов, получающих типичные нейролептики с реабилитацией (ТР): 1АР —

Оценка психического состояния больных шизофренией
Schizophrenic patients' mental state evaluation

Шкала	Психическое состояние пациента, баллы		
	«неудовлетворительное» «1»	«удовлетворительное» «2»	«хорошее» «3»
Оценка КЖ и СФ 1—4 (10 показателей)	10—20	21—29	30—40
PANSS P 49—7	49—35	34—20	19—7
PANSS N 49—7	49—35	34—20	19—7
PANSS G 112—16	112—80	79—48	47—16
Мориски—Грина 0—4	0	1—2	3—4
Hinting Task 0—24	0—8	9—17	18—24
Лица Экмана 0—14	0—4	5—9	10—14
Общий балл	220—183	182—147	146—112
Балл комплексной оценки результата лечения	7—11	12—16	17—21

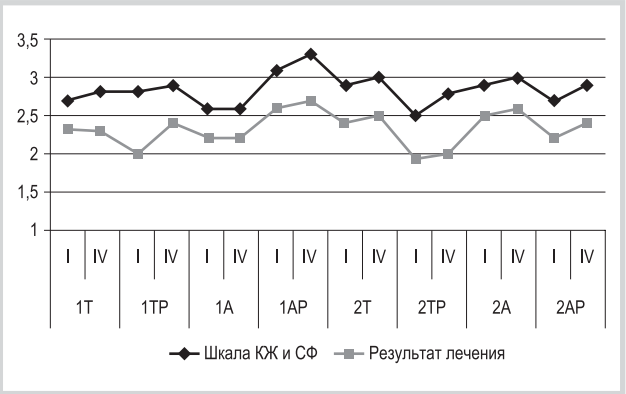


Рис. 1. **Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп по шкале КЖ и СФ со ШКОРЛ**

Fig. 1. **Adequacy of the patients in the studied groups condition assessing on the QoL and SF scale with the scale of complex assessment of the treatment result.**

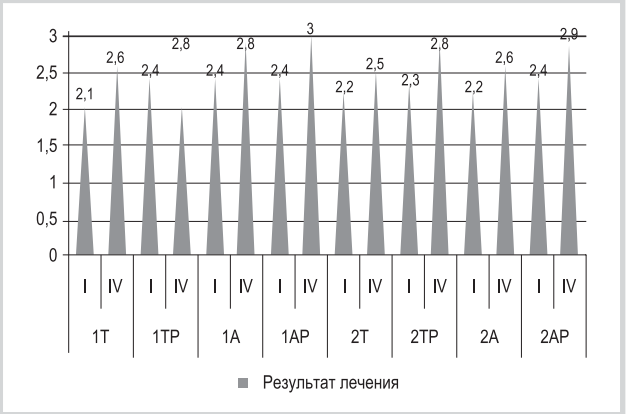


Рис. 2. **Психическое состояние пациентов по ШКОРЛ в исследуемых группах.**

Fig. 2. **Patients mental state on the scale of complex assessment of the treatment result in the studied groups.**

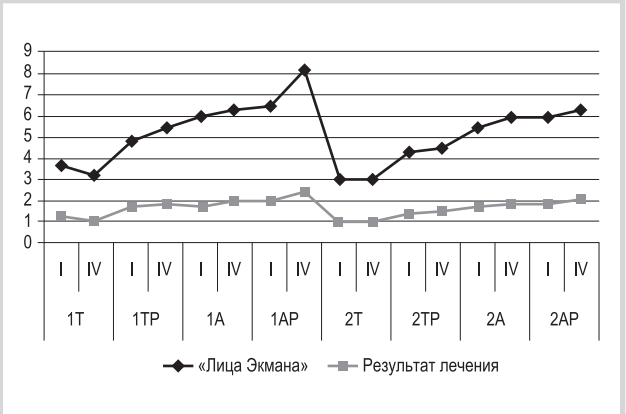


Рис. 3. **Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп по методике «Лица Экмана» со ШКОРЛ.**

Fig. 3. **Adequacy of the patients in the studied groups condition assessing on the Ekman's faces scale with the scale of complex assessment of the treatment result.**

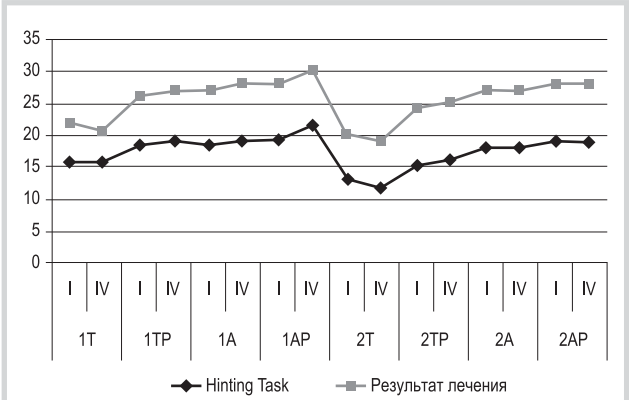


Рис. 4. **Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп по методике Hinting Task со ШКОРЛ**

Fig. 4. **Adequacy of the patients in the studied groups condition assessing on the Hinting Task scale with the scale of complex assessment of the treatment result.**

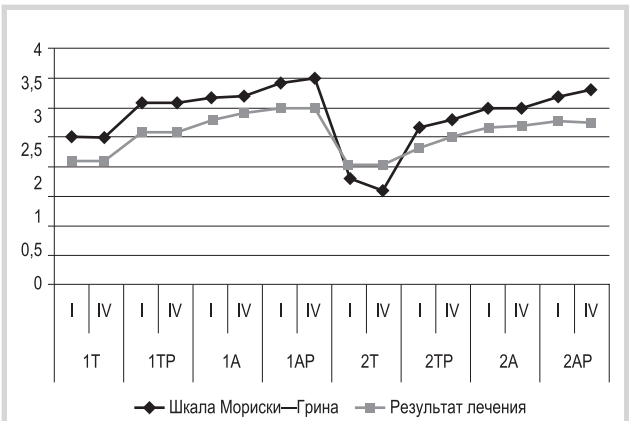


Рис. 5. **Соразмерность показателя комплаенса пациентов исследуемых групп со ШКОРЛ.**

Fig. 5. **Adequacy of the patients in the studied groups condition assessing on the complience scale with the scale of complex assessment of the treatment result.**

6,4 и 8,1 балла, 2АР — 5,9 и 6,2 балла; 1ТР — 4,8 и 5,4 балла, 2ТР — 4,3 и 4,4 балла на I и IV этапах соответственно. Подобная картина наблюдается и при оценке результатов лечения по предложенной ШКОРЛ: 1АР — 2,0 и 2,4 балла, 2АР — 1,9 и 2,1 балла; 1ТР — 1,7 и 1,8 балла, 2ТР — 1,4 и 1,5 балла на I и IV этапах соответственно **(рис. 3)**.

Корреляционный анализ показал тесные прямые связи показателей эмоционального интеллекта пациентов исследуемых групп с результатами лечения ШКОРЛ (*r* находится в пределах от 0,76 до 0,89), что подтверждается улучшением результатов лечения по ШКОРЛ при повышении эмоционального интеллекта по методике «Лица Экмана».

Анализ соразмерности показателя социального интеллекта в исследуемых группах с результатами лечения по ШКОРЛ показал, что динамика показателя социального интеллекта соизмерима с динамикой результата лечения **(рис. 4).**

Максимальные показатели социального интеллекта отмечены в 1АР (19,3 балла на I этапе, 21,5 балла на IV этапе), 2АР (19,0 балла на обоих этапах), 1А (18,5 балла на I этапе, 19,3 балла на IV этапе) и 1ТР (18,3 балла на I этапе и 19,0 балла на IV этапе). Показатели результатов лечения, оцениваемых по предложенной шкале комплексной оценки, также имеют наивысшие баллы в группах 1АР (2,8 балла на I этапе, 3,0 на IV этапе), 1А (2,7 балла на I этапе, 2,8 балла на IV этапе) и 2АР (2,8 балла на обоих этапах наблюдения).

Получены значительные и тесные корреляции прямолинейной направленности между показателями социального интеллекта в исследуемых группах с показателями результата лечения по ШКОРЛ, *r* варьирует в пределах от 0,72 до 0,87, что доказывает объективную оценку данного показателя по шкале Hinting Task.

Анализ соразмерности показателя комплаентность в исследуемых группах с результатами лечения по предложенной шкале показал, что динамика показателя комплаентности соизмерима с динамикой результата лечения **(рис. 5)**.

Максимальные показатели комплаентности отмечены в 1АР (3,4 балла на I этапе, 3,5 балла на IV этапе), 2АР (3,2 балла и 3,3 балла соответственно), 1А (3,2 балла), 1ТР (3,1 балла на обоих этапах). Показатели результатов лечения, оцениваемых по ШКОРЛ, также имеют наивысшие баллы в группах 1АР (3,0 балла на обоих этапах), 1А (2,8 балла на I этапе и 2,9 балла на IV этапе), 2АР (2,8 балла на обоих этапах наблюдения).

Получены значительные и тесные корреляции прямолинейной направленности между показателями комплаенса в исследуемых группах с показателями результата лечения по ШКОРЛ, *r* варьирует в пределах от 0,62 до 0,82, что подтверждает улучшение результатов лечения по авторской шкале при увеличении показателя комплаентности.

Таким образом, корреляционный анализ выявил тесные прямые (КЖ и СФ, «Лица Экмана», Мориски—Грина, Hinting Task) и обратные (PANSS P, N, G) связи с показателем «результат лечения», что позволило применить регрессионный анализ для прогнозирования результата лечения по показателям диагностических шкал.

Матрица корреляций результата лечения по ШКОРЛ с показателями диагностических шкал может быть представлена следующим образом: КЖ и СФ 0,86; PANSS (P) –0,85; PANSS (N) –0,87; PANSS (G) –0,87; «Лица Экмана» 0,89; Мориски—Грина 0,85; Hinting Task 0,86.

При результате лечения в 7—11 баллов прогноз неблагоприятный (психическое состояние «неудовлетворительное» и оценивается в 1 балл), в 12—16 баллов — прогноз и состояние «удовлетворительные» (оцениваются в 2 балла), в 17—21 балл — прогноз благоприятный (психическое состояние «хорошее», оценивается в 3 балла).

При проведении регрессионного анализа получена формула для определения степени тяжести психического состояния по показателям шкал).

$$\text{Результат лечения} = 1{,}431+\text{КЖ и СФ}\times 0{,}334+\text{P}\times -0{,}15+\text{N}\times 0{,}079+\text{G}\times 0{,}1+\text{ЛЭ}\times 0{,}205+\text{М-Г}\times 0{,}091+\text{НТ}\times 0{,}082,$$

где КЖ и СФ — качество жизни и социальное функционирование; P — продуктивные симптомы шкалы PANSS; N — негативные симптомы шкалы PANSS; G — общие симптомы шкалы PANSS; ЛЭ — «Лица Экмана»; М-Г — шкала Мориски—Грина; НТ — Hinting Task (p=0,00; R^2=0,76).

Для оценки диагностической эффективности (специфичности, чувствительности и общей надежности, или точности) ШКОРЛ был проведен сравнительный анализ динамики тяжести психического состояния у пациентов, прошедших курс психореабилитации и не прошедших (1ТР, 1АР, 2ТР и 2АР) и нереабилитированных 1Т, 1А, 2Т, 2А) на I и IV этапах.

При проведении оценки ориентировались на разность баллов в начале и в конце наблюдения. При различии в 1,1—1,8 балла улучшение считали истинно положительным, при различии в 2,1—2,2 балла — ложно положительным, если различия составляли 0,1—0,9 балла, результат считали как истинное отсутствие улучшения, при разнице в 1,9—2,0 балла констатировали ложное отсутствие улучшения. Истинно положительный результат (улучшение) в основном был выявлен у пациентов, получавших психореабилитационные мероприятия (207 пациентов), 13 пациентов имели ложно положительное улучшение (ложно положительное решение), 185 пациентов (преимущественно из групп больных, не проходивших реабилитацию) продемонстрировали отрицательный результат — истинное отсутствие улучшения (истинно отрицательный результат), 10 пациентов — ложное отсутствие улучшения (ложно отрицательный результат) психического состояния к окончанию исследования.

Чувствительность (Se) метода составила 95,4%, специфичность (Sp) — 5,1%, общая точность (надежность) (R) — 94,5%.

Проведенный анализ показал достаточные значения специфичности, чувствительности и надежности ШКОРЛ для высокого уровня безошибочного суждения.

Надежность и валидность данной шкалы оценивали в 1-м и 2-м полугодиях IV этапа наблюдения. Коэффициент надежности — Cr=0,91, коэффициент стабильности — Cs=0,89, коэффициент константности — Cc=0,86.

Таким образом, предложенная и апробированная авторами шкала охватывает все аспекты нарушения психического состояния больных шизофренией, что подтверждается выявленной тесной сопряженностью результата лечения с показателями по применяемым шкалам. С применением разработанной шкалы в динамике наблюдения можно не только определить степень нарушения психических функций пациента, но и прогнозировать результат лечения с целью дальнейшей коррекции схемы терапии или адаптации терапевтического алгоритма. Адаптация терапевтического алгоритма подразумевает изменение режима проведения психореабилитационных мероприятий у пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от степени выраженности психических расстройств, определенной по ШКОРЛ), что обеспечивает персонифицированный подход к ведению больных данной категории. Такая комплексная оценка психического состояния больных помогает определить степень влияния различных методов терапии, упростить диагностическую тактику и персонифицировать алгоритм лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374:635–645. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8
2. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010;110(6):4–11.
Mosolov SN. Actual theoretical problems of diagnostic, classification, neurobiology and therapy of schizophrenia: a comparison of International and Russian experience. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2010;110(6):4–11. (In Russ.).
3. Овчинников А.А., Жданок Д.Н. Диагностические подходы к оценке дефицита социальных коммуникаций при параноидной шизофрении. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013;(1):86–90.
Ovchinnikov AA, Zhdanok DN. Diagnostic approaches to social communication deficit in paranoid schizophrenia. *Sibirskij vestnik psikhiatrii i narkologii*. 2013;(1):86–90. (In Russ.).
4. Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Семке В.Я. *Персонология и психотерапия: руководство для врачей*. М.: Медицина; 2009.
Khritinin DF, Tsygankov BD, Semke VYa. *Personologiya i psikhoterapiya: rukovodstvo dlya vrachej*. Moscow: Meditsina; 2009. (In Russ.).
5. Зинчук М.С., Семке А.В. Влияние негативной симптоматики на динамику социального статуса больных параноидной шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013;(4):34–39.
Zinchuk MS, Semke AV. Influence of negative symptoms on dynamic of social status of patients with paranoid schizophrenia. *Sibirskij vestnik psikhiatrii i narkologii*. 2013;(4):34–39. (In Russ.).
6. Жданок Д.Н., Овчинников А.А., Семке А.В. *Коммуникативные парадоксы при расстройствах шизофренического спектра. М.: Издательские решения;* 2017. 146 с.
Zhdanok DN, Ovchinnikov AA, Semke AV. *Kommunikativnye Paradoksy pri Rasstrojstvah shizofrenicheskogo Spektra. Moscow: Izdatel'skie resheniya;* 2017. 146 p. (In Russ.).
7. Тараканова Е.А., Кожанов А.В. Современная психофармакотерапия при шизофрении: сохранение жизни больных. *Вестник Академии знаний*. 2015;12(1):120–125.
Tarakanova EA, Kozhanov AV. Sovremennaya psikhofarmakoterapiya pri shizofrenii: sokhranenie zhizni bolnykh. *Vestnik Akademii znanij*. 2015;12(1):120–125. (In Russ.).
8. Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б. Изменчивость показателей уровня качества жизни и социального функционирования пациентов с шизофренией в зависимости от проводимого лечения. *В мире научных открытий*. 2016;(7):47–60.
Samoylova DD, Barylnik JB. Variation of life quality and social functioning indication in patients with schizophrenia according to treatment response. *V mire nauchnykh otkrytij*. 2016;(7):47–60. (In Russ.).
https://doi.org/10.12731/wsd-2016-7-3
9. Обухов С.Г. *Психиатрия*. М.: Медицина; 2007.
Obukhov SG. *Psikhiatriya*. Moscow: Meditsina; 2007. (In Russ.).
10. Бекенева Л.В., Балашов П.П. Клинико-динамическая характеристика исходов параноидной шизофрении. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012;(5):17–20.
Bekeneva LV, Balashov PP. Clinical and dynamic characteristic of paranoid schizophrenia outcomes. *Sibirskij vestnik psikhiatrii i narkologii*. 2012;(5):17–20. (In Russ.).
11. Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б. Изучение психореабилитационного потенциала пациентов, страдающих шизофренией, в условиях различных вариантов психофармакотерапии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016;26(3):80–86.
Samoilova DD, Barylnik YuB. Psycho-rehabilitation potential of schizophrenic patients on different medications. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2016;26(3):80–86. (In Russ.).
12. Алтынбеков К.Н. Фармакоэкономические аспекты терапии шизофрении. *Российский психиатрический журнал*. 2014;(6):51–55.
Altynbekov KS. Pharmacoeconomic aspects of schizophrenia treatment. *Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal*. 2014;(6):51–55. (In Russ.).
13. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(8):7–14.
Gurovich IYa, Shmukler AB, Zaytseva YuS. Dynamics of neurocognitive functioning in patients in early stages of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 2012;112(8):7–14. (In Russ.).
14. Плотников В.В., Плотников Д.В. Познавательная деятельность при различных типах течения шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(1):22–28.
Plotnikov VV, Plotnikov DV. Cognitive performance in schizophrenic patients with different courses of disease. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2018;28(1):22–28. (In Russ.).
15. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):16–24. https://doi.org/10.1002/wps.20385
16. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(2):5–15.
Rychkova OV, Silchouk EP. Social intelligence problems in schizophrenic patients. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2010;20(2):5–15. (In Russ.).
17. Гурович И.Я., Шмуклера А.Б., ред. *Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: практическое руководство*. М.: Медпрактика-М; 2015.
Gurovich IYa, Shmukler AB, eds. *Psikhosotsial'naya i kognitivnaya terapiya i reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh: prakticheskoe rukovodstvo*. Moscow: Medpraktika-M; 2015. (In Russ.).
18. Pinkham AE, Hopfinger JB, Pelphrey KA, et al. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert servey and RAND panel. *Schizophr Bull*. 2014;40:813–823. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081
19. Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Health Psychol*. 2015;18(2):121–129. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003

Поступила 27.05.2019
Received 27.05.2019
Принята к печати 23.09.2019
Accepted 23.09.2019