

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.
Сербского» Минздрава России**

На правах рукописи

Чуканова Евгения Кирилловна

**КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ
ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ**

14.01.06 – психиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
А.Б.Шмуклер

Москва - 2017

Оглавление.

Введение.....	3
Глава I. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра во внебольничных условиях.	7
Глава II. Материалы и методы исследования.....	44
Глава III. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера.....	51
Глава IV. Структура и эффективность психосоциальных мероприятий на участке психоневрологического диспансера.....	73
Заключение	148
Выводы	160
Литература	162
Приложения	219

Введение.

Актуальность исследования. Опыт деинституализации и развития общественно ориентированной психиатрии зарубежных стран (А. Parabiaghi et al., 2011; A. van der Lee, L. de Naan, A. Beekman, 2016³⁹¹) и России (Б. А. Казаковцев, 2001; 2009; 2015; А. П. Коцюбинский с соавт., 2013; И. Я. Гурович и соавт., 2012, 2014) показывает, что актуальной задачей является развитие широкой сети служб психосоциальной терапии и реабилитации в наименее ограничительных условиях без отрыва пациентов от привычной социальной среды. Новая парадигма личностно-социального восстановления, (И. Я. Гурович и соавт., 2008), предусматривает полипрофессиональный подход и сотрудничество специалистов в области оказания психиатрической помощи, больных и представителей общественных организаций. Использование различных стационарозамещающих технологий существенно уменьшает затраты бюджета на одного пациента, т.к. его содержание в психиатрической больнице примерно в 3 раза дороже (Е.Б. Любов, 2013; В.Н. Прокудин и соавт., 2003; С. В. Ястребов, 2007, 2009).

Тем не менее, каждый 3-й пациент, получающий лечение в психиатрической больнице, стационарируется повторно в этом же году (И.Я Гурович, А. Б. Шмуклер и соавт., 2012). Последнее говорит о недостатке континуума психиатрических служб, обеспечивающих психосоциальную терапию и реабилитацию, прежде всего на уровне амбулаторного звена.

Анализ структуры и динамики клинико-эпидемиологических и социальных особенностей амбулаторных пациентов, позволил выработать критерии, выделяющие внебольничную шизофрению как особый круг пользователей психиатрической помощи (В.С. Ястребов, 1987). Больные с неустойчивой трудовой адаптацией, одинокие, с резким ограничением социальных контактов, с частыми и длительными госпитализациями, с низкой материальной обеспеченностью, дисгармоничными семейными взаимоотношениями требуют особого пристального внимания и комплекса психосоциальных мероприятий с учетом специфики этих про-

блемных групп (И.Я. Гурович с соавт., 2007; В.Н. Краснов и соавт., 2010; G. E. Hogarty et al., 1997; M. T. Finnerty et al., 2015).

Опыт новых методических подходов и прикладных модулей психосоциальной (включая когнитивную) терапии и реабилитации показывает их высокую эффективность в восстановлении больных шизофренией (Н. Д. Семенова, И. Я. Гурович, 2015; А. Б. Холмогорова и соавт, 1993; Л. И. Сальникова и соавт., 2002).

В последние десятилетия в России развиваются новые звенья внебольничной терапии и реабилитации больных шизофренией: отделение внебольничной реабилитации (О. О. Папсуев и соавт., 2015), бригады «настойчивого» лечения в сообществе (А.А. Уткин А.А., 2009; О.Н. Степанова, 2009), стационары на дому (М.А. Алисханов, 2005; О.В. Агаркова, 2011). Развиваются такие междисциплинарные формы реабилитации как отделения для утративших социальные связи: «сателлитное» жилье при стационаре (О.В. Лиманкин, 2003; 2015), программы «жилья под защитой» (А. П. Поташева, 2007). Особое внимание уделяется тяжело хронически больным, инвалидам, пациентам утратившим жилье и социальные связи (К.В. Давыдов, 2005; Е.В. Васильева, 2006; О.В. Лиманкин, 2007), либо впервые заболевшим пациентам, как наиболее перспективным в плане социального восстановления (Л.Г. Мовина, 2005; А.С. Дороднова, 2006; Ю.С. Зайцева, 2010). При этом значительный амбулаторный контингент больных остается недостаточно охваченным психосоциальными мероприятиями.

Таким образом, необходима комплексная психосоциальная программа для оказания амбулаторной помощи больным шизофренией, использующая различные целевые формы и широкий спектр методов, которая будет учитывать специфику проблемных групп пациентов, требующих особого подхода (И.Я.Гурович, А.Б. Шмуклер, 2015).

Цель исследования: разработка комплексной психосоциальной программы для оказания амбулаторной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с учетом особенностей проблемных групп пациентов.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера.
2. На основе полученных данных выделить проблемные группы пациентов и разработать подходы к комплексной психо-социальной реабилитации с учетом их специфики.
3. Осуществить комплексную полипрофессиональную помощь данному контингенту.
4. Определить эффективность оказания психосоциальной помощи.

Научная новизна заключается в том, что впервые в России была разработана и практически реализована модель комплексной полипрофессиональной психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера. Дана клинико-социальная характеристика больных, нуждающихся в данных мероприятиях, выделены целевые группы проблемных пациентов, требующих направленного психо-социального воздействия. Показана эффективность данного вмешательства и его влияние на клинико-социальное восстановление пациентов.

Практическая значимость работы заключается в разработке и внедрении научно обоснованных методов психосоциальной терапии и реабилитации для целевых групп больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях психоневрологического диспансера. Доказана клинико-социальная эффективность проводимых мероприятий. Результаты исследования могут быть использованы при подготовке врачей-психиатров, психологов и социальных работников в амбулаторной психиатрической практике.

Положения выносимые на защиту

1. У больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке ПНД существует спектр специфических проблем социальной адаптации, значительная часть которых может быть устранена при помощи комплексной психосоциальной реабилитации.

2. Психосоциальные вмешательства должны предусматривать дифференцированные подходы в отношении целевых групп пациентов (не комплаентных, с неустойчивой трудовой адаптацией, с нарушенными внутрисемейными отношениями, с материальными и бытовыми проблемами, дефицитом социальной сети).

3. После проведения основного курса психосоциальных мероприятий необходим длительный поддерживающий этап психосоциальных воздействий.

4. Программа комплексной психосоциальной реабилитации способствует улучшению клинико-социальных показателей у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их социальной адаптации.

Глава I. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра во внебольничных условиях.

(обзор литературы)

В последние годы отмечается тенденция к росту числа больных шизофренией вне активной фазы процесса, состояние которых на протяжении многих лет определяется в основном резидуальной продуктивной психопатологической симптоматикой и дефицитарными расстройствами различной степени выраженности (В.С. Ястребов, 1987). Отмечено, что в стационарном контингенте процент больных шизофренией снизился с 62,0% в 1985 г. до 49,0% на конец 2011 г. (И. Я. Гурович и соавт. 2012). Вместе с тем, направленное сокращение стационарных коек в России увеличивает нагрузку на амбулаторные и полустационарные звенья психиатрической помощи. Исчезновение таких реабилитационных форм как спеццеха, сокращение числа ЛТМ (осталось лишь на 24 территориях России), недостаточность терапии средой и занятостью, диктует необходимость разработки новых подходов к решению проблемы психосоциальной адаптации больных шизофренией. Эти больные нуждаются не только в лечении, но и в социальном восстановлении и поддержке, которые должны базироваться на принципах берегающего - превентивной реабилитации (И.Я.Гурович и соавт., 2013, 2015).

Учитывая опыт деинституционализации и развития общественно ориентированной психиатрии зарубежных стран (Van der Lee A., L. de Naan, A. Beekman, 2016) и России (И.Я. Гурович и соавт., 2014), актуальной задачей является создание широкой сети служб психосоциальной терапии и реабилитации в наименее ограничительных условиях без отрыва пациентов от привычных условий социальной среды.

Включение новых форм психиатрической помощи в «Порядок оказания психиатрической помощи» призвано улучшить полипрофессиональное ведение больных непосредственно в сообществе. В последние 5 лет идет активная разработка новых методических подходов и прикладных модулей психосоциальной

(включая когнитивную) терапии и реабилитации в психиатрии (Н. Д. Семенова, И. Я. Гурович, 2015, А. Б. Холмогорова и соавт, 2015; Л. И. Сальникова, Л. Г. Мовина с соавт. , 2002).

Таким образом, актуальна комплексная психосоциальная программа для оказания амбулаторной помощи психически больным, использующая различные целевые формы и широкий спектр методов, учитывающая специфику внебольничного контингента с выделением проблемных групп больных, требующих особого подхода (И.Я.Гурович и соавт., 2004).

Амбулаторный контингент больных шизофренией

Выход психиатрической помощи за стены стационаров повлиял на изменение клинической структуры амбулаторного контингента (И.Я Гурович,2012; В.С. Ястребов, 1987). Развитие психофармакологии и так называемый лекарственный патоморфоз клиники шизофрении ускорил сдвиг структурных изменений в сторону более мягких форм и благоприятного процессуального течения.

Анализ структуры и динамики клинико-эпидемиологических и социальных особенностей амбулаторных пациентов позволил выработать критерии, выделяющие внебольничную шизофрению как особую форму, что определяет особенности оказания психиатрической помощи данному контингенту (В.С. Ястребов, 1987). Был обозначен круг потребностей больных шизофренией наблюдающихся в психоневрологических диспансерах и позволило наметить пути реорганизации амбулаторной психиатрической службы в направлении дифференцированной системы статистического учета, динамического наблюдения и лечебно-консультативной помощи с большей специализацией.

По мнению В.С. Ястребова (1987), амбулаторная шизофрения на всем протяжении болезни включает целый ряд вариантов эндогенного процесса с разной симптоматикой и закономерностями динамики, объединенных определенным комплексом клинических и социальных характеристик. На 1987 г. число случаев внебольничной шизофрении составляло 86,1% от всех учтенных больных шизофренией. Среди них суммарная доля неблагоприятных форм (злокачественная и

параноидная) составляла 12,8%. Доля же малопрогрессирующей непрерывной и рецидивной шизофрении составляла 56,4% (В.С. Ястребов, 1987). Наиболее типичные для внебольничного контингента клинические и социально-демографические характеристики амбулаторных пациентов имеются у никогда не госпитализировавшихся больных шизофренией. Отмечено, что амбулаторный контингент в сравнении с другими случаями шизофрении и заболеваний шизофренического спектра характеризуется хорошей социальной, в том числе и семейной адаптацией, высоким образовательным и профессиональным уровнем. Среди этого контингента доля никогда не состоявших в браке примерно в 1,5 раза ниже, доля лиц с высшим образованием втрое выше, а доля инвалидов примерно вдвое ниже, чем среди остальных больных шизофренией (В.С. Ястребов, 1987).

Значительное число работ было посвящено изучению популяции больных шизофренией с большой давностью заболевания, характеризующихся симптоматикой амбулаторного уровня, когда больные удерживаются в обществе и могут вести самостоятельную жизнь (Г.В. Логвинович, 1992; 1995; Л.И. Сальникова, 1995). Эти исследования были направлены на изучение изменений клинической структуры и динамики болезни. Особое внимание уделялось признакам стабилизации эндогенного процесса (Л.И. Сальникова, 1995). В качестве критериев стабилизации процесса для малопрогрессирующих форм выделяется затухание большей части продуктивной симптоматики, тенденция к редукции аутохтонных аффективных фаз с формированием стойко измененного аффективного фона в виде легкой гипертимии или, реже, гипотимии на фоне негрубых негативных расстройств. При приступообразно-прогрессирующих вариантах течения признаками стабилизации считаются трансформация аффективно-бредовых приступов — «шубов» в чисто аффективные фазы, редукция резидуальных продуктивных расстройств в межприступные периоды, уменьшение нарастания специфического дефекта, тенденция к исчезновению фазовых аффективных расстройств и формированию стойкой гипертимии или, реже, гипотимии (Г.В. Зеневич, 1964).

Исследования последних лет сфокусированы на влиянии нейрокогнитивного дефицита на социальную адаптацию и функционирование больных шизофре-

нией. Отмечается, что когнитивные возможности играют ведущую роль в восстановлении больных шизофренией. Нейрокогнитивный дефицит рассматривается как третья ключевая группа симптомов наравне с негативной и продуктивной симптоматикой (R. S. Kahn, R. S. E. Keefe, 2012). Показано, что его динамика коррелирует с особенностями течения шизофрении и фазой заболевания (Ю. С. Зайцева, 2010). Данные о социально-когнитивном дефиците (дефектах восприятия эмоций, социальной перцепции, внутренней модели восприятия другого, атрибутивного стиля) больных шизофренией и шизофренического спектра (О. В. Рычкова, Е. П. Сильчук, 2010; В.А. Бурова, 2015) необходимо учитывать в разработке психосоциальных программ и формировании социальных навыков (независимого проживания, межличностного взаимодействия). Они так же играют важную роль в улучшении качества жизни, терапевтических отношений, и развитии социальной компетенции. (D.I. Velligan et al., 1996; W. P. Horan et al., 2008; J. P. Hansen et al., 2013).

Таким образом, выбор форм и методов психосоциальной терапии и направленности когнитивного тренинга, должен учитывать индивидуальные особенности когнитивных нарушений у больных шизофренией (А.Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова, Г. Р. Саркисян, 2015).

Исследования диспансерного контингента обнаруживают выраженные расхождения между объективными данными социального функционирования и его субъективной оценкой самими больными. Это позволяет выделить отдельные категории пациентов со специфическими клинико-социальными особенностями и личностными показателями (А.Б Шмуклер, 1998; 1999). Наряду с больными, удовлетворенными жизнью при относительно высоком уровне функционирования и не удовлетворенными при сниженном уровне, имеется значительная часть больных с выраженным несоответствием между неудовлетворенностью и завышенными ожиданиями, смирением со своим низким социальным статусом и грубым качественным искажением его субъективных оценок, а также больные удовлетворенные своим крайне низким социальным функционированием и безразличные к нему (Гурович И. Я. и соавт., 2004).

Отмечаются достаточно высокие показатели качества жизни и субъективного благополучия амбулаторных пациентов, находящихся в привычном социальном окружении, по сравнению со стационарным контингентом (G. Fervaha, G. Remington, et al., 2016). По мнению ряда авторов, влияние негативных симптомов на субъективное качество жизни не имеет однозначной трактовки (M.S. Priebe, 2016). Отмечено, что более высокое качество жизни пациентов в сообществе обусловлено не только клинической ремиссией, но и высоким уровнем социального когнитивного функционирования (L.San et al., 2007; R. Magnus, 2012).

Пользователи внебольничной помощи, остаются достаточно сложным контингентом в отношении курации (M.M. Peixoto et al., 2016). Это связано с нежеланием и невозможностью многих пациентов включаться в лечебные и реабилитационные программы (R.A. Renes et al., 2013; J. L. Vohs et al., 2013). У больных шизофренией отмечается более низкий уровень самоконтроля и управления болезнью по сравнению с пациентами, страдающими соматической патологией, что связывают со слабой надеждой на восстановление и неосведомленностью. Проявляется отказ от активной жизненной позиции, отстраненность, покорность и пессимизм в отношении прогноза заболевания, отсутствие альтернативных представлений об ином позитивном взаимодействии с окружающими и психиатрическими службами (van Schie D., van Meijel B., 2016).

Образ жизни большинства из них, характеризуется однообразием, стереотипизацией уклада и поведенческими шаблонами (А.Б. Шмуклер, 1999).

Пациенты часто убеждены в невозможности получения помощи, как инструментальной, так и эмоциональной. Часть из них активно отказывается от таковой по болезненным или иным психологическим мотивам, ожидая опеку только от ближайших родственников (L. San et al., 2007).

Многие авторы указывают на формирование чрезмерной зависимости от семейного окружения с избеганием ответственности за свое социальное восстановление. Это способствует инфантилизации, развитию иждивенческого поведения, пассивно потребительских установок в отношении психиатрических служб и

своих близких, затрудняя социальную реабилитацию (К.В. Давыдов, 2005; Е. А. Васильева, 2006).

В последние годы важнейшая роль посредника между когнитивными функциями и социальным функционированием отводится «внутренней мотивации» пациента (D.I. Velligan et al., 2006; J. L. Vohs, 2014). Формирование мотивации является самостоятельной мишенью психосоциального воздействия, обуславливающую успешность личностно-социального восстановления (Н.Д. Семенова, И. Я. Гурович, 2015).

Среди амбулаторного контингента описана группа с зависимостью от внебольничной психиатрической службы, выражающейся в однообразном посещении участкового психиатра с характерным набором жалоб, стереотипной привязанностью к определенной группе препаратов, несмотря на исчезновение показаний к терапии (Е. А. Васильева, 2006). У таких пациентов формируется система защитных реакций, активного избегания фрустрирующих ситуаций, что распространяется и на трудовые установки. Характерным становится отказ от активной жизненной позиции, покорность внешним обстоятельствам. Хотя часть больных сохраняет способность к освоению новых трудовых навыков, указанный стереотип является одной из основных причин неудач трудоустройства. Этот феномен получил название «амбулаторного госпитализма» и стал предметом детальнейшего исследования потребностей таких пациентов и необходимых психосоциальных вмешательств. В других источниках указывается, что до 5,4 % поступлений в ПБ и ДС осуществляется в связи с социальными причинами (Е. Г. Трифонов, 1990; И. Я. Гурович с соавт., 2004). Эти пациенты более ориентированы на эмоциональную поддержку с высокой потребностью поделиться переживаниями, получить обратную связь, совет.

В работах, констатирующих уязвимость значительной части диспансерных больных практически во всех сферах функционирования: трудовой, семейной, материально-бытовой, социальных контактах, характере проведения досуга, делается акцент на выраженной несостоятельности отдельных групп пациентов. Эти особенности и анализ потребностей амбулаторного контингента указывает на

обоснованность выделения проблемных групп пациентов (А.Б. Шмуклер, 1999; И.Я. Гурович с соавт., 2004). Больные с неустойчивой трудовой адаптацией, одинокие, с резким ограничением социальных контактов, с частыми и длительными госпитализациями, с низкой материальной обеспеченностью, дисгармоничными семейными взаимоотношениями требуют особого пристального внимания и комплекса психосоциальных мероприятий с учетом специфики этих проблемных групп (Н.А. Nasrallah , R. Lasser ., 2006). Почти $\frac{3}{4}$ больных испытывают дефицит социальных контактов, когда общение ограничивается только семьей. У 45 % отмечается дефицит социальных навыков, страдают навыки самообслуживания. Уровень функционирования их достаточно низок, социальная сеть – бедная с низкой плотностью социальных контактов. Выражен дефицит навыков структурирования своего времени, коммуникативных, бытовых и социальных навыков, необходимых для самостоятельного проживания (L.San et al., 2007). Пациенты испытывают серьезные трудности в решении насущных бытовых проблем, во взаимодействии с государственными структурами и общественными организациями. В связи с клиническими особенностями, а также по субъективным личностным и объективным причинам они избегают коллективных видов деятельности. При этом отсутствует или снижена мотивация пациентов и возможности обучения их этим умениям.

Среди контингента с ограничением социальных контактов особое место занимают одинокие больные. Они, как правило, являются пассивными потребителями социальной поддержки (например, иногда религиозная община обеспечивает обедами, соседи помогают в уборке квартиры, предлагают одежду или продукты, приносят газеты). Больные принимают помощь социального работника в ведении домашнего хозяйства. Для подавляющего большинства эта поддержка эпизодична и недостаточна (А.Б. Шмуклер А.Б., 1999; И.Я. Гурович с соавт., 2000). Еще в большей степени они нуждаются в эмоциональной поддержке, доверительных отношениях, сочувствии, иной раз просто в собеседнике (Н.А. Nasrallah et al., 2006). Социальные сети одиноких наиболее деформированы, в них меньше идентифицируются члены семей (L. San et al., 2007). В тех случаях, когда пациенты

проживают отдельно от родственников, круг их общения сведен к минимуму, включает одного или двух знакомых, от которых они получают больше помощи, чем от родных.

Условия жизни одиноких значительно хуже, чем у имеющих семью. Они испытывают трудности с одеждой, вплоть до отсутствия самого необходимого, качество питания часто также очень плохое. У пожилых, среди которых одиноких больных большинство, эти лишения особенно выражены. Одинокие значительно чаще, чем остальные имеют группу инвалидности, хотя относительное число работающих пациентов среди одиноких трудоспособного возраста существенно не отличается от таковых имеющих семьи (И.Я. Гурович и соавт., 2000).

Отдельную группу составляют пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией (частой сменой работы и/или перерывами в трудовой деятельности) (Е.Г. Трифонов, 1990). По данным Е.М. Кирьяновой (1994), такие пациенты составляют 14,8 % от числа лиц с шизофренией трудоспособного возраста, не имеющих группы инвалидности. Среди них мужчины преобладают, много холостых, разведенных, одиноких.

Некоторые пациенты, в основном женщины, находят иные формы приспособления в обществе, занимаясь домашним хозяйством и воспитанием детей. Остальные либо живут на иждивении родственников, либо находятся в крайне бедственном материальном положении (Е. М. Кирьянова, 1994). В связи с тем, что это больные, как правило, с довольно высоким уровнем образования, им труднее подобрать работу в соответствии со специальностью и иногда весьма амбициозными требованиями самих соискателей. Их трудовой адаптации обычно препятствует наличие большого количества социально-правовых проблем, неостаточная комплаентность и высокая потребность в инструментальной поддержке (М. С. Розова и соавт., 1983; М.М. Кабанов, 2001). Такие пациенты представляют собой группу риска инвалидизации (В.Г. Соха , 1999). Часть пациентов имеет выраженную потребность в обеспечении возможностью заниматься посильным трудом в лечебно-производственных учреждениях. Однако, в лечебно-трудовых мастерских занято лишь 0,16%, в спеццехах – 0,5% психически больных инвалидов. На

предприятиях общего производства – 2,85%; и этот процент трудоустроенных так же продолжает снижаться (2006 г. – 3,33%; 2011 – 2,85%) (И.Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, 2012). Это подчеркивает крайнюю необходимость развития реабилитационных подразделений психиатрической службы проблему трудоустройства инвалидов.

Контингент больных с нарушенной трудовой адаптацией, неустойчивыми трудовыми установками нуждается в комплексе психосоциальных мероприятий, направленных на их трудовую адаптацию, варьирующуюся от различных видов защитного трудоустройства до самостоятельного трудоустройства на обычном производстве (И. Я. Гурович и соавт., 2004).

У половины больных шизофренией отношения в семье можно характеризовать как проблемные (конфликтные, безразличные или с гиперопекой). Искажение коммуникативного семейного стиля, отсутствие адаптивных копинг-стратегий как у пациентов, так и у их родственников усугубляет стигматизацию, препятствует адекватному социальному функционированию. Для части пациентов, в семьях которых сложилась неблагоприятная атмосфера, желательны занятия с больными и членами семей, концентрирующиеся на нормализации внутрисемейных отношений и психообразовательная работа (J. Väuml J., 2006; Э.Г. Эйдемиллер, 2012; W. Wong et al., 2014; L. Dixon, 2001).

Материальное положение 60,8% пользователей амбулаторной психиатрической службы определяется как достаточно тяжелое, когда денег хватает только на питание, остальные расходы практически не доступны. Таким остро необходима инструментальная поддержка.

На основании выявленных особенностей клиники и социального функционирования хронически больных, с учетом потребностей проблемных групп, показана необходимость дифференцированной психиатрической и социальной помощи в условиях амбулаторной психиатрической службы (А.Б. Шмуклер, 1999).

Полноценное оказание комплексной внебольничной психиатрической помощи и разработка реабилитационных программ немислимы без изучения удо-

влетворенности пациентов работой амбулаторной службы и уточнения их потребностей в психосоциальной поддержке.

Интерес к вопросам субъективной удовлетворенности пациентов психиатрических учреждений специализированной помощью в последние десятилетия неуклонно растет. В 1999 г. Национальной ассоциацией пользователей служб психиатрической помощи (the National Mental Health Consumers' Association - NMHCA) разработан ряд приоритетных направлений: участие пользователей и членов их семей в планировании психиатрической помощи, равноправие в системе медицинского страхования; доступ к новым медикаментам, интенсивное лечение по месту жительства; стимулы к участию лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, в трудовой деятельности; ограничение вмешательств или мер стеснения, которые могут угрожать жизни и здоровью; смягчение подхода правоохранительных органов к поступкам лиц, страдающих тяжелыми расстройствами; доступ к постоянному, безопасному и доступному жилью и услугам по месту жительства (E.C. Ross, 1999). Голландское исследование, посвященное изучению составляющих внебольничной поддержки выявило, что хронические пациенты особое значение придают представительству своих интересов и наличию защищенных мест для встреч, работники психиатрических служб подчеркивают приоритетность реабилитационных мероприятий, а представители социальных служб считают, что основными являются службы кризисных вмешательств и координация работы на уровне пользователя и системы (Van Hoof F. et al., 2000; Van Weeghel J. et al., 2005).

Отечественные авторы придают особое значение ожиданиям потребителей психиатрической помощи относительно ее социальных аспектов (Е.А. Васильева, 2006). А.Ю. Сосновский (1995) изучая удовлетворенность пациентов деятельностью психоневрологических диспансеров, установил, что фактор, определяющий удовлетворенность больных - это соответствие помощи их потребностям в том или ином виде поддержки. Критерии удовлетворенности для пациентов стационарных (или близких к ним — ДС и ЛПМ) и амбулаторных учреждений оказались разными. В учреждениях первого типа наиболее важны условия содержания (в

том числе необходимость общения с другими больными), а для амбулаторных пациентов — социальные последствия наблюдения у психиатра и характер взаимоотношений с медицинским персоналом. Кроме того, для 51,2% опрошенных важно признание больного и его семьи равноправными активными партнерами, доверительные отношения, достаточное время приема, умение персонала вселять уверенность и спокойствие. В рутинной практике подобные экспектации оправдываются не всегда.

Т.А. Солохина (2003) установила низкую степень удовлетворения семьи пациента в социальной поддержке, дефицит форм социально-психологической и информационной помощи, что во многом определяет субъективные и объективные тяготы и лишения, которые испытывают сами пациенты и их родственники. С целью снижения бремени на семью и повышения качества психиатрической помощи, автор предложила комплексную реабилитационную программу. Одним из ее направлений стала модель психиатрического семейного просвещения родственников пациентов. Результатом участия в этой программе ближайшего окружения больных явилась гармонизация семейных отношений, снижение конфликтности в семье, расширение круга общения, улучшение коммуникативных навыков и готовность делиться своими проблемами с другими родственниками.

На современном этапе совершенствования психосоциальной помощи в амбулаторных условиях необходим многоуровневый общественно-ориентированный подход (социотерапевтическое клиент-центрированное вмешательство, на микро- и макросоциальном уровне) с ориентацией на потребности и ожидания пользователей (Б. А. Казаковцев, 2009; И. Я. Гурович, 2014). Это требует создания дифференцированной системы психосоциальной реабилитации на базе психоневрологических диспансеров с привлечением сил сообщества (общественных и государственных организаций), охватывающей пациентов и их окружение со стимуляцией активности самих пользователей и развитием у них достаточной автономии.

Зарубежный опыт внебольничной психосоциальной помощи

В настоящее время в мировой внебольничной практике все более актуальным становится поиск новых организационных форм оказания психосоциальной помощи. Однако, психиатрические койки даже в развитых странах Европы все еще составляют около 2/3 всех больничных в системе психиатрической помощи (E. A. Latimer, 1999; M. Knapp, 2011).

Первые шаги в общественной психиатрии по пути деинституционализации были сделаны в США, Канаде и Великобритании (О.Г. Ньюфельдт, 2007; О.В. Лиманкин, 2015). В Англии этому способствовала возросшая в послевоенный период необходимость в рабочей силе, что привело к привлечению психически больных на производство и интеграцию их в местные сообщества. В США проводилась работа по созданию центров общественной психиатрии, где работали волонтеры. В Канаде первоначальными явились изменения в идеологии общественных служб, так самые успешные шаги были предприняты в провинции Саскачеван (А.Н. Neufeldt, 2002).

В Англии ответственность за реабилитацию хронических психических пациентов несет, в основном Национальная служба здравоохранения (NHS). В 90-х годах двадцатого столетия она претерпела серьезные организационные изменения, направленные на децентрализацию психиатрической помощи с усилением внебольничного звена, использованием мультидисциплинарного подхода и созданием активной терапевтической среды (W. Anthony, M. Farcas, 1982; W. Anthony, 1993). Было закрыто около 90 психиатрических больниц. К 2000 г. работало только около 20 стационаров. Основная нагрузка во внебольничных условиях легла на местные мультидисциплинарные психиатрические бригады, обслуживавшие от 25 до 180 жителей. Планировалось привлечение около 350 местных социальных служб, что было предписано NHS и Законом о внебольничной медицинской помощи от 1990 г (G. Thornicroft, T. Wykes, T. Hoiloway et al., 1998). Вместе с тем ощущалась значительная нехватка стационарных мест для больных в остром состоянии, общежитий для хронических пациентов, форм защищенного и поддерживаемого трудоустройства, специально обученного персонала и стройной системы психосоциальной поддержки. Выяснилось, что принятых мер не достаточ-

но (McCron P., T. Becker et al., 2000). Психосоциальные мероприятия, будучи разрозненными и эпизодичными не вошли в стандарты медицинской помощи. Многие пациенты, особенно, лишенные жилья, одинокие, малоимущие и не способные трудиться на конкурентной основе оказались не охваченными помощью и влачили жалкое существование (R. Macpherson et al., 2004)

В США психосоциальная поддержка осуществляется в большей мере общественными организациями, такими как NAMI – Национальный Альянс психически больных. Он возник в 1997 году и несет на себе не только функцию поддержки для семей пациентов, но также выполняет правозащитную и образовательную роль в масштабах всей страны (J. Frederick J. et al., 2001). В начале 90-х годов государственные программы помощи с опорой на сообщество частично были свернуты из-за организационных и финансовых трудностей. Предпочтение стало отдаваться стандартному медикаментозному лечению (R.E. Drake, 2012). На помощь пришли общественные организации и волонтерское движение, оказывающие поддержку в сообществе совместно с различными социальными организациями и успешными попытками развития целостных психосоциальных программ на их базе, преимущественно психообразовательных (S.A. Pickett-Schenk, 2000).

В последние годы в США как и в других странах большое внимание уделяется автономии пациентов, поощряется их стремление взять на себя ответственность за процесс лечения и реабилитации. Активно применяется «therapeutic use of self» (методика принятия решений), когда пациенту в доступной форме предлагается информация о заболевании, особенностях течения, способах терапии, побочных эффектах медикаментов и больной совместно с психиатром принимают оптимальное решение (M.S. Matthias, R.M. Frankel et al., 2012).

В Канаде же психосоциальные мероприятия входят в континуум служб психиатрической помощи и имеют место на всех этапах ее оказания – существует очень сложная и разветвленная сеть учреждений, занимающихся различными проблемами психически больных. К ней относятся специальные психиатрические клиники для наиболее тяжелых больных, институт семейных врачей, а также различные организации, сформированные по кластерному принципу: профилактика

и психообразование, раннее вмешательство, кризисная интервенция, поддерживающее лечение (амбулаторное и в сообществе), специализированное лечение, реабилитация и службы поддержки и ухода, такие как жилье под защитой и семейная поддержка (О.Г. Ньюфельдт, Дж. Тейв, 2007; R.E. Drake, 2012). Само сообщество активно вовлечено в управление, предоставление услуг, отстаивание интересов психически больных. В Канаде существенную роль играет волонтерский, общественный сектор, например, в образовании или защите прав психически больных. И то, и другое обеспечивает раннее начало лечения и помогает уменьшить стигматизацию. Кроме того, там существует множество социальных программ, таких как жилищная и программа поддержки людей с низкими доходами, без которых эффективная работа системы психосоциальной помощи была бы невозможна (J. Vandervooren, L. Miller, R. O'Reilly, 2007; S. Devis, 2014).

В целом, по данным литературы амбулаторное ведение и лечение пациентов дешевле стационарной помощи (B.A. Weisbrod et al., 1980; M. Knapp et al., 2011). Изменение места пребывания не ухудшает симптоматику и социальное функционирование пациентов, но последние больше удовлетворены этой помощью (G. Thornicroft et al., 1998), а положительная клиническая динамика сохраняется в течение длительного времени (5 лет) (J. Leff, N. Trieman, 2003).

Многочисленные результаты исследований проведенных в 1980 - 90-х гг. в США, Великобритании, в Канаде, Нидерландах, Австралии, Гонконге, Тайване подтверждают эффективность общественно ориентированных форм психиатрической помощи в сравнении со стационарной (E. Roberts, 2005; R.E. Drak, 2012).

Повседневная практика общественно-ориентированной психиатрии активно используется в Европе (E. Vingilis, S. State, 2011).

В Италии успешно практикуется масштабное функционирование психиатрических отделений на базе общесоматических многопрофильных стационаров (M. Tansella, L. Burti, 1999). Было отмечено улучшение на популяционном уровне у 22% впервые обратившихся и у 7% долгосрочных пользователей (A. Parabiaghi et al.; 2011).

В последние годы актуальны и востребованы резиденциальные учреждения, предусматривающие жилье, уход, поддержку и супервизию. Широко используются традиционные дома сестринского ухода, обычные квартиры в сообществе (M. Jaeger, G. Baumgartner-Nietlisbach, 2015), квартиры в клубном доме, групповые дома с круглосуточным наблюдением персоналом, дома индивидуальной помощи и патронажные дома (R. Macpherson et al., 2004).

В последние годы наибольшую актуальность приобретает новая парадигма *recovery* (личностно-социального восстановления) как потребительская модель пользователей психиатрических служб (N. Jacobson, 2001; N.C. Andreasen, 2005; A.O. Ahmed et al., 2016), предусматривающая сотрудничество профессионалов, больных и представителей общественных организаций. Эта концепция имеет четкие критерии: наличие нерезко выраженной симптоматики, не мешающей повседневной жизни и работе в конкурентных условиях рынка труда или учебе, достаточно доброжелательные отношения в семье, наличие хотя бы одного друга с вовлечением в социальную деятельность не менее 1 раза в две недели, независимое проживание (R. P. Liberman, 2012). Принципы личностно-социального восстановления были приняты государственными системами охраны психического здоровья в США, Канаде, Великобритании, Италии, Австралии и Новой Зеландии (J. E. Mezzich et al., 2016; A.S. Bellack, A. Drapalski, 2012).

На сегодняшний день наиболее разработанными и действенными методами психосоциальной терапии и реабилитации, соответствующими концепции *recovery*, являются тренинг социальных навыков (B. Wauchope, A. Terlich, S. Lee, 2015), социально-когнитивный тренинг (R. Magnus, 2012; Mar Rus-Calafell, 2013; A. L. Hendriks, J. I. Egger et al., 2016), когнитивная ремедиация (P.H. Lysaker, 2014; A. Medalia et al., 2013; P. Vanin, 2010; R. Penades, 2015), когнитивно-поведенческая терапия (D. Turkington et al., 2004; T. Wykes et al., 2008; I. Nowak, M. Anczewska et al., 2016) и психообразовательные программы (Merinder L.B., 1999). Все эти методы широко используются как в индивидуальном (G.E. Hogarty, 1997), так и в групповом формате (T. N. Miller, 1994; J. K. Breitborde, F. A. Moreno, W. R. McFarlane, 2011; R.P. Liberman 2012).

Психообразование нацелено на формирование у пациента и его окружения системы знаний о болезни, методах лечения, контроля за симптомами обострения и вовлечение пациента в процесс терапии в качестве активного пользователя, управляющего своим поведением. Важным фактором определяющим эффективность этого направления, является длительность программ. Ранние работы показали результативность отдельно взятых психообразовательных методик в сочетании с психофармакотерапией по сравнению с традиционным амбулаторным медикаментозным лечением, используя краткосрочные – до 10 сеансов (M.J. Goldstein et al., 1978) и стандартные – более 10 сеансов программы (I.R.H. Falloon, 1984; J. Xia, L. V. Merinder, M.R. Belgamwar, 2011). В настоящее время общепризнанным стандартом являются длительные групповые программы от 6 мес. до 1-2-х лет, включающие основной (интенсивный) курс образования и поддерживающие занятия (L. V. Dixon, A. F. Lehman, 1995). Значительное количество исследований подтверждают высокую эффективность психообразования при лечении больных шизофренией в сравнении с традиционной фармакотерапией, отмечая повышение комплаенса (F. Sauvanaud, 2016), уменьшение числа рецидивов в среднем от 21% - 28% (Mc Farlane W.R., 1995) до 40% (Mc Farlane W.R., L. Dixon et al., 2003; E. Rekkala, L. Merinder, 2004) и госпитализаций до 15% (M. I. Herz et al., 2000), а также снижение выраженности негативных симптомов (D. G. Dyck et al., 2000) и уменьшении бремени на семью и повышении субъективную удовлетворенности жизнью (J.M. Atkinson, 1996; F. Sharif, M. Shaygan, A. Mani, 2012; K. Iwata, 2017). Например, в Китае программы «психиатрического просвещения» по месту жительства привели к снижению рецидивов до 15-44 % (W. Xiong et al., 1994).

Помимо воздействий, направленных непосредственно на пациента, во многих странах мира применяется методика психообразования семьи пациента (L.V. Merinder et al., 1999; L. Dixon, et al., 2001; A. Schaub, 2012³⁷⁵; J. Sin, I. Norman, 2013). Сюда относятся индивидуальное консультирование и психиатрическое просвещение семей, проводимые специалистами сферы охраны психического здоровья (W. Wong, F. Pharoah et al., 2014), различные формы более традиционной семейной терапии ряд управляемых специалистами краткосрочных программ се-

мейного образования (L. Dixon, 2001; D. G. Dyck, 2002; H. P. Lefley, 2009), которое иногда называют “психотерапевтическим обучением”.

В конце прошлого столетия было разработано несколько моделей программ семейного психообразования (С.М. Anderson et al., 1981; I.R.H. Falloon et al., 1984; I.R. Abramowitz et al., 1989). В последующем в семейной психообразовательной практике особое внимание стало уделяться снижению эмоциональной экспрессивности у родственников больных (L. V. Merinder et al., 1999). Эти занятия направлены на создание альянса с родственниками больных, формирование адекватных экспектаций относительно возможностей пациента, навыков совместного решения проблем и создание реалистичного диапазона автономии больных (J. S. Greenberg, 2006). Это сказывается на снижении частоты рецидивов и госпитализаций почти вдвое (J.A. Doane, 1986; G.E. Hogarty et al., 1991). Однако, существует мнение, что социальное функционирование остается на прежнем невысоком уровне в тех случаях, когда программа исчерпывается только лишь психообразованием и не предусматривает ни групповую взаимную поддержку, ни тренинг социальных, бытовых либо коммуникативных навыков (N.R. Shooler et al., 1997; P. Cuijpers, 1999). Без формирования навыков социализации и эмоциональной поддержки эффект психообразования затухает, рецидивы снижаются малосущественно (D.L. Penn, K.T. Mueser; 1996). И напротив, сочетание «семейного просвещения», семейной терапии, кризисных вмешательств и тренинга по разрешению проблем, приводит к значительному улучшению социального функционирования, снижению рецидивов и значительному повышению качества жизни (A.F. Lehman et al., 1998; I. R. H. Fallon, 2003; A.S. Bellack; 2001). А. Zygmunt и соавт. пришли к выводу, что психообразование в чистом виде малоэффективно в отношении автономного функционирования в обществе. Успех достигается, только с присоединением поведенческой терапии, различных тренингов (социальных навыков, преодоления кризисных ситуаций, коммуникативных) или интенсивной семейной терапии (J. R. Bustillo, J. Lauriello et al., 2001; J. Bäuml, 2006; A. Zigmunt et al., 2002; I.R.H. Falloon, 2004).

В зарубежных исследованиях подчеркивается, что психообразование положительно влияет на качество и длительность ремиссии за счет достижения комплаенса (Von Maffei C., 2015; N. Franck, 2013). Более осознанный прием медикаментов дополняется выработкой навыков совладания с симптомами и развитием критики к болезненному состоянию (Т.А. Eckman et al., 1992; V. Sinayko, L. Korovina, 2013), в то время, как восстановление и закрепление социальных навыков улучшает социальную компетентность, трудовую адаптацию и является основой для улучшения качества жизни (J.R. Bustillo et al., 2001; A.S. Bellack, 2004).

Используемые ранее модели тренинга социальных навыков учитывали принципы социального научения, но предусматривали выработку умений лишь благодаря позитивному и отрицательному подкреплению, а также «жетонному» методу (G.L. Paul, R.J. Lentz, 1977; R.S. Lazarus, 1984). Современные разработки опираются не только на поведенческую демонстрацию, ролевые игры, моделирование, коучинг, формирование адаптивных копинг-стратегий, но и нацелены на генерализацию социальных навыков с самостоятельным использованием их в естественной среде проживания амбулаторных пациентов (R.P. Liberman et al., 1986; B. Medalia et al., 2002).

Исследователями 90-х годов прошлого столетия были выделены три варианта формирования социальных навыков: базовая модель, модель восстановления когнитивного функционирования и модель проблемнорешающего поведения (A. Bellack et al., 1984). Первая - предусматривает отработку элементарных навыков самообслуживания и общения в ходе ролевых игр, а затем - в естественных условиях (D.L. Penn, K.T. Mueser, 1996). Вторая - нацелена на проблемные сферы функционирования (навыки ведения беседы планирование, регулирование приема лекарств, ведение бюджета, организация досуга, взаимодействие с общественными организациями) (R.P. Liberman, K.T. Mueser, 1986). Восстановление когнитивного функционирования предполагает работу с более глубокими когнитивными нарушениями, например внимания, прогнозирования, анализа и синтеза получаемой информации. (J.Choi, M. Medalia, 2005; A. Hendriks, J. Egger, 2016)

Отмечено, что применение только лишь базовой модели выработки социальных навыков во внебольничных условиях не приводит к генерализации навыков и повышению социальной компетентности даже при интенсивных занятиях (один час еженедельно в течение 21 месяца на фоне лекарственной терапии) (A.S. Bellack, 1984; G. Hogarty et al., 1991; M. N. Dilk, G. R. Bond, 1996; M. M. Kurtz, K.T. Mueser, 2008). Точно также метод восстановления когнитивных процессов (часовые ежедневные сеансы, длительностью до трех месяцев) не давал непосредственного повышения социального функционирования (улучшение всего по трем из 12 параметров) (J.S. Brekke, 2007). Напротив, использование программы решения социальных проблем у амбулаторных пациентов (до 90 мин. в нед. в течение 6 месяцев, затем еженедельно - 2 года) привело к улучшению двух из шести параметров социальной адаптации (S. R. Marder, 1996).

Изучение субъективной оценки влияния подобных тренингов (не менее 20 часов в целом), показывает, что сами участники программ отмечают улучшение своей мотивации и уверенности на 45%; улучшения социальных навыков – на 20%; применение элементов когнитивных стратегий в повседневной жизни наблюдалось у 40% участников (N. Contreras, S. Rossel, 2016).

В последние годы усиленное внимание уделяется тренингу социальных когнитивных функций и интерактивного взаимодействия (T. Wykes et al., 1999; M. D. Bell, 2001, 2003; G. E. Hogarty, 2004; M.A. Hodge et al., 2010). В результате чего статистически достоверно улучшается социальная атрибуция (J.M. Fiszdon, M.D. Vel, 2016), эмоциональное восприятие и построение «внутренней модели сознания другого» (M. Vecchi, 2012). Однако в амбулаторной практике подобные программы более эффективны в связке с когнитивно-поведенческой терапией и когнитивной ремедиацией (S.R. McGurk, E.W. Twamley, et al., 2007; M. Mazza, G. Lucc et al., 2010).

Когнитивная ремедиация представляет собой поведенческий тренинг, восстанавливающий рабочую память, внимание, функцию планирования, формирования более гибких когнитивных схем и мотивации, что улучшает функционирование (M.M. Kurtz, P.J. Moberg, 2001; T. Wykes, C. Reeder, 2003; D. Fabre, M.

Saoud et al., 2015). В основе этого направления лежит обучение с последовательным усложнением заданий предлагаемых пациенту как на бумаге, так и в компьютерном варианте (D.I. Velligan, 20006396; S. R. McGurk et al., 2007) в индивидуальном (R. McGurk et al., 2007) или в групповом формате (G. E. Hogarty et al., 2004; A. Medalia et al., 2008). Существуют программы, улучшающие когницию (индивидуальные (N. Frank, et al, 2013), компенсирующие - «безошибочное» обучение (R.S Kern, R. Liberman et al., 2003), когнитивный адаптационный тренинг, нацеленный на решение индивидуальных домашних проблем (D. I. Velligan, 2009). Широко используются компьютеризированные программы ремедиации (d'Amato T. et al., 2011; D. Dodell-Feder, L.M. Tully, 2015; A. Rose, M. Nahum et al., 2015), хотя будучи не подкрепленными интерактивным социальным обучением в среде, они не показали достаточной генерализации (McGurk S.R., Mueser K.T., 2004; J. Addington, 1999; S. Rakitzi, D.R. Mueller et al., 2016). Более предпочтительна комбинация ремедиации с тренингом социальных навыков (T. Wykes, C. Reeder, 2005; D.L. Roberts, D. Penn, 2010; A. Medalia, A. M. Saperstein, 2013; M.M. Kurtz, K.T. Mueser, 2015).

В последние годы наиболее перспективным направлением в восстановлении и поддержании социальных когнитивных функций является применение метакогнитивных тренингов, подразумевающее формирование у пациента своих собственных представлений о себе, окружающих, среде и психическом расстройстве (P. H. Lysaker, G. Dimaggio, 2014; J. L. Vohs, 2014; J.D. Hillis, P. H. Lysaker, 2015).

Оценка эффективности ранних исследований была сфокусирована на уменьшении психопатологической симптоматики и рецидивов. Так отмечалось, что развитие социальной компетентности и копинг – стратегий в комплексе с психофармакотерапией способно уменьшить частоту рецидивов (K.T. Mueser, D.L. Penn, 2004). Однако изолированное влияние этих составляющих оценить сложно, так как на эксацербацию симптоматики и рецидивирование влияет множество средовых факторов, таких как семейное неблагополучие, некомплаентность, употребление психоактивных веществ и социальные потрясения (S.R. Marder et al., 1996). M.M.Kurtz и K.T.Mueser (2008), проведя мета-анализ 22 про-

грамм посвященных тренингу социальных навыков, обобщили результаты, оценив взвешенную среднюю. Наилучшие показатели отмечались в области знаний социальных навыков, средние – в области их применения, в сфере социального функционирования и минимальный эффект был достигнут по количеству рецидивов (M. Kurtz, K.T.Mueser; 2008).

Наряду с этим, активно обсуждается возможность генерализации навыков полученных в результате подобных тренингов и отмечается их многогранное комплексное влияние на функционирование в сообществе (A. Kopelowicz, R.P. Liberman; 2006). Наибольшее внимание привлекает обучение специализированным навыкам, таким как независимое проживание, поиск работы, взаимодействие в трудовом коллективе, знакомство и поддержание дружеских и романтических отношений.

В последние десятилетия в зарубежной практике лечения амбулаторных больных шизофренией все активнее применяется когнитивно-поведенческая терапия (T. A. Sensky, 2000; D.I. Velligan et al.; 2002; G. E. Hogarty et al., 2004; T. Wykes et al., 2008). Ее целью при терапевтически резистентном психозе является уменьшение интенсивности бредовых идей и галлюцинаций (и связанной с ними напряженности), умение критически оценивать свое мышление, улучшение контроля над собственным настроением (P. A. Garety, 2000; D. Turkington, 2004; I. Nowak, 2015). Развитие этих способностей является предпосылками к снижению риска рецидивов, сокращению длительности госпитализаций и уменьшению степени социальной несостоятельности (A. Bechdolf, 2004; J.R. Bustillo et al., 2001; Morrison A. P., 2011). Отмечаются положительные результаты применения когнитивной психотерапии совместно с медикаментозной у пациентов со стабильным дефектом в стадии ремиссии. Значимый эффект отмечается в отношении снижения самостигматизации (A. P. Morrison, L. J. Wood et al., 2016).

Когнитивно-поведенческая терапия в сочетании с традиционным медикаментозным лечением используется при терапии амбулаторных больных шизофренией как в индивидуальном, так и в групповом формате (S. Pilling et al. 2002; T. Wykes et al., 2008). Однако подобные вмешательства требуют больших экономи-

ческих затрат и являются малодоступными даже в странах развитой психосоциальной системой поддержки. Сочетание когнитивно-поведенческих модулей с индивидуальным и семейным психообразованием приводит к сокращению регоспитализаций и улучшению социальной адаптации (S. Pilling et al., 2002; N.J.K. Breitorde, 2011; A. Schaub, 2012).

Анализ долгосрочного катамнеза (2 года) комплексной групповой программы поведенческой терапии для стационарных больных, основанной на обучении копинг-стратегиям, показал существенное улучшение навыков «управления» болезнью, социального функционирования и снижение общепсихопатологической симптоматики (A. Schaub, K.T. Mueser et al., 2016).

Изолированная работа по улучшению когнитивных функций без сопутствующих тренингов социальных навыков, выработки копинг-стратегий способствует адаптации больных лишь в узких рамках специфической среды (в семье, на уровне самообслуживания и привычных действий), в меньшей мере влияя на автономию и социализацию. Постоянно меняющиеся экстрамуральные условия и нестандартные бытовые и семейные ситуации требуют от пациентов большей гибкости в принятии решений и способности отойти от привычных поведенческих стереотипов, что для больных шизофренией представляет существенные трудности. В соответствии с этими требованиями в амбулаторных условиях более эффективно себя показали комплексные программы: нейрообучающий подход к психокоррекции (NEAR) (G.E. Hogarty et al., 2004; A. Medalia, 2008; M.A.R. Hodge, 2010), когнитивно-улучшающая терапия в сочетании с групповой терапией (GET) (G.E. Hogarty et al., 2004), тренинг социальных когниций и взаимодействий (SCIT) (D.L. Roberts, D.L. Penn, 2009, 2010; D.L. Roberts et al., 2014), тренинг имитации эмоций и внутренней модели сознания другого (ETIT) (M. Mazza et al., 2010) и другие. Все они свидетельствуют об улучшении адаптации, социального функционирования и качества жизни пациентов с шизофренией в естественных условиях проживания и труда.

Таким образом, комбинация тренинга элементарных когнитивных функций и социальных навыков, в том числе коммуникативных расширяет эти возможно-

сти, позволяя обобщать и применять эти навыки в сообществе (Т.А. Eckman et al., 1992; V. Roder, H. D. Brenner., 2011).

По данным К. Т. Muezer et al. (2002) оптимальным является сочетание психообразования и различных социальных тренингов. Первое при этом, может являться базой для других широкоформатных программ, таких как, техники совладения (R.T. Mueser, D.P. Valentiner, J. Agresta et al., 1997), проблемно-решающие занятия (A. Schaub, 2012), модули предотвращения обострений (M.I. Herz et al., 2000).

Особое место в психосоциальном восстановлении на сегодняшний день занимает работа с амбулаторными пациентами в стабильном состоянии. Для этой цели широко используются программы «управления болезнью»: WRAP и IMR. Программа «Самоуправления с использованием оздоровительного плана действий» (Wellness Recovery Action Planning - WRAP) опирается на самоопределение пациентов, формируя их автономию, развивая чувство личной ответственности и самоэффективности (J.A. Cook, M.E. Copeland, 2012). Она состоит из 8 – 12 сессий, на которых при активной поддержке инструкторов создается индивидуальный план выздоровления с использованием психообразовательных методик, тренингов совладания с симптомами и управления кризисными триггерами. В результате чего в умеренной степени отмечалось снижение общепсихопатологических и позитивных симптомов, увеличивалась надежда и целиустремленность больных, а в долгосрочной перспективе улучшалось качество жизни.

Программа самоуправления восстановлением («Менеджмент болезни и восстановления» - IMR) популярная в США, Австралии и Нидерландах, представляет собой структурированное психосоциальное вмешательство. Это своеобразный индивидуальный учебный план для амбулаторных пациентов и сопутствующая психосоциальная поддержка. Его задача - повышение компетентности пациентов, обучение их планированию, достижению целей, преодолению трудностей и развитие социальных навыков. При этом, в ходе еженедельных индивидуальных или групповых занятий (не менее 9 месяцев) используется сочетание образователь-

ных, мотивационных и когнитивно-поведенческих стратегий обучения (K.T. Mueser, P.S. Meyer, D.L. Penn et al., 2006; W. Swildens, van Busschbach J.T. et al., 2011).

В последние 25 лет оправданное применение в лечении больных шизофренией получила интегративная психосоциальная терапия (ИПТ). Она объединяет методики нейрокогнитивного восстановления, развития социально-познавательных функций, формирования и развития коммуникативных, социальных навыков и проблемно-решающего поведения. ИПТ организована в 5 последовательных подпрограммах, где усвоение более сложных навыков (социальных) наслаивается на проработанные более простые (социально - познавательные) (V. Roder, H. D. Brenner., 2011). В отличие от компьютеризированных односторонних программ нейрокогнитивного восстановления вся работа проводится в группах, где практикуются интерактивные упражнения, пациенты изучают альтернативные стратегии для достижения индивидуальных целей (L. Krabbendam, A. Aleman, 2003; S. Rakitzi et al., 2016). Мета-анализ 29 исследований с использованием ИПТ (среднее количество сеансов составляло 44,4 со средней частотой сеансов - 3,2 в неделю), показал улучшение нейрокогнитивных функций, социального функционирования и редукцию психопатологической симптоматики (V. Roder, H.D. Brenner, 2006).

Обширная психосоциальная интегративная программа была проведена в Дании. Она включала групповое психообразование, тренинги социальных навыков и навыков решения проблем с использованием ролевых игр, психодрамы и когнитивной терапии. Результаты 2-х летнего катамнеза показали существенное снижение позитивных и негативных симптомов, улучшение общего уровня когнитивного и аффективного функционирования (A. Thorup et al., 2005). Поэтому в современном мире психосоциальное восстановление не мыслимо без комплексного подхода, включающего психообразовательные модули, социально-когнитивный и проблемно-решающий тренинги.

Зарубежная психосоциальная терапия во внебольничных условиях представлена разнообразными программами трудовой реабилитации начиная от защищенного и поддерживаемого трудоустройства до трудоустройства на конку-

рентной основе (G.R. Bond, D.R. Becker, 2001; G.R. Bond, R. E. Drake, K.T. Mueser et al., 1997; R. E. Drake et al., 2012). Различные программы помогают пациентам найти работу и сохранить ее. Это позволяет развивать их автономию и улучшить функционирование (J.A. Cook, H.S. Leff et al., 2006; J.R. Bustillo et al., 2001). Программы поддерживаемого трудоустройства – один из актуальных подходов к улучшению результатов помимо рутинной профессиональной реабилитации (переходное или защищенное трудоустройство) и дают в последующем возможности трудоустройства на конкурентной основе (K.W. Liu, V. Hollis et al., 2007; R.E. Drake et al. 1996, 1999). По данным G. R. Bond и соавт. (1995; 1998; 2001) поддерживаемое трудоустройство предполагающее сохранение за пациентом индивидуального рабочего места в сообществе с неограниченной во времени психосоциальной поддержкой дало средний показатель получения работы на конкурентной основе равный 65% (в контрольных группах - 26%). Исследования доказывают определяющее значение уровня мышления, навыков планирования, решения проблем у больных шизофренией в получении занятости на конкурентной основе (A. Lехén, U. Vejerholm, 2016).

Широкое применение в мире находит индивидуальная личностная психотерапия при шизофрении в амбулаторных условиях. Она сравнивается с групповой и семейной, которая так же может проводиться на дому с отдельными семьями либо в группе, где присутствуют несколько семей одновременно (G.E. Hogarty et al., 1997; F. B. Dickerson, A.F. Lehman, 2006). Однако наибольший эффект дает комбинация методов с дифференцированным поэтапным ведением амбулаторных пациентов. G.E. Hogarty и соавт. (1997) использовали поэтапный индивидуализированный подход с ориентацией на стадию восстановления пациентов. В период начала восстановления внимание концентрировалось на симптомах и стрессорах, в промежуточной стадии – на научении техниках релаксации и обучении когнитивному рефреймингу во время стресса. Последняя ступень посвящалась программам социальной и профессиональной реабилитации и применению полученных навыков в сообществе. Эти же авторы отмечают еще более высокую эффек-

тивность групповой поддерживающей психотерапии в отношении социальной адаптации и развития автономии пациентов.

Во всем мире особое внимание уделяется социальной интеграции, как специальной системе вовлечения пациентов в сообщество, работе по развитию их социальной сети и адаптации к «аффилиативной жизни». Это подразумевает налаживание эмоциональных контактов, общие интересы и социальную активность. Получило распространение понятие «организованная дружба» - образование «дружеских союзов» в системе амбулаторной психиатрической помощи, которые финансируются страховыми компаниями или из местного бюджета с привлечением волонтеров. Когда подопечного знакомят с добровольцем, они вместе делают покупки, посещают места развлечений и прочее, формируя, таким образом, дружеские отношения. Институт Trimbos изучил деятельность 25 подобных служб и выявил высокую их эффективность в побуждении пациентов к автономии и дружеским связям (В.Н. McCorkle, E.S Rogers et al., 2008; E. Vingilis, S.A. State, 2001). Проект «сблокированных квартир» в штате Калифорния – управляемая пациентами финансируемая программа. Изначально «жилищные единицы» располагались на территории одного района, обеспечивались встречи бывших пациентов для обсуждения своих потребностей и взаимной помощи. Затем пользователи пожелали жить в общем четырех-квартирном доме, одну из пустующих квартир они выделили для помощи другим не связанным с программой потребителям, спонтанно обращавшимся за поддержкой. Этот пункт стал «Центром внимания» и получил широкую популярность и уважение хронических пациентов, а также обеспечил уменьшение количества госпитализаций в последующем году (J.M. Mandiberg, L. Telles, 1990). Подобные программы, как правило, управляемы самими пользователями и в качестве персонала также часто прибегают к услугам самих пациентов. Это особенно ценно для поддержания социальной значимости и реализации интересов пользователей, что делает их полноценными членами общества (Y. I. Wong, P.L. Solomon, 2002).

В настоящее время существует множество разных форм амбулаторного обслуживания, включающие психосоциальные мероприятия с учетом их эффектив-

ности в отношении определенного контингента пациентов. Предпочтение отдается клиент-центрированному комплексному мультидисциплинарному подходу (F. Holloway, J. Carson, 1998; M. Dieterich, C. B. Irving et al., 2010). В 1980 г. L. Stein и M. Test реорганизовали стационарную мультидисциплинарную бригаду настойчивого лечения в сообществе с целью предоставления всех видов помощи доступной в больнице, для выписавшихся пациентов с тяжелым хроническим психическим заболеванием в сообществе – «больница без стен» (L. Stein, M. A. Test, 1980).

Несмотря на трудоемкость, модель подтвердила свою экономическую эффективность (E.A. Latimer, 1999; P. B. Gold et al., 2012). Модель получила широкое распространение в США, Австралии, Канаде, Англии и Швеции (M. Knapp et al., 2011). В настоящее время оправдывают себя более гибкие ее варианты, охватывающие больший контингент с перераспределением занятости мультидисциплинарных бригад (M.T. Finnerty et al., 2015). Многие исследования подтверждают, что интенсивное лечение в сообществе (АСТ) существенно снижает количество и длительность регоспитализаций у часто и длительно госпитализируемых пациентов с выраженным нарушением социальной адаптации и нарушением режима поддерживающей терапии (L.I. Stein, 1980; K.T. Mueser et al., 1998; G. Nelson et al., 2007). Однако социальное функционирование в целом и способность трудоустроиваться на общих основаниях остаются на прежнем не высоком уровне. В то время, как дополнение настойчивого лечения программами психообразования и выработки социальных навыков значительно улучшает эти показатели (E.L. Latimer, 1999; J.R. Bustillo et al., 2001).

Более индивидуальную стратегия дифференциации и координации различных служб в интересах больного. Эта форма помощи возникла в США в период деинституционализации психосоциальную поддержку обеспечивает ведение индивидуального случая, когда используется. Ее целью было обеспечить преемственность, доступность и эффективность разобращенных на тот период медицинских и социальных служб для пациентов, выписанных из стационаров. Ключевой компонент программы – связь «штат–больной» обеспечивает индивидуальную

программу помощи, интегрируя деятельность служб разных ведомств. Пациенту предоставляется полный спектр услуг по лечению и реабилитации в сфере психиатрических и общемедицинских услуг, доступ к материальным ресурсам (помощь в приобретении питания, жилья, одежды), психосоциальные вмешательства, обеспечивающие участие пациента в общественной жизни, стимуляция автономии (M. Dieterich, M. Marshall et al., 2010).

Этот вариант поддержки оправдан в тех случаях, когда у пациента резко выражен когнитивный дефицит и затруднено самостоятельное последовательное использование ресурсов медицинской и социальной помощи. Однако он имеет свои минусы и ограничения в использовании (P. Tyrer et al., 1999; M.T. Finnerty et al., 2015). Однако существенно уступает АСТ по улучшению показателей регоспитализаций и их длительности а так же мало эффективен в отношении улучшения социальных показателей (M. Dieterich, C. V. Irving, H. Bergman et al.. 2017).

Более успешно зарекомендовал себя усовершенствованный вариант - intensive case management, сочетающий в себе АСТ и case management (R.A. Rosenheck et al., 2010). Это доллительное обслуживание пациентов с тяжелой психопатологией, не требующей госпитализации в текущий момент.

Вышеизложенное доказывает, что каждый метод психосоциального воздействия имеет свои мишени терапии и точки приложения. Но для достижения полноценной интеграции пациентов в сообщество с возможностью обеспечения трудоустройства в обычных жизненных условиях на конкурентной основе и длительного сохранения удовлетворительного качества жизни, необходим комплексный подход с применением различных психосоциальных методов, привлечением ресурсов сообщества, психиатрических учреждений и других государственных служб (социальных, юридических, жилищных ресурсов).

Реабилитация в отечественной психиатрии

Фундаментальные положения трудового и социального восстановления, выдвинутые учеными, стоявшими у истоков отечественной психиатрической реабилитации (Т.А. Гейер, 1933; Д.Е. Мелехов, 1960) лежат в основе современной

концепции этого направления. Мультиmodalный подход - объединение усилий врача, социального работника, психолога и семьи больного, единство биологических и психосоциальных мероприятий и принципы уважительного партнерского отношения с пациентом изначально являлись основополагающими (М.М. Кабанов, 1998).

Идея наблюдения душевнобольных в естественных условиях проживания, выдвинутая еще в 1887 г. на I Съезде отечественных психиатров С. С. Корсаровым, нашла свое воплощение в начале XX века в виде «семейного патронажа» в работе Н. Н. Баженова (Н. Н. Баженов, 1887) и надомном наблюдении на Сабуровой даче (Н. М. Зеленский, 1946).

Д.Е Мелехов (1960; 1963; 1981) выделял ступенчатость мероприятий в соответствии с этапом болезни и возможностями больного, делая акцент на поддержании контакта со средой проживания и предотвращении изоляции. Идеалом и конечной целью перестройки психиатрической помощи он считал создание терапевтического сообщества больных и персонала, полагая, что влияние медицинских и социальных работников вне стен специальных учреждений (клубная работа, вечера встреч, беседы) способствуют развитию интерперсональных связей и самостоятельности. Обращение к ресурсам общественности и трудовых коллективов, поддержка которых значительно улучшает социальное функционирование пациентов и способствует восстановлению недостаточных или утраченных в результате болезни навыков и умений как коммуникативных, так и проблемно ориентированных (Д.Е. Мелехов, 1960; 1963; 1981).

Основой отечественной социально-трудовой реабилитации являлась созданная в 30-е годы прошлого столетия система промежуточных между больницей и производством учреждений. Она была представлена кабинетами трудовой терапии, ЛТМ при диспансерах, специализированными цехами и т. п. Это позволяло пациентам постепенно поэтапно вливаться в трудовой коллектив, минимизируя дискомфорт от утраты профессиональных и коммуникативных навыков. (А. С. Борзунова, Ф. Н. Спивак, 1958).

Анализ трудового потенциала и прогноза больных шизофренией с учетом течения, формы, активности процесса, особенностей ведущего психопатологического синдрома, открыл новые пути более продуктивной трудовой реадaptации. Изучая влияние типологии ремиссий и вариантов их течения на социально-трудовую приспособляемость, В.Г. Зеневич (1957) указывал на то, что трудоспособность не определяется только лишь дефектом и компенсаторными возможностями, а обусловлена рядом психофизических и социальных факторов. Среди последних особое значение он придавал профессии пациента, его квалификации, условиям работы, социально-бытовому окружению и материальной заинтересованности. По его мнению, одной из основных задач диспансерного курирования являлась эффективная трудовая адаптация как залог качественной ремиссии (В.Г. Зеневич, 1957).

Важной особенностью системы реабилитации больных в советской психиатрии являлись непрерывность и преемственность в проведении соответствующих мероприятий в больничных и амбулаторных условиях, что обеспечивается системой поэтапной реабилитации. В ней предусмотрено применение дифференцированных реабилитационных режимов в соответствии с состоянием больных и нозологической принадлежностью их психического заболевания а так же соответствующие медико-психологические и педагогические воздействия (Е.Д. Красик и др., 1983). При изучении и определении социально-трудового прогноза больных шизофренией учитывался весь комплекс возможных воздействий на них, включающий как медикаментозную терапию, так и различные меры социально-трудовой реадaptации вне стен стационаров (Е. Д. Красик и др., 1991).

В амбулаторных условиях отдельное внимание уделяется семейной адаптации больных шизофренией как одной из составляющих их социального восстановления (Е. Д. Красик, Г.В. Логвинович, 1991; Е.М. Райзман, 1991; О.П. Бах, 1992; Г.В. Логвинович, А.В. Семке, 1995). Ряд исследователей подчеркивают, что семейные пациенты, обладают более высоким адаптационным потенциалом и сохраняют достаточно высокий уровень работоспособности (В.М. Воловик В.М., 1978; М.А. Аграновский, 1982; Г.В. Логвинович, А.В. Семке, 1995; Т.И. Пинле-

пин, С.П. Бессараб, 1989). Отмечается, что одинокие и пациенты с неблагоприятными семейными отношениями менее эффективно восстанавливают свой социальный статус (В.М. Воловик, 1978, 1984; В.Ф. Друзь с соавт., 1998; А.П. Коцюбинский, 1999). Зарубежные авторы приводят сходные данные (R.C. Bland, et al., 1978; P. Munk-Jorgensen, 1987; В. Rosen, et al., 1971).

Основная масса усилий по восстановлению пациента в отечественной психиатрии во второй половине XX века направлялась преимущественно на трудовую реабилитацию и фокусировалась на трудовом прогнозе шизофрении, создавались списки доступных профессий и трудовые рекомендации. (Д. Е.Мелехов, 1963, Бессараб С. П., 1991). Внимание концентрировалось на инвалидах, практикуя утилитарный подход к индивидууму, ставя его на службу обществу и стремясь минимизировать трудовые потери для социума. В последние годы в нашей стране, как и во всем мире, все большее значение приобретает пациент-центрированная модель психиатрического обслуживания с опорой на самоуважение и активацию личных ресурсов пациента, привлечением внимания и сил ответственности для улучшения качества жизни людей (И. Я. Гурович и соавт., 2014).

К началу XXI века, наряду с социально-экономическими переменами возникла необходимость реформирования устаревшей системы организации психиатрических служб. Низкое качество психической помощи пациентам обуславливает большие экономические потери, связанные с высокой инвалидизацией лиц с психическими заболеваниями, их нетрудоспособностью (Т.А. Солохина, 2003; У.Б. Любов, 2012). Использование преимущественно стационарных форм помощи требовало выделения существенных бюджетных затрат (Е.Б. Любов с соавт., 2013; В. С. Ястребов с соавт., 2009).

Современный этап развития внебольничной психосоциальной помощи в России

Современные преобразования в социально-экономической сфере и здравоохранении страны диктуют необходимость развития широкой сети психосоциальной реабилитации, одновременно с этим предъявляя все более высокие требова-

ния к ее содержанию и организационным вопросам. Повсеместное распространение более эффективной медикаментозной терапии открывает широкие возможности для функционального восстановления пациентов.

Доминирующим направлением в экономически развитых странах является следование принципам общественно-ориентированной психиатрии. Это подразумевает использование различных государственных и общественных структур, позволяет сократить коечный фонд стационаров и дает возможность пациентам проходить лечение в привычном окружении (М.М. Кабанов, 1977; И. Я. Гурович с соавт., 2004; Б.А. Казаковцев, 2009; А.П. Коцюбинский, 1999, 2013).

Кроме того, использование различных стационарозамещающих технологий существенно сокращает затраты бюджета на одного пациента, так как его лечение в стационаре обходится в 3 раза дороже (Е.Б. Любов, 2012; В.Н. Прокудин и соавт., 2003; Л. С. Шевченко, 2009).

Реформирование системы оказания психиатрической помощи в России идет по пути внедрения наиболее эффективных внебольничных форм и альтернатив стационарам. Открываются консультативные клиники и центры, "открытые" учреждения для больных с хроническим течением психических заболеваний, полустационары, специальные клубы, центры реабилитации и трудотерапии (В.Н. Краснов, И. Я. Гурович, 2010; С.Б. Козяков С. Б., 2009; Б. А. Казаковцев, 2009; 2015; А. П. Коцюбинский с соавт., 2013).

Результатом перехода от медицинской к биопсихосоциальной модели оказания помощи является внедрение бригадного метода лечения во внебольничных условиях, полипрофессиональный подход (В.Д. Вид, 1995, 2001; Е. А. Васильева, 2006; Т.Ф. Волчкова, 2013). Это предполагает использование в лечебно-реабилитационных мероприятиях не только методов психофармакотерапии, но и применение психотерапии (В.Д. Вид, 1998, 2008; А. Б. Холмогорова, 1993; М.Е. Бурно с соавт., 1989; С.М. Бабин, 2006; Э.Г. Эйдемиллер, 2012; Н.М. Ривкина, 2013; Е.В. Корень, Н.Е.Степунина, 2015). Кроме того интенсивно используются тренинги социальных и коммуникативных навыков (А. Б. Шмуклер и соавт., 2015), мотивационные модули (Н. Д. Семенова, 2004, 2010; Н. Д. Семенова, И. Я.

Гурович, 2015), групповая психосоциальная психотерапия (Е.М. Юровская, 2004; Л.Г. Мовина, 2005; А.Б. Холмогорова, 2007; Арченко, 2015), метакогнитивные тренинги (О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, М.В. Миняйчева, 2014).

Опыт работы отделения психосоциальной реабилитации Московского НИИ психиатрии, функционирующего с 2009 г. в режиме дневного стационара и амбулаторной помощи, в показывает, что в результате пошаговой программы восстановления происходит значительное улучшение социального функционирования, качества жизни и снижение повторных госпитализаций. По результатам 2-летнего катамнеза отмечалось снижение среднего количества госпитализаций в 2,4 раза, увеличение работающих больных в 1,8 раза, у 39,3% расширение круга общения, у 48,6% улучшение отношений с родственниками и комплаенса (О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, 2015).

Создаваемые в последнее время отделения интенсивного психиатрической помощи ориентированы в первую очередь на больных шизофренией с частыми и затяжными обострениями и отсутствием показаний к обязательной госпитализации. Как правило, это пациенты с низким уровнем комплаентности, требующие интенсивной терапии и психосоциальной реабилитации. Примером работы такой мультидисциплинарной бригады стало отделение интенсивного лечения в сообществе при Омской областной психиатрической больнице им. Н.Н. Солодникова, показавшее высокую эффективность (А.А. Уткин, 2009; О.Н. Степанова, 2009). В этом отделении не только психофармакотерапия, но и психосоциальные мероприятия проводятся поэтапно с учетом тяжести и динамики состояния пациентов, гибко меняются в соответствии с их потребностями и охватывают как самих больных, так и их ближайшее окружение, формируя терапевтическую среду. У 68,8 % больных в процессе терапии отмечается существенное улучшение. Общие затраты на лечение этих пациентов в год составляют всего 38% от традиционных. Это достигается путем сокращения длительности госпитализаций.

К новым звеньям внебольничной помощи можно отнести отделение внебольничной реабилитации, рассчитанное на обслуживание выписанных после длительного лечения в стационаре больных шизофренией и расстройствами ши-

зофренического спектра в период, когда они особенно нуждаются в психосоциальной помощи (Л. Г. Мовина, 2012). Отмечено, что в результате проведения лечебно-реабилитационных мероприятий (программы «переходных групп», психообразование, тренинги социальных навыков, отдельных познавательных функций, досуговые программы) у 80% пациентов отделения расширились социальные сети, у более 60% улучшилось социальное функционирование (С.В. Литвинцев, 2009; А.А. Уткин, 2009; О.Н. Степанова, 2009).

Среди внебольничных форм психиатрической помощи отдельное место отводится стационару на дому (М.А. Мазур, Н.С. Фомина, 1962). В таких условиях интенсивная комплексная терапия при сохранении привычного социального окружения пациента, включает непосредственное участие в лечебном процессе ближайшего окружения больного, взаимодействие с местными социальными и общемедицинскими службами (В.И. Стародубов и др., 2001). В отдельных регионах России использование СнД наиболее перспективно, в том числе в силу культуральных особенностей обращения за психиатрической помощью (М. А. Алисханов, 2005). Важными элементами осуществления терапии в СнД является информирование, поддержка и обучение ближайшего окружения и самого пациента, расширение сферы семейной ответственности за терапевтический результат, а также бригадный подход (психиатр, врачи-консультанты, медсестры, санитары). Клиническая эффективность лечения в СнД не уступает таковой в больничных условиях, но результаты достигаются в более короткие сроки (до 2 раз) (О.В. Агаркова, 2011).

Значительное место отводится также созданию общественной социальной поддержке и борьбе со стигмой (В.С. Ястребов с соавт., 2012; И.А. Хахина, 2000; И.И. Михайлова, 2005; Л.Я. Серебрянская, 2005; С.А.Трущелёв, 2010; Е.А. Тараканова, 2011; Т. А. Солохина, В. С. Ястребов, 2014). Существенный вклад в этой сфере принадлежит Общероссийской общественной организации «Новые возможности», силами которой при сотрудничестве с профессионалами проводится интенсивная психообразовательная и клубная работа с пациентами и их семьями, трудовая реабилитация, правовая поддержка и организация «жилья под защитой»

(Н.Б. Левина, Е.Б. Любов, 2005). Ассоциация родственников душевнобольных «Острова надежды» (В. Г. Ротштейн, 2010), центр социально психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье», клуб «Надежда», общество инвалидов «Благодать» также работают над психиатрическим просвещением и созданием групп само- и взаимопомощи, проводят арт-терапию и тренинги независимого проживания, оказывают поддержку в трудоустройстве, приобретении льготных путевок (В.С. Ястребов с соавт., 2008; Т.А. Солохина, В.С. Ястребов, 2014).

Пациенты, страдающие шизофренией в результате эндогенного процесса и длительного пребывания в стационаре, часто утрачивают связи с социумом, многие лишаются жилья и вовлекаются в криминальную среду. При этом они способны сохранять упорядоченное поведение, даже трудоспособность и в условиях соответствующей психосоциальной помощи могут быть адаптированы в обществе. Устранить эти проблемы силами одной только амбулаторной службы не представляется возможным. В таких случаях особенно актуально защищенное жилье для психически больных. В России эта форма организации психиатрической помощи представлена недостаточно (И. Я. Гурович, В.Б. Голанд, 2012; В.Н. Краснов и соавт., 2010). Ранее в ряде регионов России имели место различные варианты отделений для больных утративших социальные связи (О.В. Лиманкин, 2003; А. П. Поташева, 2007). Имеются также отделения социально-трудовой реабилитации, используемые на загородной базе с трудоустройством пациентов в подсобном хозяйстве (О. В. Лиманкин, 2007; А.А. Уткин, 2009). Актуален такой вид помощи, как защищенное жилье по типу квартир для независимого проживания, которая способствует интеграции больных в сообщество (А.П. Агарков, 2010, А.А. Уткин, 2009).

Во время пребывания пациентов в таких отделениях реализуются групповые программы психосоциальной реабилитации (тренинг социальных навыков, независимого проживания), обучение преодолению стрессовых ситуаций. Проводится работа по последовательному приближению их к естественным жизненным условиям и созданию «терапевтического сообщества». Программы сфокусирова-

ны на предупреждении обострений и развитии социальных связей пациентов, моделировании социально-положительных поведенческих паттернов. Уделяется прицельное внимание трудовой (трудоустройство) реабилитации, организации быта, досуга, оказание юридической помощи (А. Пулккинен, 1999; Л. И. Сальникова, 2000; В.Энтони, 2001).

В Свердловской области «жилье под защитой» – часть программы реформирования областной психиатрической службы, в результате чего, количествооек уменьшилось на 20%. Благодаря комплексной реабилитационной программе, осуществляемой междисциплинарными межведомственными бригадами, включающей социально-трудовую, психообразовательную, досуговую работу, семейную терапию общественную поддержку, уровень регоспитализации сократился на 25%, а удовлетворенность помощью спустя 18 месяцев от начала программы составила 70%. (А. П. Поташева, 2007).

В последние десятилетия внимание специалистов сфокусировано на целевом подходе психосоциальной реабилитации, оказываемой отдельным контингентам психиатрических пациентов (В. Н. Краснов и соавт., 2010). Особое внимание при внедрении внебольничных форм психосоциальной терапии уделяется тяжело хронически больным, инвалидам, пациентам утратившим жилье и социальные связи (К.В. Давыдов, 2005; О.В. Лиманкин, 2007; Е.А. Васильева, 2006; А. П. Поташева, 2007; О.О. Папсуев, 2010), либо впервые заболевшим пациентам, как наиболее перспективным в плане социального восстановления (Л.Г. Мовина, 2005; А.С. Дороднова, 2006; Ю.С. Зайцева, 2010). Многие из них не имеют инвалидность, но сталкиваются с серьезными трудностями в трудоустройстве (Е.М. Кирьянова, 1994). Имеющиеся в настоящее время единичные разработки форм психосоциальной помощи, приближенных к месту жительства больного, ориентированные на межведомственное взаимодействие в вопросах психосоциального восстановительного сопровождения не исчерпывают все возможности внебольничной помощи больным шизофренией и шизофренического спектра (С.Б. Козяков, 2009; Н. П. Ванчакова, 2009).

В целом, следует отметить, что многочисленные социальные проблемы пациентов указывают на настоятельную необходимость проведения широкого круга психосоциальных вмешательств в амбулаторном звене психиатрической помощи пациентам. Особенности контингента и его потребности диктуют необходимость разработки и внедрения комплексной программы с выделением целевых групп пациентов, оказания им полипрофессиональной помощи, обеспечивающей преемственность и связь с психосоциальными службами стационаров, самими пациентами, их ближайшим окружением и общественными организациями.

Глава II. Материалы и методы исследования.

Работа выполнялась на базе отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии (в настоящее время филиал «ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России) и ПНД № 14 Департамента здравоохранения города Москвы (в настоящее время диспансер реорганизован).

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе с целью определения потребности амбулаторного контингента больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятиях было проведено их эпидемиологическое обследование.

На втором этапе была осуществлена психосоциальная помощь выборке обследованных на первом этапе пациентов и определена ее эффективность по сравнению с контрольной группой больных, не получающих психосоциальную терапию.

На первом этапе исследования сплошным невыборочным методом были изучены амбулаторные карты всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, в течение календарного года состоящих под диспансерным и лечебно-консультативным наблюдением на одном из участков психоневрологического диспансера.

Обследование проводилось с помощью специально разработанной карты, включавшей полуструктурированное интервью (см. приложение). Для объективной характеристики социального функционирования больных использовались имевшиеся в диспансере данные (сведения обследования работниками диспансера на дому, данные амбулаторной карты и пр.). Карта включала ряд клинических характеристик: диагноз по МКБ-10, давность заболевания и наблюдения в диспансере, кратность обращения за амбулаторной и полустационарной помощью, длительность и частота госпитализаций и обращений в ПНД, объем используемых ресурсов (характеристика психофармакотерапии и психосоциальной поддержки),

а также некоторые социальные характеристики, отражавшие образование, профессиональный статус, материальное положение, обеспеченность одеждой, питанием, жильем. Учитывались также аспекты социального функционирования, такие как взаимоотношения с родственниками, развитость социальной сети, наличие юридических и организационных проблем.

На втором этапе из обследованного на участке ПНД № 14 контингента больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра была сформирована основная группа (52 чел.) от 18 до 67 лет. Во время очередного посещения участкового психиатра всем пациентам предлагалось участие в программе психосоциальных мероприятий длительностью до 1 года (2 - 2,5 месяца – основной курс и 10 -10,5 месяцев – поддерживающий цикл). Тем из пациентов, кто по каким-либо причинам отказался от участия в программе было предложено трехкратное обследование, соответствующее тому, какое проходили пациенты основной группы (до, после завершения программы и катamnестически). Из их числа методом «близнецов» (пары подбирались по полу, возрасту и диагнозу) была набрана контрольная группа (52 чел.). Таким образом, в исследование вошло 56,0% больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, наблюдавшихся на участке (104 чел. из 191).

Статистически значимых различий по основным демографическим и диагностическим характеристикам между основной и контрольной группой выявлено не было (табл. 1, 2). Как было показано при оценке эффективности разработанной комплексной программы психосоциальной помощи больным (глава 4.3), также не было статистически значимых различий в основной и контрольной группах по исходным клинико-социальным показателям.

**Поло-возрастная характеристика больных шизофренией и
расстройствами шизофренического спектра основной и контрольной
групп**

Показатель	основная группа		контрольная группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Пол					
Муж	20	38,5	19	36,5	p>0,05
Жен	32	61,5	33	63,5	p>0,05
Возраст					
18-29лет	5	9,6	6	11,5	p>0,05
30-39лет	16	30,8	16	30,8	p>0,05
40-49лет	14	26,9	13	25,0	p>0,05
50-59лет	13	25,0	14	26,9	p>0,05
старше 60лет	4	7,7	3	5,8	p>0,05
Итого:	52	100	52	100	

Таблица 2

**Характеристика больных основной и контрольной групп
по диагностическим категориям**

Расстройство	Код расстройства (МКБ-10)	основная группа		контрольная группа		p
		Абс.	%	Абс.	%	
параноидная шизофрения с непрерывным типом течения	F20.00-20.006	5	9,6	5	9,6	p>0,05
параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения, с нарастающим, стабильным дефектом.	F20.01-20.03	33	63,5	32	61,5	p>0,05
недифференцированная шизофрения	F20.3	5	9,6	4	7,7	p>0,05
шизотипическое рас-	F21.1-21.8	6	11,5	7	13,5	p>0,05

стройство						
острые и преходящие психотические расстройства	F23.1-23.8	1	1,9	1	1,9	p>0,05
шизоаффективное расстройство	F25.00-25.28	2	3,85	2	3,85	p>0,05
Итого:		52	100,0	52	100,0	

Обследование основной и контрольной групп включало оценку уровня их социального функционирования, субъективную оценку качества жизни, уровень осведомленности о психических заболеваниях, методах их лечения и специфике работы психиатрических служб, определение размера и плотности социальной сети, удовлетворенности эмоциональной и инструментальной поддержкой. С согласия пациентов для получения объективной информации привлекался участковый психиатр и родственники.

Характеристика методов исследования.

Основными методами исследования были: клинико-динамический с динамическим наблюдением за состоянием больного, клинико-катамнестический с отсроченной оценкой динамики клинико-психопатологических и клинико-социальных характеристик заболевания, психометрический с количественным выявленных расстройств, статистический с проведением математической обработки данных.

Для решения поставленных задач применялся ряд стандартизированных шкал:

Шкала оценки позитивных и негативных расстройств - PANSS (S.R.Kay et al., 1987; С.Н.Мосолов, 2001),

«Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, 1998),

Опросник для оценки социальных сетей психически больных (S.L. Phillips, 1981),

Опросник для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных (G.Sommer, T.Fudrich, 1989),

Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы (Л.И.Сальникова, Л.Г.Мовина, 2002).

Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками (Л.И. Сальникова, Я. А. Сторожакова, Н.Д. Семенова, Е.Л. Архипова, 2002).

Карта для оценки возможности независимого проживания психически больных (В.А. Меркель, Н.В. Соловьева, К.В. Давыдов, 2002).

Шкала оценки позитивных и негативных расстройств – PANSS.

Шкала PANSS (S.R.Kay et al., 1987; С.Н.Мосолов, 2001) позволяет проводить стандартизованную оценку психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и оценивать состояние пациента в динамике. Шкала включает 30 пунктов, оцениваемых на основании формального полуструктурированного клинического интервью и объективных источников информации (сведения от родственников пациента, участкового психиатра). Выраженность патологии оценивается по 7-балльной шкале. В данном исследовании учитывалась выраженность позитивных, негативных и общих симптомов, а также выраженность психопатологических расстройств в целом.

Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных.

Уровень социальной дезадаптации оценивался при помощи «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, 1998), включающего в себя как данные объективного анамнеза, так и сведения, предоставляемые самим пациентом и отражающие его удовлетворенность различными аспектами социального функционирования и качеством жизни в целом. В данном исследовании использовался ряд разделов опросника, оцениваемых в баллах и предназначенных для анализа динамики социального функционирования больных в процессе терапевтического и психосо-

циального вмешательства, а именно: физическая и интеллектуальная работоспособность, занятие домашним хозяйством, характер круга общения и отношений с окружающими, удовлетворенность качеством жизни в целом и в связи с психическим состоянием.

Опросник для оценки социальных сетей психически больных.

Для изучения социальных сетей использовался опросник, разработанный S.L.Phillips (1981). В рамках проведенного исследования оценивались размер (количество людей в близком круге общения) и плотность (соотношение между числом реальных и потенциально возможных контактов) социальной сети, а также интенсивность (частота) общения больного с близкими.

Опросник для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных.

Для определения дефицита социальной помощи применялся заполняемый пациентами опросник для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных (G.Sommer, T.Fudrich, 1989). Опросник имеет пять разделов (субшкал), анализируемых в данном исследовании: эмоциональная поддержка, инструментальная поддержка, социальная интеграция, доверительные связи, удовлетворенность социальной поддержкой.

Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы.

Эффективность психообразовательной программы для пациентов оценивалась с помощью «Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Л.И.Сальникова, Л.Г.Мовина, 2002), которая включала 16 вопросов. Использовалась следующая градация баллов:

- 1-2 – низкий уровень информированности;
- 3 – средний уровень информированности;
- 4-5 – высокий уровень информированности.

Карта для оценки возможности независимого проживания психически больных.

Карта предназначена для выявления дефицита социальных навыков у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (В.А. Меркель, Н.В. Соловьева, К.В. Давыдов, 2002), может использоваться как однократно, так и в динамике. В настоящем исследовании применялась не только для оценки эффективности разработанного комплекса амбулаторных психосоциальных методик, но и для коррекции формата проводимого тренинга социальных навыков в каждой группе в соответствии с выявленными потребностями и особенностями пациентов.

Оценка эффективности осуществленного психосоциального вмешательства проводилась по следующим параметрам: клиничко-организационным (суммарная длительность пребывания в дневном стационаре, психиатрической больнице за период катамнеза; количество обострений, госпитализаций в психиатрическую больницу и дневной стационар за период катамнеза), клиничко-психопатологическим (показатели социального статуса больных, уровень социальной дезадаптации и качества жизни, характеристики социальных сетей, объем эмоциональной и инструментальной поддержки, навыки независимого проживания), оценивалась результативность психообразовательной работы. Указанные характеристики сопоставлялись в основной и контрольной группах, а также в динамике.

Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2010, Statistica SPSS 10.0.

Для сравнения параметров не связанных групп с неправильным распределением, применялся непараметрический ранговый U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения параметров связанных групп с неправильным распределением использовался непараметрический знаково-ранговый критерий Уилкоксона. Для анализа корреляции производилось вычисление рангового критерия Спирмена. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$.

Глава III. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера.

В соответствии с указанными условиями был обследован 191 пациент в возрасте старше 18 лет, из них 89 мужчин (46,6 %) и 102 женщины (53,4 %). Общая характеристика исследованных больных представлена в таблицах 3-5.

Наблюдалось превалирование больных старшего возраста: три четверти пациентов были старше 40 лет, из них 28,3 % больных были старше 60 лет, 25,6 % – от 50 до 59 лет, 23 % – от 40 до 49 лет.

Таблица 3

Поло-возрастная характеристика больных на участке психоневрологического диспансера

Показатель	Абс.	%
Пол		
Муж	89	46,6
Жен	102	53,4
Возраст (лет)		
20-29	20	10,5
30-39	24	12,6
40-49	44	23,0
50-59	49	25,6
старше 60	54	28,3
Итого:	191	100,0

Сопоставление диагностических категорий свидетельствовало о преобладании больных шизофренией с эпизодическим типом течения (31,9%). Доля больных с непрерывным типом течения и имеющих диагноз «шизотипическое расстройство» было примерно одинаковым (21,5% и 20,9% соответственно).

Распределение диагностических категорий обследованных больных

Расстройство	Код расстройства (МКБ-10)	Абс.	%
параноидная шизофрения с непрерывным типом течения	F20.00-20.006	41	21,5
параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом	F20.01-20.018	61	31,9
гебефреническая	F20.1	19	10,0
кататоническая	F20.2	13	6,8
шизотипическое расстройство	F21.1-21.8	40	20,9
хронические бредовые расстройства	F22.82	7	3,7
острые и преходящие психотические расстройства	F23.1-23.8	2	1,0
шизоаффективные расстройства	F25.00-25.28	8	4,2
Итого:		191	100,0

83,8% (160 чел.) обследованных больных находилось под диспансерным наблюдением, а 16,2% (31 чел.) – в консультативно-лечебной группе (табл. 5).

Таблица 5

**Форма наблюдения за больными на участке
психоневрологического диспансера**

Форма наблюдения	Абс.	%
Диспансерное	160	83,8
Консультативное	31	16,2
Итого:	191	100,0

Общая клиническая характеристика больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера представлена в таблице 6.

Как видно, более половины обследованных больных (53,4%) наблюдались с диагнозом «параноидная шизофрения» и почти 21% – шизотипическим расстройством. Почти половина больных длительно страдали эндогенным заболеванием (41,4%) и наблюдались в ПНД - более 20 лет. Заболевание продолжительностью

от 10 до 20 лет наблюдалось в 33,52% случаев, от 3-х до 10 лет – в 18,31% случаев, и до 3-х лет – только в 6,81% случаев. 45,0% пациентов имели группу инвалидности по психическому заболеванию, из них одна треть являлась инвалидами от 8 до 14 лет (31,4%), а 18,6% – свыше 15 лет. Среди инвалидов большинство (39,8%) имели 2 группу инвалидности, 3,1 % – 3 группу и 2,1 % – 1 группу.

Таблица 6

Клинико-социальные характеристики больных

Показатель		Число больных	
		Абс.	%
Диагноз			
Шизо- френия	параноидная, непрерывное течение	41	21,5
	параноидная, эпизодическое течение	61	31,9
	Кататоническая	19	10,0
	Гебефреническая	13	6,8
Шизотипическое расстройство		40	20,9
Хронические бредовые расстройства		7	3,7
Острые и транзиторные психотические расстройства		2	1,0
Шизоаффективное расстройство		8	4,2
Итого:		191	100
Длительность заболевания			
от 1 до 3 лет		13	6,8
от 3 до 5 лет		13	6,8
от 5 до 10 лет		22	11,5
от 10 до 15 лет		29	15,2
от 15 до 20 лет		35	18,3
свыше 20 лет		79	41,4
Итого:		191	100
Длительность наблюдения в ПНД			
от 1 до 3 лет		16	8,4
от 3 до 5 лет		14	7,3
от 5 до 10 лет		30	15,7
от 10 до 15 лет		29	15,2
от 15 до 20 лет		31	16,2
свыше 20 лет		71	37,2
Итого:		191	100
Инвалидность			
по психическому заболеванию		86	45,0
из них	1 группа	4	2,1
	2 группа	76	39,8
	3 группа	6	3,1

по соматическому заболеванию	9	4,7
Всего:	95	49,7
Длительность инвалидности		
до 1 года	8	9,3
от 1 до 3 лет	14	16,3
от 4 до 7 лет	21	24,4
от 8 до 14 лет	27	31,4
15 лет и более	16	18,6

В таблице 7 представлены данные обращаемости исследуемого контингента больных за психиатрической помощью.

Таблица 7

**Обращаемость больных за психиатрической помощью на участке
психоневрологического диспансера**

Обращаемость	Число больных	
	Абс.	%
Амбулаторная обращаемость (в год)		
менее 3 раз	74	38,7
от 3 до 5 раз	4	2,1
6 и более раз	113	59,2
Поступления в дневной стационар (за 5 лет)		
не было	140	73,3
1-2 раза	34	17,8
3-4 раза	10	5,2
5 и более раз	7	3,7
Поступления в психиатрическую больницу (за 5 лет)		
не было	117	61,3
1-2 раза	45	23,6
3-4 раза	12	6,3
5 и более раз	17	8,9
Общая продолжительность пребывания в дневном стационаре (за 5 лет)		
не госпитализировался	140	73,3
до 2 месяцев	26	13,6
от 2 до 4 месяцев	7	3,7
от 4 до 6 месяцев	7	3,7
от 6 до 12 месяцев	8	4,2
свыше 12 месяцев	3	1,5
Общая продолжительность пребывания в психиатрической больнице (за 5 лет)		
не госпитализировался	117	61,3
до 2 месяцев	31	16,2

от 2 до 4 месяцев	10	5,2
от 4 до 6 месяцев	11	5,8
от 6 до 12 месяцев	15	7,9
свыше 12 месяцев	7	3,7

73,3% больных, состоявших под наблюдением, за последние 5 лет ни разу не направлялись в дневной стационар, 61,3% пациентов – в психиатрическую больницу. Только 8,9% обследованных помещались в психиатрическую больницу более 5 раз за 5 лет; 23,6 % – 1-2 раза, 6,3% – 3-4 раза за 5 лет; для поступления в дневной стационар эти показатели составили 3,7%, 17,8% и 5,2% случаев соответственно (рис. 1, 2).

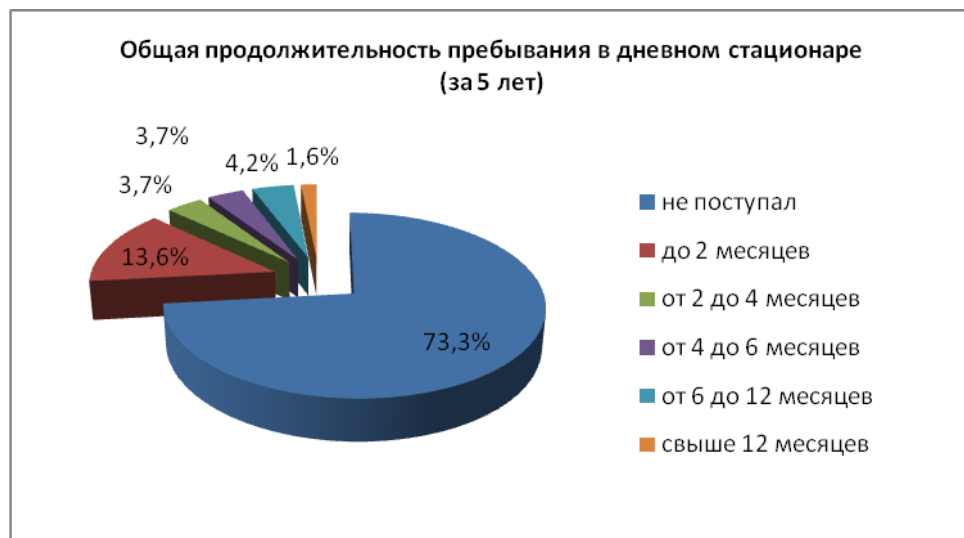


Рис. 1. Общая продолжительность пребывания в дневном стационаре (за 5 лет).

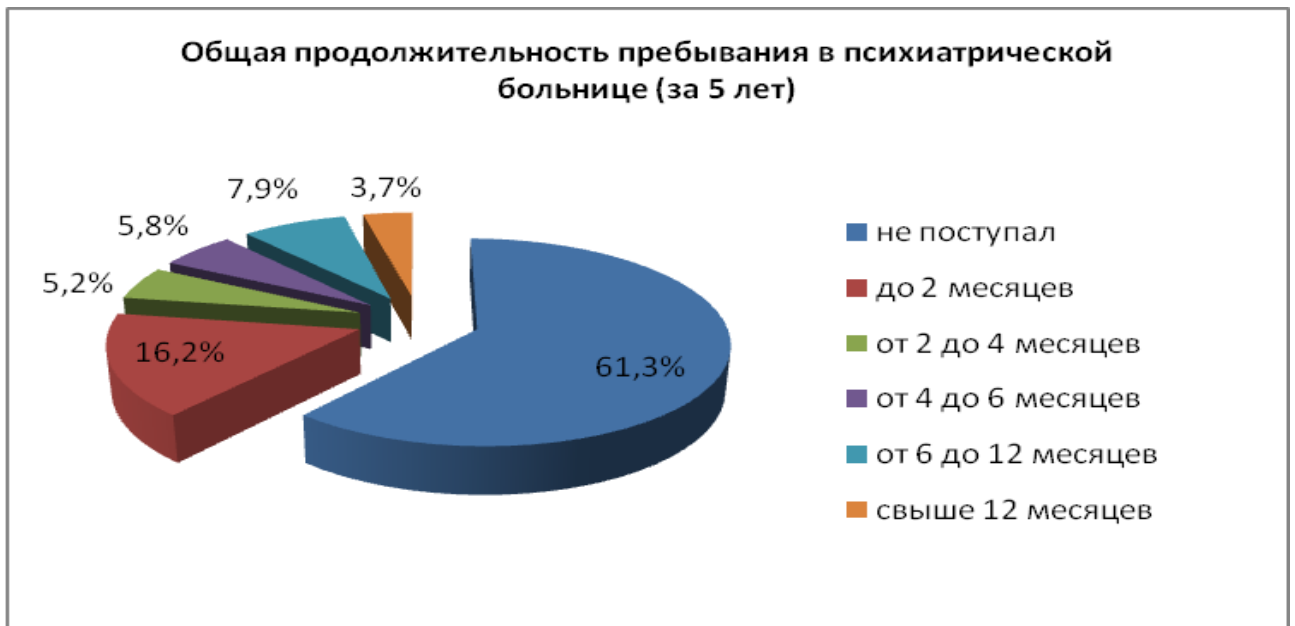


Рис. 2. Общая продолжительность пребывания в психиатрической больнице (за 5 лет).

Для основной части госпитализированных или направленных в ДС пациентов это было лишь непродолжительным эпизодом терапии: общая продолжительность пребывания в ДС у 13,6% обследованных (51,0% случаев из числа лечившихся в ДС) не превышала 2 месяцев, а в ПБ не более 2 месяцев находилось 16,2% больных (41,9% случаев из числа лечившихся в ПБ). 117 пациентов (61,2%) ни разу за 5 лет не были направлены в ПБ. 59,2% пациентов посещали участкового врача-психиатра более шести раз в год (не реже одного раза в два месяца). 38,8% обращались менее 3-х раз в год.

В основной своей массе (59,9%) больные обращались за помощью по клиническим показаниям в связи с ухудшением психического статуса, необходимостью изменения схемы лечения (табл. 8). В месте с тем, более 1/3 обращений (35,8%) были обусловлены исключительно необходимостью своевременной выписки рецептов без отрицательной динамики в психическом статусе больных. И, наконец, ряд посещений (4,3%) были связаны с организационными причинами: оформлением различных справок, документов, продлением группы инвалидности и т.п. Посещения, связанные с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий, практически отсутствовали, что указывало на низкую мотивацию больных на участие в подобных программах.

**Причины обращения больных за амбулаторной
психиатрической помощью**

Причина обращения	Число больных	
	в среднем за год	%
Всего обращений	1156,8	100
по клиническим показаниям	692,9	59,9
выписка рецептов без отрицательной динамики психического состояния	413,6	35,8
в связи с оформлением справок, документов	49,4	4,3

Из табл. 9 видно, что 118 чел (61,8%) обследованных получали поддерживающую терапию (табл. 9): постоянно принимали препараты 26,2% пациентов, избирательно – 34,0% больных. 73 человека (38,2%) не получали поддерживающую терапию: 9,4% обследованных не нуждались в ней, 28,8% случаев нуждавшиеся в лечении пациенты отказывались принимать препараты.

Таблица 9

**Характеристики приема поддерживающей терапии больными
на участке психоневрологического диспансера**

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Прием поддерживающей терапии		
постоянно	50	26,2
избирательно	65	34,0
нуждаются в терапии, но категорически отказываются от нее	55	28,8
не нуждаются в терапии	18	9,4
Характер терапии (у принимавших 118 человек)		
атипичные антипсихотики (таблетированная форма)	19	16,1
инъекционные препараты-депо	26	22,0
не получают нейрорептики (прием антидепрессантов, нормотимиков, транквилизаторов)	7	5,9

В подгруппе, принимавших препараты, основными лекарственными средствами были типичные нейрорептики (55,9%) и препараты пролонгированного действия (22,0%). 28,8% обследованных были полностью некомплаентны.

Большое значение для решения вопроса об объеме, тактике и содержании психосоциальных вмешательств на участке диспансера имеют показатели социального статуса и функционирования больных. В табл. 10 представлены данные об уровне образования обследованных.

Таблица 10

Уровень образования больных

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
вспомогательная школа	7	3,6
неполное среднее образование	12	6,3
среднее образование	38	19,9
среднее специальное образование	34	17,8
незаконченное высшее образование	16	8,4
высшее образование	84	44,0
Итого:	191	100

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высоком общем образовательном уровне обследованных: больные, имевшие высшее или незаконченное высшее образование, составляли более половины пациентов на участке диспансера (52,4%); 37,7% обследованных получили среднее или среднее специальное образование. Однако трудовой стаж 10 лет и более был менее чем у половины больных (48,7%), около трети обследованных (30,4%) имели стаж не более 4 лет либо не работали вообще (табл. 11). На момент обследования работали (учились) только 54 пациента (28,3%). Из пациентов трудоспособного возраста с формально сохраненной трудоспособностью (75 чел.) 28,0% (21 чел. или 11,0% от общего числа обследованных) были безработными, не имея группы инвалидности.

Трудовой статус больных на участке ПНД

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Трудовой стаж		
не работал	20	10,5
1-4 года	38	19,9
5-9 лет	40	20,9
10-19 лет	35	18,3
20 и более лет	58	30,4
Трудовой статус на момент обследования		
работает (учится)	54	28,3
не работает, не имея группы инвалидности	21	11,0
Инвалид	95	49,7
Пенсионер	21	11,0
Трудоспособность (лица трудоспособного возраста, 75 чел.)		
полностью сохранена	54	72,0
сохранена, но не работает	21	28,0

Почти половина пациентов (49,7%) имели группу инвалидности. Аспекты стойкой утраты трудоспособности представлены в табл. 12. Большинство больных со стойкой утратой трудоспособности имело вторую группу инвалидности (80,0% случаев). Основной причиной определения группы инвалидности были частые обострения и непрерывное течение основного заболевания (49,5% случаев), при этом почти четверть больных (24,2%) получили инвалидность, в связи со снижением продуктивности деятельности и невозможностью выполнять рабочие обязанности. Более чем у половины пациентов на момент обследования (54,8%) трудоспособность была утрачена 8 и более лет назад.

**Стойкая утрата трудоспособности больными
на участке ПНД**

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Группа инвалидности		
инвалид 1 группы	4	2,1
инвалид 2 группы	76	39,8
инвалид 3 группы	6	3,1
инвалид по соматическому заболеванию	9	4,7
Итого:	95	100,0
Причины оформления группы инвалидности		
раннее начало заболевания (не работал)	11	11,6
частые обострения, непрерывное течение	47	49,5
оформлена после выписки из ПБ	14	14,7
не справлялся с работой	23	24,2
Итого:	95	100,0
Срок инвалидности		
1 год и менее	8	8,4
2-3 года	14	14,7
4-7 лет	21	22,1
8-14 лет	32	33,7
15 и более лет	20	21,1
Итого:	95	100,0

Первичное определение инвалидности в большинстве случаев было продиктовано клиническими особенностями заболевания, в то время, как длительную инвалидизацию, помимо медицинских, во многом обуславливали личностно-психологические и также социально-средовые факторы. Первые были представлены превалированием в структуре личности астенического радикала и снижением энергетического потенциала, преморбидно выраженной социальной дезадаптацией, отсутствием мотивации и стойких трудовых навыков пациентов. Вторые - сложностью трудоустройства психически больных-инвалидов, сохраняющих остаточную трудоспособность, отсутствием заинтересованности предприятий в приеме их на работу. Кроме этого препятствием на пути восстановления трудово-

го статуса больных является общественная стигматизация и не достаток в формах социореабилитационной помощи.

Ограничения, накладываемые заболеванием, приводили к ухудшению условий труда и снижению возможности работать по специальности (табл. 13). Так, большинство обследованных работали неквалифицированными рабочими (44,4%), доля служащих (ИТР, чиновник, врач, учитель) составляла 33,4% пациентов, и 14,8% опрошенных были представителями творческих профессий.

Только четверть пациентов (25,9%) сохраняло за собой место работы по специальности без снижения квалификации. 27,8% меняли специальность, зачастую в связи с невозможностью продолжать работать на прежнем месте из-за особенностей заболевания, а ещё 37,0% обследованных были вынуждены сменить профессию и работать со снижением квалификации.

Таблица 13

Характеристика трудовой деятельности на последнем месте работы для работавших больных

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Место работы		
Учащийся	2	3,7
неквалифицированный рабочий	24	44,4
ИТР	1	1,9
руководящий работник, чиновник	1	1,9
служащий (врач, учитель, научный работник)	16	29,6
представитель творческой профессии	8	14,8
Предприниматель	2	3,7
Общая характеристика трудовой деятельности на последнем месте работы		
работает по специальности без снижения квалификации	14	25,9
работает по специальности со снижением квалификации	5	9,3

смена профессии без снижения квалификации	15	27,8
смена профессии со снижением квалификации	20	37,0

Если для группы пациентов с достаточным уровнем трудовой адаптации было характерно успешное овладение специальностью и заинтересованность ею, ровные и доброжелательные, хотя нередко и формальные взаимоотношения с коллективом, то трудовая деятельность «проблемных» больных характеризовалась отсутствием стабильной ситуации на работе или в учебе либо отсутствием занятости как таковой, незаинтересованностью в освоении какой-либо специальности и неспособностью строить реальные планы на будущее, непониманием и частыми конфликтами в коллективе, что нередко приводило к необходимости смены места работы. Для этих больных, как правило, были характерны следующие клинические особенности: высокая степень аутизации, отсутствие устойчивых интересов и увлечений, выраженный психический инфантилизм, низкий уровень развития интеллектуальных предпосылок, сглаженность эмоций и влечений, низкий энергетический потенциал и значительно сниженная психическая активность, преобладание «психической астении», снижение познавательных процессов, значительное снижение мотиваций, затруднения в коммуникативной деятельности, в том числе – формальной; неадекватность самооценки.

В табл. 14 представлена характеристика материального положения и жилищных условий больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке диспансера.

Около четверти больных не было удовлетворено своими жилищными условиями (26,7%), хотя обеспеченность жильём в целом была достаточно высока: лишь 6,3% опрошенных проживали в коммунальных или отдельных, но перенаселенных квартирах, менее одного процента – в общежитии либо снимали жилплощадь, ещё 7,9% больных жили в отдельной квартире, но не имели своей комнаты; остальные пациенты проживали в своей комнате либо отдельной квартире.

Таблица 14

**Характеристика материального положения
и жилищных условий больных**

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Жилищные условия		
коммунальная квартира	4	2,1
отдельная перенаселенная квартира	8	4,2
отдельная квартира, но нет своей комнаты	15	7,9
комната в отдельной квартире	140	73,8
один в отдельной квартире	23	12,0
Источники средств существования		
работа	54	28,3
пенсия по возрасту	21	11,0
пенсия по инвалидности включая по соматическому заболеванию	96	50,3
на иждивении других лиц	12	6,3
другие источники доходов	8	4,2
Материальное положение		
бедственное	6	3,2
тяжелое	110	57,6
Удовлетворительное	73	38,2
хорошее	2	1,0
Обеспеченность одеждой		
Нет необходимого, в обносках	6	3,2
Необходимый минимум	109	57,1
Средний стандарт	74	38,7
Достаток выше среднего (богатый гардероб)	2	1,0

В 50,3% случаев пособие по инвалидности было единственным средств. При этом более половины респондентов, не были удовлетворены своим материальным положением и считали его тяжелым (57,6%): денег хватало только на питание и необходимый минимум одежды, другие расходы были практически недоступны. В 3,2% случаев положение обследованных можно было определить как бедственное: больные недоедали, носили старые, поношенные вещи. Они факти-

чески представляли собой маргинальную группу, нуждающуюся в реальной материальной помощи.

Удовлетворены своим материальным положением 38,2% обследованных, только 2 человека (1%) характеризовали его как хорошее.

Положение усугублялось дефицитом социальных навыков, из них 45,0% больных нуждались в различной поддержке в отношении навыков самообслуживания (табл. 15).

Только 55,0% больных были опрятны, следили за своим внешним обликом и самостоятельно вели хозяйство. В 19,9% случаев относительно удовлетворительное состояние пациентов обуславливалось уходом за ними родственников. 11,0% больных были неопрятны, иногда даже социально запущены, были мало способны справляться с простыми бытовыми задачами (стирка, уборка квартиры, приготовление пищи, доставка продуктов).

Таблица 15

Характеристика навыков самообслуживания больных

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Внешне неопрятен, социально запущен	21	11,0
Полностью обслуживает себя	105	55,0
Частично обслуживает себя, нуждается в помощи в быту	27	14,13
Уход осуществляется родственниками	38	19,9
Итого:	191	100

Важнейшим аспектом благополучия больного и его реабилитационного потенциала являются отношения с микросоциальным окружением, психологический и эмоциональный микроклимат в семье, поддержка со стороны «значимых других». Сочетание шизоидных черт, астенических конституционных характеристик с низким стремлением к сексуальным взаимоотношениям и эмоциональным привязанностям характеризовало особенности социально-семейной адаптации лиц с шизофренией. Проблема семейного восстановления пациента зависела от таких факторов, как взаимодействие больного и членов его семьи, роль ближайшего окружения в поддержании его трудового статуса и его клинической осведомлен-

ности. Тип отношений в родительских семьях является одной из важных предпосылок последующего функционирования больного в собственной семье (Бах О.П., 1992; Г.В. Логвинович, А.В. Семке, 1995; Холмогорова А.Б., 2000; I.R.H. Falloon et al., 1984). Часто у таких больных отмечались проблемы в воспитании, болезненные внутрисемейные отношения. Неблагополучие в этой сфере могло приводить к значительной социальной дезадаптации психически больных и низкому уровню их качества жизни, в то время как улучшение семейной адаптации выступало защитным фактором.

Почти половина больных (41,9%) росли без отца; воспитание в полной семье отмечалось всего в 49,2% случаев. Среди родительских семей обследованных был высок процент безразличных (20,9%), а зачастую и конфликтных (27,2%) взаимоотношений больного с родителями; отсутствие доброжелательных отношений между родителями имело место примерно в трети случаев (32,5%). Необходимо отметить, что, чем лучше были отношения в семье между родителями, тем выше было взаимопонимание больного с ними.

В табл. 16 отражены данные о семейном положении и проживании пациентов на момент обследования. Только 51 человек (26,7%) состоял в браке; 47,6% обследованных никогда не были замужем/женаты, остальные были разведены один или более раз. На момент обследования большинство (89,0%) пациентов (89,0%) в возрасте до 45 лет были холосты. Большая доля разводов (73,3%) приходилась на репродуктивный период пациентов (в возрасте 21-45 лет).

В большинстве наблюдений (42,4%) больные проживали с родителями, зачастую престарелыми. 26,7% пациентов проживали с супругом /супругой; в остальных случаях обследованные, в браке не состояли и жили с детьми (8,9%) либо с другими родственниками (8,4%).

Характеристика проживания и семейного положения больных

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Семейное положение		
состоит в браке	51	26,7
разведен(а)	49	25,7
никогда не состоял(а) в браке	91	47,6
Проживание		
отдельно от родственников	26	13,6
с родителями	81	42,4
с другими родственниками	16	8,4
с детьми	17	8,9
с супругом(ой)	12	6,3
с супругом(ой), детьми	31	16,2
с супругом(ой), родителями	8	4,2

Неблагоприятные и неустойчивые отношения в семье с частыми либо постоянными конфликтами встречались в 36,2% случаев (табл. 17). 11,5% больных были одиноки, т.е. не только проживали отдельно от близких, но и не имели родственников либо прекратили с ними контакты. Удовлетворительный стиль семейных взаимоотношений отмечался только в 58,6% случаев, в 27,8% семей имела место недостаточная забота о больном, в 4,7% случаев – отвержение больного, а в 8,9%, напротив, избыточная опека, создававшая дефицит навыков самостоятельного проживания.

Полученные данные свидетельствовали о семейном неблагополучии амбулаторных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Заболевание не давало возможности создать семью, если эндогенный процесс дебютировал в раннем возрасте, или разрушало её, если развивалось несколько позже. Деадаптация семьи душевнобольного, была обусловлена, в том числе и ситуацией хронического стресса у ее членов, бременем проживания с больным родственником и ухода за ним, чувством вины по отношению к больному. Такие семьи обнаруживали тенденцию к защите от внешнего мира, в виде социальной изоляции.

Внутрисемейные отношения больных

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Взаимоотношения с родственниками, членами семьи		
конфликтные	27	14,1
неустойчивые	42	22,1
нейтральные	23	12,0
хорошие	77	40,3
не поддерживает	22	11,5
Стиль семейных взаимоотношений		
удовлетворительный	112	58,6
отвержение больного	9	4,7
избыточная опека	17	8,9
недостаточная забота, отстраненность родственников	29	15,2
недостаточная забота, немощность родственников	24	12,6

В табл. 18 представлены данные об особенностях социальных контактов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их ближайшего окружения.

Только 13,6% обследованных проживали одни, то есть значительная группа больных потенциально обладала ресурсами в виде семейной поддержки. Однако почти $\frac{3}{4}$ больных испытывали дефицит социальных контактов. 52,3% среди всех обследуемых имели круг общения, ограниченный только семейным окружением. Из них 27,7% пациентов были пассивны, и контактировали с домашними благодаря усиленной стимуляции родных, либо проявляли инициативу исключительно для удовлетворения своих жизненных потребностей.

Социальные контакты больных

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Социальные контакты		
ни с кем не общается	37	19,4
общается только с семьей, пассивно	53	27,7
активен в семейном общении	47	24,6
общается с семьей, имеет узкий круг друзей	46	24,1
широкий круг общения	8	4,2
Особенности ближайшего окружения		
одинок	22	11,5
асоциальное окружение (алкоголики, наркоманы)	5	2,6
злоупотребляет психоактивными веществами	27	14,1
член семьи болен эндогенным заболеванием	3	1,6
утрата близкого (в последний год)	5	2,6
появление нового члена семьи в последний год	1	0,5
смена жизненного стереотипа за последний год	3	1,6
смена жилищных условий	9	4,8
без особенностей	116	60,7

У 24,08 % всех обследуемых социальная сеть была представлена семьей, малым количеством избранных друзей или сослуживцев, широкий круг общения имели всего 4,19%. Нередко особенности микросоциальной среды больных определялись злоупотреблением психоактивными веществами как самим пациентом, так и его окружением (16,7%).

Отдельно выделялись одинокие больные с дефицитом социальной вовлеченности – 22 чел. (11,5%). В большинстве случаев к одиночеству приводили развод или смерть супруга, отъезд и отделение повзрослевших детей от родительской семьи. Иногда причиной была смерть престарелых родственников, которые составляли круг общения пациента, так как из-за начавшейся в юности болезни больные не создали свои семьи. Супруги также нередко оставляли пациентов вскоре после начала болезни. Взрослые дети иногда прекращали общение с больными из-за их психопатоподобного или параноидного поведения. Обследованные

редко общались с родными и соседями, обрывали контакты с бывшими коллегами, ни с кем не дружили.

Наблюдалось несколько вариантов реагирования на одиночество. Отрицательное отношение к одиночеству у 45,5% (10 чел.) из 22 одиноких могло формироваться на психопатологическом уровне: например, при наличии бреда преследования, направленного на соседей, коллег или других лиц, пациенты высказывали сожаление о том, что их некому защитить от мнимых преследователей. Имели место депрессивные проявления с усилением тревоги, чувства собственной неполноценности, безысходности, пессимистической оценки прошлого и будущего, отмечались психопатоподобные расстройства астенического и истерического круга. Негативному отношению к одиночеству способствовал положительный семейный опыт в прошлом: безконфликтная семейная среда, когда родные помогали в лечении, чрезмерно опекали пациента. Индифферентное отношение к одиночеству у 36,4% (8 чел.) из 22 одиноких, формировалось при наличии дефицитарной симптоматики: имели место равнодушное, апатическое поведение, аутистические тенденции; необоснованная убежденность, что супруги и дети, несмотря на полный разрыв отношений «когда-нибудь» восстановят их; амбивалентность, при которой больные, сожалея о своем одиночестве, отказывались жить с близкими.

Также имело место положительное отношение к одиночеству у 18,2% (4 чел.), когда пациенты намеренно сохраняли дистанцию с дальними родственниками, прежними сослуживцами, друзьями и соседями. Как правило, это обуславливалось бредовыми переживаниями (идеи отношения, преследования), утратившими аффективную окраску, но проявляющимися в поведении в виде десоциализации. Этому способствовала стереотипизация жизненного уклада, когда многие годы одинокого проживания воспринимались как естественное и единственно возможное существование, а любое вмешательство извне, даже с положительными намерениями соседей, социального работника, оказывающих помощь, интерпретировалось, как попытка разрушить устоявшееся «благополучие».

Практически всем обследованным и большей части родственников было необходимо проведение психообразовательной работы. Более чем трети опрошенных лиц (33,5%) никогда не объясняли, чем они больны. 29,8% пациентов, осведомленных о характере своего заболевания, получили эту информацию от родственников или знакомых, то есть информация могла быть неверной, неполной или искаженной и приводить к стигматизации и самостигматизации пациентов. Большинству больных (83,8%) никогда не приходилось читать литературу, предназначенную для психически больных. Практически никто из них не знал о существовании специальных групп «взаимной поддержки» (96,9%), а также никогда не участвовал в специальных образовательных программах (94,8%). При этом существовала явная потребность больных в получении дополнительной информации о своей болезни: 57,6% утверждали, что нуждаются в ней, ещё 21,5% отвечали «не знаю», то есть также являлись потенциальной целевой аудиторией для психообразовательных программ.

7,8% пациентов требовалась социально-правовая поддержка (взаимодействие с социальными и различными государственными службами, оформление пенсий, льгот, пособий и пр.). Нередко больные усваивали навязанные обществом роли неспособного индивидуума, становились зависимыми от помощи других, вживались в роль инвалида, усугубляя свою социальную дезадаптацию.

Таким образом, контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера в основном представлен пациентами с давними сроками заболевания, половина из которых длительное время находится на инвалидности. Подавляющее большинство пациентов получает помощь преимущественно амбулаторно. 60% случаев обращения в диспансер были обусловлены клиническими причинами, однако посещения ПНД остальными пациентами объяснялись только потребностью в формальном обновлении рецептов либо оформлении каких-либо документов.

Почти $\frac{3}{4}$ пациентов были частично или полностью некомплаентны; 28,8% категорически отказывались от приема поддерживающей терапии, несмотря на

необходимость в этом, отмечалась низкая мотивация больных на участие в психосоциальных программах.

Необходимость участия в психосоциальных программах обуславливалась показателями социального статуса и функционирования больных. Несмотря на достаточно высокий общий образовательный уровень обследованных, трудовой стаж около 10 лет и формально сохраненную трудоспособность, 28,0% были безработными, не имея группы инвалидности. Почти четверть больных со стойкой утратой трудоспособности получили инвалидность, потому что не справлялись с работой; на момент обследования работали (учились) только 54 пациента (28,3%). 37,0% работавших больных были вынуждены сменить профессию и работать со снижением квалификации. Единственным источником средств половины обследованных было пособие по инвалидности. Свыше половины больных, участвовавших в обследовании, не были удовлетворены своим материальным положением и считали его тяжелым. 11,0% больных были неопытны и социально запущены; в 19,9% случаев относительно удовлетворительное состояние больных обуславливалось уходом родственников. Только 26,7% обследованных состояло в браке и проживало с супругом/супругой. Более чем в трети случаев отмечались неблагоприятные и неустойчивые отношения в семье с частыми либо постоянными конфликтами. В 13,6% семей наблюдались выраженные нарушения внутрисемейных отношений с гиперопекой или отвержением больного. Почти $\frac{3}{4}$ больных испытывали дефицит социальных контактов. В 16,7% случаев отмечалось злоупотребление психоактивными веществами как самим пациентом или его ближайшим окружением.

Таким образом, очевидна необходимость разработки и внедрения проводимой вне стационара программы психосоциальных вмешательств. Основными проблемами амбулаторного контингента являются:

- низкая мотивация на участие в психосоциальных программах, стигматизация и самостигматизация пациентов;
- низкий трудовой статус больных, неустойчивая трудовая адаптация и недостаточность трудовых установок;

- тяжелое материальное положение и дефицит навыков самообслуживания;
- отсутствие собственной семьи, дисгармоничные семейные взаимоотношения;
- дефицит социальных контактов, навыков общения и взаимодействия с различными общественными службами,
- отсутствие связи с социальными и юридическими службами, проблемы оформления льгот и документов,
- низкая осведомленность пациентов о характере своего заболевания, лечении, симптомах обострения, способах совладания с ними и остаточной психопатологической симптоматикой,
- частичная или полная некомплаентность большинства пациентов и отказ от необходимой поддерживающей терапии.

Глава IV. Структура и эффективность психосоциальных мероприятий на участке психоневрологического диспансера

4.1. Клиническая характеристика пациентов основной группы, участвовавших в психосоциальном вмешательстве.

Группа больных, включенных в психосоциальную программу, состояла из 52 чел. 33 чел. (63,5%) наблюдалась с эпизодическим типом течения параноидной шизофрении, 6 чел. (11,5%) – с шизотипическим расстройством, 5 чел. (9,6%) - с непрерывным типом течения шизофрении, 5 чел. (9,6%) – с недифференцированной шизофренией, страдающих шизоаффективным расстройством было 2 чел. (3,85%), с диагнозом «острое преходящее психотическое расстройство» - 1 чел. (1,9%).

У 28 (53,8%) пациентов прослеживалось указание на психопатологически отягощенную наследственность (в 12 случаях – шизофренией у дальних и близких родственников, аффективными нарушениями – в 7 случаях и невротоподобной и психопатоподобной симптоматикой - у родственников 9 больных). У 9 человек (17,3%) в перинатальном периоде отмечались родовая травма, внутриутробная гипоксия 2 ст., перинатальная инфекция; в раннем детском возрасте у 4 чел. – сотрясение головного мозга, у 2 – нейротоксическое течение гриппа с выраженной гипертермией и судорожным синдромом.

Большинство пациентов 42 чел. (88%) основной группы в преморбиде имели характерологические особенности:

- акцентуации шизоидного круга отмечались у 21 чел. (50,0%). У них отмечалась стремление к уединению, склонность к фантазированию и «уходу в свой вымышленный мир», невысокая двигательная активность, склонность к созерцанию, они избегали активные коллективные игры, были сенситивными, но временами мрачными и грубыми. Как правило, испытывали трудности в адаптации в детских коллективах, характеризовались как «домашние дети», некоторые со

своеобразными увлечениями (необычным коллекционированием, аутичными занятиями).

- циклоидного круга у 6 чел. (11,5%), «живые», общительные, поверхностные и неустойчивые в дружеских отношениях, эмоционально-лабильные, с резкими полярными «перепадами» настроения.

- гипертимного круга у 3 чел. (5,8%), оптимистичные, часто с приподнятым фоном настроения, восторженные, общительные, склонные к фантазированию, экспансивные.

-тревожно-мнительные личностные черты присутствовали у 8 чел. (15,4%) и проявлялись неуверенностью в себе, повышенной внушаемостью и беспокойством по малозначительному поводу, обидчивостью, ипохондричностью.

- мозаичной структуры у 4 чел. (7,7%), с радикалами различных модальностей (циклоидного, возбудимого круга, наличием шизоидных черт).

10 чел. (19,2%) характеризовались гармоничными личностными чертами.

Длительность продромального периода составляла в среднем $98,42 \pm 64,31$ мес. Заболевание развивалось исподволь, проявляясь обсессивно-компульсивными расстройствами, психопатоподобным поведением, сенесто-ипохондрическими симптомами, явлениями деперсонализации, не резко выраженными аффективными колебаниями. У большинства больных уже в инициальном периоде наблюдалось сужение круга интересов, недоверчивость, ригидность, амбивалентность, блеклость эмоциональных реакций, трудности в адаптации. У 80% пациентов (32 чел.) к началу манифестного периода отмечалось социальное снижение в производственной и семейно-бытовой сфере.

В большинстве случаев 39 чел. (75%) манифестный психоз приходился на возраст от 18 до 25 лет, у 5 (9,6%) пациентов заболевание проявилось в пубертатном периоде, у 6 (11,5%) – после 35 лет, 2 (3,8%) обследованных заболели психическим расстройством в возрасте старше 40 лет.

Манифестный психоз протекал с преобладанием галлюцинаторно-бредовой симптоматики у 21 чел. (40,4%), аффективно-бредовой - у 10 чел. (19,2%), бредовой - у 6 чел. (11,5%), онейроидно-кататонической - у 4 чел. (7,7%), полиморфной

- у 6 чел., (11,5%), у 5 больных (9,6%) превалировала неврозоподобная симптоматика. Преобладал эпизодический тип течения - 33 чел. (63,5%), в 10 случаях (19,2%) имело место непрерывное течение, в 6 (11,5%) – малопрогрессирующее, у 2 пациентов (3,85%) – ремитирующий тип течения.

У большинства пациентов с шизотипическим расстройством имелся достаточно длительный латентный период в течение которого постепенно и непрерывно углублялись шизоидные черты, в 3 случаях активации болезни предшествовали ананкастные личностные изменения.

Все пациенты на момент манифестации имели высшее либо среднее специальное образование. Но затем у большинства наблюдался длительный период неустойчивой трудовой адаптации. У 3 больных он завершился трудоустройством не по специальности, 2 не пытались устроиться на работу, находясь в «творческом поиске», так как причисляли себя к «богеме». Один пациент был доволен положением иждивенца, принимая опеку родных, считая себя неизлечимо больным.

В активном периоде заболевания к эмоционально-волевому снижению, мажорности, амбивалентности, расплывчатости мышления, обеднению интересов присоединялись обсессивно-фобические, деперсонализационные расстройства, сверхценная ипохондрия осложняющая течение агорафобии, сенситивные идеи отношения наслаивающиеся на социофобии и мизофобии, отрывочные идеи преследования. Постепенно обсессии утрачивали свою аффективную окраску, уступая место нагромождению вычурных ритуалов, а в ряде случаев – кататоническим стереотипиям и идеаторным автоматизмам в виде повторения странных символических заклинаний, навязчивого счета предметов. Однако поведение пациентов оставалось социально приемлемым, большинство имели репутацию «чудаков» или «творчески мыслящих».

Малая прогрессирующая процессуальность, формальная критика к заболеванию и достаточные адаптационные ресурсы позволяли пациентам с шизотипическим расстройством участвовать в психосоциальных мероприятиях более результативно, чем другие больные. Они активнее остальных использовали социальные льготы, охотнее принимали инструментальную поддержку, стремясь решить свои со-

циально-бытовые проблемы. Одна больная регулярно посещала театры и благотворительные концерты для инвалидов, делилась своим опытом проведения досуга с другими членами группы. В результате постоянной работы над мотивацией, развитием навыков трудоустройства и самопрезентации, а также взаимодействия в трудовом коллективе 2 больных устроились на работу (не по специальности). На протяжении катamnестического периода они удерживались на ней, самостоятельно обеспечивали себя и характеризовали служебные отношения как удовлетворительные.

В случаях с бредовым вариантом манифестного психоза интерпретативный, высоко систематизированный бред был, как правило, монотематичен и чрезвычайно стоек (ревности, изобретательства, реформаторства, религиозного содержания), идеи отношения, воздействия были второстепенными и менее стойкими. Синдром Кандинского-Клерамбо часто не достигал развернутой картины, ограничиваясь идеаторными автоматизмами. В период манифестации и последующих нескольких обострений на фоне приподнятого аффекта с гневливостью пациенты проявляли бурную активность «добиваясь правды», «преследуя своих преследователей», попадая в поле зрения правоохранительных и других государственных учреждений, и с подобной симптоматикой госпитализировались. С течением лет бредовые переживания утрачивали актуальность, становились привычными для больных, мало влияя на их поведение. На первый план выдвинулись дефицитарные расстройства, такие как нарастание эмоциональной холодности, апатия, оскудение интересов. Пациенты оживлялись только при прицельном расспросе, касающемся содержания их бреда, и даже при беседе на эту тему их эмоциональные реакции были бедны и стереотипны. В ряде случаев бредовые переживания носили мировоззренческий характер. На занятиях в группе такие пациенты вели себя стенично, более активно по сравнению с другими членами группы. Некоторые из них заявляли о лидерских амбициях, брали на себя повышенные обязательства по отношению к другим пациентам (помощь в решении социальных вопросов), но и со своими проблемами того же свойства самостоятельно справиться не могли, практически никогда не выполняли обещанного.

При внешне упорядоченном поведении, бредовые переживания этих пациентов оставались длительно резистентны к терапии, критика носила крайне формальный характер. У всех больных этой клинической группы значительно была выражена как социальная, так и семейная дезадаптация: у 4 отношения с родными были конфликтными, 2 не общались с семьей по бредовым мотивам. По завершении психосоциального вмешательства и работы, проводимой с семейным окружением с согласия пациентов, последние восстановили общение с родными. В ситуациях с конфликтными отношениями так же произошли положительные изменения: больные стали мягче, спокойнее, самостоятельно обращались за помощью к родственникам, чего раньше избегали, посвящали их в свои планы, совместно благоустраивали быт.

В группе пациентов с преобладанием в структуре манифестных и последующих приступов аффективно-бредовой симптоматики отмечались меньшие по сравнению с другими изменения личности. Ремиссии отличались достаточно высоким качеством и наличием циклотимоподобных колебаний настроения. Психическая слабость и астения служили причиной снижения активности и ограничения контактов. Вместе с тем нарастали черты психического инфантилизма пассивной подчиняемости, больные утрачивали самостоятельность, формируя созависимые отношения. На занятиях в группе они также проявляли зависимые черты, требовали особого внимания, дополнительных пояснений и контроля за правильностью поведения, вместе с тем охотно вовлекались в ролевые игры и обсуждения, но домашние задания не выполняли. В отношении своего лечения были пассивны, во всем полагаясь на родных, привычно контролирующих терапию. По завершении курса психосоциальных мероприятий они стали проявлять большую самостоятельность в семейно-бытовой сфере, вели дневники самонаблюдения и приема лекарств. Отрывочные бредовые переживания у этой группы пациентов были нестойкими, постепенно дезактуализировались и не влияли на поведение. Последнее обстоятельство, уменьшение с течением заболевания крайне выраженных полярных фаз и особенности семейных взаимоотношений, обеспечивающие достаточно регулярную психофармакотерапию, позволяли пациентам избегать госпи-

тализации и поддерживать удовлетворительный уровень функционирования на бытовом уровне, однако только 2 работали (не по специальности).

Галлюцинаторно-параноидные психозы при эпизодическом течении заболевания в большинстве своем развивались на фоне сниженного настроения с тревогой, настороженностью. В последующем присоединялись псевдогаллюцинации комментирующего и императивного содержания, с отдельными идеями отношения, преследования, которые по мере нарастания остроты переживаний чаще с депрессивным аффектом находили отражение в синдроме Кандинского-Клерамбо. Иногда развитие психических автоматизмов в картине бреда сопровождалось изменением фабулы последнего. Так, например, один пациент первоначально слышал «в голове» комментарии своих действий нейтрального и осуждающего характера и считал, что «находится под наблюдением спецслужб». После развертывания в картине психоза идеаторных и моторных автоматизмов с явлениями деперсонализации, появления симптомов «инсценировки» и «отрицательного двойника», пришел к выводу, что «инопланетной цивилизацией» в его тело «вживлен чип» посредством которого «за землянами ведется наблюдение», а сам он – «проводник новой идеологии». Качество ремиссий после указанных приступов различалось и определялось выраженностью негативной симптоматики и наличием остаточных психопатологических расстройств (эпизодические галлюцинации, субдепрессивный аффект, сенесто-ипохондрическая симптоматика). Почти у всех больных на момент включения в психосоциальные мероприятия имелась формальная критика к перенесенному психозу. По мере «накопления» психотических эпизодов в течение жизни пациентов прослеживалась диссоциация между остротой чувственного бреда и внешне упорядоченным поведением. Для большинства этих пациентов была характерна стереотипизация жизненного уклада, значительное ограничение социальных контактов и интересов, привязанность к дневному стационару ПНД.

При непрерывном типе течения аффективная окраска психотических переживаний постепенно утрачивала свою насыщенность, больные «привыкали» к псевдогаллюцинациям, носившим нейтральный, комментирующий характер, счи-

тая их проявлением «своего второго Я». И только при актуализации императивных или бранящих пациента «голосов» появлялась аффективная насыщенность переживаний, оживлялся отрывочный персекуторный бред, что служило причиной обращения к участковому психиатру и усиления психофармакотерапии или госпитализации. Выраженность дефицитарных расстройств у этих пациентов была значительно выше, чем при эпизодическом течении. Отмечалась существенная редукция энергетического потенциала, эмоциональное опустошение, в редких случаях пациенты сохраняли привязанность к одному из родственников сопровождающуюся зависимым поведением. Наряду с типичными для шизофрении расстройствами мышления (паралогичность, разноплановость, символичность и др.), отмечались ригидность, стереотипизация в мышлении и поведении. Почти у всех пациентов этой группы была выражена социальная и семейная дезадаптация с уединенным образом жизни, отказом от общения за исключением самых близких и участкового психиатра.

Манифестации с онейроидно-кататонической картиной приступов возникали в молодом возрасте у лиц с гипертимным и циклотимоподобным складом личности, часто носили сезонный характер. Поначалу развернутая картина приступов была представлена непродолжительным периодом аффективных нарушений от приподнято-экстатических до тревожно-подавленных, с чувственным бредом персекуторного содержания. Затем, не конгруэнтными идеями величия с явлениями острой парафрении, идеями инсценировки и антогонистического бреда. Яркие онейроидные переживания, кататонические расстройства в виде возбуждения или ступора определяли часто деструктивные тенденции в поведении больных, импульсивность и агрессию, неизбежно приводя к госпитализации. В последующие годы развитие приступов, как правило останавливалось на расстройствах менее глубокого психотического регистра: аффективные, депрессивно-параноидные приступы, острые парафренные состояния без онейроида. Дефицитарная симптоматика у большинства больных проявлялась апато-адинамическим синдромом, пассивностью, монотонностью эмоциональных реакций, оскудением интересов. Будучи достаточно критичными к пережитым психотическим эпизодам эти паци-

енты стеснялись, отмалчивались в группе, не раскрывая содержания своих переживаний, вместе с тем они охотно откликались помогая другим членам группы, участвовали в дискуссиях, обнаруживая существенный потенциал для психосоциальной работы.

Манифестация заболевания с полиморфной картиной приступов имела место у 10 (19,2%) пациентов и в большинстве своем возникала в раннем юношеском возрасте, у 3 (5,8%) пациентов – в пубертатном. Для этой группы больных уже в инициальном периоде заболевания была характерна значительная выраженность и нарастание негативной симптоматики (снижение энергетического потенциала, продуктивности мышления и внимания, эмоциональная холодность), явления «метафизической интоксикации». Имела место ранняя социальная дезадаптация: больные оставляли учебу, бродяжничали, залеживались дома в постели, не проявляя ни к чему интерес. Позитивная симптоматика проявлялась параноидным синдромом (в 3 случаях - с дисморфоманическим бредом, в 2 – ипохондрического содержания) и с присоединением парциально представленного синдрома психического автоматизма, псевдогаллюцинациями, сенестопатиями, деперсонализационными расстройствами. Эти пациенты имели наибольшую частоту госпитализаций: до 2-3 раз в год в первые 5 лет заболевания. В последующем позитивная симптоматика становилась все более незавершенной, с рудиментарным персекуторным отрывочным бредом, нерезкими аффективными колебаниями, уступая место дефицитарным расстройствам. Практически у всех пациентов на момент включения в программу отсутствовала критика к болезни в целом, больные сохраняли формальный контакт со своим ближайшим окружением. Преобладающее количество имели инвалидность, значительная часть не работала, не имея инвалидности. Около половины обследованных были холосты или разведены, жили с родственниками. Гармоничные внутрисемейные взаимоотношения наблюдались лишь у 23,1% больных; почти в ¼ части случаев отношения пациента с членами его семьи были конфликтными, в 38,5% случаев больной находился в подчиненно-зависимом положении.

4.2. Характеристика проводимых психосоциальных мероприятий

В процессе выполнения исследования была разработана и внедрена в лечебный процесс целевая программа психосоциального вмешательства в системе комплексной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с учетом выявленных слабых сторон их адаптационных возможностей, отвечающая потребностям амбулаторного контингента (рис. 3). Ее тактика и содержание разрабатывались с учетом проблем и дефицита социального функционирования пациентов (табл. 19).

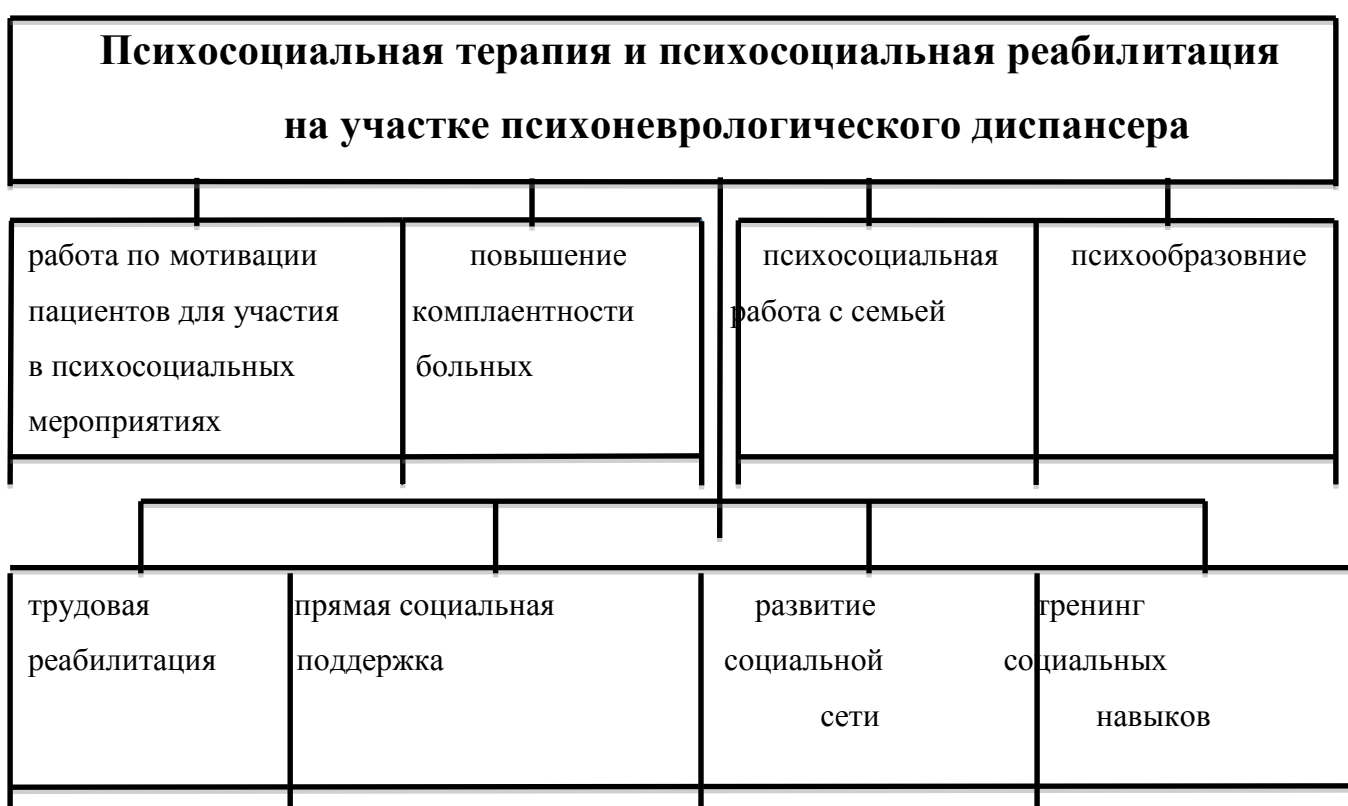


Рис. 3. Целевая комплексная программа психосоциального вмешательства в психоневрологическом диспансере.

**Направления психосоциальной работы с уязвимыми группами больных
в психоневрологическом диспансере**

Уязвимые группы пациентов	Виды вмешательства								
	Мотивационный тренинг	Психообразование пациентов	Психообразование родственников	Комплайнс-терапия	Работа с семьей	Трудовая реабилитация	Тренинг социальных навыков	Развитие социальной сети	Прямая социальная поддержка
Низкая мотивация к психосоциальным лечебно-реабилитационным мероприятиям	+								
Частые и длительные госпитализации	+	+	+	+	+		+	+	+
Остаточная психопатологическая симптоматика (неполная ремиссия)	+	+	+	+					
Несоблюдение режима терапии	+	+	+	+					
Дисгармоничные семейные отношения	+	+	+		+			+	
Бедные социальные сети / дефицит социальных отношений	+	+	+		+		+	+	+
Одиноким больным	+	+				+	+	+	+
Трудовая дезадаптация	+					+	+	+	
Социальные проблемы	+						+	+	+

Материальные проблемы	+						+	+	+
-----------------------	---	--	--	--	--	--	---	---	---

Комплексная программа учитывала тяжесть заболевания, личные ожидания пациентов, особенности микросоциального окружения и мотивационные аспекты их поведения. Использовался групповой формат работы с пациентами. Закрытые группы были неоднородны по составу – включали мужчин и женщин разного возраста, социального статуса. Включению в группу предшествовали индивидуальные предварительные установочные встречи, на которых определялось желание пациента посещать программу и его готовность к групповой работе. Максимально активно задействовалось семейное окружение; использовались психообразовательные техники. Наряду с традиционной поддерживающей фармакотерапией в течение года после психосоциального вмешательства проводились групповые занятия по психообразованию, отработке и поддержанию навыков полученных во время основного курса (1 раз в 2 недели). Одновременно оказывалась инструментальная поддержка (24 чел): регистрация в центре социальной занятости, помощь в установлении связи с социальными службами, трудоустройстве, оформлении документов, получении льгот. При необходимости, психообразовательная работа дополнялась индивидуальным семейным вмешательством (30 чел.). Эта работа была сфокусирована на коррекции коммуникативного стиля и созданию благоприятного эмоционального климата в семье.

Во время индивидуальных установочных встреч с пациентами основной группы у некоторых из обследуемых были выявлены наиболее актуальные проблемы в сфере социального и семейного функционирования, требующие более пристального внимания и помощи, чем у остального контингента основной группы. Среди этих «проблемных» больных выделены группы пациентов:

- группа пациентов с неустойчивой трудовой адаптацией (9 человек – не работают и не имеют группу инвалидности);
- группа пациентов с дисгармоничными семейными взаимоотношениями (12 человек – в конфликтных отношениях с родственниками);

- одинокие больные с дефицитом социальной вовлеченности (15 человек – одиноки, а 2 чел., имея родственников, не общаются с ними из-за отсутствия мотивации к общению).

Эти 3 подгруппы пациентов вместе с остальными участниками программы основной группы посещали основной и поддерживающий цикл занятий. Кроме того, параллельно для них были организованы дополнительные циклы занятий (2 месяца – 16 занятий) адресованные проблемным сферам их жизни.

Так, пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией (9 человек) наряду с основной психосоциальной программой, 1 раз в неделю посещали занятия по выработке навыков трудоустройства (поиск работы, написание резюме, самопрезентация, общение с работодателем и в коллективе).

Подгруппа пациентов с дисгармоничными семейными взаимоотношениями (12 человек) в таком же режиме занималась на занятиях по развитию коммуникативных навыков, избегания конфликтов и поиску выхода из конфликтных ситуаций.

Больные с дефицитом социальной вовлеченности (17 человек) посещали занятия, повышающие мотивацию к общению, развивающие коммуникативные способности, навыки поиска друзей.

Все 52 пациента основной группы были включены в программу, которая проводилась в закрытых (без приема новых участников после начала цикла) группах численностью не более 8 - 9 человек одновременно. Дата начала и окончания обучающего курса была фиксированной. Цикл состоял из 24 занятий (6 мес.) по 1,5 часа; занятия проводились 1 раз в неделю. Сохранялась приемственность тематики: каждая последующая встреча являлась продолжением темы предыдущей. Половина занятия посвящалась психообразованию, половина - тренингу социальных навыков (коммуникации, асертивности, проблемно-решающего поведения, самообслуживания, взаимодействия с членами семьи и различными организациями).

Одновременно с групповой работой проводилась индивидуальная инструментальная поддержка. Больные информировались о возможной материальной,

социальной и юридической помощи, оказывалось содействие в установлении связи с социальными службами (паспортным столом, центром социального обеспечения), оформлении документов, адекватном трудоустройстве, перепрофилировании, регистрации в центре социальной занятости. Для преодоления дефицита социальной вовлеченности, пациентов стимулировали к расширению круга общения и интересов, восстановлению утраченных родственных и дружеских связей.

Группы формировались из пациентов, однородных по этапу заболевания, но различавшихся по социо-демографическим характеристикам (пол, возраст, образование, социальный статус). Больные из социально уязвимых слоев включались в группы, сформированные таким образом, чтобы в каждой группе имелся один или более пациент с опытом успешного решения какой-либо проблемы. Так например, пациенты с положительным опытом трудоустройства по специальности, создавшие семью после дебюта заболевания, имеющие хобби и т.п. Включению в группу предшествовали индивидуальные предварительные установочные встречи, на которых определялось желание пациента посещать программу и его готовность к групповой работе. В процессе первичного индивидуального собеседования выявлялись как сохранные, так и уязвимые стороны пациента; оценивалось общее состояние, решался вопрос о включении в ту или иную группу, вырабатывалась и укреплялась мотивация к участию в психообразовательной программе. Для каждой группы готовился отдельный план занятий с учетом потребностей конкретных участников.

Ключевым моментом проведения групповых занятий являлось обеспечение осознанного интерактивного обучения, согласование действий с участниками группы, оказание помощи, обеспечение психологического настроения, стимулирование желания учиться и предоставление выбора и свободы действий в решении учебных задач. Во время психообразовательной части занятия стиль ведущего группы был близок к директивному, и сменялся на более мягкий в ходе работы по выработке социальных навыков с достаточно высокой степенью структурированности занятия и использованием его интерактивных форм. Обучение было направлено на повышение потребности личности в активных контактах с людьми,

принятие на себя ответственности за свои решения и действия, развитие критических способностей.

Каждое групповое занятие включало вводную часть, рабочее время и обсуждение. Вводная часть (10 – 15 минут) включала в себя приветствие, диагностику ведущим общего настроения группы и состояния каждого участника в отдельности, «разогрев» - адаптацию пациентов к условиям занятия, участникам, стимуляцию к общению, активным высказываниям, краткое обсуждение темы предыдущего занятия с оценкой эффективности усвоения материала. Заключительная часть каждого занятия (15-20 минут) посвящалась подведению итогов по усвоению темы в виде краткого резюме, которое формировали сами участники, проявляя свой уровень понимания темы. Предлагалось спроецировать на будущее новое представление о проблеме и спрогнозировать свое поведение в реальных жизненных условиях. В заключении уделялось время обратной связи, при этом избегались оценочные суждения кого-либо из членов группы.

Рабочее время подразделялось на первую часть, посвященную психообразованию (40-45 минут) и вторую – восстановлению и развитию социальных навыков (30-35 минут).

Психообразовательная программы проводилась по соответствующему модулю для работы с больными шизофренией и их родственниками (Л. И. Сальникова, Л. Г. Мовина, 2002). Модуль включает в себя рекомендации по формированию групп пациентов, кратности и продолжительности занятий, работе ведущих, основным изучаемым вопросам, методам подачи информации и структуре занятий, особенностям работы с родственниками пациентов.

Психообразовательная программа была представлена циклом последовательных интерактивных тематических занятий, предусматривающих обсуждение симптомов, методов совладания с ними, особенностей лечения, профилактики обострений, психиатрических служб и т. д. Темы повторялись и закреплялись на последующем. Занятия в группе строились по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Участникам предоставлялась

информация по конкретным вопросам с поощрением деятельности в рамках социальных норм.

Задачами психообразовательной программы являлись:

- обсуждение причин психического заболевания, особенностей его течения, способов лечения, индивидуальных особенностей и потенциала выздоровления;
- обучение способам распознавания симптомов и выработка навыков контроля над ними,
- обсуждение методов психотерапии, ее роли в лечении и процессе выздоровления с акцентированием внимания на тяжести возможных последствий самовольной отмены или изменений фармакотерапии;
- обсуждение возможных побочных эффектов фармакотерапии и борьбы с ними;
- предоставление информации об организациях и группах помощи психически больным, возможностях трудоустройства, обсуждение законодательства в области психиатрии;
- предоставление эмоциональной поддержки, возможности обсудить свои чувства, поделиться переживаниями, получить опыт других по преодолению сложных ситуаций и проблем;
- выработка комплаенса;
- создание возможностей для общения между пациентами, расширение их социальных сетей.

Первой из задач ведущего являлось создание в коллективе атмосферы взаимного принятия, безопасности, взаимопомощи, толерантности, способствующей самораскрытию пациентов; формировалось адекватное отношение к болезни и лечению, активная мотивация к участию в работе группы. Акцент ставился на важности терапевтического альянса, контакта с врачом и медперсоналом, соблюдении предписанного режима лечения. Стимулировалось активное внутригрупповое общение, получение обратной связи от участников программы.

Первое и заключительное занятия имели ряд особенностей. На первом занятии участники познакомились друг с другом, получали общую информацию о пси-

хообразовательном цикле как важной части лечебно-реабилитационного процесса, его целях, задачах, истории возникновения подобных программ, правилах поведения в группе, ориентации участников на успешную работу в группе; анализировались приоритетные ожидания участников. Последнее занятие было посвящено обсуждению вопросов участников, формированию мотивации на продолжение общения участников группы между собой, предоставлению информации о системе поддержки, различных формах оказания психиатрической помощи, социальных службах, правах и льготах, возможности посещения целевых групп психосоциальной поддержки.

Вся информация обсуждалась многократно (не менее трех повторов), максимально четко и структурировано, информация озвучивалась и подавалась визуально (записи и схемы на доске), что позволяло в некоторой мере нивелировать когнитивный дефицит, свойственный больным с хроническими психическими расстройствами. В ходе занятия ведущий анализировал степень усвояемости полученных знаний, постоянно возвращаясь к пройденному материалу. В целях борьбы со стигматизацией пациентов постоянно проводились аналогии между хроническими психическими и соматическими заболеваниями, акцентировался тот факт, что болезнь является в значительной степени биологической проблемой, и при лечении наступает улучшение. Основным направлением являлась работа над критическим отношением к болезненным переживаниям и признанию у себя психического расстройства, готовности к лечению и приему поддерживающей терапии, распознавания признаков обострения и принятия активных мер по его профилактике. На каждой сессии рекомендовались действия, направленные на преодоление негативных последствий заболевания и улучшение качества жизни.

На занятиях стимулировалась выработка контроля над своим психофизическим статусом, развитие навыков наблюдения за изменениями своего самочувствия и поведения. Пациенты обучались ведению «дневника самонаблюдения» и приема лекарств, где ежедневно (утром и вечером) фиксировали динамику состояния. 30 пациентов были не комплаентны (28 чел. не регулярно принимали фармакотерапию, 2 – категорически отказывались). Помимо групповых занятий с

этим контингентом велась целенаправленная индивидуальная последовательная работа по выработке комплаенса.

В ряде случаев психообразовательная работа проводилась с родственниками пациентов для улучшения комплаенса и внутрисемейного климата. С родными 30 больных с их согласия в индивидуальном порядке проводились беседы, в ходе которых обсуждались причины и особенности заболевания, прогноз, роль и характер психофармакотерапии, возможные побочные действия препаратов, роль самих родственников в создании комплайенса и профилактике обострений. Проводилась работа по установлению эффективного коммуникативного стиля и эмоционального климата в семье. Важной частью работы было формирование адекватного отношения к факту психического заболевания и достижение наиболее прочного «терапевтического альянса» (А.Ф. Франк, J.G. Gunderson, 1990). В работе с родственниками больных также использовался интерактивный стиль занятий.

Тренинг социальных навыков и формирование комплаенса

Работа по формированию и развитию социальных навыков в основной группе включала:

1) проблемно-ориентированные методики:

а) навыки самообслуживания: решения бытовых проблем, соблюдения гигиены, ведения хозяйства, управления бюджетом, навыки, направленные на самодисциплину (своевременный утренний подъем, прием лекарств, структурирование собственного времени, планирование каждодневных дел, промежуточных и отдаленных жизненных целей);

б) навыки взаимодействия с социальными, коммунальными, юридическими службами, навыки обращения в инстанции, получения необходимой информации;

2) развитие коммуникативных навыков, ассертивного поведения, избегания и разрешения конфликтов, знакомства с противоположным полом, внутрисемейного взаимодействия, работа с самооценкой.

С «проблемными» пациентами (с неустойчивой трудовой адаптацией, одиночными с резким ограничением социальных контактов, имеющих конфликтные семейные отношения), тренинг социальных навыков проводился в рамках дополнительного цикла занятий (с каждой группой по 16 занятий в течение 2 месяцев). Тренинг навыков в этом качестве составлял основу каждого занятия.

В подгруппе больных с неустойчивой трудовой адаптацией особое внимание уделялось формированию мотивации к трудоустройству, проводилась проблемно-разрешающая работа: обучение поиску информации о работе, поиску вакансий, составлению резюме, вырабатывались навыки поведения на собеседовании, трудоустройства, прорабатывались взаимоотношения с работодателем, сослуживцами, взаимодействие и самоконтроль болезненного поведения в трудовом коллективе, прояснялась необходимость придерживаться трудовой дисциплины.

На дополнительных занятиях, **в подгруппе пациентов имеющих дисгармоничные семейные отношения** проводилась работа по внутрисемейной адаптации (коррекция созависимых, конфликтных, формальных отношений), активизация, развитие большей автономии пациента в семье и социуме, усиление роли больного в семье, передача ответственности самому пациенту за его поведение, состояние и участие в лечении. Использовались элементы семейной психотерапии, направленной на изменение межличностных связей. Её целью было устранение эмоциональных нарушений в семье, связанных с неприятием факта болезни одного из членов семьи, помощь в преодолении чувства вины, адекватного разделения ответственности, формирование правильного отношения к болезни. Отрабатывалось умение избегать и разрешать конфликты, конструктивно и доброжелательно высказывать справедливые претензии.

В подгруппе одиноких больных вырабатывались навыки уверенного поведения, знакомства с новыми людьми, в том числе с целью создания семейных отношений. Пациенты информировались о возможных местах общения (клубах танцев и «вечерах встреч», кружках по интересам, секциях, библиотеках). С помощью больных, посещающих эти мероприятия, вовлекались остальные члены

группы. Проводились чаепития, беседы на общеразвивающие темы совместно с пациентами других групп. Также особое внимание уделялось вопросам соблюдения режима терапии, сохранения и улучшения комплаенса, необходимости своевременного обследования и лечения по поводу соматических заболеваний. Работа с этими пациентами носила дифференцированный характер, учитывая клинические и психологические особенности пациента, причины одиночества, отношение к нему больного.

В групповой работе применялись такие техники как дидактическое структурирование, моделирование, репетиция поведения, корректирующая обратная связь, позитивное подкрепление, домашние задания для закрепления полученных навыков, которые обсуждались в начале каждого следующего занятия.

В работе использовался модуль независимого проживания (Я.А. Сторожакова и соавт., 2002) предполагающий восстановление утраченных (или приобретение новых) навыков самообслуживания, личной гигиены, умений ориентироваться в различных житейских ситуациях, а также навыков взаимоотношений (способность устанавливать и поддерживать контакты и отношения).

В процессе тренинговой программы подчеркивалась важность приобретения или восстановления социальных и прикладных навыков. Проводилось моделирование образцов поведения в различных ситуациях с максимально возможной «подгонкой» ситуации обучения к обстоятельствам реальной жизни; при этом обеспечивалась возможность несколько раз в течение занятия вернуться к определенной задаче, как в случае успешного, так и в случае неуспешного поведения. В обязательном порядке осуществлялась положительная обратная связь, по возможности преподавались техники самоподкрепления.

Для увеличения вовлеченности участников в процесс принятия наиболее адекватного ситуации решения использовался метод групповой дискуссии, позволяющий развить взаимопонимание и групповую солидарность, снизить ощущение изолированности, увидеть проблему с разных сторон и точек зрения, устранить социальные границы и запреты, которые участники сами ставят перед собой в процессе обычной работы над задачей.

Задачи обучения включали в себя осуществление переноса полученных навыков во внутерапевтическую среду, возможность их реализации в различных физических и межличностных обстоятельствах, формирование более эффективно и гармоничного стиля общения между участниками группы и их микроокружением.

С целью раскрепощения и сближения участников в начале занятия пациентам предлагалось выразить свои переживания, эмоциональное состояние с помощью простых движений, мимики, пантомимы без помощи слов. Это позволяло больным лучше распознавать свои и чужие эмоции, намерения и адекватно выражать их, способствовало развитию внимания к собственной двигательной активности и поведению других людей, росту доверия и уверенности.

Для укрепления терапевтического альянса и повышения комплаенса применялся комплекс информационного и психотерапевтического воздействия (в основном использовались приемы бихевиорально-когнитивной терапии, социометрические методы, ролевое моделирование).

Психотерапевтические приемы основанные на субъективной оценке своего опыта и сравнении его с опытом других участников группы) также применялись в начале занятия (не более 1-2 заданий). Их целью было сокращение эмоциональной дистанции, повышение сплоченности группы, а также диагностика общегруппового эмоционального фона. Они давали возможность пациентам в легкой игровой форме рассказать о себе и ознакомиться с жизнью других участников, сравнить свой жизненный опыт с чужим, получить поддержку и понимание. Выполнение этих заданий давало представление об общих для всех участников проблемах и индивидуальности каждого.

Как вспомогательная методика применялась **поведенческая психотерапия** (позитивное подкрепление, жетонный метод). Ее целью являлась замена прежних дезадаптивных паттернов самообслуживания и общения с семейным окружением, соседями, сотрудниками психиатрической службы на более адекватные формы поведения.

Как составляющий элемент использовались отдельные методы

когнитивной психотерапии (метод градуированных заданий, техники градиентных изменений, реалистического прогнозирования). Это позволило повысить мотивацию к усвоению новых знаний и умений, а также способствовало позитивной оценке своих достижений и развитию самодисциплины.

Для моделирования адекватного поведения и поиска решения актуальной жизненной проблемы использовались ролевые игры, в ходе которых создавались необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов, способов эмоционального реагирования, защитных позиций пациентов.

Заключительная часть каждого занятия, длительностью 15-20 минут, посвящалась подведению итогов. Участники кратко высказывались на тему того, как они поняли полученную на занятии информацию. Им предлагалось спроецировать на будущее новое представление о проблеме и спрогнозировать свое поведение в реальных жизненных условиях. В заключении уделялось время обратной связи, при этом избегались оценочные суждения кого-либо из членов группы.

В течение 1 года после психосоциального вмешательства 1 раз в 2 недели в основной группе проводились групповые поддерживающие занятия по психообразовательной методике и развитию социальных навыков в амбулаторных условиях с целью закрепления знаний и умений, полученных во время основного курса. Поддерживающий цикл фокусировался на работе по поддержанию комплаенса, профилактике рецидивов, раннему распознаванию симптомов обострения и обеспечению своевременной помощи, предотвращению суицидов; одновременно проводился мониторинг психического состояния пациентов, при необходимости корректировалась фармакотерапия, обсуждались социально-психологические проблемы и оказывалась дополнительная инструментальная поддержка. Занятия проводились 1 раз в 2 недели по 1,5 часа. Формат занятий был аналогичен такому в рамках основной части программы психосоциальных мероприятий.

Оценка эффективности психосоциального вмешательства

Весь период амбулаторного наблюдения (вмешательство и катамнез) пациенты основной группы (52 чел.) получали комплексную помощь (психофармакотерапию и психосоциальное вмешательство). Больные контрольной группы (52 чел.) получали только психофармакотерапию.

До включения в программу большинство пациентов основной и контрольной группы принимали лечение нерегулярно (табл. 20, рис 4, 6): 53,8% и 48,1% соответственно – подобные цифры приводятся и в научной литературе (Е.Б. Любов, 2001; J.M. Kane, 1996; J.D. Dulski et al., 1995). В обеих группах присутствовали больные, полностью отказывающиеся от поддерживающего лечения, назначенного участковым психиатром (3,8% - в основной группе и 5,8% в контрольной). Характер приема поддерживающего лечения до включения в программу в обеих группах не различался ($p>0,05$).

Таким образом, первоочередной задачей в процессе вмешательства и реализации психообразовательной программы являлась работа над комплаентностью и формированием мотивации к регулярной и длительной психофармакотерапии.

Целенаправленная последовательная индивидуальная работа по восстановлению комплаенса проводилась с 30 пациентами (28 чел. нерегулярно принимали фармакотерапию, 2 – категорически отказывались). Эти пациенты по завершении программы и катамнестически стали более внимательны к изменениям в своем состоянии, своевременно обращались за помощью к участковому психиатру, более аккуратно следовали назначениям. Из них 12 человек продолжали вести «дневник самонаблюдения» и приема лекарств, рекомендованный на групповых занятиях.

Таблица 20

Прием поддерживающей терапии основной и контрольной групп до вмешательства.

Прием препаратов	основная группа (n=52)		контрольная (n=52)		P
	Абс.	%	Абс.	%	

регулярный	22	42,3	24	46,2	$p>0,05$
не регулярный	28	53,8	25	48,1	$p>0,05$
отказ	2	3,8	3	5,8	$p>0,05$
всего	52	100	52	100	-

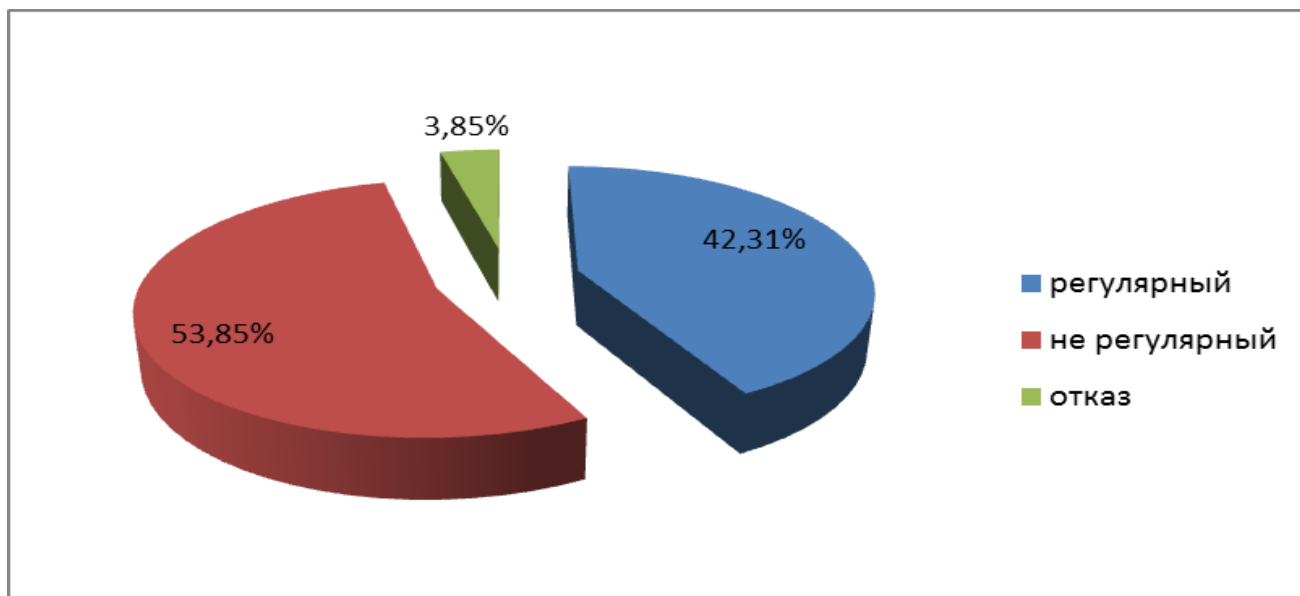


Рис. 4. Прием поддерживающей терапии пациентами основной группы до вмешательства

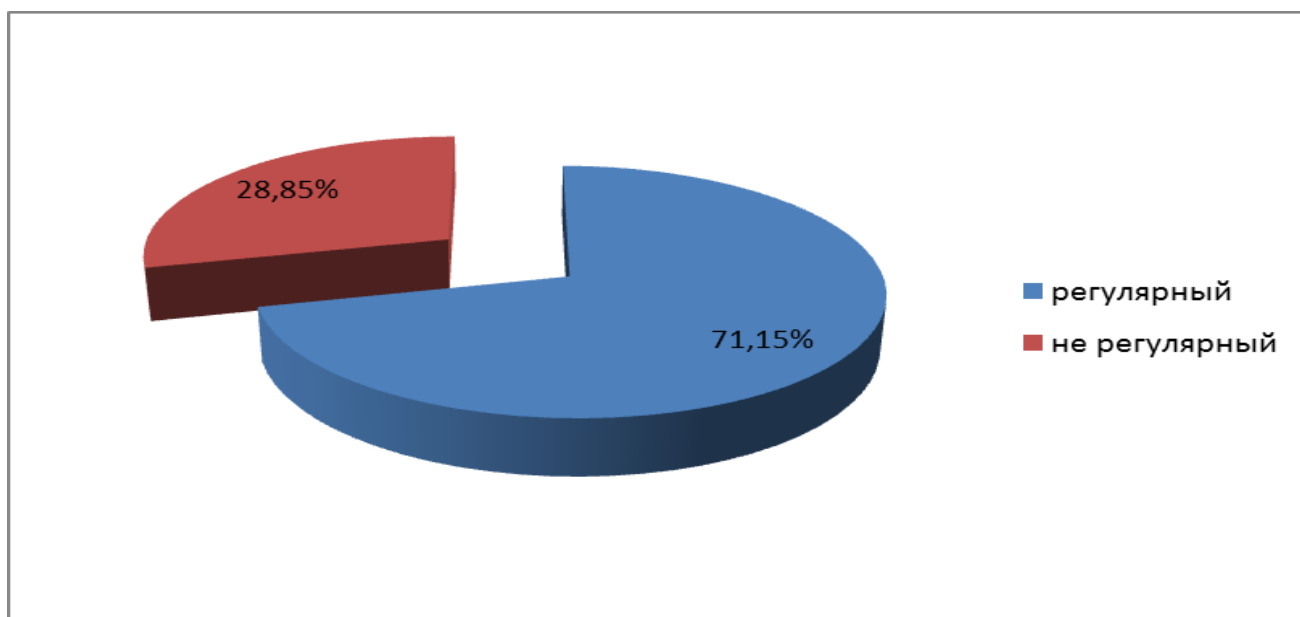


Рис. 5. Прием поддерживающей терапии пациентами основной группы в катамнезе

**Прием поддерживающей терапии пациентами основной
и контрольной групп в катамнезе**

Прием препаратов	основная группа (n=52)		контрольная (n=52)		Р
	Абс.	%	Абс.	%	p<0,01
регулярный	37	71,2	22	42,3	p<0,01
не регулярный	15	28,8	26	50	p<0,01
отказ	0	0	4	7,69	p>0,05
всего	52	100	52	100	-

При оценке приема поддерживающей терапии катамнестически, было выявлено, что в основной группе достоверно ($p<0,001$) возросла регулярность приема фармакотерапии (на 28,9 %). Кроме того ни один пациент из основной группы не отказывался принимать лекарства, назначенные участковым психиатром (табл. 21; рис. 5, 7).

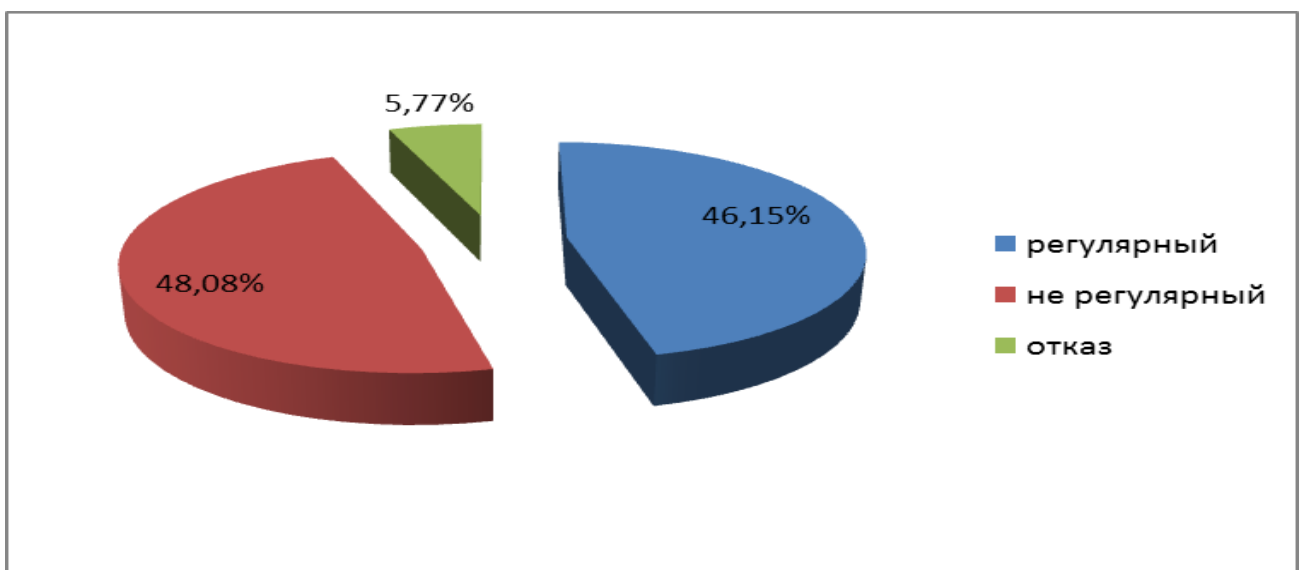


Рис.6. Прием поддерживающей терапии пациентами контрольной группы до вмешательства

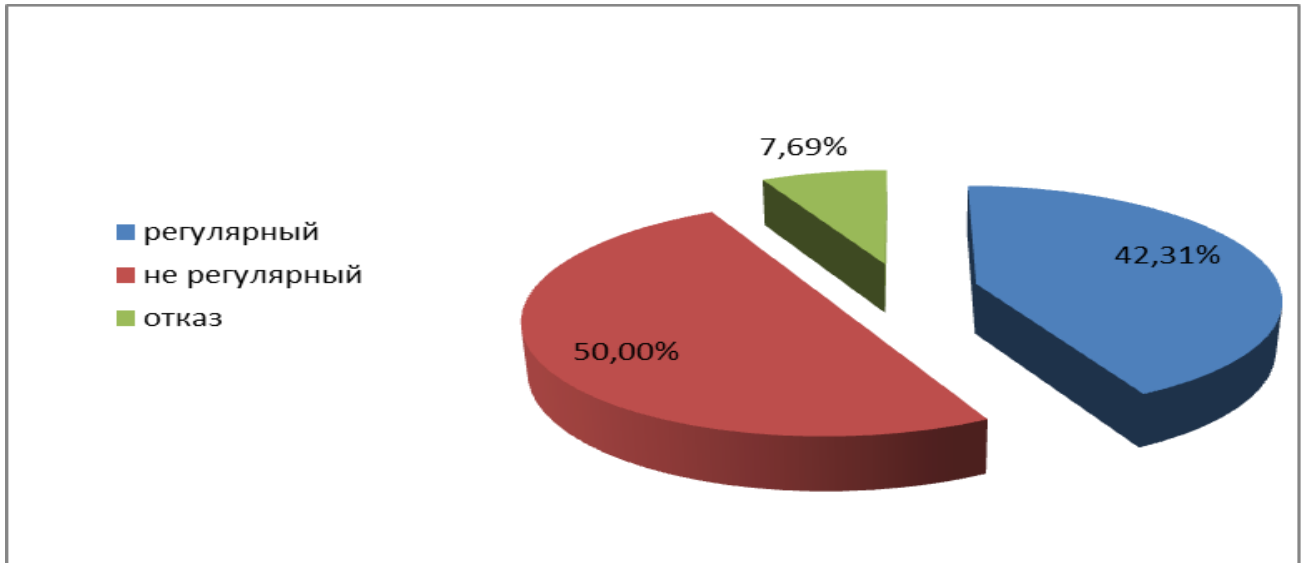


Рис. 7. Прием поддерживающей терапии пациентами контрольной группы по завершении программы в катамнезе

Дозировка нейролептиков на момент включения в психосоциальную программу для основной группы составляла (в хлорпромазиновом эквиваленте мг/сутки на чел.) $204,06 \pm 83,42$. Из них 42,3% приходилось на атипичные антипсихотики и 57,7% - на типичные. В контрольной группе дозировка на каждого пациента составляла $230,35 \pm 87,85$, из них 39,87% приходилось на атипичные антипсихотики и 60,13% - на типичные. Доля пациентов получавших дюранные формы нейролептиков составляла 32,79% и 31,24% соответственно. Различия между группами не достигали статистической значимости ($p > 0,05$) по всем параметрам: суммарная дозировка, доля типичных и атипичных антипсихотиков.

На конец оцениваемого катамнестического периода между основной и контрольной группой также не было различий по лечению в пересчете на каждого больного получающего нейролептики (52 человека в основной и 48 человек – в контрольной). Эти показатели составляли (в хлорпромазиновом эквиваленте мг/сутки на чел.): $205,1 \pm 92,31$ и $251,62 \pm 102,42$ соответственно. Доля атипичных антипсихотиков в основной группе составляла 38,6%, в контрольной - 41,7%; количество типичных нейролептиков в основной группе соответствовало 61,4%, в контрольной – 58,3%.

Оценка эффективности психообразовательной программы

Психообразовательная программа была представлена циклом последовательных групповых занятий, построенных по принципу интерактивного семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Результативность 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: с низкой (1-2 балла), средней (3 балла) и высокой (4-5 баллов) информированностью. Соотношение их оценивалось в процентах от общего числа пациентов (100%). На рис. 8 – 11 представлена динамика оценки уровня своей информированности о различных аспектах заболевания пациентами основной группы, прошедшими курс психообразовательных занятий.

До включения в программу основная масса пациентов (от 34,6% до 65,4%) обеих групп практически по всем вопросам имела низкую степень информированности. Различия между группами статистически были не значимы. По завершении психообразовательного цикла большинство пациентов основной группы (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. Исключение составляли показатели информированности о прогнозе и течении заболевания – по 11,5% соответственно. Общий процент средней информированности оставался на прежнем уровне. Это было достигнуто за счет перераспределения больных, с ранее низкой информированностью в группу со средней и перемещения некоторой части обследуемых из средней в группу высокой информированности. При сопоставлении с показателями контрольной группы по завершении программы и с учетом внутригрупповых сравнений эти изменения были статистически достоверны (от $p < 0,001$ до $p < 0,05$).

Показатели навыков и потребности в обсуждении своего и чужого опыта болезни: доля пациентов с низким уровнем по завершении программы сократилась не менее, чем в 5 раз (с 55,8% до 3,9% - 11,5%), со средним – увеличилась на

1/3 (с 40,4% до 61,5%), с высокой – почти в 10 раз с (3,9% до 32,7%) (рис. 8). Практически все пациенты отмечали пользу групповой работы, обсуждение своих проблем с людьми, испытывающих похожие трудности, рады были услышать от них совет и получить посильную эмоциональную поддержку. Пациенты старались регулярно посещать занятия, но домашние задания выполняли неохотно, часто «забывая о них или не находя для этого времени». Многие охотно делились собственным опытом, поощряли других высказывать свои мысли и опасения, поддерживали.

Изменения в области понимания пациентами симптомов, течения, прогноза больше были выражены в группе средней информированности, увеличившись в 2 – 2,5 раза (с 30,8 до 57,7% - 80,8%) (рис. 9).

По вопросам информированности об обострении, его предупреждении и купировании (рис. 10) за время проведения психообразовательной программы в основной группе произошли следующие изменения: доля больных с низким уровнем снизилась более чем в 5 раз (с 40,4% до 7,7%), с высокой – возросла с 1,9% – 9,6% до 30,8% - 55,8%.

Представление о преодолении трудностей, побочном действии лекарств, о службах и формах помощи также претерпело существенные изменения (рис. 11): доля пациентов с низкой информированностью сократилась в 6 раз (с 61,5% до 9,6%), со средней - повысилась в 1,5 - 2 раза (с 30,8% - 42,3% до 50% -71,2%), с высокой – увеличилась с 0% -19,2% до 19,2% -38,5%.

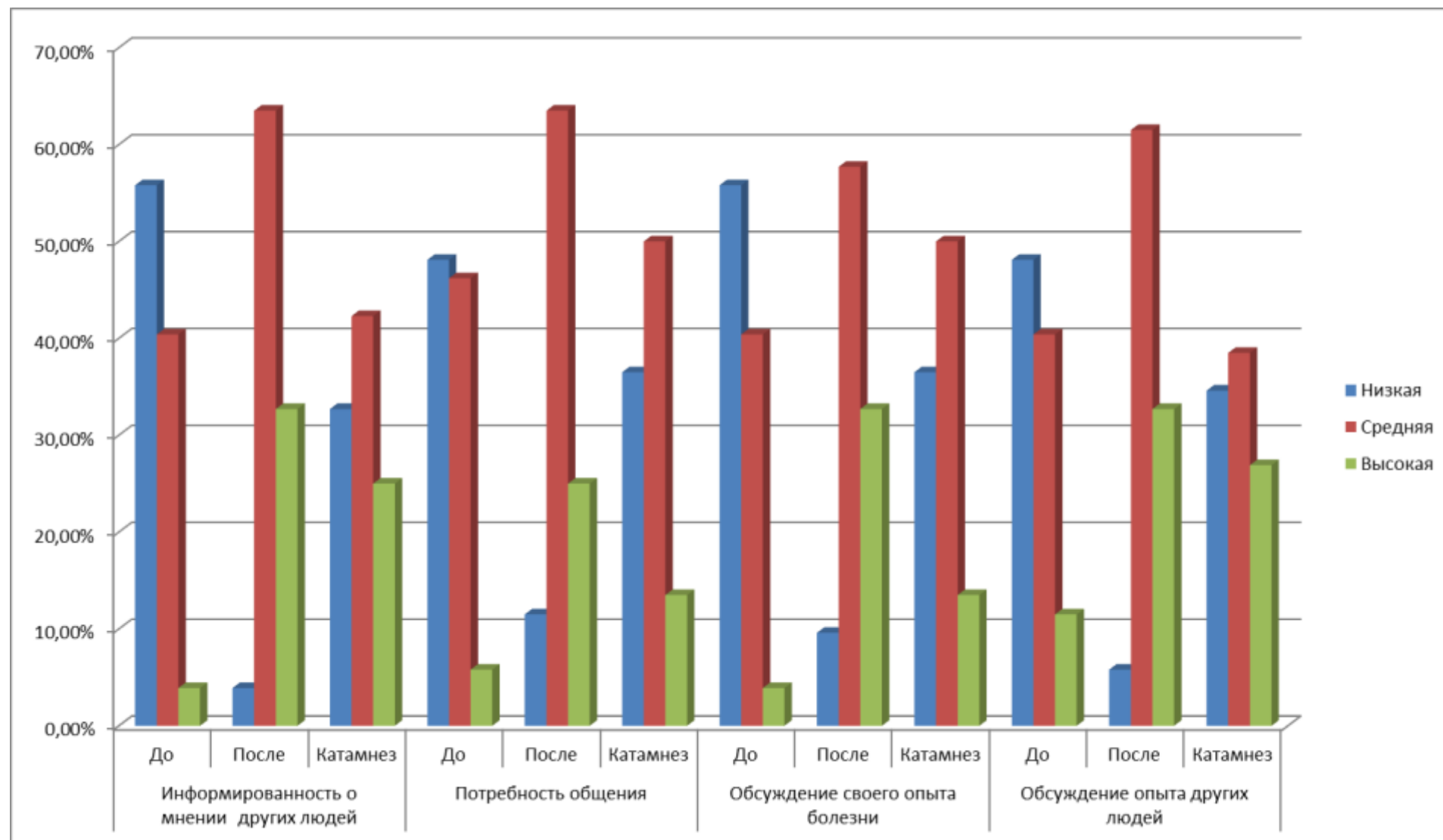


Рис. 8. Динамика оценки своей информированности о мнении других людей и потребности в общении пациентами основной группы

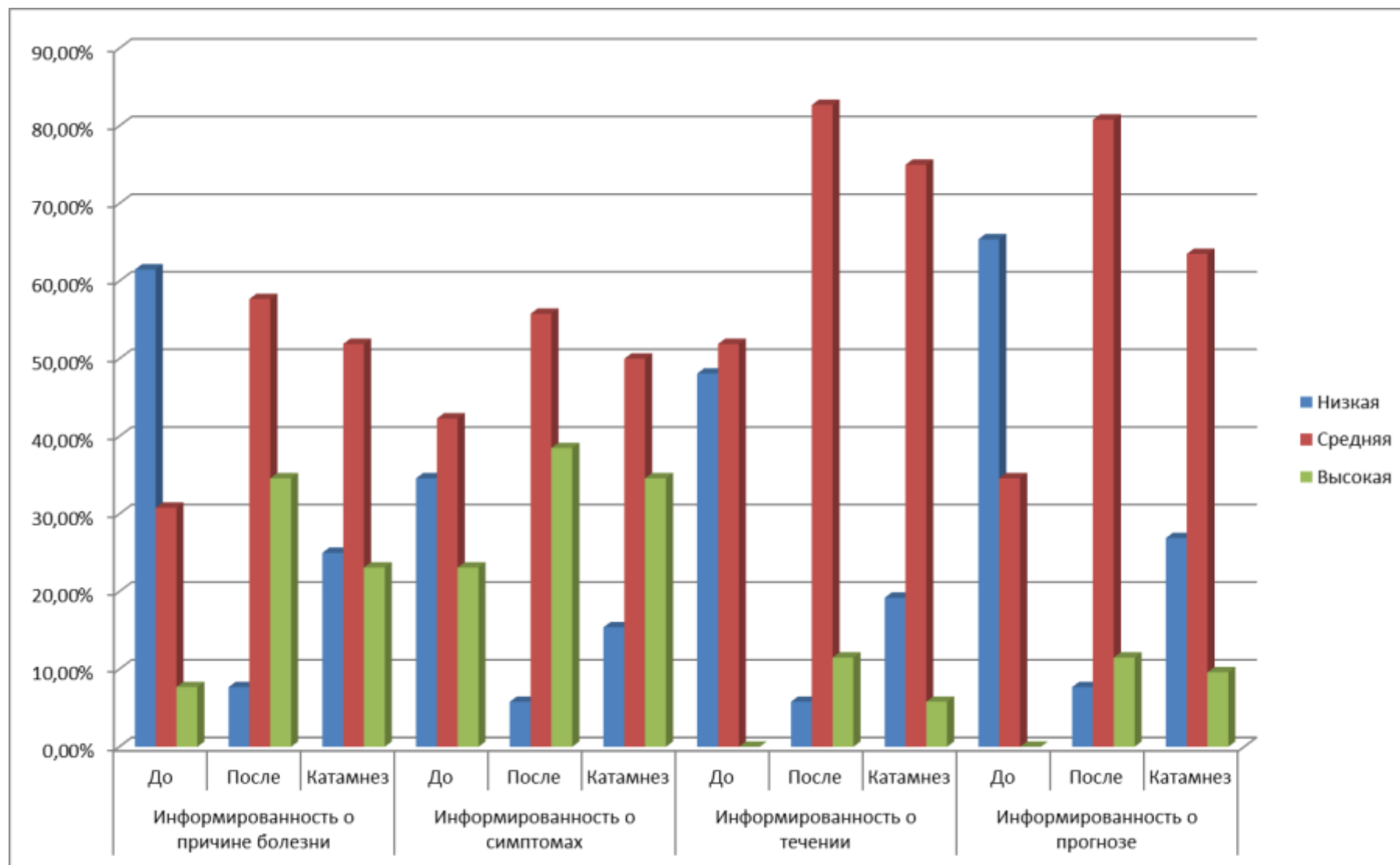


Рис. 9. Динамика оценки своей информированности о причине, симптомах, течении и прогнозе своего заболевания пациентами основной группы

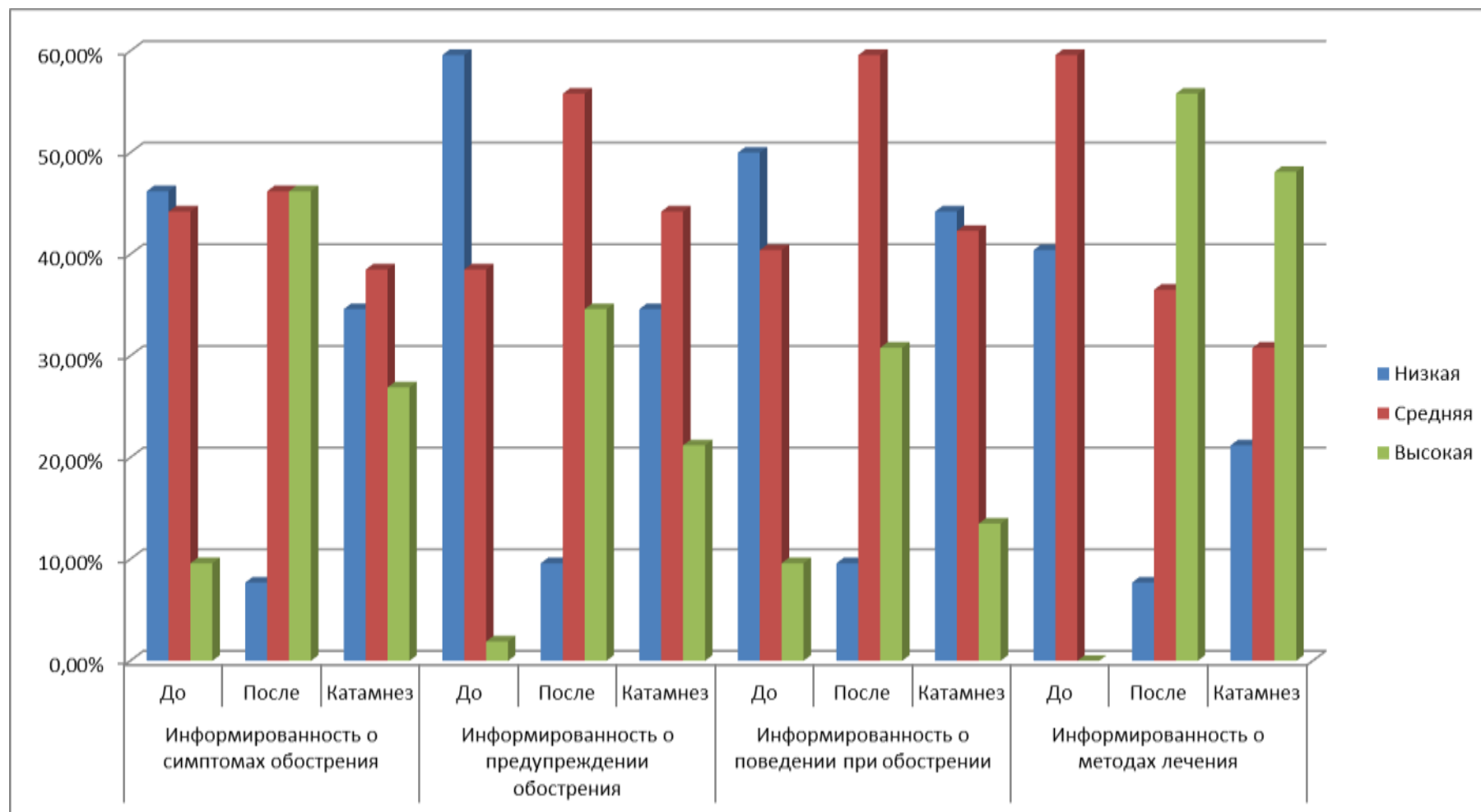


Рис. 10. Динамика оценки своей информированности об обострениях и терапии своего заболевания пациентами основной группы

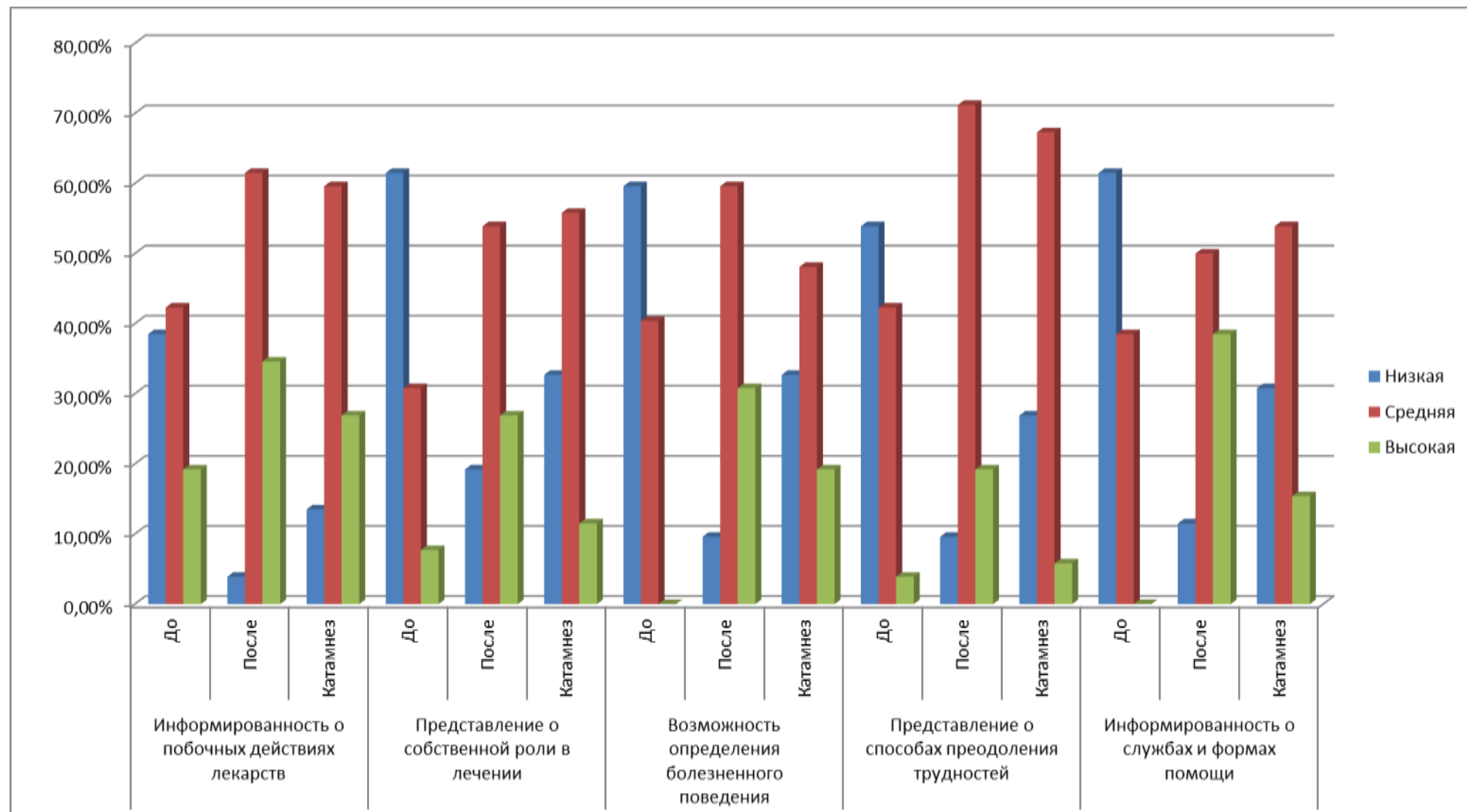


Рис 11. Динамика представлений о собственной роли в определении и лечении болезни, а также о способах и формах помощи у пациентов основной группы

Однако при катamnестическом внутригрупповом сравнении было выявлено, что уровень информированности пациентов за год в 2 раза снизился, но в сравнении с результатами до начала программы и контрольной группы, тем не менее, оставался достоверно выше ($p < 0,001 - 0,008$).

Наименее стойкими оказались: информированность о поведении в обострении, потребность в общении, обсуждении своего и чужого опыта. Последнее объясняется дефицитарной симптоматикой, апатией, стремлением ограничить контакты, которые выходят на первый план при отсутствии регулярных побуждающих стимулов, которые обеспечивала психосоциальная программа.

Наиболее стабильны в катamnезе были знания о причине, течении, симптомах болезни, службах и формах помощи. Доля пациентов со средней информированностью оставалась близкой к результатам по завершении программы.

Качественные изменения коснулись субъективной оценки собственной роли в лечении болезни, пациенты осознали значимость самонаблюдения, своевременного обращения к участковому психиатру, регулярного приема медикаментов и поддерживающей психофармакотерапии. Четверо пациентов с подчиненно-зависимым складом взаимоотношений в семье и по отношению к участковому психиатру стали более ответственны, самостоятельно стали отслеживать изменения в своем статусе и принимать медикаменты согласно предписанию, в то время как ранее, полностью полагались на родных и врача не пытаясь повлиять на свое состояние. Наиболее ценными для себя пациенты считали полученные сведения о лечении, побочном действии лекарств, симптомах осложнений, методах и формах психосоциальной помощи. Полученные пациентами сведения, позволили им чувствовать себя более уверенно, активнее участвовать в восстановительном процессе, расширили их возможности по преодолению жизненных трудностей, связанных с заболеванием и стигматизацией.

Полученные результаты указывают на определенную нестойкость приобретенных во время психообразовательной программы знаний и представлений, особенно в области межличностного взаимодействия, критичного отношения к

болезненному поведению и обострениям и способах преодоления возникающих проблем. Для того, чтобы поддерживать информированность амбулаторных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра о важнейших аспектах их заболевания необходимы регулярные тематические занятия. Тем не менее, даже разовый психообразовательный курс значительно увеличивает информированность пациентов.

В табл. 22-24 представлена динамика численности подгрупп с низкой, средней и высокой информированностью в составе основной и контрольной исследуемых групп.

Сравнение порядковых данных между двумя группами проводилось с использованием критерия Манна-Уитни. Анализ динамики порядковых данных внутри групп проводился с использованием критерия Вилкоксона. Расчет проводился с использованием программ Statistica 10, Microsoft Excel 2010.

Сопоставление информированности пациентов основной и контрольной группы

	Период	Контрольная группа						Основная группа						Значение p (критерий Манна-Уитни)
		Низкая		Средняя		Высокая		Низкая		Средняя		Высокая		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Информированность о мнении других людей	До	26	50,0%	22	42,3%	4	7,7%	29	55,8%	21	40,4%	2	3,9%	0,526
	После	24	46,2%	25	48,1%	3	5,8%	2	3,9%	33	63,5%	17	32,7%	<0,001
	Катамнез	27	51,9%	24	46,2%	1	1,9%	17	32,7%	22	42,3%	13	25,0%	0,009
Потребность в общении	До	23	44,2%	26	50,0%	3	5,8%	25	48,1%	24	46,2%	3	5,8%	0,753
	После	24	46,2%	25	48,1%	3	5,8%	6	11,5%	33	63,5%	13	25,0%	<0,001
	Катамнез	32	61,5%	20	38,5%	0	0,0%	19	36,5%	26	50,0%	7	13,5%	0,008
Обсуждение своего опыта болезни	До	24	46,2%	23	44,2%	5	9,6%	29	55,8%	21	40,4%	2	3,9%	0,301
	После	23	44,2%	25	48,1%	4	7,7%	5	9,6%	30	57,7%	17	32,7%	<0,001
	Катамнез	31	59,6%	21	40,4%	0	0,0%	19	36,5%	26	50,0%	7	13,5%	0,012
Обсуждение опыта других людей	До	22	42,3%	23	44,2%	7	13,5%	25	48,1%	21	40,4%	6	11,5%	0,594
	После	22	42,3%	24	46,2%	6	11,5%	3	5,8%	32	61,5%	17	32,7%	<0,001
	Катамнез	31	59,6%	20	38,5%	1	1,9%	18	34,6%	20	38,5%	14	26,9%	0,002
Информированность о причине болезни	До	27	51,9%	21	40,4%	4	7,7%	32	61,5%	16	30,8%	4	7,7%	0,437
	После	26	50,0%	22	42,3%	4	7,7%	4	7,7%	30	57,7%	18	34,6%	<0,001
	Катамнез	25	48,1%	25	48,1%	2	3,9%	13	25,0%	27	51,9%	12	23,1%	0,005
Информированность о симптомах	До	19	36,5%	21	40,4%	12	23,1%	18	34,6%	22	42,3%	12	23,1%	0,899
	После	21	40,4%	17	32,7%	14	26,9%	3	5,8%	29	55,8%	20	38,5%	0,005
	Катамнез	21	40,4%	17	32,7%	14	26,9%	8	15,4%	26	50,0%	18	34,6%	0,045
Информированность о течении	До	23	44,2%	28	53,9%	1	1,9%	25	48,1%	27	51,9%	0	0,0%	0,673
	После	24	46,2%	28	53,9%	0	0,0%	3	5,8%	43	82,7%	6	11,5%	<0,001
	Катамнез	21	40,4%	29	55,8%	2	3,9%	10	19,2%	39	75,0%	3	5,8%	0,059
Информированность о прогнозе	До	32	61,5%	20	38,5%	0	0,0%	34	65,4%	18	34,6%	0	0,0%	0,738
	После	33	63,5%	19	36,5%	0	0,0%	4	7,7%	42	80,8%	6	11,5%	<0,001
	Катамнез	34	65,4%	18	34,6%	0	0,0%	14	26,9%	33	63,5%	5	9,6%	<0,001
Информированность о симптомах обострения	До	27	51,9%	20	38,5%	5	9,6%	24	46,2%	23	44,2%	5	9,6%	0,649
	После	26	50,0%	20	38,5%	6	11,5%	4	7,7%	24	46,2%	24	46,2%	<0,001
	Катамнез	28	53,9%	20	38,5%	4	7,7%	18	34,6%	20	38,5%	14	26,9%	0,019

Информированность о предупреждении обострения	До	27	51,9%	21	40,4%	4	7,7%	31	59,6%	20	38,5%	1	1,9%	0,387
	После	25	48,1%	22	42,3%	5	9,6%	5	9,6%	29	55,8%	18	34,6%	<0,001
	Катамнез	27	51,9%	21	40,4%	4	7,7%	18	34,6%	23	44,2%	11	21,2%	0,049
Информированность о поведении при обострении	До	29	55,8%	19	36,5%	4	7,7%	26	50,0%	21	40,4%	5	9,6%	0,589
	После	29	55,8%	19	36,5%	4	7,7%	5	9,6%	31	59,6%	16	30,8%	<0,001
	Катамнез	29	55,8%	21	40,4%	2	3,9%	23	44,2%	22	42,3%	7	13,5%	0,178
Информированность о методах лечения	До	33	63,5%	18	34,6%	1	1,9%	21	40,4%	31	59,6%	0	0,0%	0,054
	После	27	51,9%	23	44,2%	2	3,9%	4	7,7%	19	36,5%	29	55,8%	<0,001
	Катамнез	28	53,9%	20	38,5%	4	7,7%	11	21,2%	16	30,8%	25	48,1%	<0,001
Информированность о побочных действиях лекарств	До	26	50,0%	17	32,7%	9	17,3%	20	38,5%	22	42,3%	10	19,2%	0,358
	После	20	38,5%	25	48,1%	7	13,5%	2	3,9%	32	61,5%	18	34,6%	<0,001
	Катамнез	17	32,7%	30	57,7%	5	9,6%	7	13,5%	31	59,6%	14	26,9%	0,011
Представление о собственной роли в лечении	До	31	59,6%	19	36,5%	2	3,9%	32	61,5%	16	30,8%	4	7,7%	0,982
	После	34	65,4%	16	30,8%	2	3,9%	10	19,2%	28	53,9%	14	26,9%	<0,001
	Катамнез	38	73,1%	14	26,9%	0	0,0%	17	32,7%	29	55,8%	6	11,5%	<0,001
Возможность определения болезненного поведения	До	32	61,5%	18	34,6%	2	3,9%	31	59,6%	21	40,4%	0	0,0%	0,977
	После	30	57,7%	20	38,5%	2	3,9%	5	9,6%	31	59,6%	16	30,8%	<0,001
	Катамнез	36	69,2%	16	30,8%	0	0,0%	17	32,7%	25	48,1%	10	19,2%	<0,001
Представление о способах преодоления трудностей	До	28	53,9%	24	46,2%	0	0,0%	28	53,9%	22	42,3%	2	3,9%	0,879
	После	30	57,7%	22	42,3%	0	0,0%	5	9,6%	37	71,2%	10	19,2%	<0,001
	Катамнез	34	65,4%	18	34,6%	0	0,0%	14	26,9%	35	67,3%	3	5,8%	<0,001
Информированность о службах и формах помощи	До	30	57,7%	22	42,3%	0	0,0%	32	61,5%	20	38,5%	0	0,0%	0,738
	После	27	51,9%	24	46,2%	1	1,9%	6	11,5%	26	50,0%	20	38,5%	<0,001
	Катамнез	33	63,5%	19	36,5%	0	0,0%	16	30,8%	28	53,9%	8	15,4%	0,001

Динамика информированности пациентов контрольной группы

	Период	Контрольная группа						Критерий Вилкоксона	
		Низкая		Средняя		Высокая		Сравнение	Значение p
		N	%	N	%	N	%		
Информированность о мнении других людей	До	26	50,0%	22	42,3%	4	7,7%	До-После	0,593
	После	24	46,2%	25	48,1%	3	5,8%	После-Катамнез	0,043
	Катамнез	27	51,9%	24	46,2%	1	1,9%	До-Катамнез	0,142
Потребность в общении	До	23	44,2%	26	50,0%	3	5,8%	До-После	0,999
	После	24	46,2%	25	48,1%	3	5,8%	После-Катамнез	0,003
	Катамнез	32	61,5%	20	38,5%	0	0,0%	До-Катамнез	0,002
Обсуждение своего опыта болезни	До	24	46,2%	23	44,2%	5	9,6%	До-После	0,999
	После	23	44,2%	25	48,1%	4	7,7%	После-Катамнез	0,003
	Катамнез	31	59,6%	21	40,4%	0	0,0%	До-Катамнез	0,003
Обсуждение опыта других людей	До	22	42,3%	23	44,2%	7	13,5%	До-После	0,999
	После	22	42,3%	24	46,2%	6	11,5%	После-Катамнез	0,002
	Катамнез	31	59,6%	20	38,5%	1	1,9%	До-Катамнез	0,002
Информированность о причине болезни	До	27	51,9%	21	40,4%	4	7,7%	До-После	0,999
	После	26	50,0%	22	42,3%	4	7,7%	После-Катамнез	0,686
	Катамнез	25	48,1%	25	48,1%	2	3,9%	До-Катамнез	0,999
Информированность о симптомах	До	19	36,5%	21	40,4%	12	23,1%	До-После	0,999
	После	21	40,4%	17	32,7%	14	26,9%	После-Катамнез	0,999
	Катамнез	21	40,4%	17	32,7%	14	26,9%	До-Катамнез	0,999
Информированность о течении	До	23	44,2%	28	53,9%	1	1,9%	До-После	0,180
	После	24	46,2%	28	53,9%	0	0,0%	После-Катамнез	0,043
	Катамнез	21	40,4%	29	55,8%	2	3,9%	До-Катамнез	0,109
Информированность о прогнозе	До	32	61,5%	20	38,5%	0	0,0%	До-После	0,999
	После	33	63,5%	19	36,5%	0	0,0%	После-Катамнез	0,593

	Катамнез	34	65,4%	18	34,6%	0	0,0%	До-Катамнез	0,361
Информированность о симптомах обострения	До	27	51,9%	20	38,5%	5	9,6%	До-После	0,180
	После	26	50,0%	20	38,5%	6	11,5%	После-Катамнез	0,068
	Катамнез	28	53,9%	20	38,5%	4	7,7%	До-Катамнез	0,463
Информированность о предупреждении обострения	До	27	51,9%	21	40,4%	4	7,7%	До-После	0,310
	После	25	48,1%	22	42,3%	5	9,6%	После-Катамнез	0,310
	Катамнез	27	51,9%	21	40,4%	4	7,7%	До-Катамнез	0,999
Информированность о поведении при обострении	До	29	55,8%	19	36,5%	4	7,7%	До-После	0,999
	После	29	55,8%	19	36,5%	4	7,7%	После-Катамнез	0,180
	Катамнез	29	55,8%	21	40,4%	2	3,9%	До-Катамнез	0,180
Информированность о методах лечения	До	33	63,5%	18	34,6%	1	1,9%	До-После	0,018
	После	27	51,9%	23	44,2%	2	3,9%	После-Катамнез	0,593
	Катамнез	28	53,9%	20	38,5%	4	7,7%	До-Катамнез	0,012
Информированность о побочных действиях лекарств	До	26	50,0%	17	32,7%	9	17,3%	До-После	0,208
	После	20	38,5%	25	48,1%	7	13,5%	После-Катамнез	0,686
	Катамнез	17	32,7%	30	57,7%	5	9,6%	До-Катамнез	0,221
Представление о собственной роли в лечении	До	31	59,6%	19	36,5%	2	3,9%	До-После	0,225
	После	34	65,4%	16	30,8%	2	3,9%	После-Катамнез	0,028
	Катамнез	38	73,1%	14	26,9%	0	0,0%	До-Катамнез	0,008
Возможность определения болезненного поведения	До	32	61,5%	18	34,6%	2	3,9%	До-После	0,180
	После	30	57,7%	20	38,5%	2	3,9%	После-Катамнез	0,012
	Катамнез	36	69,2%	16	30,8%	0	0,0%	До-Катамнез	0,028
Представление о способах преодоления трудностей	До	28	53,9%	24	46,2%	0	0,0%	До-После	0,180
	После	30	57,7%	22	42,3%	0	0,0%	После-Катамнез	0,208
	Катамнез	34	65,4%	18	34,6%	0	0,0%	До-Катамнез	0,093
Информированность о службах и формах помощи	До	30	57,7%	22	42,3%	0	0,0%	До-После	0,068
	После	27	51,9%	24	46,2%	1	1,9%	После-Катамнез	0,028
	Катамнез	33	63,5%	19	36,5%	0	0,0%	До-Катамнез	0,225

Динамика информированности пациентов основной группы

	Период	Основная группа						Критерий Вилкоксона	
		Низкая		Средняя		Высокая		Сравнение	Значение p
		N	%	N	%	N	%		
Информированность о мнении других людей	До	29	55,8%	21	40,4%	2	3,9%	До-После	<0,001
	После	2	3,9%	33	63,5%	17	32,7%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	17	32,7%	22	42,3%	13	25,0%	До-Катамнез	<0,001
Потребность в общении	До	25	48,1%	24	46,2%	3	5,8%	До-После	<0,001
	После	6	11,5%	33	63,5%	13	25,0%	После-Катамнез	0,001
	Катамнез	19	36,5%	26	50,0%	7	13,5%	До-Катамнез	0,008
Обсуждение своего опыта болезни	До	29	55,8%	21	40,4%	2	3,9%	До-После	<0,001
	После	5	9,6%	30	57,7%	17	32,7%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	19	36,5%	26	50,0%	7	13,5%	До-Катамнез	0,001
Обсуждение опыта других людей	До	25	48,1%	21	40,4%	6	11,5%	До-После	<0,001
	После	3	5,8%	32	61,5%	17	32,7%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	18	34,6%	20	38,5%	14	26,9%	До-Катамнез	0,001
Информированность о причине болезни	До	32	61,5%	16	30,8%	4	7,7%	До-После	<0,001
	После	4	7,7%	30	57,7%	18	34,6%	После-Катамнез	0,001
	Катамнез	13	25,0%	27	51,9%	12	23,1%	До-Катамнез	<0,001
Информированность о симптомах	До	18	34,6%	22	42,3%	12	23,1%	До-После	<0,001
	После	3	5,8%	29	55,8%	20	38,5%	После-Катамнез	0,087
	Катамнез	8	15,4%	26	50,0%	18	34,6%	До-Катамнез	0,001
Информированность о течении	До	25	48,1%	27	51,9%	0	0,0%	До-После	<0,001
	После	3	5,8%	43	82,7%	6	11,5%	После-Катамнез	0,005
	Катамнез	10	19,2%	39	75,0%	3	5,8%	До-Катамнез	<0,001
Информированность о	До	34	65,4%	18	34,6%	0	0,0%	До-После	<0,001

прогнозе	После	4	7,7%	42	80,8%	6	11,5%	После-Катамнез	0,003
	Катамнез	14	26,9%	33	63,5%	5	9,6%	До-Катамнез	<0,001
Информированность о симптомах обострения	До	24	46,2%	23	44,2%	5	9,6%	До-После	<0,001
	После	4	7,7%	24	46,2%	24	46,2%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	18	34,6%	20	38,5%	14	26,9%	До-Катамнез	0,004
Информированность о предупреждении обострения	До	31	59,6%	20	38,5%	1	1,9%	До-После	<0,001
	После	5	9,6%	29	55,8%	18	34,6%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	18	34,6%	23	44,2%	11	21,2%	До-Катамнез	<0,001
Информированность о поведении при обострении	До	26	50,0%	21	40,4%	5	9,6%	До-После	<0,001
	После	5	9,6%	31	59,6%	16	30,8%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	23	44,2%	22	42,3%	7	13,5%	До-Катамнез	0,043
Информированность о методах лечения	До	21	40,4%	31	59,6%	0	0,0%	До-После	<0,001
	После	4	7,7%	19	36,5%	29	55,8%	После-Катамнез	0,019
	Катамнез	11	21,2%	16	30,8%	25	48,1%	До-Катамнез	<0,001
Информированность о побочных действиях лекарств	До	20	38,5%	22	42,3%	10	19,2%	До-После	<0,001
	После	2	3,9%	32	61,5%	18	34,6%	После-Катамнез	0,008
	Катамнез	7	13,5%	31	59,6%	14	26,9%	До-Катамнез	0,001
Представление о собственной роли в лечении	До	32	61,5%	16	30,8%	4	7,7%	До-После	<0,001
	После	10	19,2%	28	53,9%	14	26,9%	После-Катамнез	0,001
	Катамнез	17	32,7%	29	55,8%	6	11,5%	До-Катамнез	<0,001
Возможность определения болезненного поведения	До	31	59,6%	21	40,4%	0	0,0%	До-После	<0,001
	После	5	9,6%	31	59,6%	16	30,8%	После-Катамнез	0,001
	Катамнез	17	32,7%	25	48,1%	10	19,2%	До-Катамнез	<0,001
Представление о способах преодоления трудностей	До	28	53,9%	22	42,3%	2	3,9%	До-После	<0,001
	После	5	9,6%	37	71,2%	10	19,2%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	14	26,9%	35	67,3%	3	5,8%	До-Катамнез	0,001
Информированность о службах и формах помощи	До	32	61,5%	20	38,5%	0	0,0%	До-После	<0,001
	После	6	11,5%	26	50,0%	20	38,5%	После-Катамнез	<0,001
	Катамнез	16	30,8%	28	53,9%	8	15,4%	До-Катамнез	<0,001

Внутригрупповой анализ контрольной группы выявил, что доля пациентов с низкой информированностью по вопросам прогноза (65,4%), осознания собственной роли в лечении (73,1%), предотвращении обострений и поведении при них (55,8%) а так же купировании (69,2%) после окончания программы и катамнестически достоверно снижается ($p < 0,001$). Количество высоко информированных пациентов по вопросам о прогнозе, службах и формах помощи, возможности определения болезненного поведения и преодоления трудностей, связанных с обострением равна 0% ($p < 0,001$). Что касается лиц с высокой потребностью в информированности о мнении других людей, в общении, обсуждении своего и чужого опыта болезни, потребности в общении, то таковые в контрольной группе на момент катамнеза отсутствовали (0%). Но именно по этим вопросам отмечалась большая доля низко заинтересованных и низко информированных пациентов (от 51,9% до 61,5%). По остальным немногочисленным параметрам информированности в контрольной группе по истечении года статистически значимых изменений не наблюдалось. Таким образом, в контрольной группе по изучаемым параметрам отчетливо прослеживалась отрицательная динамика.

Динамика клинико-психопатологических показателей

При оценке психического состояния пациентов с помощью шкалы PANSS (S.R.Kay et al., 1987; С.Н.Мосолов, 2001) учитывалась выраженность позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомов, а также выраженность психопатологической симптоматики в целом. До включения в программу статистически значимых различий между основной и контрольной группами выявлено не было. Сумма баллов до включения в программу для основной группы составляла 58,04 [52;64] для контрольной – 57,6 [51;65]. Эти показатели свидетельствуют о состоянии ремиссии, близкой к границе подострого психоза (С. И. Куцай, 1985, Л.И. Абрамова, 1991, С.Н.Мосолов, 2001). Для межгруппового сравнения показателей применялся непараметрический ранговый метод Манна-Уитни. Для анализа внутригрупповой динамики использован непараметрический метод парных сравнений Вилкоксона, т.к. данные количественные порядковые с неправильным распределением.

За период проведения психосоциальной программы и катамнеза пациенты обеих групп получали стандартную терапию в ПНД. На рис. 12 представлена динамика психопатологических симптомов пациентов основной группы. К моменту завершения психосоциальной программы в основной группе статистически значимо снизились показатели только по субшкале общепсихопатологической симптоматики PANSS: с 26 [25;29] баллов до 23,42 [20;24] ($p < 0,05$). Так, больные стали менее ипохондричны, уменьшилась общая тревожность, отгороженность, снизилась аффективная окраска переживаний, пациенты стали мягче, более открыты, с большей охотой делились переживаниями. По завершению программы снизилась выраженность психопатологической симптоматики в целом: с 58,04 [56;64] баллов до 55,33 [50;56] ($p < 0,05$). Но катамнестически этот показатель вновь вернулся к прежнему уровню. В контрольной группе (рис. 13) статистически значимых различий по завершении программы и катамнестически обнаружено не было. При межгрупповом сравнении по завершении программы и в катамнезе показатель выраженности психопатологической симптоматики в целом имел достоверное различие ($p < 0,001$). В табл. 25 представлена сравнительная динамика психопатологической симптоматики пациентов основной и контрольной групп.

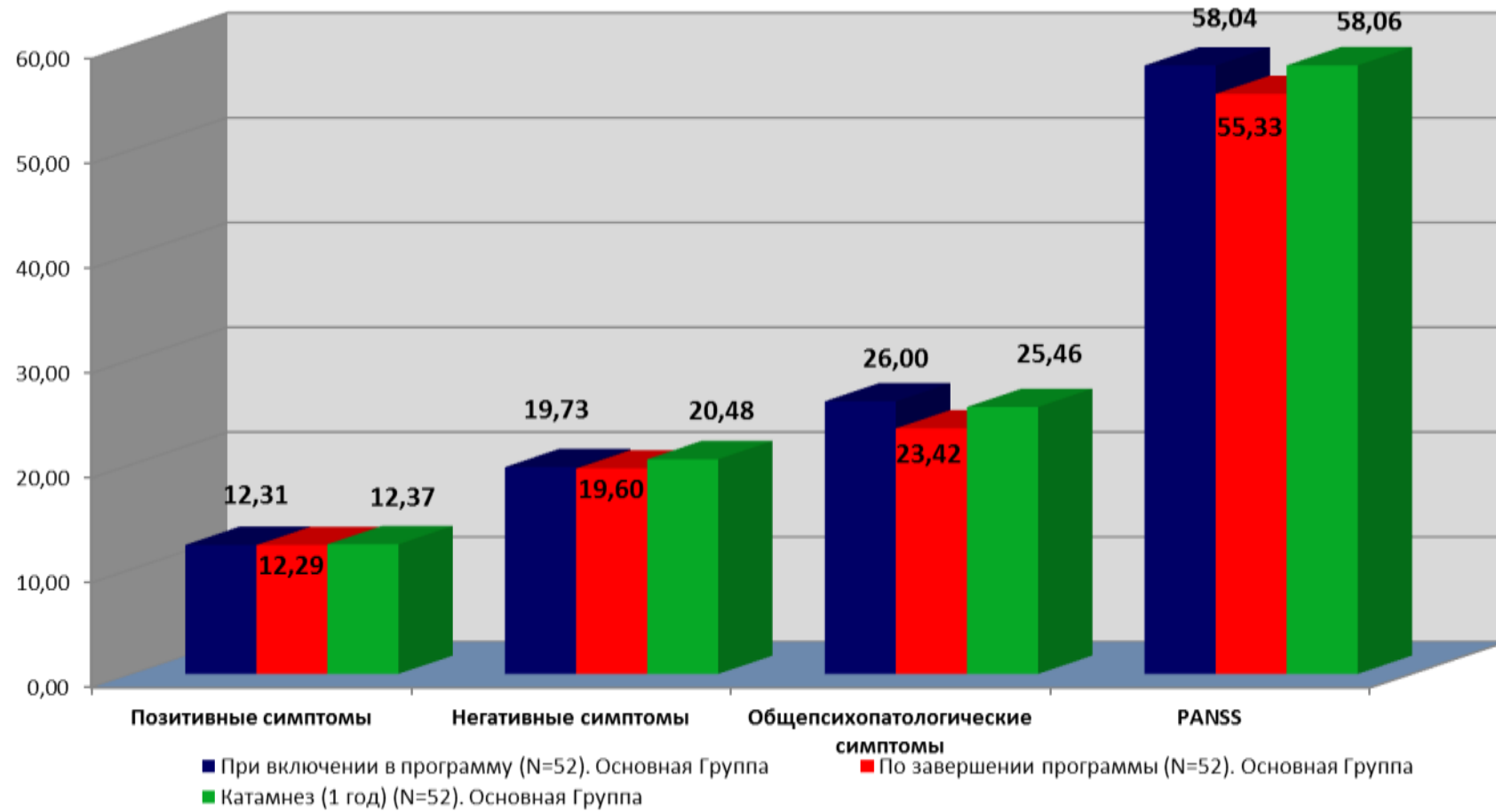


Рис. 12. Динамика психопатологической симптоматики пациентов основной группы по шкале PANSS.

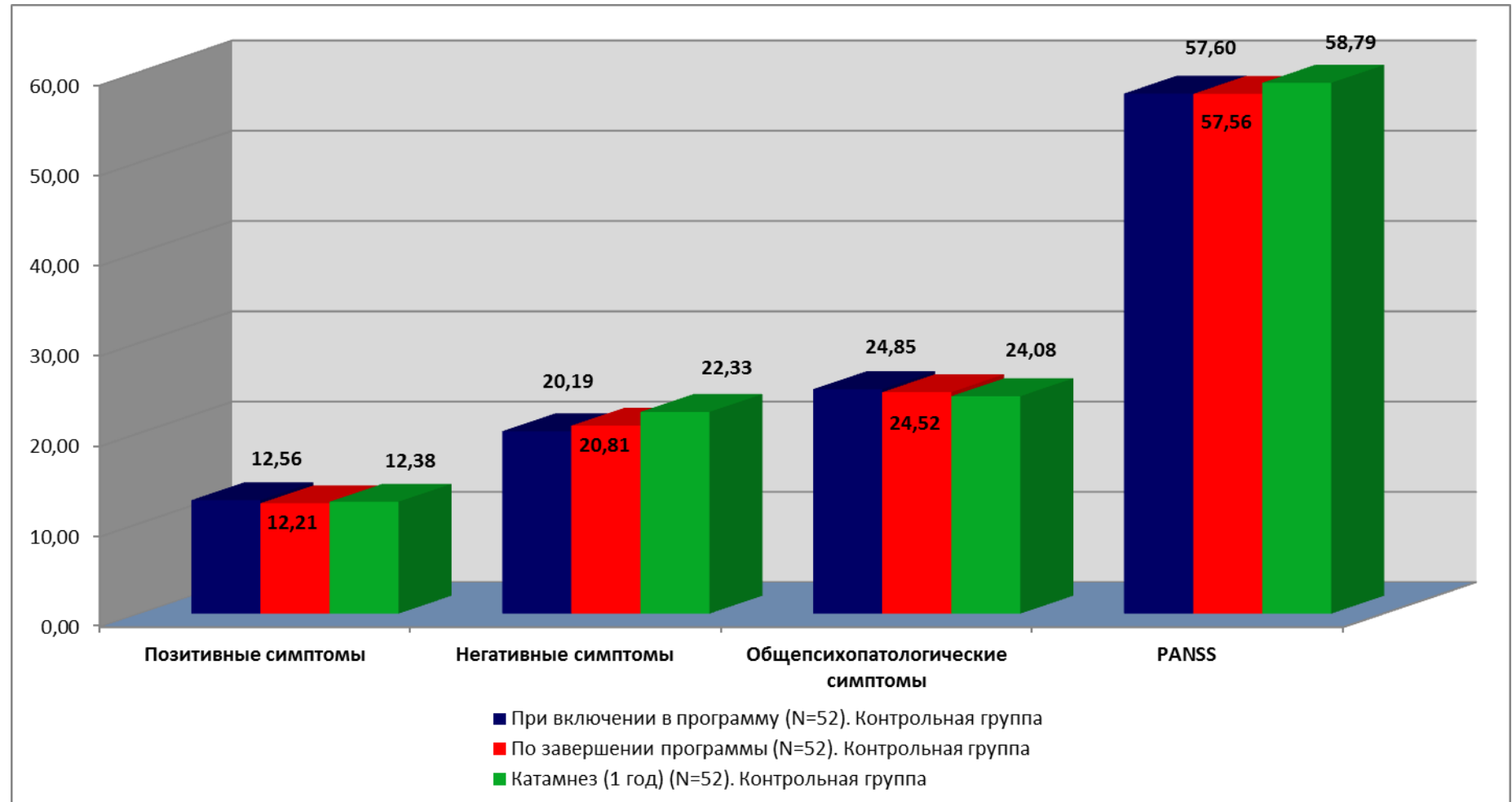


Рис. 13. Динамика психопатологической симптоматики пациентов контрольной группы по шкале PANSS

Сравнение показателей PANSS основной и контрольной групп

Признаки	При включении в программу (N=52).	Квартиль верхний	Квартиль нижний	При включении в программу (N=52).	Квартиль верхний	Квартиль нижний	p-value	По завершении программы (N=52)	Квартиль верхний	Квартиль нижний	По завершении программы (N=52).	Квартиль верхний	Квартиль нижний	p-value	Кагамнез (1 год) (N=52).	Квартиль верхний	Квартиль нижний	Кагамнез (1 год) (N=52).	Квартиль верхний	Квартиль нижний	p-value
	Основная Группа			Контрольная Группа				Основная Группа			Контрольная Группа				Основная Группа			Контрольная Группа			
Позитивные симптомы	12,31	10,5	14	12,56	11	15	0,548	12,29	10	14	12,21	10	14	0,840	12,37	10	14	12,38	11	15	0,953
Негативные симптомы	19,73	18	22	20,19	18	23	0,574	19,60	17,5	20,5	20,81	18	23	0,026	20,48	18	22	22,33	19	26	0,007
Общие симптомы	26,00	25	29	24,85	21	26	0,081	23,42	20	24	24,52	21	28	0,117	25,46	22	29	24,08	20	28	0,051
PANS	58,04	56	64	57,60	51	65	0,680	55,33	50	56	57,56	50	63	0,156	58,06	52	66	58,79	51	67	0,745

Динамика выраженности психопатологической симптоматики объективно подтверждалась количеством обострений и госпитализаций в психиатрическую больницу (ПБ) или дневной стационар (ДС) пациентов основной и контрольной групп в течение года после проведенного психосоциального вмешательства (табл. 26). За прошедший до начала исследования год среднее число обострений и условия их купирования были сравнимы в обеих группах. За период проведения комплекса психосоциальных вмешательств, обострений и необходимости в госпитализации у пациентов основной группы не возникало, так как постоянный мониторинг и качественный комплаенс позволяли своевременно корректировать терапию. В контрольной группе в 9 случаях потребовалось амбулаторное купирование обострений, в 7 случаях – лечение в дневном стационаре, госпитализаций в ПБ не осуществлялось. Через год после проведенного вмешательства в основной группе отмечалось снижение как частоты обострений на 44,5% ($p < 0,001$), так и частоты госпитализаций в психиатрическую больницу на 58,1% ($p < 0,001$). На 41,9% ($p < 0,001$) уменьшилась частота купирования обострений в дневном стационаре (рис. 14). Сократилась длительность пребывания больных как в психиатрической больнице - на 21,5% ($p < 0,05$), так и в дневном стационаре - на 18,3% ($p < 0,05$) (рис. 16).

Данные результаты можно объяснить улучшением комплаенса, большей поддержкой со стороны родственников пациентов, более позитивным отношением больных к психофармакотерапии и дисциплинированным приемом препаратов, своевременным обращением за амбулаторной помощью. Менее значительно снизилась частота амбулаторного купирования обострений - на 10,6% ($p < 0,005$). Последнее позволяет предполагать достаточные возможности сдерживания обострений на амбулаторном уровне за счет психосоциального вмешательства, избегая госпитализации. В контрольной группе отмечался рост этих показателей, достигающий статистической значимости ($p < 0,05$): по частоте амбулаторного купирования обострений в год произошло увеличение на 23,7% (рис.15).

Таблица 26

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=52)		Контрольная (n=52)	
	До программы	Катамнез (n=52)	До программы	Катамнез (n=52)
Частота обострений (на 1 чел. в год)	2,65	1,47* ^{&}	2,51	2,79
Купирование в ПБ (частота госпитализаций на 1 чел. в год)	0,63	0,31* ^{&}	0,56	0,73
Купирование в ДС (частота на 1 чел. в год)	1,17	0,49* ^{&}	1,19	1,12
Амбулаторное купирование (частота на 1 чел. в год)	0,85	0,67* ^{#&}	0,76	0,94 [#]
Средняя длительность госпитализации (койко/дней на 1 чел. в год)	82,4±23,9	64,7±19,5* ^{#&}	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* ^{#&}	73,6±14,6	77,9±14,8

* p<0,05 при сравнении с контрольной группой в катамнезе

[#] p<0,05 при сравнении с показателем до программы

[&] p<0,001 при сравнении с показателями до программы

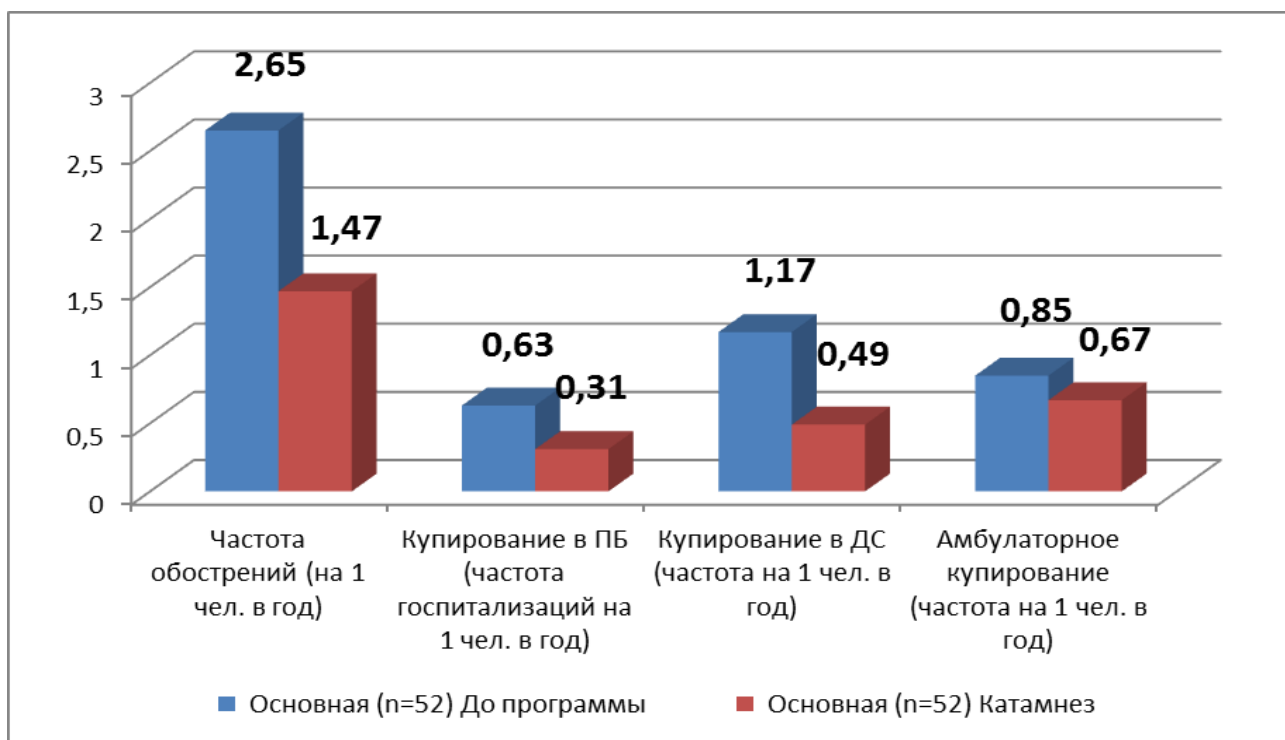


Рис. 14. Динамика частоты обострений в основной группе

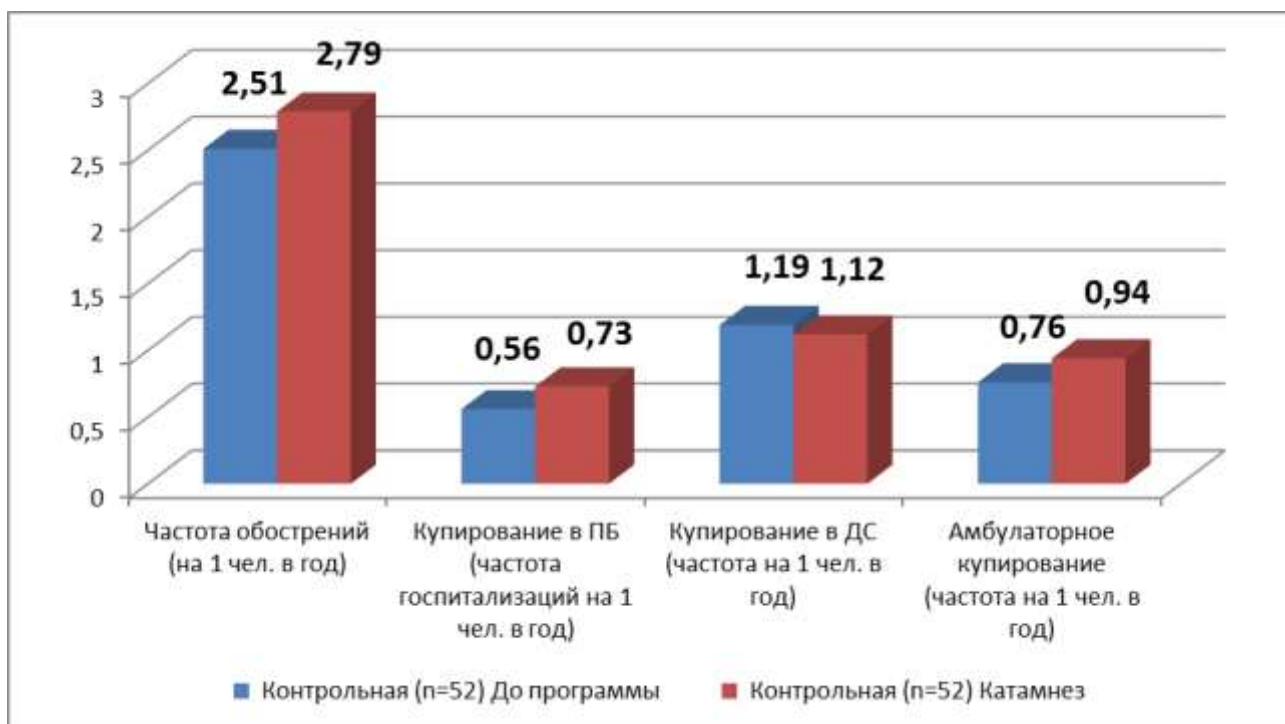


Рис. 15. Динамика частоты обострений в контрольной группе

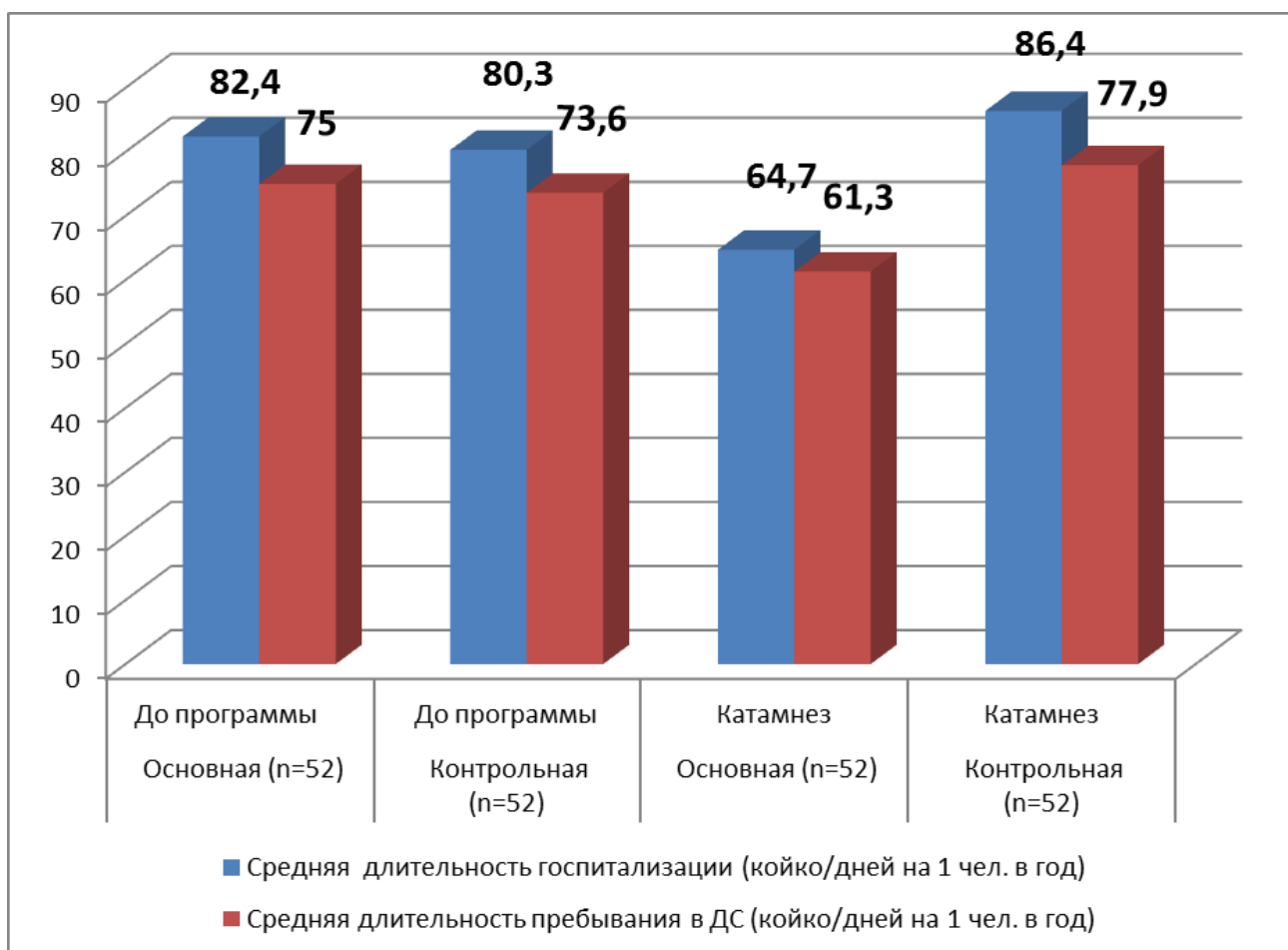


Рис. 16. Динамика длительности госпитализации основной и контрольной групп

Корреляционный анализ позволил установить определенные закономерности в динамике заболеваемости и информированности пациентов как основной, так и контрольной групп. В виду относительно малой численности групп и отсутствия нормального распределения значений во многих группах для анализа корреляции производилось вычисление рангового критерия Спирмена. Корреляционный анализ показал, что увеличение доли пациентов с высокой и средней информированностью о симптомах обострения, своем поведении при этом, методах лечения, представлении о собственной роли в лечении увеличивает силу связи со снижением частоты обострений ($R=-0,364 \div -0,508$; $p<0,001$) и госпитализаций ($R=-0,305 \div -0,546$; $p<0,001$) (табл. 27). В контрольной группе отмечалась отрицательная динамика указанных корреляций (табл. 28).

**Связь динамики информированности пациентов основной группы о
заболевании и формах помощи с частотой обострений**

Тесты	Частота обострений		Купирование в ПБ		Купирование в ДС		Купирование в амбулаторных условиях	
	До вмешат.	Катамнез	До вмешат.	Катамнез	До вмешат.	Катамнез	До вмешат.	Катамнез
	R	R	R	R	R	R	R	R
Информированность о симптомах	-0,146	0,039	-0,136	-0,12	-0,089	0,146	-0,15	0,06
Информированность о симптомах обострения	-0,414*	-0,252	-0,259	-0,318*	-0,39*	0,021	-0,282*	-0,247
Информированность о предупреждении обострения	-0,324*	-0,508*	-0,267	-0,469*	-0,143	-0,334*	-0,347*	-0,217
Информированность о поведении при обострении	-0,424*	-0,395*	-0,273	-0,33*	-0,362*	-0,266	-0,267	-0,178
Информированность о методах лечения	-0,34*	-0,372*	-0,278*	-0,351*	-0,205	-0,168	-0,229	-0,201
Информированность о побочных действиях лекарств	-0,409*	-0,461*	-0,325*	-0,469*	-0,249	-0,128	-0,282*	-0,348*
Представление о собственной роли в лечении	-0,373*	-0,45*	-0,24	-0,546*	-0,406*	-0,203	-0,142	-0,167
Возможность определения болезненного поведения	-0,333*	-0,364*	-0,186	-0,417*	-0,38*	-0,201	-0,109	-0,135
Информированность о службах и формах помощи	-0,254	-0,295*	-0,075	-0,305*	-0,321*	-0,088	-0,137	-0,192

R—коэффициент корреляции Спирмена

*p<0,05

Связь динамики информированности пациентов контрольной группы о заболевании и формах помощи с частотой обострений

Тесты	Частота обострений		Купирование в ПБ		Купирование в ДС		Купирование в амбулаторных условиях	
	До вмешат.	Катамнез	До вмешат.	Катамнез	До вмешат.	Катамнез	До вмешат.	Катамнез
	R	R	R	R	R	R	R	R
Информированность о симптомах	-0,116	-0,202	-0,152	-0,125	-0,144	-0,219	0,061	0,013
Информированность о симптомах обострения	-0,415*	-0,277*	-0,368*	-0,245	-0,316*	-0,183	-0,308*	-0,168
Информированность о предупреждении обострения	-0,343*	-0,356*	-0,374*	-0,424*	-0,256	-0,050	-0,17	-0,252
Информированность о поведении при обострении	-0,338*	-0,167	-0,343*	-0,286*	-0,211	0,121	-0,231	-0,271
Информированность о методах лечения	-0,432*	-0,345*	-0,354*	-0,300*	-0,333*	-0,017	-0,236	-0,386*
Информированность о побочных действиях лекарств	-0,491*	-0,420*	-0,423*	-0,419*	-0,403*	-0,137	-0,165	-0,233
Представление о собственной роли в лечении	-0,471*	-0,381*	-0,452*	-0,259	-0,366*	-0,282*	-0,176	-0,236
Возможность определения болезненного поведения	-0,484*	-0,395*	-0,358*	-0,273	-0,412*	-0,370*	-0,235	-0,136
Информированность о службах и формах помощи	-0,125	-0,166	-0,016	-0,098	-0,042	-0,031	-0,206	-0,25

R—коэффициент корреляции Спирмена

* $p < 0,05$

До включения в программу психосоциальных мероприятий 3/4 обследованных имело инвалидность (73,1%); работающих больных в основной группе было всего четверо (7,7%), в контрольной – шестеро (11,5%). Никто из пациентов на момент обследования не работал по специальности (табл. 29).

Таблица 29

Характеристика трудового статуса пациентов основной и контрольной групп в динамике

трудоустройство	основная группа (n=52)				контрольная группа (n=52)			
	До программы		Катамнез (n=52)		До программы		Катамнез	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Инвалиды 2 гр	38	73,1	39	75	37	71,2	37	71,2
Инвалиды 3 гр	1	1,9	1	1,9	1	1,9	2	3,8
Не имеют инвалидность и не работают	9	17,3	6	11,5*	8	15,4	10	19,2
Работают не по специальности	4	7,7	6	11,5	6	11,5	3	5,8
Итого:	52	100,0	52	100,0	52	100,0	52	100,0

* $p < 0,05$ при сравнении с контрольной группой в катамнезе

$p < 0,001$ при сравнении с показателями основной группы до включения в программу

Статистически значимых отличий между основной и контрольной группами до включения в программу не выявлено. Не были они значимы и спустя год по показателям инвалидности в обеих группах. Вместе с тем, отмечены следующие изменения трудового статуса: из числа не имеющих инвалидность и не работающих двое в течение года устроились на работу (не по специальности), одной пациентке многие годы отказывавшейся от трудовой экспертизы, благодаря

улучшению комплаенса и большей критики к своему состоянию была определена вторая группа инвалидности. В результате, доля не работающих и не имеющих инвалидность снизилась с 17,3% до 11,5% , однако это отличие статистически не значимо ($p > 0,005$). В контрольной группе трое пациентов были уволены, так как не справлялись со своими служебными обязанностями. Одному пациенту из числа длительно не работающих, была определена третья группа инвалидности. Таким образом, в контрольной группе за год катамнеза доля не работающих и не имеющих инвалидность увеличилась с 15,4% до 19,2% ($p > 0,005$), а число работающих снизилось с 11,5% до 5,8% ($p > 0,005$).

Положительная динамика в основной группе не исчерпывалась прогрессом в области трудовых установок и самостоятельным трудоустройством, изменения претерпели и отношение пациентов основной группы к болезни и психиатрической инвалидности. Если до включения в психосоциальную программу больные были безучастны к своему статусу и смирились с положением «инвалида», что можно квалифицировать как самостигматизацию, то по ее завершении многие стали активно интересоваться своими правами и возможностями, предоставляемыми социальными службами, стремились разнообразить свою жизнь. Существенно улучшилось отношение к психиатрической помощи. Если ранее более половины посещали ПНД в случае крайней необходимости при настойчивой просьбе участкового психиатра, принимали назначенные препараты с опаской и выборочно, то по окончании программы большинство из них адекватно воспринимали психофармакотерапию, осознавая необходимость регулярного наблюдения, и при появлении новых или знакомых им симптомов самостоятельно обращались за психиатрической помощью. Трое пациентов излишне и не по назначению использовавших амбулаторное звено психиатрической помощи уменьшили количество своих обращений к участковому психиатру не по существу, стали менее ипохондричны, а для общения избрали членов группы; спустя год эти больные отмечали, что стали более автономны, менее привязаны к диспансеру и нашли свой маленький круг общения. Пациенты увереннее стали чувствовать себя при обращении в различные социальные и коммунальные службы, активнее

пользовались льготами, более полноценно стали использовать возможности общемедицинской сети. В домашнем кругу больные, становясь менее зависимыми, также проявляли больший интерес и активность в ведении хозяйства и семейных делах.

Таким образом, психосоциальная работа способствовала большей социальной интеграции пациентов, росту их гражданского самосознания и упрочению комплаенса.

Изучение микроокруженного окружения больного включал анализ семейного статуса пациентов основной и контрольной групп до и через год после психосоциального вмешательства.

В табл. 30 представлена характеристика семейного статуса пациентов основной и контрольной групп в динамике.

Таблица 30

Семейный статус больных основной и контрольной групп в динамике

семейный статус	основная группа (n=52)				контрольная группа (n=52)			
	До программы		Катамнез (n=52)		До программы		Катамнез	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Женаты, замужем, живут с семьей	8	15,4	8	15,4	10	19,2	8	15,4
Одиноки, живут одни	15	28,8	13	25*	16	30,8	17	32,7
Холосты, разведены, живут с родственниками	29	55,8	28	53,8	26	50	27	51,9
Итого:	52	100,0	52	100,0	52	100,0	52	100,0

* $p < 0,05$ при сравнении с контрольной группой

$p < 0,05$ при сравнении с показателями до включения в программу

До начала программы около половины обследованных обеих групп были холосты или разведены, жили с родственниками. Статистически значимых различий между группами в динамике не зарегистрировано.

Работа с больными и их семьями в основной группе, привела к улучшению взаимопонимания между больными и их ближайшим окружением, в ряде случаев восстановились прежде разорванные отношения. В основной группе две пациентки, прежде проживавшие в одиночестве, стали мягче по отношению к своим родственникам, восстановили регулярное общение с ними и согласились проживать совместно с родственниками на своей жилплощади. В контрольной группе двое пациентов разошлись со своими супругами, одна в момент катамнестического наблюдения проживала в одиночестве, другой – вернулся жить к родственникам.

Таким образом, большинство медико-социальных показателей среди пациентов основной группы улучшалось после проведения комплекса психосоциальных мероприятий и сохранялось на более высоком уровне в течение года. Результаты контрольной группы в динамике были практически неизменны, за исключением тенденции к отрицательной динамике рецидивов, повторных госпитализаций, их длительности, поступлений в дневной стационар, трудоустройства, семейного статуса.

Помимо изучения трудового и семейного статуса для анализа социального функционирования и качества жизни пациентов шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера использовался ряд разделов «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, 1998), оцениваемых в баллах. На рис.17 представлена динамика социальной дезадаптации пациентов основной группы по рассматриваемым разделам.

В табл. 31 представлен сравнительный анализ показателей социальной дезадаптации и качества жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра основной и контрольной групп. Для определения достоверности различий внутри групп и между основной и контрольной группами (до, после вмешательства и в катамнезе (1 год) использовался непараметрический метод Уилкоксона для парных сравнений в связанных группах, т. к. анализировались количественные порядковые признаки с распределением, не являющимся

нормальным, и шкалой от 0-4 баллов, где 0 баллов соответствовало максимальной выраженности признака, 4 - минимальной. В табл. 31 приведены медианы и границы интерквартильного отрезка.

Таблица 31

Динамика социальной дезадаптации основной и контрольной групп

Признаки	При включении в программу		p-value	По завершении программы		p-value	Катамнез (1 год)		p-value
	Основная Группа	Контрольная Группа		Основная Группа	Контрольная Группа		Основная Группа	Контрольная Группа	
Физическая работоспособность	1,54 [1;2]	1,48 [1;2]	0,755	1,21 [1;2] &*	1,54 [2;1]	0,032	1,37 [1;2]	1,63 [1;2]	0,228
Интеллектуальная работоспособность	1,85 [1;3]	1,75 [1;3]	0,687	1,44 [1;2] &	1,71 [3;2]	0,176	1,60 [1;2] #	1,73 [1;2,5]	0,420
Ведение домашнего хозяйства	1,44 [1;3]	1,50 [1;3]	0,884	0,96 [0,5;1] &***	1,56 [2;1]	p<0,001	1,06 [0,5;1,5] ***	1,71 [1;2]	0,003
Круг общения	2,71 [1,5;4]	2,65 [1,5;4]	0,787	1,84 [1;3] &***	2,77 [4;2]	p<0,001	2,15 [1;3] & **	2,80 [2;4]	0,008
Отношения с окружающими	1,96 [1;3]	2,03 [1;3]	0,738	1,40 [1;2] &***	2 [3;2]	p<0,001	1,48 [1;2] &***	2,17 [1;3]	0,004

*- p<0,05, **- p<0,01, ***-p<0,001сравнение основной и контрольной групп, # - p<0,01, &- p<0,001внутригрупповые сравнения.

Характеристики социального функционирования в основной группе, по окончании психосоциального вмешательства претерпели существенные изменения, тогда как, показатели контрольной группы, оставались прежними (p>0,05). Средний уровень социальной дезадаптации пациентов основной группы по завершении программы достоверно снизился (p<0,001) по всем субшкалам. Наиболее выраженное улучшение коснулось показателей характеристик круга общения, изменившись на 0,86 балла (p<0,001) и отношения с окружающими на 0,56 балла (p<0,001). В ведении домашнего хозяйства улучшение было менее выражено - на 0,48 балла (p<0,001). Через год после психосоциальной програм-

мы в основной группе сохранилось достоверное улучшение социальной адаптации по сравнению с периодом до включения в программу: в частности, по показателям круга общения и отношения с окружающими ($p < 0,001$), включая интеллектуальную работоспособность и ведение домашнего хозяйства ($p < 0,01$) (рис. 17). Это свидетельствует об эффективности подобранного комплекса методик, позволяющих уменьшить социальную дезадаптацию пациентов, наблюдающихся амбулаторно.

По завершении программы при сравнении основной и контрольной групп по всем используемым шкалам, кроме интеллектуальной работоспособности отмечено статистически значимое улучшение: по показателям круга общения, отношения с окружающими, ведению домашнего хозяйства ($p < 0,001$), по показателям физической работоспособности ($p > 0,05$).

В контрольной группе статистически значимых изменений социальной адаптации за исследовательский период не отмечено ($p > 0,005$), однако наблюдалась тенденция к снижению адаптации по всем рассматриваемым показателям, за исключением интеллектуальной работоспособности, особенно выраженная в изменении круга общения (снижение на 0,25 балла) (рис. 18).

Субъективная характеристика катamnестических изменений круга общения показана в табл. 32.

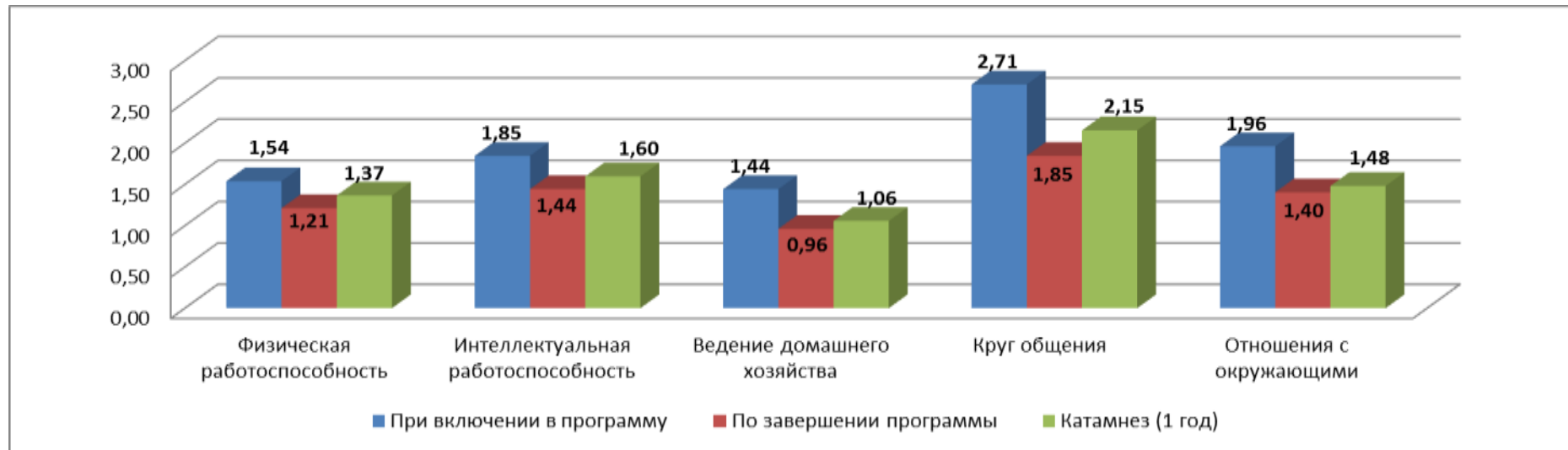


Рис. 17. Динамика социальных показателей пациентов основной группы

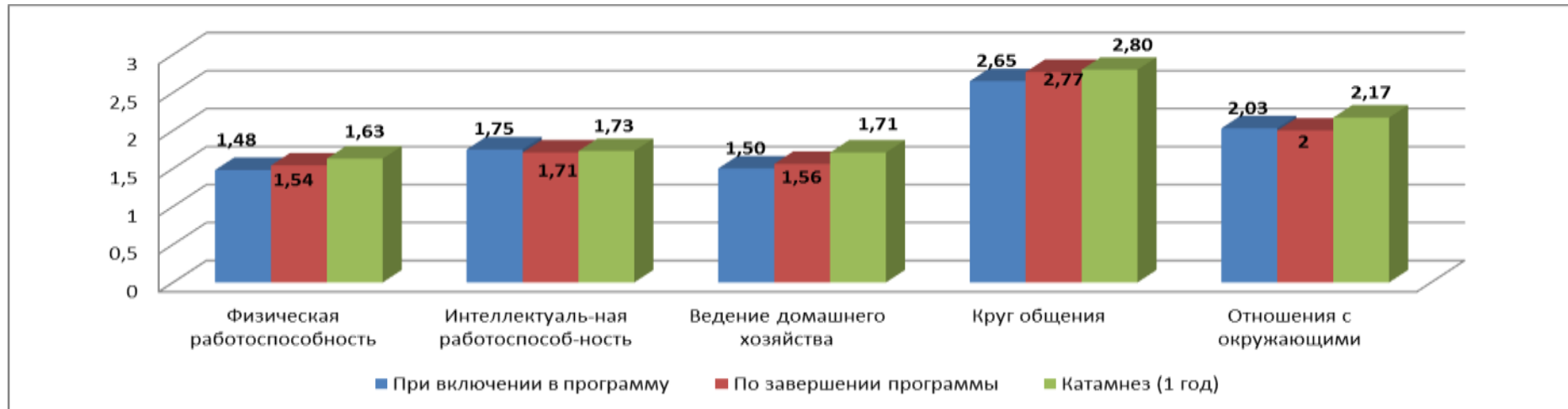


Рис. 18. Динамика социальных показателей пациентов контрольной группы.

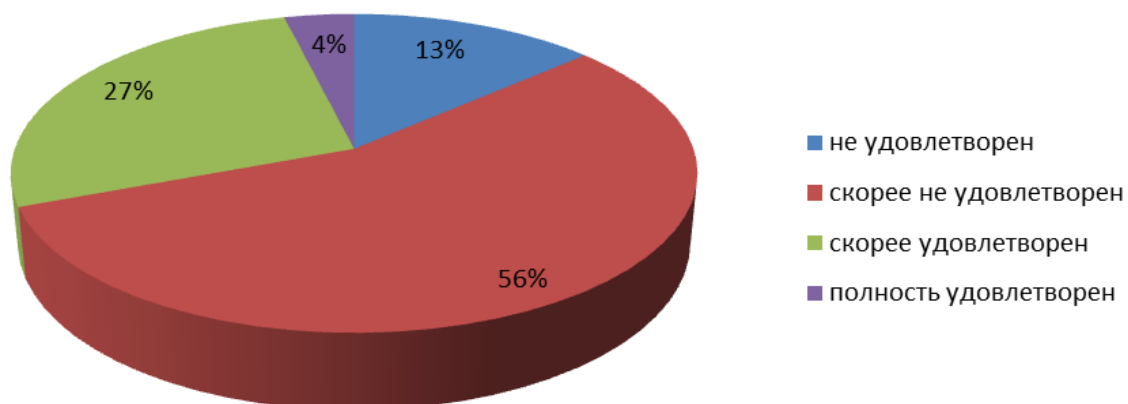
Характеристика круга общения пациентов основной и контрольной групп через год после проведенного вмешательства

Характеристика круга общения	Основная группа (n=52)		Контрольная группа (n=52)		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
прежний	11	21,2	23	44,2	p<0,05
сузился	0	0	27	51,9	p<0,001
расширился	41	78,8	2	3,8	p<0,001
Итого	52	100,00	52	100,00	

Через год после завершения программы характеристики круга общения претерпели изменения в обеих группах. В основной группе подавляющее большинство (78,8%) отмечали, что их круг общения увеличился, ни один больной, никто из больных не констатировал суженияч круга общения. В контрольной группе половина обследованных (51,9%) считала, что их круг общения сузился, лишь двое пациентов отметили расширение контактов.

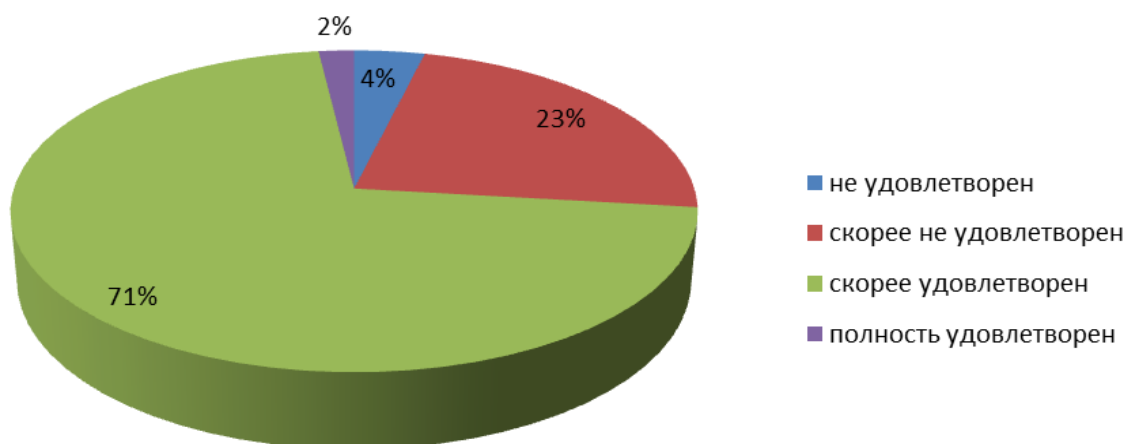
Доля больных удовлетворенных своей жизнью в связи с психическим здоровьем в основной группе увеличилось (рис. 19): по завершении вмешательства ответ «скорее удовлетворены» дали 71% больных в то время как к началу программы было 27% (p<0,001). Через год катамнеза отмечалась тенденция к снижению удовлетворенности до 54% (p<0,001). Количество пациентов удовлетворенных жизнью в целом увеличилось менее значительно (рис. 20): по завершении программы с 52% до 61% («скорее удовлетворены»), но эти различия статистически не значимы. Ответ «полностью удовлетворен», не дал ни один пациент. При катамнестическом обследовании «скорее удовлетворены» были 56% (p<0,001), а «полностью удовлетворены» - 6% (p<0,05). Спустя год ответ «скорее удовлетворены» дали 56% (p<0,001), а «полностью удовлетворены» - 6% (p<0,05). В контрольной группе эти показатели значимо не изменились.

Удовлетворенность качеством жизни в связи с психическим состоянием
пациентов основной группы до вмешательства



А

Удовлетворенность качеством жизни в связи с психическим состоянием
пациентов основной группы по завершении вмешательства

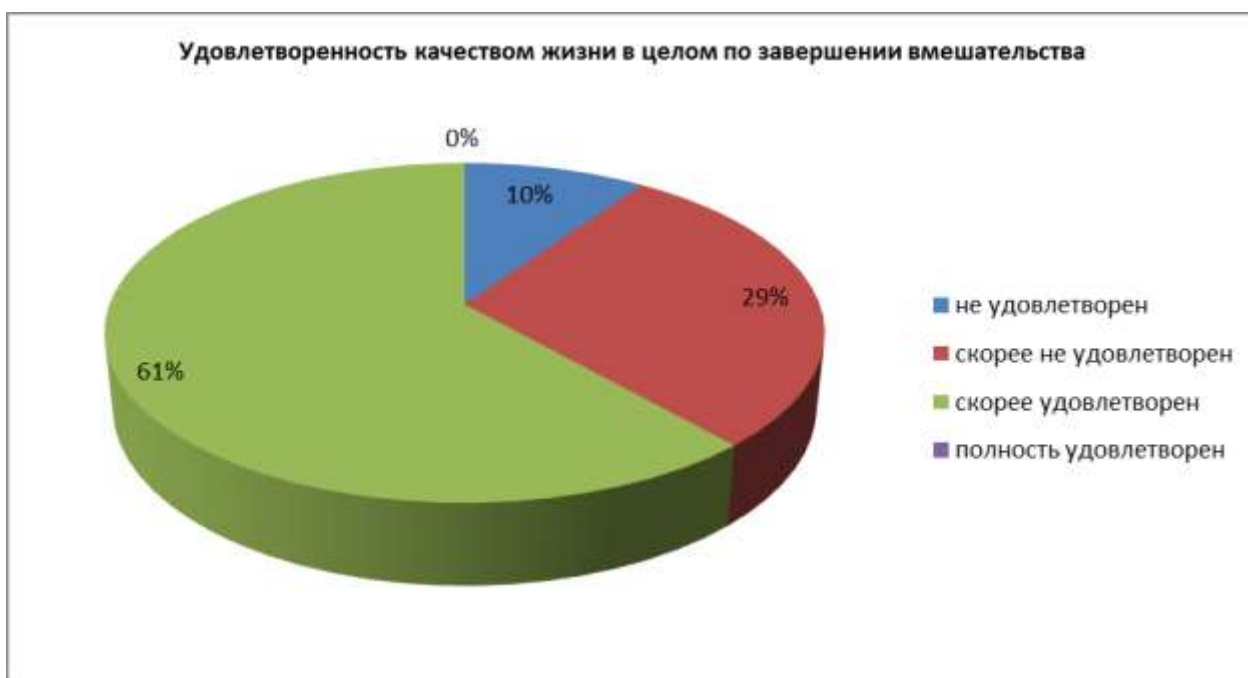


Б

**В**

Рис. 19. Удовлетворенность качеством жизни в связи с психическим состоянием пациентов основной группы

**А**



Б



В

Рис. 20. Удовлетворенность качеством жизни в целом пациентов основной группы.

Таким образом, полученные результаты указывают на положительное и долгосрочное влияние подобранного комплекса психосоциальных мероприятий на социальную адаптацию и функционирование больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в окружающем мире.

Особенности межличностного взаимодействия и взаимоотношений с микроокружением больного являются важным фактором адаптации в обществе. Социальные сети в настоящем исследовании изучались с помощью опросника, разработанного S.L.Phillips (1981). В табл. 33 представлена динамика показателей социальных сетей больных основной и контрольной групп, приведены медианы и интерквартильные отрезки.

Таблица 33

Динамика показателей социальных сетей больных основной и контрольной групп

Признаки	При включении в программу	При включении в программу	p	По завершении программы	По завершении программы	p	Катамне (1 год)	Катамне (1 год)	p
	Основная Группа	Контрольная Группа		Основная Группа	Контрольная Группа		Основная Группа	Контрольная Группа	
Размер сети	4,83 [3;6]	4,62 [3;6]	0,743	5,31 [4;7]	4,79 [4;6]	0,199	4,88 [3;7]	4,25 [3;5]	0,138
Плотность сети	0,68 [0,45;1]	0,69 [0,4;1]	0,748	0,79 [0,6;1]	0,63 [0,4;0,7]	p<0,001	0,7 [0,5;1]	0,71 [0,4;1]	0,940
Интенсивность общения	10,04 [6;13]	9,6 [6;13]	0,541	14,0 [11,5;16]	10,08 [8;12,5]	p<0,001	10,5 [6;14]	9,4 [7;12]	0,186

Показатель размера сети дает представление о том, с каким количеством людей пациент общается, может обратиться к ним за помощью, советом. Как правило, этот список включал близких родственников либо супругов, иногда лечащих врачей. При межгрупповом сравнении показателей размера сети до проведения психосоциальных вмешательств статистически значимых различий выявлено не было. К завершению программы в контрольной группе средний размер сети практически не изменился ($p>0,05$), в основной – увеличился с 4,83 [3;7] до 5,31 [4;7] ($p<0,001$) на одного больного. Примечательно, что 32,7% участников основной группы по окончании цикла занятий

указывали в списке лиц, с которыми общались других участников программы.

Это подтверждает эффективность проводимых методик в плане создания новых знакомств. В 29,4% случаев эти контакты сохранялись более года в последующем, существенное значение при этом имели поддерживающий цикл занятий (1 раз в 2 недели). Однако, снижение частоты занятий повлияло на круг общения – средний размер сети снизился до 4,88 [3;7] на одного пациента ($p < 0,001$). На рис. 21 представлена динамика значимо изменившихся показателей социальных сетей больных основной группы.

Плотность сети рассчитывается как соотношение между числом реальных и потенциально возможных контактов внутри сети. Этот показатель был достаточно стабилен ($p > 0,05$) на протяжении всего времени исследования в обеих группах и свидетельствовал о наличии достаточно узкого круга плотно общающихся людей. Через год в контрольной группе имелась тенденция к увеличению плотности сети до 0,71 [0,4;1] ($p > 0,05$) на фоне статистически незначимого сужения размера сети до 4,25 [3;5] ($p > 0,05$). Это позволяет судить об ограничении контактов в пределах привычного окружения, когда общение носит формальный характер с одним или двумя членами семьи. На рис. 22 представлена динамика социальных сетей пациентов контрольной группы.

Интенсивность общения характеризовалась частотой контактов с людьми из приведенного пациентом списка. В контрольной группе эта характеристика изменилась не значительно - с 9,6 [6;13] до 10,08 [8;12,5] баллов ($p < 0,002$) и катamnестически этот показатель вернулся к прежнему уровню 9,4 [7;12] балла. Что соответствует частоте встреч от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц, в то время как в группе пациентов, прошедших программу, интенсивность общения увеличилась, как за счет некоторого расширения социальных контактов, так и за счет увеличения частоты общения с каждым человеком из списка. По окончании вмешательства интенсивность общения в основной группе возросла с 10,04 [6;14] до 14 [11,5;16] баллов ($p < 0,001$), но вернулась на прежний уровень спустя год – 10,5 [6;14]. Это указывает на по-

требность в регулярной психосоциальной работе с больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и постоянном поддержании мотивации к расширению круга общения и интересов. По данным объективного анамнеза, фактическое общение некоторых пациентов до включения в программу зачастую сводилось к коротким встречам с родными, формальным беседам на тему быта, больные не вовлекались в активный диалог, оставались отстраненными.

В рамках изучения взаимоотношений пациента с его микроокружением анализировалось также качество внутрисемейных отношений больных основной и контрольной групп до и через год после проведенной программы (табл. 34, 35).



Рис. 21. Динамика социальных сетей пациентов основной группы

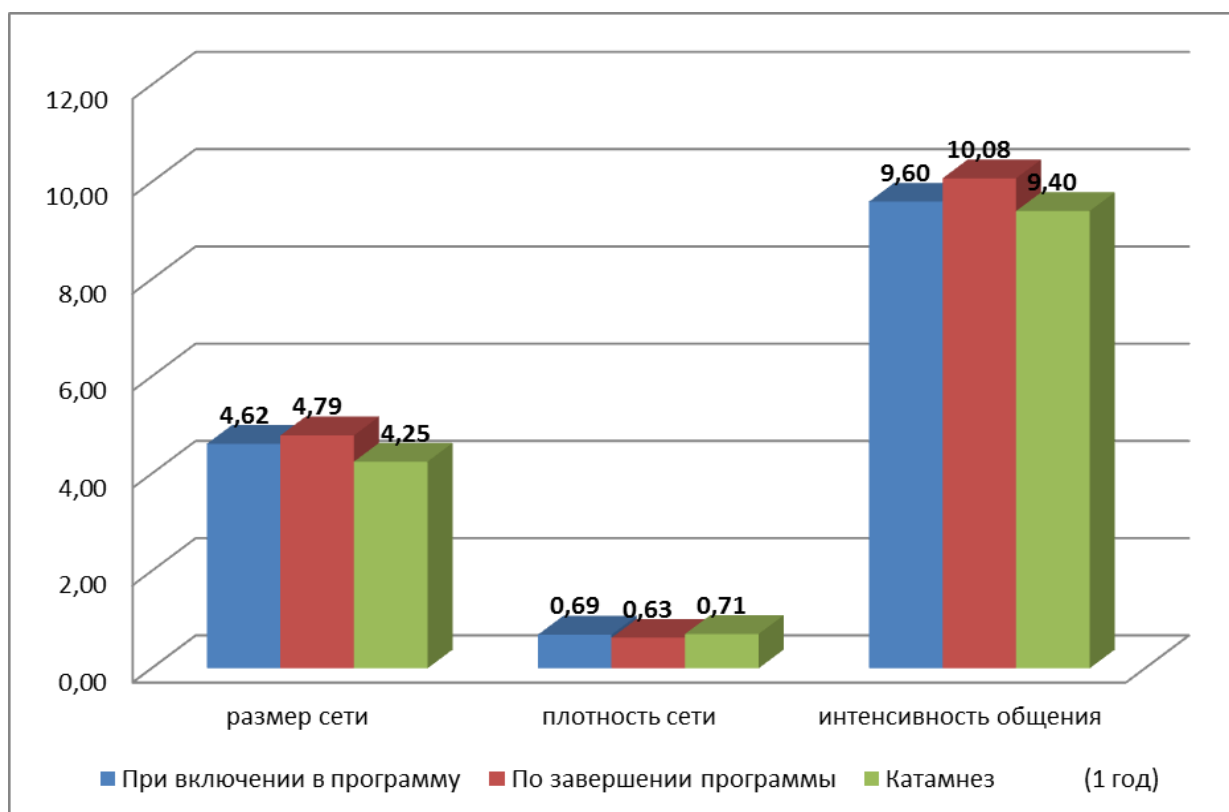


Рис. 22. Динамика социальных сетей пациентов контрольной группы

Таблица 34

Динамика семейных взаимоотношений больных основной и контрольной групп

Характер отношений	основная группа				контрольная группа			
	до включения в программу (n=52)		катамнез 1 год (n=52)		до включения в программу (n=52)		катамнез 1 год (n=52)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Формальные	6	11,5	6	11,5	7	13,5	10	19,2
Подчиненно-зависимые	20	38,5	17	32,7		34,6	21	40,4
Конфликтные	12	23,1	6	11,5*#		21,2	12	23,1
Не общаются	2	3,8	1	1,9		3,8	2	3,8
Адекватные	12	23,1	22	42,3*#		26,9	7	13,5#
Итого:	52	100,0	52	100,0	52	100,0	52	100,0

* $p < 0,05$ при сравнении с контрольной группой

$p < 0,01$ при сравнении с показателем до включения в программу

Стиль семейных взаимоотношений оценивался в совокупности по ответам самих пациентов, их родственников и мед. работников наблюдавших пациентов. До включения в программу в основной и контрольной группах, статистически значимых различий в выраженности того или иного стиля семейных взаимоотношений не наблюдалось. При катамнестическом обследовании в основной группе, количество адекватных отношений в семье пациента увеличилось вдвое (с 23,1% до 42,3%), а доля конфликтных семей вдвое уменьшилась (с 23,1% до 11,5%); доля подчиненно-зависимых отношений сократилась до 5,8%. Благодаря психосоциальной работе, направленной на развитие навыков общения, асертивности и избегания и прекращения конфликтов, улучшились внутрисемейные 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. По окончании года катамнеза в контрольной группе отмечалась негативная тенденция: доля адекватных взаимоотношений снизилась вдвое (с 26,9% до 13,5%), конфликтных семей стало на 1,9% больше, подчиненно-зависимых – на 5,8%, а формальных - на 5,7% больше. В контрольной группе две пациентки разошлись со своими супругами, одна в момент катамнестического наблюдения проживала в одиночестве, другой – вернулся жить к родственникам.

Качественные изменения внутрисемейных отношений через год после психосоциального вмешательства пациенты обеих групп оценивали субъективно по параметрам, представленным в табл. 35. Со стороны родственников также отмечалась большая забота о больных, помощь в быту и эмоциональная поддержка. В 76,9% случаев взаимоотношения с родными и поведение

пациентов, по завершении курса психосоциального вмешательства, улучшились: больные стали мягче, увеличилось взаимное доверие в семье. В контрольной группе эти показатели значимо отличались: качественное улучшение поведения больных с родными было отмечено только в 17,3% случаях, у 69,2% пациентов сохранялись формальные либо конфликтные взаимоотношения.

Таблица 35

Качественные изменения отношений пациентов основной и контрольной групп и их родственников через год после проведенного психосоциального вмешательства

Отношения с родственниками	Основная группа (n=52)		Контрольная группа (n=52)		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
...остались без изменений, хорошими	12	23,1	7	13,5	p<0,001
...остались без изменений, формальными либо конфликтными	13	25	36	69,2	p<0,001
...улучшились, пациенты приобрели уверенность	17	32,7	0	0	p<0,001
...улучшились, пациенты стали терпимее	7	13,5	5	9,6	p>0,001
...улучшились, увеличилось доверие к больному	3	5,8	4	7,7	p>0,05
Итого:	52	100,00	52	100,00	

При изучении достаточности социальной поддержки психически больных с помощью опросника для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки (G.Sommer, T.Fudrich, 1989) были выявлены следующие закономерности.

Существенных отличий в полученных значениях между основной и контрольной группами до включения в исследование не отмечено. После окончания психосоциальной программы в основной группе отмечен досто-

верный ($p < 0,001$) рост среднего балла по сравнению с периодом до включения пациентов в исследование по всем пяти субшкалам (рис.23). Значительнее других изменились показатели эмоциональной поддержки в основной группе от начальных 19,58 [16;24] до 30,62 % [26,5;37] баллов ($p < 0,001$) и социальной интеграции от начальных 14,65 [11,5;18] до 22,0 [18;25] баллов ($p < 0,001$) соответственно. При этом удовлетворенность социальной поддержкой по субъективной оценке пациентов по окончании программы возросла почти в 2 раза с 3,65 [2;5] баллов до 6,88 [4,5;9] ($p < 0,001$).

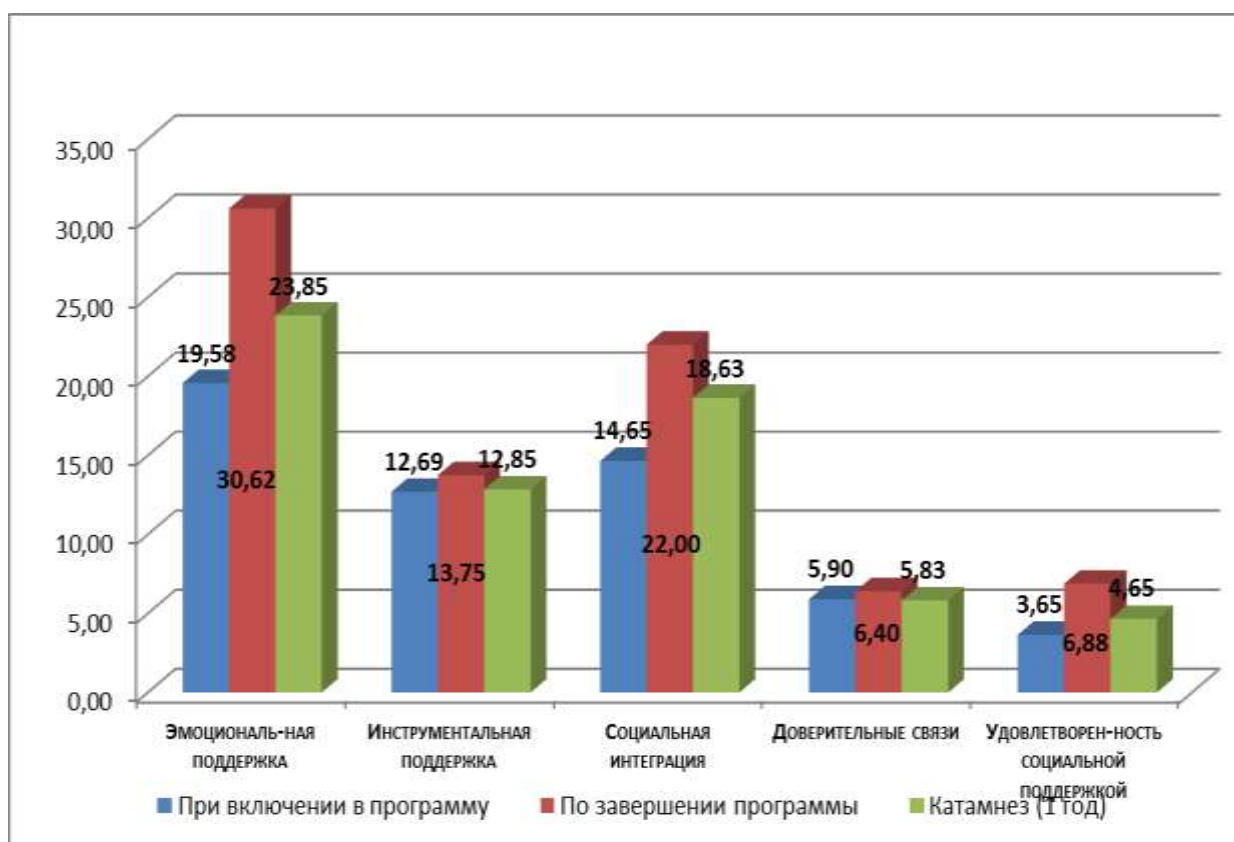


Рис. 23. Динамика субъективной оценки эмоциональной и инструментальной поддержки пациентами основной группы

Катамнестически отмечено значимое снижение этих показателей, достоверно не достигающее уровня, имевшегося до включения в программу ($p < 0,001$), за исключением параметра инструментальной поддержки ($p > 0,05$), что подтверждает эффективность проведенных

мероприятий в течение годового периода и достаточную стабильность достигнутого эффекта при условии поддерживающих мер.

Пациенты стали чаще отмечать, что есть люди, принимающие их такими, какие они есть, готовые выслушать, разделить горе и радость и помочь в сложной ситуации; реже стали чувствовать себя аутсайдерами. Они отмечали, что увеличилось число людей, проявляющих большую заинтересованность в судьбе больных и тех, с которыми складываются доброжелательные отношения. Некоторые поделились тем, что появилась компания, к которой они могут себя отнести. В таблице 36 представлены сравнительные данные субъективной оценки эмоциональной и инструментальной поддержки пациентами основной и контрольной групп. В контрольной группе по завершении программы по большинству показателей статистически значимых изменений не отмечалось, однако катамнестически все параметры были достоверно снижены ($p < 0,001$) (рис. 24).



Рис. 24. Динамика субъективной оценки эмоциональной и инструментальной поддержки пациентами контрольной группы

Для анализа внутригрупповой динамики использован непараметрический метод парных сравнений Вилкоксона, т. к. данные количественные порядковые с неправильным распределением. Для межгруппового сравнения

показателей применялся непараметрический ранговый метод Манна-Уитни. В табл. 36 приведены медианы и интерквартильные отрезки.

Таким образом, психосоциальная работа, направленная на сокращение эмоциональной дистанции, повышение сплоченности группы и обеспечение участников взаимной поддержкой и пониманием, оказывала положительный эффект как в период включения пациента в амбулаторный курс психосоциальных занятий, так и в дальнейшем, вне стен учреждения.

Таблица 36

Динамика субъективной оценки эмоциональной и инструментальной поддержки пациентами основной и контрольной групп

Признаки	При включении в программу	При включении в программу	p	По завершении программы	По завершении программы	p	Кагамнез (1 год)	Кагамнез (1 год)	p
	Основная группа	Контрольная группа		Основная группа	Контрольная группа				
Эмоциональная поддержка	19,58 [16;24]	20,35 [17;24]	0,212	30,62 [26,5;37]	20,1 [17;24]	p<0,001	23,85 [20;27,5]	18,23 [16;20,5]	p<0,001
Инструментальная поддержка	12,69 [9;16]	12,54 [10;15]	0,812	13,75 [11;17]	12,37 [10;15]	p<0,024	12,85 [9;16]	12,06 [9;15]	0,166
Социальная интеграция	14,65 [11,5; 18]	15,02 [11,5; 18]	0,670	22,0 [18;25]	14,88 [12;18]	p<0,001	18,63 [15;22]	11,4 [8;15]	p<0,001
Доверительные связи	5,9 [3;7]	4,67 [3;6]	0,439	6,4 [4;9]	4,56 [3,5;5,5]	p<0,001	5,83 [3;8]	4,17 [3;5]	0,004
Удовлетворенность соц. поддержкой	3,65 [2;5]	3,33 [1,5;5]	0,384	6,88 [4,5;9]	3,12 [2;4,5]	p<0,001	4,65 [3;6,5]	3,12 [2;4,5]	p<0,001

По завершении программы психосоциальной реабилитации проводилась оценка предпосылок автономного проживания пациентов основной и контрольной групп (табл. 37).

В настоящем исследовании определялся позитивный сдвиг в освоении навыков независимого проживания пациентами основной группы по завер-

шению программы психосоциальной реабилитации. В контрольной группе динамика либо отсутствовала, либо была значимо менее выражена.

Таблица 37

Динамика освоения навыков независимого проживания пациентов по завершении программы психосоциальной реабилитации

Навыки	до включения в программу, %		по завершении программы, %	
	основная группа (n=52)	контрольная группа (n=52)	основная группа (n=52)	контрольная группа (n=52)
трудовые установки				
не хотят работать	67,27	76,92	38,46*#	73,08
хотят работать	32,73	23,08	61,54*#	26,92
частота общения с друзьями				
нет друзей	30,91	38,46	7,69*#	36,54
несколько раз в год	45,45	42,31	40,38	42,31
несколько раз в месяц	23,64	19,23	51,92*#	21,15
использование транспорта				
несколько раз в месяц	65,45	61,54	0,00*#	57,69
несколько раз в неделю	34,55	36,54	71,15*#	40,38
ежедневно	0,00	1,92	28,85*#	1,92
Гигиена				
стирают, убирают родные	49,09	48,08	21,15*#	38,46
самостоятельно стирают, однако убирают в доме – родные	21,82	19,23	9,62*	7,69
самостоятельно стирают и убирают в доме	29,09	32,69	69,23*#	53,85*
участие в семейном бюджете				
средствами полностью распоряжаются родные	43,64	38,46	5,77*#	34,62
принимают участие в распределении семейного бюджета	41,82	48,08	57,69*	53,85
самостоятельно распоряжаются денежными сред-	14,55	13,46	36,54*#	11,54

ствами				
приготовление пищи				
сами не готовят	16,36	26,92	7,69#	23,08
самостоятельно готовят 1 вид блюд	56,36	44,23	42,31*#	55,77
самостоятельно готовят более 2-х видов блюд	27,27	28,85	50,00*#	21,15
утренняя активность				
чистит зубы, умывается, но залеживается в постели	9,09	13,46	0,00#	15,38
Принимает душ, заправляет постель, смотрит ТВ	80,00	73,08	67,31*	69,23
Принимает душ, заправляет постель, смотрит ТВ, читает	7,27	13,46	32,69*#	15,38

* $p < 0,05$ при сравнении с показателем до включения в программу

$p < 0,05$ при сравнении с контрольной группой

Статистически значимые различия в навыках между основной и контрольной группами до начала программы не определялись. Максимальная положительная динамика у пациентов, участвовавших в программе психосоциальной реабилитации, отмечалась по следующим показателям:

- трудовые установки – число желающих работать пациентов выросло вдвое;
- частота общения с друзьями – в два раза увеличилась доля встречающихся с друзьями несколько раз в месяц;
- использование транспорта – все обследованные больные стали ездить на общественном транспорте не реже нескольких раз в неделю;
- гигиенические навыки – более, чем в два раза выросло число самостоятельно убирающих и стирающих больных;

- участие в распределении семейного бюджета – свыше трети больных стали самостоятельно распоряжаться денежными средствами;
- приготовление пищи – 50% пациентов по окончании программы самостоятельно готовили более двух видов блюд;
- утренняя активность – больные перестали залеживаться в постели, регулярно принимали душ, заправляли постель, смотрели телевизор.

В результате проведения комплекса психосоциальных мероприятий по большинству изученных клинико-социальных показателей результаты основной группы существенно улучшились по завершении программы. Катамнестически они несколько ухудшились, однако, это снижение не достигало уровня, имевшегося до включения в программу. Это подтверждает эффективность предусмотренных программой комплексных мероприятий и необходимость длительной, возможно постоянной системной психосоциальной терапии с учетом целевых групп с прицельной работой над потребностями контингента каждой из проблемных групп (одинокие, с дисгармоничными семейными отношениями, с неустойчивой трудовой адаптацией).

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.

* * * * *

В целом, анализ полученных результатов, показал, что комплексная групповая и индивидуальная работа с пациентами основной группы привела к существенной положительной динамике, в то время как в контрольной группе практически по всем клинико-социальным показателям не произошло каких-либо позитивных изменений, а в некоторых случаях (показатели заболеваемости, социальной интеграции) даже наблюдалось некоторое снижение.

У пациентов, включенных в психосоциальную программу уменьшился уровень социальной дезадаптации, улучшилось качество жизни (отмечалась большая субъективная удовлетворенность своим состоянием, увеличилась дневная активность, улучшились взаимоотношения в семье); больные лучше стали вовлекаться в процесс психофармакотерапии, занимая более активную позицию, с тенденцией к самостоятельному контролю за приемом лекарств. Значительно повысился уровень знаний о своей болезни, методах лечения, что сказалось на уменьшении частоты обострений и госпитализаций.

Важные изменения произошли в отношении пациентов к формам психиатрической помощи, персоналу и учреждениям где эта помощь оказывается. Больные, участвовавшие в психосоциальных мероприятиях, с большим доверием стали относиться к психологу диспансера, социальным работникам, более открыто обсуждали с ними и участниками группы свои проблемы, стремились их решить, при помощи общественных учреждений, в то время, как ранее избегали бюрократических сложностей и контактов с официальными лицами. Можно констатировать повышение социальной компетентности и ассертивности больных, большую их автономию по завершении психосоциальной программы и в катамнезе.

Существенным явилось расширение социальной сети пациентов, в том числе за счет контактов внутри групп, в ряде случаев можно говорить о возникновении устойчивых дружеских взаимоотношений. Четверо больных нашли общие интересы и вместе в течение полугода посещали художественные выставки, двое – в группе единомышленников по коллекционированию, трое - в группе друзей, ходили друг к другу в гости, вместе гуляли. Четверо больных основной группы пополнили свой круг общения посредством интернета, трое записались в кружки и секции, где регулярно общались и развивались в рамках своего хобби наравне со здоровыми людьми.

Изменения коснулись и родственников пациентов: снизилась общая напряженность и уровень конфликтности, в семьях с подчиненно-зависимыми отношениями пациенты стали пользоваться большим доверием

и автономией. Семейное вмешательство в ряде случаев способствовало лучшему взаимопониманию между родными, больным и лечащим врачом, укреплению комплаенса.

В отношении трудовых установок также наблюдалась положительная динамика. Двое пациентов основной группы по завершении психосоциального вмешательства трудоустроились (не по специальности) и 4 окончили курсы профессиональной переподготовки, получив новую специальность, занялись поисками работы. Среди лиц с инвалидностью 2 группы также отмечалась тенденция к трудоустройству: 8 больных стали подрабатывать по договору найма на льготных условиях у своих родственников или знакомых.

Целенаправленная индивидуальная работа по восстановлению комплаенса проводилась с 30 пациентами (28 чел. не регулярно принимали фармакотерапию, 2 – категорически отказывались). Эти пациенты по завершении психосоциального вмешательства и катamnестически стали более внимательны к изменениям в своем состоянии, вели дневник самонаблюдения и приема лекарств, своевременно обращались к участковому психиатру, следовали его назначениям.

В результате психосоциального вмешательства возросла заинтересованность больных в делах семьи и участие в бюджете, структурировалась и увеличилась дневная активность, занятость домашним хозяйством, пациенты стали тщательнее следить за внешним видом, начали активнее пользоваться своими правами наравне со здоровыми гражданами.

Заключение

Изучение клинико-психопатологических и клинико-социальных характеристик больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке ПНД показало следующее:

- более половины обследованных больных (53,4%) страдали параноидной шизофренией и почти 21% – шизотипическим расстройством,
- длительность наблюдения в ПНД у большинства пациентов была значительной: у $\frac{3}{4}$ она превышала 10 лет, а в 60% случаях была более 15 лет,
- 45,0% пациентов имели группу инвалидности по психическому заболеванию, из них большинство (39,8%) имели 2 группу инвалидности, 3,1 % – 3 группу и 2,1 % – 1 группу; длительность инвалидности у одной трети составляла от 8 до 14 лет (31,4%).

Оценка характера использования психиатрической службы выявила, что 73,3% больных, за последние 5 лет, ни разу не направлялись в дневной стационар, 61,3% пациентов – в психиатрическую больницу. Таким образом, основная масса пациентов пользовалась исключительно услугами диспансера. За период 2001 – 2005 гг. среднее количество амбулаторных обращений составило в среднем 1156,8 в год. Около 60% больных приходили на прием к участковому психиатру достаточно часто: не реже одного раза в два месяца. И лишь около 40% - менее 3 раз в год. Кроме того, 1/3 обращений (35,8%) были обусловлены только необходимостью своевременной выписки рецептов без отрицательной динамики в психическом статусе больных. 4,3% посещений были связаны с организационными причинами (оформлением справок, документов, продлением группы инвалидности и т.п.). Посещения, связанные с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий, практически отсутствовали.

Подавляющее большинство больных (70,2%) имели специальное образование, из них 52,4% - высшее или незаконченное высшее, однако на мо-

мент обследования работали (учились) только 54 пациента (28,3%). Значительную долю пациентов можно квалифицировать как лица с неустойчивой трудовой адаптацией: из 75 человек трудоспособного возраста 28,0% лиц с формально сохраненной трудоспособностью (21 чел. - 11,0% от общего числа обследованных) были безработными, не имея группы инвалидности.

Отдельно можно выделить пациентов, нуждающихся в помощи в социально-бытовой сфере: в 19,9% случаев относительно удовлетворительное состояние пациентов обуславливалось тем, что уход осуществлялся родственниками; 11,0% больных были неряшливы, неопрятны, иногда даже социально запущены, были мало способны решать бытовые проблемы. Только 55,0% больных следили за своим внешним видом и самостоятельно вели домашнее хозяйство. Более половины больных, считали свое материальное положение тяжелым (57,6%), в 3,2% случаев можно рассматривать материальное положение пациентов как бедственное, требующее социальной помощи и поддержки. 7,8% пациентов нуждались в социально-правовой помощи (взаимодействие с социальными службами, различными государственными учреждениями, оформление пенсий, пособий и пр.).

Только 51 человек (26,7%) состоял в браке; 47,6% обследованных никогда не были замужем/женаты, остальные были разведены один или более раз, из них (73,3%) развелись и оставались холостяками в репродуктивном возрасте (21-45 лет). Неблагоприятные и неустойчивые отношения в семье с частыми конфликтами встречались в 36,2% случаев, в 27,8% семей имела место недостаточная забота о больном, в 4,7% случаев – отвержение больного. 11,5% больных были одиноки. Почти $\frac{3}{4}$ больных испытывали дефицит социальных контактов. 52,3% среди всех обследуемых имели круг общения, ограниченный только семейным окружением.

Таким образом, большая доля пациентов нуждалась в эмоциональной поддержке, повышении социальной компетенции и вовлеченности, развитии коммуникативных навыков и организации досуга.

Осведомленность о характере своего заболевания и методах лечения была недостаточной: более трети опрошенных лиц (33,5%) не знали, чем они больны; 29,8% пациентов имели искаженную информацию, что приводило к стигматизации и самостигматизации пациентов. При этом $\frac{3}{4}$ пациентов (73,8%, $p < 0,001$) были частично или полностью некомплаентны.

Таким образом, на анализ контингента больных ПНД, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, позволил выделить целевые группы пациентов со специальными задачами психосоциальной терапии и реабилитации.

Подавляющее большинство пациентов и существенная доля родственников нуждаются в проведении психообразовательной работы, целью которой является формирование комплаенса, обучение технике совладания с остаточной психопатологической симптоматикой и распознавания ранних симптомов начинающегося обострения.

Дополнительной задачей является создание терапевтического сообщества пациентов, позволяющего расширить их социальные контакты и сеть поддержки. Особенно это актуально для одиноких пациентов (11,5%) и для тех, чье общение ограничено только семьей (70%). В то же время, семья, являясь основной поддерживающей структурой, так же требует специального внимания. В этих случаях работа должна концентрироваться на нормализации стиля семейных отношений (дисгармоничные взаимоотношения характерны более чем для половины семей больных шизофренией), так и на уменьшении нагрузки на семью.

Дефицит навыков самообслуживания, общения и взаимодействия с различными государственными общественными организациями, требует широкий спектр программ, направленных на обучение элементарным навыкам независимого проживания (гигиены, самообслуживания и прочих), а также тренинг общения, социальной компетентности, самопредъявления и асертивности. Еще одной задачей является стимулирование большей автономии паци-

ентов, формирование ответственности за свое социальное поведение и функционирование.

Одной из основных задач является трудовая реабилитация, крайне значимая для лиц с низким трудовым статусом и неустойчивой трудовой адаптацией (больные, не имеющие работы, с частой сменой ее мест, длительными перерывами в трудоустройстве, снизившие трудовую квалификацию). Эти пациенты, а также больные с различной степенью утраты трудоспособности (45% всей выборки – по психическому заболеванию и 4,7% - по соматическому) нуждаются в широком комплексе мероприятий направленных на трудовую занятость. Последнее подразумевает различные виды защищенного трудоустройства, использование специальных программ (квотирование рабочих мест) и привлечение общественных организаций.

Особое место занимает оказание инструментальной поддержки лицам с тяжелым материальным положением (более 60% больных) и пациентам, нуждающимся в социально-правовой помощи (7,8%). Реализация этих мероприятий возможна при активном участии службы социальной защиты (принятие на обслуживание больных психическими заболеваниями), общественных организаций и государственных учреждений.

Для оценки эффективности комплексного вмешательства из числа обследованных больных были сформированы 2 группы - основная 52 пациента (61,5% - женщины, 38,5% - мужчины) и контрольная 52 человека (63,5% - женщины, 36,5% - мужчины). В обеих группах преобладали больные шизофренией с эпизодическим типом течения (63,5% и 61,5% соответственно; $p > 0,05$). Количество больных с непрерывным типом течения и шизоаффективным расстройством было одинаково в обеих группах (9,6% и 3,85% соответственно). 21,82% пациентов основной и 25% контрольной группы наблюдались в ПНД от 5 до 10 лет ($p > 0,05$).

Анализ течения заболевания показал, что за прошедший до начала исследования год среднее число обострений и условия их купирования были

сравнимы в обеих группах ($p>0,05$). Среднее число обострений в основной группе на 1 чел. составляло 2,65, частота госпитализаций в ПБ на 1 чел. в год – 0,65. В контрольной: 2,51 и 0,56 соответственно. Частота амбулаторного купирования на 1 чел. в год составляла в основной группе 0,85 и 0,76 – в контрольной.

Большинство пациентов основной и контрольной группы принимали лечение нерегулярно 53,8% и 48,1% соответственно ($p>0,05$). В обеих группах присутствовали больные, полностью отказывающиеся от поддерживающего лечения, назначенного участковым психиатром (3,8% - в основной группе и 5,8% в контрольной).

Таким образом, более половины пациентов основной группы (57,6%) нуждались в работе над комплаентностью и формировании мотивации к регулярной и длительной психофармакотерапии.

Трудовой статус пациентов обеих групп был сопоставим: подавляющее большинство лиц были инвалидами 2 группы (73,1% - в основной, 71,2% - в контрольной; $p>0,05$). В основной группе не по специальности работали 7,7%, в контрольной – 11,5%. Лица с неустойчивой трудовой адаптацией (не имеющие инвалидность и не работающие) составляли 17,3% и 15,4% соответственно. Именно этот контингент был выделен в группу, с которой планировалась работа по формированию трудовых установок, развитию навыков поиска работы, трудоустройства и самоконтроля в трудовом коллективе.

В основной группе в браке состояли 15,4%, а в контрольной – 19,2% ($p>0,05$). Около половины обследованных были холосты или разведены, жили с родственниками: 55,8% - в основной группе и 50% в контрольной ($p>0,05$). Адекватные семейные взаимоотношения имели место только в 23,1% случаях основной и 26,9% - контрольной группах. 28,8% пациентов основной группы были одиноки, жили отдельно и поддерживали отношения только с участковым психиатром или социальным работником. В контрольной группе подобный образ жизни вели 30,8% ($p>0,05$).

Таким образом, из основной группы была выделена значительная часть больных с дисгармоничными семейными отношениями (конфликтными - 23,1%, подчиненно-зависимыми - 38,5%), нуждающаяся в мероприятиях по установлению благоприятного коммуникативного стиля и эмоционального климата в семье.

Кроме того, отдельная группа пациентов нуждалась в расширении социальной сети, развитии коммуникативных навыков и организации досуга. Это больные с дефицитом социальной вовлеченности - 28,8% одиноких и 3,8% лиц в основной группе, имеющих родственников, но не общающихся с ними из-за отсутствия мотивации к общению.

Анализ полученных результатов показал результативность комплексного психосоциального вмешательства в отношении оцениваемых параметров. Наиболее выраженные положительные изменения коснулись осведомленности пациентов о своем заболевании, методах лечения и предупреждении обострения, которая изначально в обеих группах была крайне низкой (от 34,6% до 65,4% контингента основной и контрольной групп). Даже комплаентные пациенты имели лишь приблизительное представление о своем расстройстве и назначаемых препаратах и были в полном неведении относительно способов совладания с ранними симптомами обострения. 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. По завершении психообразовательной программы доля пациентов с высокой степенью информированности почти по всем вопросам составляла от 30,8% до 55,8%. Эти изменения при сопоставлении с показателями контрольной группы по завершении программы и с учетом внутригрупповых сравнений были статистически достоверны (от $p < 0,001$ до $p < 0,05$).

В результате психообразовательного вмешательства улучшился комплаенс. Кроме того, целенаправленная последовательная индивидуальная

работа по восстановлению комплаенса проводилась с 30 пациентами (до вмешательства 28 чел. нерегулярно принимали лекарства, 2 – категорически отказывались). Эти пациенты по завершении программы и катамнестически стали более внимательны к изменениям в своем состоянии, своевременно обращались за помощью к участковому психиатру, более аккуратно следовали назначениям. Из них 12 человек продолжали вести «дневник самонаблюдения» и приема лекарств, рекомендованный на групповых занятиях. При оценке приема поддерживающей терапии катамнестически, было выявлено, что в основной группе достоверно ($p < 0,001$) возросла регулярность приема фармакотерапии (на 28,9 %). Кроме того ни один пациент из основной группы не отказывался принимать лекарства, назначенные участковым психиатром (табл. 21) (рис. 5, 7).

Пациенты основной группы более дисциплинированно принимали медикаментозную терапию, что, вероятно, опосредованно повлияло на уменьшение частоты госпитализаций - на 50,8% ($p < 0,001$), поступлений в ДС - на 58,1% ($p < 0,001$) и частоты обострений в целом - на 44,5% ($p < 0,001$). 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 свидетельствует о возможностях сдерживания обострений на амбулаторном уровне, и возможности избегать госпитализации. Корреляционный анализ показал, что увеличение доли пациентов с высокой и средней информированностью о симптомах обострения, своем поведении при этом, методах лечения, представлении о собственной роли в лечении увеличивает силу связи со снижением частоты обострений ($R = -0,364 \div -0,508$; $p < 0,001$) и госпитализаций ($R = -0,305 \div -0,546$; $p < 0,001$) (табл. 27). В контрольной группе отмечалась отрицательная динамика указанных корреляций (табл. 28).

Характеристики, отражающие социальное функционирование пациентов основной группы, по завершении 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 завершении программы достоверно снизился ($p < 0,001$) по всем рассматриваемым аспектам. Коммуникативные тренинги объективно привели к пересмотру пациентами своей позиции в отношении микроокружения, больные стали проявлять активность и заинтересованность в новых контактах, стремились их удерживать. Наиболее выраженное улучшение адаптации было отмечено относительно характеристики круга общения (на 0,86 балла) и отношения с окружающими (на 0,56 балла) (рис. 17). Занятия посвященные развитию социальных навыков и навыков самообслуживания способствовали структуризации дневной активности и быта. Это сказалось на более качественном ведении домашнего хозяйства (улучшение на 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 ($p < 0,001$), включая интеллектуальную работоспособность и ведение домашнего хозяйства ($p < 0,01$). 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. Это указывает на эффективность подобранного комплекса методик для улучшения социального функционирования психически больных при их амбулаторном наблюдении.

В результате тренинга социальной компетентности, обучающему асертивному поведению, взаимодействию пациентов с государственными и общественными организациями, многие наравне со здоровыми людьми стреми-

лись решать свои юридические и социальные вопросы самостоятельно или при помощи социального работника. На повышение удовлетворенности качеством жизни повлияла инструментальная поддержка (восстановление и доступность льгот, юридическая, социальная поддержка и в ряде случаев материальная помощь, благодаря благотворительным организациям). 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 статистически достоверно повысилась в меньшей степени: по завершении программы с 52% до 61% ($p < 0,001$) («скорее удовлетворены»), в то время как 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.

По завершении психосоциальных мероприятий отмечался прогресс в области трудовых установок, особенно это сказалось на группе с неустойчивой трудовой адаптацией, с которой проводилась целенаправленная работа по повышению мотивации к трудоустройству, развитию навыков самопрезентации, поведения на собеседовании, взаимодействия в трудовом коллективе. В основной группе по завершении программы из числа не имеющих инвалидность и не работающих, двое в течение года устроились на работу (не по специальности), одной пациентке многие годы отказывавшейся от трудовой экспертизы, благодаря улучшению комплаенса и большей критике к своему состоянию была определена вторая группа инвалидности. В результате, доля не работающих и не имеющих инвалидность снизилась с 17,3% до 11,5% ($p > 0,005$). 4 пациентов окончили курсы профессиональной переподготовки, получив новую специальность, занялись поисками работы. Среди лиц с инвалидностью 2 группы также отмечалась тенденция к трудоустройству: 8 больных стали подрабатывать по договору найма на льготных условиях у

своих родственников или знакомых. В целом, число желающих работать пациентов выросло вдвое.

В контрольной группе трое пациентов были уволены, так как не справлялись со своими служебными обязанностями, одному пациенту из числа длительно не работающих, была определена третья группа инвалидности. Таким образом, в контрольной группе за год катамнеза увеличилась доля не работающих и не имеющих инвалидность до 19,2% ($p > 0,005$), а число работающих снизилось с 11,5% до 5,8%.

Коммуникативный тренинг и досуговые мероприятия (чаепития с обсуждением просмотренных кинофильмов, посещения театров и выставок небольшой группой сдружившихся пациентов, инициатором и организатором, которых была одна из пациенток) способствовали расширению социальных контактов и улучшению качества общения. Взамен формальных или утилитарных многие больные стремились построить более теплые дружеские взаимоотношения, научились знакомиться и презентовать себя, в том числе и с противоположным полом. В ходе исследования в основной группе средний размер социальной сети вырос с 4,83 до 5,31 ($p < 0,001$) 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 создания новых знакомств. 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 сказалось на сужении круга общения – средний размер сети снизился до 4,88 на одного пациента ($p < 0,001$). Интенсивность общения в основной группе возросла на треть с 10,04 до 14 баллов ($p < 0,001$) по завершении программы, но вернулась на прежний уровень спустя год – 10,5 ($p < 0,05$). Это отражает необходимость постоянной и регулярной психосоциальной работы с больными шизофренией и шизофренического спектра и поддержания мотивации к активности и общению.

Групповая и в ряде случаев индивидуальная психосоциальная работа, существенно повлияла на внутрисемейные отношения пациентов основной группы. Целенаправленная программа по улучшению коммуникативного стиля и взаимодействию в конфликтных ситуациях проводилась с группой лиц, имеющих дисгармоничные семейными отношениями и в отдельных случаях включала семейную терапию. Следствием этого вмешательства стали качественные изменения поведения больных в общении с родственниками. По завершении программы через год в основной группе 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%. 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 и ответственно.

Групповые занятия позволили пациентам не только приобрести новые знания и навыки, но и почувствовать себя частью сообщества людей со сходными проблемами, быть понятыми, разделить с другими свои опасения и получить поддержку, совет и реальную помощь, в том числе и материальную. В результате чего значительнее других параметров социальной поддержки изменились показатели эмоциональной поддержки и социальной интеграции: рост на 56,4% от начальных 19,58 баллов ($p < 0,001$), и на 50,2% от начальных 14,65 баллов ($p < 0,001$) соответственно. При этом удовлетворенность социальной поддержкой по субъективной оценке пациентов по окончании программы возросла почти в 2 раза с 3,65 баллов до 6,88 ($p < 0,001$). Катамнестически отмечено значимое снижение этих показателей, достоверно не достигающее уровня, имевшегося до включения в программу ($p < 0,001$), за исключением параметра инструментальной поддержки ($p > 0,05$), что подтверждает эффективность проведенных мероприятий в течение годового периода и достаточную стабильность достигнутого эффекта при условии поддерживающих мер. В контрольной группе по большинству показателей статистически

значимых изменений не отмечалось, однако катамнестически все параметры были достоверно снижены ($p < 0,001$).

По завершению программы психосоциальной реабилитации определялся позитивный сдвиг в освоении навыков независимого проживания пациентами основной группы. Более чем в два раза выросло число самостоятельно убирающих и стирающих больных, свыше трети больных стали самостоятельно распоряжаться денежными средствами, 50% пациентов стали самостоятельно готовить более двух видов блюд, возросла частота использования общественного транспорта. Положительным образом изменилась утренняя активность: больные перестали залеживаться в постели, регулярно принимали душ, заправляли постель, смотрели телевизор.

В целом, применение комплексной психосоциальной программы позволило повысить качество обслуживания больных шизофренией и шизофренического спектра на уровне амбулаторного звена психиатрической помощи. Это способствовало снижению количества обострений и госпитализаций, уменьшению социальной дезадаптации и повышению качества жизни пациентов.

Выводы.

1. Среди больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, состоящих под наблюдением психоневрологического диспансера, выделяются наиболее уязвимые группы пациентов, имеющих комплекс специфических проблем социальной адаптации, решение которых требует осуществления целевых подходов к оказанию психиатрической помощи.

2. К уязвимым категориям больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, нуждающихся в направленной психосоциальной помощи в условиях психоневрологического диспансера, относятся пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией (11,0%), требующие помощи в социально-бытовой сфере (30,9%), с тяжелым (57,6%) или бедственным (3,2%) материальным положением, нуждающиеся в социально-правовой помощи (7,8%), с дисфункциональными семейными отношениями (68,7%), с дефицитом социальных контактов (63,8%); 73,8% пациентов частично или полностью некомплаентны.

3. Комплексная психосоциальная работа способствует снижению госпитализаций ($p < 0,001$), помещений в дневной стационар ($p < 0,001$) и уменьшению частоты обострений в целом ($p < 0,001$).

4. Увеличение доли пациентов с высокой и средней информированностью о симптомах обострения, методах лечения и собственной роли в этом процессе увеличивает силу связи со снижением частоты обострений ($p < 0,001$) и госпитализаций ($p < 0,001$).

5. В результате осуществления психосоциальных мероприятий в условиях психоневрологического диспансера статистически значимо улучшаются показатели социального функционирования ($p < 0,001$), удовлетворенности социальной поддержкой ($p < 0,001$), расширяется круг общения ($p < 0,001$), интересов и поведенческий репертуар больных, улучшаются внутрисемейные отношения. Достигнутые результаты способствуют повышению качества жизни пациентов ($p < 0,001$) и увеличивают возможности трудо-

устройства, позволяя более 1/4 больным найти работу или пройти профессиональную переподготовку.

6. Для сохранения положительной динамики клинико-социальных показателей больных необходима длительная системная поддерживающая психосоциальная терапия, осуществляемая с учетом целевых клинико-социальных задач и потребностей уязвимых групп пациентов.

7. Разработанная программа комплексной психосоциальной реабилитации является эффективной и способствует клинико-социальному восстановлению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Практические рекомендации

Комплексная психосоциальная терапия и реабилитация больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера позволяет улучшить качество оказания психиатрической помощи, способствует социальной и трудовой адаптации пациентов, их интеграции в общество. Рекомендуется включить групповую психосоциальную работу в повседневную практику психоневрологических диспансеров. Психосоциальные вмешательства должны предусматривать дифференцированный подход в отношении целевых групп пациентов (некомплаентных, с неустойчивой трудовой адаптацией, с нарушенными внутрисемейными отношениями, с материальными и бытовыми проблемами, дефицитом социальной сети). Необходима длительная непрерывная психосоциальная реабилитация (не менее 6 месяцев - основной курс занятий и не менее 1 года - поддерживающий) с возможностью организации досуговых мероприятий и образования сообщества пациентов и их родственников.

Литература

1. Агарков А. П. Опыт реорганизации психиатрической помощи в Томской области / А. П. Агарков, Л. В. Варанцева // XV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика - М, 2010. – С. 27.
2. Агаркова О. В. Клинические, социальные и организационные аспекты реабилитации больных шизофренией в условиях стационара на дому: дисс. ... канд. мед. наук / Агаркова О.В; М., 2011. С.232-238.
3. Аграновский М. А. Ранние критерии социально-трудового прогноза больных периодической шизофренией. // Ж. невропатол. и психиатр. им.С.С.Корсакова. 1982. - В.5. - С. 742-746.
4. Алисханов М. А. Лечение больных шизофренией в стационаре на дому (организационный и клинико-экономический аспекты): дисс. ... канд. мед. наук / Алисханов, М. А.; - М., 2005. С.220-228.
5. Бабин С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: дис. д-ра мед. наук / Бабин С.М.; НИПНИ им. В.М.Бехтерева. СПб., 2006. – 314 - 320 с.
6. Бабин С. М. Комплаенс-терапия больных шизофренией / С. М. Бабин, А. М. Шлафер, Н. А. Сергеева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – N 2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
7. Баженов Н.Н. О призрении и лечении душевно-больных в земствах: Труды первого съезда, М. – 1887, - 24с.
8. Бах О.П. Значение адаптации в семье для реабилитации психически больных. // В кн.: Клинические предпосылки и основы социальной реабилитации психически больных. - М., 1992.- С.38-47.

9. Бекенева Л. В. Клинико-социальные особенности пациентов с длительным течением параноидной шизофрении (реабилитационный, этологический аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бекенева Любовь Викторовна; НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 2013. – 25 с.

10. Бессараб С. П. Социально-трудовая адаптация больных шизофренией с различной клинической структурой негативных расстройств в ремиссиях: Автореф. дис....канд. мед. наук. Томск, 1991.-24 с.

11. Борзунова А.С., Спивак Ф.Н. Специализированный психиатрических цех, как одна из действенных форм трудоустройства больных с психическими нарушениями / Вопросы трудовой терапии (сборник трудов) - Под. ред. Бабаяна Э.А. - М. - 1958. С. 109-111.

12. Букреева Н. Д. Организационные аспекты формирования приверженности к лечению больных шизофренией / Н. Д. Букреева, Г. Д. Азаева, В. А. Сорокина // Российский психиатрический журнал. – 2012. –№ 1. – С. 13–20.

13. Бурова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия: Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. (ред. - Гурович И. Я. , Шмуклер А. Б.). Практическое руководство. – ИД «Медпрактика-М», 2015 - С. 86–93.

14. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.

15. Бурыгина Л. А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно – психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бурыгина Л. А.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2013. – 24 с.

16. Былим И. А. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи. / И. А. Былим, Е. Б. Любов // Психическое здоровье. – 2010. – № 8. – С. 56–71.
17. Ванчакова, Н. П. Оказание психиатрической помощи в условиях многопрофильных соматических стационаров / Н. П. Ванчакова // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб.: Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 398-408.
18. Васильева Е. А. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с высокой, не обусловленной клиническими показаниями, обращаемостью в психиатрические учреждения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Васильева Е. А.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2006. – 21 с.
19. Вид В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В. Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 3. – С. 102–105.
20. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – СПб: Питер, 2008. – 512 с.
21. Вид В.Д. Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных мало - прогрессивной шизофренией: Психотерапевтическая энциклопедия (ред. — Б.Д.Карвасарский) — СПб.: Питер, 1998. — С. 526-532.
22. Вовин Р.Л. Динамика ремиссий при шизофрении и их рациональная психофармакотерапия / Вовин РЛ. // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний.—Л., 1986. С . 5-16.
23. Вовин Р.Я. Современные аспекты клиники и терапии эндогенных психических расстройств / Вовин Р.Я. // Сборник тезисов юбилейной научно-

практической конференции; 2003 год; Санкт-Петербург; С-Пб НИЦНИ им. Бехтерева; 163с.

24. Воловик В.М. К вопросу о сознании болезни у больных шизофренией / Воловик В.М., Костерева В.Я., Шейнина Н.С. // Проблемы медицинской психологии. Л., 1974. - С.234-236.

25. Воловик В.М. Исследование семьи и семейная терапия при шизофрении / Воловик В.М., Гайда В.А., Коцюбинский А.П. // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. - С. 20-31.

26. Воловик В.М. Психокоррекционная работа в семьях в инициальном периоде шизофрении / Воловик В.М., Коцюбинский А.П. // Методические рекомендации. Л., - 1984. – С - 39.

27. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией. // Реабилитация больных психозами. – Л., 1981. – С. 62–71.

28. Волчкова Т. Ф. Психосоциальная реабилитация больных расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Волчкова Т. Ф.; НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 2013. – 26 с.

29. Гебель К. М. Динамика клинических и медико-психологических характеристик в процессе реабилитации больных шизофренией, утративших социальные связи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Гебель К. М.; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2009. – 25 с.

30. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. М.: Биомедгиз, 1933. С. 106–111.

31. Голдобина О. А. Ресурсосберегающие технологии психиатрической службы и их эффективность / О. А. Голдобина, В. А. Трещутин, В. Я. Семке

// Социальная и клиническая психиатрия. 2003. - Т. 13, № 1.1. С. 108-110. Гурович И. Я.

32. Гурович И. Я. Особенности оказания психиатрической помощи одиноким больным шизофренией во внебольничных условиях. Методические рекомендации № 2000 - 48 - Сост. И. Я. Гурович, Л.И.Сальникова, Е.М.Кириянова и соавт. М., 2000. - 22 с.

33. Гурович И. Я. Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи / Гурович И. Я.; М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. - С. 5–19.

34. Гурович И.Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция "recovery" / Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. // Социальная и клиническая психиатрия 2008 - Т. 18, № 2. - С. 7-14. 2008

35. Гурович И. Я. Направления совершенствования психиатрической помощи / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Т. 24, № 1. — С. 5–9.

36. Гурович И.Я. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т 112, №8. С. 7-14.

37. Гурович И.Я. Психиатрическая служба в России в 2006-2011гг. (динамика показателей и анализ процессов развития) / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. // М.: Медпрактика; - М, 2012. 599 с.

38. Гурович И. Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 39–40.

- 39.** Гурович И.Я. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 4. – С. 31–35.
- 40.** Гурович И.Я. Стоимостной анализ бремени шизофрении в России / Гурович И.Я., Любов Е.Б., Козырев В.Н. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 46–55.
- 41.** Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. Я. Сторожакова. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
- 42.** Гурович И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17, № 4. – С. 78–79.
- 43.** Гурович И. Я. Сберегающе - превентивная психосоциальная реабилитация / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 1. – С. 5–9.
- 44.** Гурович И.Я. Новая организационная форма психиатрической помощи: отделение внебольничной реабилитации / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. А. Уткин, О. Н. Степанова, О. В. Дудкина, О. А. Паненко // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под. ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельдта. – М.:ИД «МЕД-ПРАКТИКА-М», 2007. – С. 217–226.
- 45.** Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. - М., 2015. 420 с.

- 46.** Давыдов К. В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Давыдов К. В.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2005. – 24 с.
- 47.** Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дисс. ... канд. мед. наук / Дороднова А.С.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2006. 167 с.
- 48.** Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации / Й. Друес // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 1. – С. 100–104.
- 49.** Друзь В. Ф. Клинические и социальные аспекты одиночества психически больных/ В. Ф. Друзь, В. Г. Будза, И. Н. Олейникова и др.// Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – № 7. – С. 21–24.
- 50.** Еричев А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Еричев Александр Николаевич; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2004. – 23с.
- 51.** Жукова О. А. Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией / О. А. Жукова, И. Л. Кром, Ю. Б. Барыльник // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 3. – С. 676–680.
- 52.** Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: автореферат дисс. канд. мед. наук / Зайцев В.В.; — СПб, 1999.-23 с.
- 53.** Зайцева Ю. С. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация / Ю. С. Зайцева, Н. К. Корса-

кова, И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, вып. 4. – С. 76-82.

54. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: 5-летний катамнез. Клинико-нейропсихологическое исследование: Дис. ... канд. мед. наук Зайцева Ю.С.; - М., 2010. 220 с.

55. Зеленский Н.М. 150 лет Сабуровой даче. - Киев-Харьков: Госмедиздат УССР, 1946 С. 5-7, 63-79., 2004. - 19 с.

56. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. – Л., 1964. – 216 с.

57. Зеневич Г. В. Шизофренические ремиссии и организация диспансерного наблюдения за больными в этом периоде. Л., 1957. – 163 – 178 с.

58. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: автореферат дисс. канд. психол. Наук / Исаева Е.Р.; Спб., 1999.-21 с.

59. Кабанов М. М. К вопросу о так называемом лечении средой / М. М. Кабанов // Вопросы психотерапии: тезисы докл. Всесоюз. науч. конф. «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии (Психотерапевтический аспект)», Харьков, 24-25 ноября 1977 г. – М., 1977. – С. 30–34.

60. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитации и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 256 с.

61. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса / Кабанов М.М. // Обозр. психиатр, и мед. психол. им.В.М.Бехтерева. 1986. -№2.-С. 13-15.

62. Кабанов М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / Кабанов М.М., Бурковский Г.В. // Обзорение психиатрии и мед. психологи. — 2000. № 1.- С. 3-8.

- 63.** Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. - Т.11 - № 1. С. 22–27.
- 64.** Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей / Б.А. Казаковцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672 с.
- 65.** Казаковцев, Б. А. Современная психиатрическая реформа и реорганизация сети психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2009б. – №9 (40). – С. 3-22.
- 66.** Казаковцев, Б. А. Современная психиатрическая реформа и реорганизация сети психиатрической помощи (окончание) / Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2009в. – 10 (41). – С. 3-20.
- 67.** Казаковцев, Б. А. Обеспеченность психиатрических служб специалистами с немедицинским образованием / Б. А. Казаковцев, Н. К. Демчева, А. В. Яздовская // Психическое здоровье. – 2015. – №2. – С. 11-19.
- 68.** Калинин В.В. Ведение терапевтически резистентных больных шизофренией / Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. // Социальн. и клинич. психиатр. 1997. - В.2. - С. 141-147.
- 69.** Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией: автореф. дисс. . канд. мед. наук / Кирьянова Е.М.; - М., 1994. - 24с.
- 70.** Кондратьев Ф.В. Вопросы качества психиатрической помощи // Вопросы качества психиатрической, неврологической и наркологической помощи. М., 1989. - С. 39 - 42.
- 71.** Корень Е. В. Программа (модуль) психосоциальной терапии детей и подростков с психическими расстройствами. / Корень Е. В., Марченко А. М.

// Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. / под ред. И. Я. Гуровича. – ИД «Медпрактика – М», 2015. – С. 350 -378.

72. Корень Е. В. Групповая психосоциальная терапия с родителями детей с расстройствами шизофренического спектра. / Корень Е. В., Степунина Н.Е. // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. / под ред. И. Я. Гуровича. – ИД «Медпрактика – М», 2015. – С. 304 – 338.

73. Козьяков С. Б. Догоспитальные межведомственные организационные технологии в развитии психосоциальных общинных форм наркологической и психиатрической помощи населению. исс. ... канд. мед. наук / Козьяков С. Б.; М., 2009. С. 25-30.

74. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: дисс. . докт. мед. наук / Коцюбинский А.П.; СПб., 1999 —46 с.

75. Коцюбинский А. П. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе / А.П. Коцюбинский, А. Н. Еричев, Б. Г. Бутома // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 9 –17.

76. Коцюбинский А. П. Об адаптации психически больных / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. – С. 203–212.

77. Коцюбинский А. П. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания в нашей стране и за рубежом / А.П. Коцюбинский, Б. Г. Бутома, А. Н. Еричев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – №1. – С. 6–15.

- 78.** Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз в психиатрии / Коцюбинский А. П., Н. С. Шейнина, Г. В. Бурковский и др. // СПб.: СпецЛит. – 2013. – 231 с.
- 79.** Коцюбинский. А.П. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей / Коцюбинский. А.П., Еричев А.Н. , Зуйкова Н.В. // СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2004. 23 - 25 с.
- 80.** Красик, Е. Д. Госпитализм при шизофрении (клинико- реабилитационные аспекты) / Е. Д. Красик, Г. В. Логвинович.; Томск: Изд-во Томского ун-та, 1983. - 136 с.
- 81.** Красик Е. Д. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией / Е. Д. Красик, Г. В. Логвинович. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1991. – 183 с.
- 82.** Краснов В. Н. Важные направления перемен в оказании психиатрической помощи. / В. Н. Краснов, И. Я. Гурович // Современные медицинские технологии. – 2010. – № 4. – С. 38–39.
- 83.** Куцай С. И. Затяжные подострые бредовые и аффективно-бредовые состояния у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией во внебольничных условиях: дисс. ...док. мед. наук / Куцай С. И.; М., 1985. - 187 с.
- 84.** Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями / Ландышев М.А. // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. - Т. 16, №3. - С. 99 -103.;
- 85.** Ландышев М. А. Психообразовательная работа в психиатрическом стационаре / М. А. Ландышев, С. Н. Четверикова // Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при

психических расстройствах», Москва, 27-30.10.2009 г. – М.: РОП, 2009. – С. 158–159.

86. Левина. Н.Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической помощи с опорой на сообщество / Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. / Левина. Н.Б., Любов Е.Б. / Ред. И.Я.Гурович, О.Г.Ньюфельдт. М.: Медпрактика - М., 2007. С. 318–322.

87. Левина Н. Б. Программа психообразования в общественной организации самопомощи «Новые возможности». / Левина Н. Б. Любов Е. Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. - № 4 (15). – 16 -20 с.

88. Лиманкин О.В. Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты): дисс. ...док. Мед. наук. / Лиманкин Олег Васильевич; М. 2015. 39 – 44 с.

89. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Лиманкин О.В.; М., 2007. 15 - 24 с.

90. Лиманкин, О. В. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи / О. В. Лиманкин, К. М. Лаптева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, вып. 2 – С. 99-104.

91. Лиманкин, О. В. Тридцатилетний опыт санаторно-реабилитационных отделений: итоги и перспективы / О. В. Лиманкин, Н. Н. Ляхова // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / под ред. О. В. Лиманкина, В. И. Крылова. – СПб. : СЗПД, 1999. – С. 89-98.

92. Литвинцев С. В. Взаимодействие и преемственность амбулаторной и стационарной психиатрической службы на примере шизофренических дебютов / С. В. Литвинцев, С. В. Платов, А. И. Колчев // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избранные труды, материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 21-22 мая 2009 г. – СПб: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. – С. 173 – 176.

93. Логвинович Г. В. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях / Г. В. Логвинович, А. В. Семке, С. П. Бессараб. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1992. – 170 с.

94. Логвинович Г. В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении / Г. В. Логвинович, А. В. Семке. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1995. – 212 с.

95. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. №4. С. 92-104.

96. Лугинина, О. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и вопросы организации диспансерной помощи психически больным позднего возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Лугинина О. В. ; М., 1997. – 24 с.

97. Лутова Н. Б. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 2. – С. 31–33.

98. Любов Е.Б. Поддерживаемая занятость лиц с психическими расстройствами. / Любов Е.Б., Левина Н.Б., Ларионов М.Б., Русакова Г.А. // М.: Новые возможности, 2012. 48 с.

99. Любов Е.Б. Клинические и социальные критерии определения исходов типа практического выздоровления при шизофрении (вопросы снятия с диспансерного учета). дисс. ...канд. мед. наук / Любов Е.Б.; М., 1987. – 175 с.

100. Любов Е.Б. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью. / Любов Е.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. -2012. - № 4 (22). – С. 51 – 56.

101. Любов Е.Б. Стоимостный анализ шизофрении в России. / Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Чапурин С. А., Чурилин Ю.Ю., Былин И.А, Гажа А. К., Доронин В. В., Косов А. М., Петухов Ю. Л., Фадеев П.Н. // Стоимостный анализ шизофрении в России // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. № 1. С. 7-19.

102. Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике / Любов Е.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 89–101.

103. Любов Е.Б. Экономическое бремя шизофрении в России / Е. Б. Любов, В. С. Ястребов, В. С. Шевченко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 36–42 .

104. Магомедова М. В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией / М. В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 1. – С. 92–98.

105. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни: дисс... канд. мед. наук. / Магомедова М. В.; М., 2003. – 142 с.

106. Мазур М.А. О новой форме внебольничного лечения психически больных (стационар на дому). / Мазур М.А., Фомина Н.С. // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1962. - Т. 62. - С. 636 - 637.

107. Медведев С. Э. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии / С. Э. Медведев, А. П. Коцюбинский // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. – СПб.: Изд-во «Таро», 2013. – Вып. 1. – С. 9–13.

108. Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д. Е. Мелехов. – М.: Медгиз, 1963. – 168 с.

109. Мелехов Д. Е. Прогноз и восстановление трудоспособности при шизофрении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Мелехов Д. Е.; Гос. НИИ психиатрии. – М., 1960. – 42 с.

110. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных / Мелехов Д.Е. // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. – Л., 1981. – С. 4–14.

111. Менделевич В. Д. Амбулаторная психиатрия: новый взгляд / В. Д. Менделевич //Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избранные труды, материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 21-22 мая 2009 г. – СПб: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. – С. 200–201.

112. Михайлова, И. И. Самостигматизация психически больных : дис. ... д-ра мед. наук / И. И. Михайлова И. И.; – М., 2005. – 211 с.

113. Мовина Л. Г. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации / Л. Г. Мовина, О. О. Папсуев, Э. В. Голланд и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 93–98.

114. Мовина Л. Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дис. ... канд. мед. наук / Мовина Л. Г.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2005. – 24 с.

115. Морозов П. В. Актуализация проблемы приверженности пациента режиму лечения. Что такое приверженность терапии? / П. В. Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – №2. – С. 26–28.

116. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001. – 237 с.

117. Мухаметшина З. Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Мухаметшина З. Ф.; МГМСУ. – М., 2009. – 25 с.

118. Новиков В. Э. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. С.214-225.

119. Ньюфельдт О. Г. Принципы и практика общественной психиатрии. / Ньюфельдт О. Г. // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. - Т. 12, №3. - С. 5 -12.

120. Ньюфельдт О. Г. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. / ред. И. Я. Гуровича и О. Г. Ньюфельдта. – М. – 2007. С 20- 26.

121. Ньюфельдт О.Г., Тейвз Дж. Система оказания психиатрической помощи в Канаде на примере региона Калгари // Современные тенденции раз-

вития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 27–43.

122. Папсуев О. О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра социального обслуживания: дис. ... канд. мед. наук / Папсуев Олег Олегович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2010. – 22 с.

123. Папсуев О. О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты. / Папсуев О. О., Мовина Л. Г., Миняйчева М. В., Фурсов Б.Б, Зайцева Ю. В., Голанд Э.В. // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. / под ред. И. Я. Гуровича. – ИД «Медпрактика – М», 2015. – С. 388 – 403.

124. Папсуев О.О. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / Папсуев О.О., Мовина Л.Г, Миняйчева М.В. // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т.24, №3. С. 33-36.

125. Петрова Н. Н. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной сети / Н. Н. Петрова, Л. Г. Серазетдинова, О. В. Малеваная // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 1. – С. 37–42.

126. Пинлепин Т.И., Бессараб С.П. К вопросу о влиянии негативных расстройств в структуре ремиссии на особенности социально-трудовой адаптации. // В сб.: Актуальные вопросы психиатрии. - Томск, 1989.- С.134-135.

127. Потапов А. В. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследований / А. В. Потапов, Ю. М. Де-

дюрин, Ю. В. Ушаков и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 6–12.

128. Потапов А. В. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении (популяционное, фармакоэпидемиологическое и фармакотерапевтическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Потапов Андрей Владимирович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2010. – 24 с.

129. Поташева А. П. «Жилье под защитой» как реабилитационная форма психиатрической помощи: клинико-социальная и экономическая эффективность: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Поташева А. П.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2007. – 21 с.

130. Поташева А. П. Клинико-экономическая и социальная эффективность общежитий для психически больных / Поташева А. П. // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Материалы российской конференции. — М, 2007. С.452-453.

131. Поташева А. П. Клинико-экономическая и социальная эффективность общежитий для психически больных / Поташева А. П. // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Материалы российской конференции. — М, 2007. С.452-453.

132. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. – 2-е изд. / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – 180 с.

133. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: КонсультантПлюс. www.consultant.ru.

134. Прокудин В.Н. Организационно-методические принципы оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи в соматическом стационаре. / В.Н.Прокудин, А.П.Музыченко, П.В.Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2003. - № 05. – С. 211 – 213.

135. Пулккинен А. Дома социальной поддержки – система реабилитации психически больных / А. Пулккинен // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / под ред. О. В. Лиманкина, В. И. Крылова. – СПб. : СЗПД, 1999. – С. 110-114.

136. Райзман Е.М. Социальная адаптация больных шизофренией в преморбидном периоде и в динамике заболевания (клинико-эпидемиологическое обследование).: Дисс... докт. мед. наук.- Томск, 1991.- 314 с.

137. Реброва О.В. Статистический анализ медицинских данных с помощью пакета программ «Статистика» / О. В. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2002. – 380с.

138. Ривкина Н. М. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. / Н. М. Ривкина, Л. И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 65–75.

139. Рихарц Б. Милиотерапия (терапия средой) в психиатрии, психотерапии и реабилитации / Б. Рихарц, М. Дворжак; пер. с англ. – Оренбург, 2003. – С. 3-5.

140. Розова М.С. Современные принципы врачебно-трудовой экспертизы больных шизофренией с непрерывным течением процесса / Розова М.С., Дробашенко Т.Г., Киндрас Г.П. // Метод. рекомендации. М., - 1983. - 27 с.

141. Ротштейн В.Г. Основы психиатрической грамотности. Ротштейн В.Г.; Богдан, М.Н. - М., - 2010. - 123 с.

142. Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией / Рычкова О.В., Сильчук Е.П. // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 5–15.

143. Сальникова Л. И. Больные параноидной шизофренией со стойкой адаптацией во внебольничных условиях: Дис. канд. мед. наук. / Сальникова Л. И.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1995.- 181 с.

144. Сальникова Л. И. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях / Сальникова Л. И., Сторожакова Я. А., Архипова Е. Л., Худавердиев В.В. // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12, № 1.-С. 48-53.

145. Сальникова Л.И. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками / Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. – М., 2002. – С. 76–97.

146. Сальникова Л. И. Общежития для больных, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи, как одна из форм психиатрического обслуживания / Л. И. Сальникова // XIII съезд психиатров России. – М.: Медпрактика-М, 2000. – С. 32-33

147. Сальникова Л.И. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы / Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. – М., 2002. – С. 109–111.

148. Салятова Н.П. Работа с семьями психически больных в условиях клинического отделения / Салятова Н.П., Рожков С.А. // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). Томск, 1998. - С. 160-161.

149. Семенова Н.Д. Исследования в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы / Семенова Н.Д. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 96–100.

150. Семенова Н. Д. Психосоциальная терапия: эффект и эффективность. / Н. Д. Семенова // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных», Москва, 11-13 октября 2006 г. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2006. – С. 100 –101.

151. Семенова Н. Д. Психосоциальная методика для мотивирования пациентов / Семенова Н. Д. // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т.20, №1. С. 52-64.

152. Семенова Н.Д. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть 1 / Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 13, № 1. С. 34-39.

153. Семенова Н. В. Отношение родственников психически больных к психофармакотерапии и проблема комплаенса / Н. В. Семенова // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 104–106.

154. Семенова Н. Д. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. / Семенова Н. Д., Гурович И. Я. // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. / под ред. И. Я. Гуровича. – ИД «Медпрактика – М», 2015. – С. 166 – 210.

155. Серебрянская Л. Я. Психологические факторы стигматизации психически больных: автореф. дис. ... канд. м. наук: 14.01.06 / Л. Я. Серебрянская. – М., 2005. – 24 с.

156. Солохина Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Солохина Т. А.; НЦПЗ РАМН. – М., 2003.– 46с.

157. Солохина Т. А. Участие родственников психически больных в оценке качества психиатрической помощи и ее совершенствовании / Т. А. Солохина // Психиатрия. – 2004. – № 2(8). – С. 36–41.

158. Солохина Т. А. Сила общественного движения / Т. А. Солохина, В. С. Ястребов // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. – СПб.: Таро, 2014. – С. 9-15.

159. Сосновский А. Ю. Клинико-социологическое исследование деятельности психиатрических учреждений / А. Ю. Сосновский // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 1. – С. 42–47.

160. Сосновский А. Ю. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью, как критерий ее качества (клинико-социологическое исследование): автореф. дис.... канд. мед. наук / Сосновский Андрей Юрьевич; НЦПЗ РАМН. – М., 1995. – 24 с.

161. Софронов А.Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 33–37.

162. Соха В.Г. Анализ потребности в медико-социальной реабилитации впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении. / В.Г. Соха // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. -1999. -N 2. С. 39-43.

163. Спикина А. А. Оценка прогностических факторов развития рецидива при шизофрении / А. А. Спикина, А. Г. Софронов // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии: тезисы докладов Общероссийской конференции с международным участием совместно с совещанием главных специалистов и пленумом правления Российского Общества Психиатров, Самара, 19-21 сентября 2013 г. – Самара, 2013. – С. 19–20.

164. Стародубов В.И. Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи. / Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. // М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2001.-212 с.

165. Степанова О. Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Степанова Ольга Николаевна; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2009. – 18 с.

166. Тараканова Е. А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией: дисс. ... докт. мед. наук / Тараканова Е. А. // – М., 2011. – 234 с.

167. Трифонов Е. Г. Клинико-социальная структура контингента психически больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Трифонов Е. Г.; ВНЦПЗ СССР – М., 2009. – 28 с.

168. Трущелёв С.А. Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи / Трущелёв С.А. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 2. С. 40-44.

169. Уткин А. А. Инновационная форма психосоциальной терапии и реабилитации «жилье с поддержкой» при лечении больных с хроническими психическими заболеваниями / А. А. Уткин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 3. – С. 20–23.

170. Уткин А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Уткин А. А.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2009. – 24 с.

171. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении / Фурсов Б.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 91–100.

172. Хахина И.А. Особенность социальной поддержки у больных с шизоаффективными расстройствами с религиозным мировоззрением / Хахина И.А., Казьмина О.Ю. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 3. – С. 21–25.

173. Холмогорова А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–77.

174. Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции / Холмогорова А.Б. // Московский психотерапевтический журнал. -1993. - № 2. – С. 85 – 87.

175. Холмогорова А. Б. Психосоциальные аспекты микросоциального аспекта психических расстройств (на примере шизофрении) / А. Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 3.– С. 35–71.

176. Хритинин Д. Ф. Социальные аспекты состояние семей больных шизофренией и шизотипическими расстройствами / Д. Ф. Хритинин, Д. С. Петров, О. Е. Коновалов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 9. – С. 9–12.

177. Чуркин, А. А. О применении бригадного метода обслуживания психически больных в Российской Федерации в 2010 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // IV Национальный Конгресс по социальной и клинической психиатрии. – М., 2011. – С. 53.

178. Царьков А. А. Клинико-экономическая характеристика психиатрической помощи больным шизофренией в сельской местности и ресурсосберегающий эффект больничной психосоциальной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Царьков А. А.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2009. – 25 с.

179. Шадрин В. Н. Адаптационные возможности и оценка качества жизни больных шизофренией (клинические и социальные аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шадрин В. Н.; НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 2006. – 23 с.

180. Шевченко, Л. С. Актуальные вопросы экономической деятельности психиатрических стационаров / Л. С. Шевченко // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб.: Ковчег, 2009. – Т.1. – С. 68-72.

181. Шендеров К. В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шендеров К. В.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2011. – 19 - 24 с.

182. Шмуклер А. Б. Тренинг социальных и коммуникативных навыков / Шмуклер А. Б., Я. А. Сторожакова, Л. Г, Мовина, Л. И. Сальникова, Е. М. Кирьянова // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психи-

чески больных. / под ред. И. Я. Гуровича. – ИД «Медпрактика – М», 2015. – С. 210 – 225.

183. Шмуклер А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Шмуклер Александр Борисович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1999. – 45 с.

184. Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия «качества жизни» в психиатрии / Шмуклер А.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 1. С. 100-105.

185. Шмуклер А. Б. Особенности и динамика социального функционирования и качества жизни психически больных, находящихся под диспансерным наблюдением / Шмуклер А. Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т 8 № 4. С. 21-29.

186. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника / Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т.5, №3. – С. 97–101.

187. Эйдемиллер Э. Г. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении / Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев. – СПб.: Речь, 2012. – 207 с.

188. Энтони В. Психиатрическая реабилитация / В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас: пер с англ. – Киев: Сфера, 2001. – 280 с.

189. Юровская Е.М. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией и шизотипическим расстройством (клинические, социальные и адаптационные аспекты): Дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. 183 с.

190. Ястребов, В. С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, И. И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 6. – С.4-10.

- 191.** Ястребов В. С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии / В. С. Ястребов // Психиатрия. – 2012. – №4(56). – С. 7-13.
- 192.** Ястребов В. С. Внутренние резервы психиатрической помощи. / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко, Н. А. Творогова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007 № 1 (17). – С. 28 – 32.
- 193.** Ястребов В. С. Внебольничная шизофрения: (Клинико-эпидемиол. исслед.): дисс. ... доктора медицинских наук / Ястребов В. С.; АМН СССР. Всесоюз. науч. центр. псих. здоровья. - Москва, 1987. - 145 с.
- 194.** Ястребов В.С. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий / Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Митихин В.Г., Творогова Н.А., Харьковская Т.Л. // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. — Т. 19. - №4. — С. 21 - 28.
- 195.** Ястребов В. С. Внебольничная помощь основное звено психиатрической службы / В. С. Ястребов // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - Т. 8, № 3. - С. 63-67.
- 196.** Abramowitz I.R. Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives / I.R.Abramowitz , R.D. Coursey // J. Consult. Clin. Psychol. 1989. - Vol. 57, N 2. - P. 232-236.
- 197.** Addington J. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia / J. Addington, D. Addington // Schizophr. Bull. – 1999.– Vol. 25(1).– P. 173–182.
- 198.** Ahmed AO. Recovery in Schizophrenia: What Consumers Know and Do Not Know / Ahmed AO, Marino BA, Rosenthal E at al. // Psychiatr Clin North Am. 2016 Jun; 39(2):313-30.
- 199.** Albeniz A. Psychotherapy integration: its implications for psychiatry / A. Albeniz, J. Holmes // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 169. – P. 563–570.

200. Alonso Suarez, M. Effectiveness of community-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia / M. Alonso Suarez, M. F. Bravo-Ortiz, A. Fernandez-Liria, C. Gonzalez-Juarez // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. – 2011. – 03. – Vol.20 (1). – P. 65-72.

201. Anderson C.M. The psychoeducational family treatment of schizophrenia / C. M.Anderson, G. Hogarty, D.Reiss // *New developments in interventions with families of schizophrenics* / M.J.Goldstein (Ed.). San Francisco: Jossey-Bass, 1981. - P. 79-94.

202. Andreasen N. C. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus / N. C. Andreasen, W. T. Carpenter, J. M. Kane, et al. // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162(3). – P. 441–449.

203. Anthony W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in 1990s / W. A. Anthony // *Psychosocial Rehabilitation Journal*. – 1993. – Vol. 16 (14). – P. 11-23.

204. Anthony W. A. A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions / W. A. Anthony, M. D. Farkas // *Schizophrenia Bulletin*. – 1982. – Vol. 8. – P. 13-38.

205. Anthony W. A. Psychiatric rehabilitation / W. A. Anthony, P. B. Nemeec // In A. S. Bellack (Ed.). *Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation*. – Orlando : Grune and Stratton, 1984. – P. 375-413.

206. Atkinson J.M. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life / J. M. Atkinson, D. A. Coia, W. H. Gilmour, J . P.Harper // *Br. J. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 168. – P. 199–204.

207. Barton, R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations / R. Barton // *Psychiatric Services*. – 1999. – Vol. 50. – P. 525-534.

208. Bäuml J. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families / J. Bäuml, T. Froböse, S. Kraemer, M. Rentrop, G. Pitschel-Walz // *Schizophr. Bull.* – 2006. – Vol. 32, suppl. 1. – P. 11–19.

209. Bechdorf A. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia / B. Knost, C. Kuntermann // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2004. – Vol. 110. – P. 21–28.

210. Bechi M. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings / Bechi M., Ricoaloni R., Ali S. et al. // *Psychiatry Res.* 2012

211. Bell M.D. Cognitive remediation of working memory deficits: Durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenics / M. D. Bell, G. Bryson, B. E. Wexler // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2003. – Vol. 198. – P. 101–109.

212. Bell M. D. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy / M. D. Bell, G. Bryson, T. Greig // *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58: 763–768.

213. Bellack A. S. An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients / A. S. Bellack, S. M. Turner, M. Hersen, R. F. Luber // *Hosp Community Psychiatry.* 1984; 35:1023–1028.

214. Bellack A.S. Issues and developments on the consumer recovery construct / Bellack A.S., Drapalski A. // *World Psychiatry.* 2012. Vol. 11, N 3. P. 156–160.

215. Bellack A. S. Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide / A. S. Bellack, K. T. Mueser, S. Gingerich, J. Agresta // – New York–London: The Guilford Press, 2004. – 288 p.

216. Bellack A.S. Psychosocial treatment in schizophrenia / Bellack A.S. // Dialogues in clinical, neuroscience Schizophrenia: Specific Topics 2001 - Volume 3 - No. 2 -P.136-137.

217. Ben-Yishay Y. Neuropsychological rehabilitation: quest for a holistic approach. / Ben-Yishay Y., Rattok J.A, Lakin P. // Semin Neurol. – 1985. - 5: 252–259.

218. Bland R.C. Prognosis in schizophrenia. // Bland R.C., Parcer I.N., Orn H. // Arch. Gen. Psychiat. -1978. - V.35.- N 1.- P.72-77.

219. Bond G.R. Implementing supported employment as an evidence-based practice. Psychiatric. / Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., Rapp, C.A., Meisler, N. Lehman, A.F. // Psychiatric Services. - 2001. – 52 – P. 313-322.

220. Bond G.R. Principles of the individual placement and support model: Empirical support. / Bond G.R. // Psychiatric Rehabilitation Journal, 1998. – 22. - (1), 11-23.

221. Bond G.R. An update on supported employment for people with severe mental illness. / Bond G.R., Drake R.E., Mueser K.T. // Psychiatric Services, 1997. – 48, P. 335-346.

222. Breitborde N.J.K. Multifamily Group Psychoeducation and Cognitive Remediation for First-Episode Psychosis: A Randomized Controlled Trial. / Breitborde N.J.K. , Moreno F. A., Mai-Dixon N., Peterson R., Durst L., Bernstein B., Byreddy S., McFarlane W. R. // BMC Psychiatry. 2011. - P. 9 - 11.

223. Brekke J.S. How Neurocognition and Social Cognition Influence Functional Change During Community-Based Psychosocial Rehabilitation for

Individuals with Schizophrenia / Brekke J. S., M. Hoe M., J. Long J., Green. M. F. // Schizophrenia Bulletin Advance Access published Edward Elgar Publishing online on January 25, 2007. - P. 114- 120.

224. Bustillo J.R. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update / J. R. Bustillo, J. Lauriello, W. P. Horan, S. J. Keith // Am. J. Psychiatry, - 2001. Vol. 158, N 2. - P. 163 -175.

225. Butzlaff R.L. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis / Butzlaff R.L., Hooley J.M. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1998. – Vol. 55. – P. 547–552.

226. Carling P. J. Major mental illness housing and supports: The promise of community integration / P. J. Carling // American Psychologist. – 1990. – Vol. 45(8). – P. 969-975.

227. Carling P. J. Promoting social integration / P. J. Carling // Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities. – New York, London : The Guilford Press, 1995. – Ch. 9. – P. 249-270.

228. Choi J. Factors associated with a positive response to cognitive remediation in a community psychiatric sample / Choi J., Medalia M. // Psychiatric. Serv. 2005. Vol. 56. - P. 602-604.

229. Choi J. Intrinsic Motivation Inventory: an adapted measure for schizophrenia research / Choi J., Mogami T., Medalia A. // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36. - P. 966-976.

230. Chou K.R. Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia / Chou K.R., Shih Y.W., Chang C., Chou Y.Y., Hu W.H., Cheg J.S., Yang C.Y. // Arch. Psychiatr. Nurs. 2012 Vol. 26, N4. P. 285-294.

231. Contreras N.A. "How is cognitive remediation training perceived by people with schizophrenia? A qualitative study examining personal experiences" / Contreras N.A., Lee S., Tan E.J., Castle D.J., Rossell S.L. // *J Ment Health*. 2016 Jun; 25(3). – P. 260-6.

232. Cook J.A. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using wellness recovery action planning. / Cook JA, Copeland M.E., Jonikas J.A., Hamilton M.A., Razzano L.A., Floyd C.B., Hudson W.B., Macfarlane RT, Carter TM, Boyd S. // *Schizophr. Bull.* - 2012; 38, – P. 881–91.

233. Cook J.A. Estimated payments to employment service providers for persons with mental illness in the Ticket to Work Program. / Cook, J.A., Leff, H.S., Blyler, C.R., Gold, P.B., Goldberg, R.W., Clark, R.E. // *Psychiatric Services*.- 2006.- 57 - (4). - P. 465-471.

234. Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. / Cuijpers, P. // *Journal of Mental Health*, 1999. – 8 (3). – P. 275-285.

235. D'Amato T. A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia / D Amato T., Bation R., Cochet A. et al. // *Schizophr. Res.* 2011. Vol. 125, 2-3. - P. 284-90.

236. Devis S. *Community Mental Health in Canada: theory, policy and practice. Revised and Expanded Edition.* // S. Devis.// UBC Press 2014; P. 325 - 346.

237. Dickerson F. B. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. / Dickerson F.B., Lehman A.F. // *J Nerv Ment Dis.* 2006 Jan; 194 (1), P.3-9.

238. Dilk M.N. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. / Dilk M.N., Bond GR. // *J Consult Clin Psychol.* 1996 Dec; 64(6). P. 1337-1346.

239. Dieterich, M. Intensive case management for severe mental illness / M. Dieterich, C. B. Irving, B. Park, M. Marshall // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010. – Vol. 6, №10, P. 21.

240. Dieterich M. Intensive case management for severe mental illness. / Dieterich M., Irving C.B., Bergman H., Khokhar M.A., Park B., Marshall M. // *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 6; P.16.

241. Dixon L. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. // Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman M. // *Psychiatr Serv.* 2001 Jul; 52(7). – P. 965-7.

242. Dixon L. Family interventions for schizophrenia / Dixon L., Lehman A.F. // *Schizophr. Bull.* -1995. -Vol. 21, N 4. -P. 631-643.

243. Dixon L., Evidence-Based practices for services to Families of People with Psychiatric Disabilities / Dixon L., McFarlane W. Lefley H, Luc Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, Mueser K, Miklowitz D, Solomon P, Sondheim D.// *Psychiatric Services* 2001. – Vol. 52, N6 – P.903 – 910.

244. Doane J. A. The impact of individual and family treatment on the affective climate families of schizophrenics / Doane J. A., Goldstein M.J., Miklowitz D.J., Fallon I.R.H. // *Brit J. Psychiat.* 1986. - V. 148. - № 3. - P.279-287.

245. Dodell-Feder D. Social impairment in schizophrenia: New approaches for treating a persistent problem. / Dodell-Feder D., L. M. Tully, C. I. Hooker // *Curr Opin Psychiatry.* 2015 May; 28(3). – P. 236–242.

246. Dyck D.G. Service Use Among Patients With Schizophrenia in Psychoeducational Multiple-Family Group Treatment. / D. G. Dyck, M.S. Hendryx, R.A. Short, W. D.Voss, W. R. McFarlane // *Psychiatric Services.* - June 2002 Vol. 53. No 6. P. 749 – 753.

247. Dyck D.G. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. / Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D. // *Psychiatr Serv.* 2000; 51 (4):513–519.

248. Draper M.L. Cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia / Draper M.L., Stutes D.S., Maples N.J., Velligan D. I. // *Journal of clinical psychology* . 2009 Aug; 65(8): P. 842-53.

249. Drake, R. E. Lessons learned in developing community health care in North America / R. E. Drake, E. Latimer // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol. 11(1). – P. 47-51.

250. Drake R.E. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. / Drake, R.E., McHugom G.J., Becker, D.R., Anthony, W.A. & Clark, R.E. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996. – 64; 391-399.

251. Drake R. E. Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment // R. E. Drake, G. R. Bond, D. R. Becker // Oxford University Press. - 2012. – P. 147 -178.

252. Eckman T. A. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial // *Am. J. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 149, N 11. – P. 1549–1555.

253. Fabre D. From Theory to PrACTice: A Cognitive Remediation Program Based on a Neuropsychological Model of Schizophrenia. / Fabre D., A. Vehier, G. Chesnoy-Servanin, N. Gouiller, T. D’Amato, M. Saoud // *Front Psychiatry*. 2015; 6. – P. 169.

254. Falloon I.R.H. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. / Falloon I.R.H., Montero I, Sungur M. A. Mastroeni, U. Malm, M.

Economou, R. Grawe, J. Harangozo, M. Mizuno, M. Murakami, B. Hager, T. Held, F. Veltro, R. Gedye // *World Psychiatry*. 2004; 3(1):104–109.

255. Falloon I. R. H. Family management training in the community care of schizophrenia / Falloon I.R., Boyd J., McGill C. et al. // *New developments in intervention with families of schizophrenics* / M.J.Goldstein (Ed.). San Francisco: Jossey-Bass. -1991.-P. 79-94.

256. Fallon I. R. H. . Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. / I. R. H. Fallon. // *World Psychiatry*. 2003 Feb; 2(1): 20–28.

257. Fenton W.S. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia / Fenton W.S., Schooler N.R. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 1–3.

258. Fervaha G. Life satisfaction and happiness among young adults with schizophrenia. // Fervaha G., Agid O., Takeuchi H., Foussias G., Remington G. // *Psychiatry Res*. 2016 Jun 1; 242: P. 174 – 179.

259. Finnerty M. T. Clinicians' Perceptions of Challenges and Strategies of Transition from Assertive Community Treatment to Less Intensive Services. / Finnerty M. T., J. I. Manuel, A. Z. Tochtermann, C. Stellato, L. H. Fraser, C. A. S. Reber, H. B. Reddy, A. D. Miracle // *Community Ment Health J*.- 2015; 51. - P. 85–95.

260. Fiszdon J.M. Understanding Social Situations (USS): A Proof-of-Concept Social-Cognitive Intervention Targeting Theory of Mind and Attributional Bias in Individuals With Psychosis. / Fiszdon J.M., Roberts D.L., Penn D.L, Choi K.H., Tek C., Choi J., Bell M.D. // *Psychiatr Rehabil J*. 2016 Jun 9. – P. 243- 250.

261. Franck N. Specific vs general cognitive remediation for executive functioning in schizophrenia: a multicenter randomized trial. / Franck N., Duboc C, Sundby C, Amado I, Wykes T, Demily C, Launay C, Le Roy V, Bloch P,

Willard D, Todd A, Petitjean F, Foullu S, Briant P, Grillon ML, Deppen P, Verdoux H, Bralet MC, Januel D, Riche B, Roy P; Vianin P. // *Schizophr Res.* 2013 Jun;147(1). – P. 68-74.

262. Frank A.F. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. / Frank A.F., Gunderson J.G. // *Arch Gen Psychiatry.* – 1990/ - Mar; 47(3): P. 228-36.

263. Franck N. How to involve patients with schizophrenia in their treatment using psychoeducation. / Franck N. // *Presse Med.* 2016 Sep; 45(9): 742-748.

264. Frederick J. Integrating evidence based practices and the recovery model. // Frederick J. Frese III, Ph.D.; Jonathan Stanley, J.D.; Ken Kress, J.D. // *Psychiatric Services* 2001, vol. 52, 11, 1462–1468

265. Garety P.A. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. / Garety PA, Fowler D, Kuipers E. // *Schizophr Bull.* – 2000. – 26, - P. 73–86.

266. Gold P. B. A four-year retrospective study of Assertive Community Treatment: Change to more frequent, briefer client contact. / P. B. Gold, D. R. Jones, C. Macias, L. Bickman, W. A. Hargreaves, J. Frey // *Bull Menninger Clin.* 2015. – 2012 Fall; 76(4): 314–328.

267. Glynn S. M. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia / Glynn S. M., Marder S.R., Liberman R.P. et al. // *Am J Psychiatry.* 2002; 159:829–837.

268. Golgstein M.J. Drag and family therapy in aftercare of treatment of acute schizophrenia. // Golgstein M.J., Rodnick E. N., Evans J. R., May P.R.A. and Steinberg M. // *Archives of General Psychiatry* - 1978. – Vol. 35 (10): 1169 – 1177.

269. Greenberg J. S. Prosocial Family Processes and the Quality of Life of Persons With Schizophrenia. / J. S. Greenberg, M.S.W., Ph.D., Kraig J. Knudsen, M.S.W., Ph.D., Killy A. Aschbrenner, M.A. // *Psychiatr Serv.* 2006 Dec; 57(12). – P. 1771–1777.

270. Gyrna, K. The role of social support on the quality of life of patients with schizophrenia Text. / K. Gyrna, K. Jaracz, J. Rybakowski // *Psychiatr. Pol.* -2004. Vol. 38, N 3. - P. 443-452.

271. Hansen J.P. Cognitive adaptation training in an assertive community treatment setting for outpatients with schizophrenia / Hansen J.P, Østergaard B., Nordentoft M, Hounsgaard L. // *European Psychiatry* . Volume 28, Supplement 1, 2013, Pages 1-3.

272. Hasson-Ohayon I. Metacognitive and interpersonal interventions for persons with severe mental illness: theory and practice. / Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Levy I, Roe D. // *Isr J Psychiatry Relat Sci.* - 2009; 46 (2):141-8.

273. Hendriks A.L. Understanding and Remediating Social-Cognitive Dysfunctions in Patients with Serious Mental Illness Using Relational Frame Theory. / Hendriks A.L., Barnes-Holmes Y., McEnteggart C., De Mey H.R., Janssen G.T., Egger J.I. // *Front Psychol.* – 2016. – Feb. 12; 7. - P. 143.

274. Herz M.I. A program for relapseprevention in schizophrenia. / Herz M.I., Lamberti J.S., Mintz J. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 57. – P. 277–283.

275. Hillis J.D. Metacognitive Reflective and Insight Therapy for People in Early Phase of a Schizophrenia Spectrum Disorder. / Hillis J.D. Leonhardt B. L., Vohs J. L., Buck K. D., Salvatore G., Popolo R., Dimaggio G., Lysaker P.H. // *Journal of Clinical Psychology*; Volume 71, Issue 2 February, 2015. – P. 125–135

276. Hodge M. A. R. . A Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation in Schizophrenia. / M. A. R. Hodge, Siciliano, P. Withey, B. Moss, G. Moore, G. Judd, E. A. Shores, A. Harris // *Schizophr Bull.* 2010 - Mar; 36(2). - P. 419–427.

277. Hofer A., Baumgartner S., Bodner T. et al. Patient outcomes in schizophrenia: The impact of cognition // *Eur. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 20. – P. 395–402. 35.

278. Hogarty G.E. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment / Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 48. – P. 340–347.

279. Hogarty G. E. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Descriptions of study and effects on relapse rates / Hogarty G. E., Kornblith S. J., Greenwald D. et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154, N 11. – P. 1504–1513.

280. Hogarty G.E. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-Year Randomized Trial on Cognition and Behavior / Hogarty G.E, Flesher S., Ulrich R. et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2004. Vol. 61. P. 866-876.

281. Hogarty G. A developmental theory for cognitive enhancement therapy of schizophrenia / Hogarty G., Flesher S. // *Schizophr. Bull.* 1999. Vol. 25. P. 677-692

282. Holloway F. Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. / Holloway F., Carson J. // *Br J Psychiatry.* 1998 Jan;172:19-22.

283. Horan W.P. Neurocognitive, social, and emotional dysfunction in deficit syndrome schizophrenia / Horan W.P., Blanchard J.J. // *Schizophr. Res.* 2003. Vol. 65. N 2-4 P.125-137

284. Horan W.P. Social cognition training for individuals with schizophrenia: emerging evidence / W.P., Kern R.S., Penn D.L, Green M.F // *Am.J. Psychiatr. Rehab.* 2008. Vol. 11.P. 205-252.

285. Huxley P. Quality of life outcome in a randomized controlled trial of case management // Huxley P., Evans S., Burns T. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid.* 2001. Vol. 36. P. 249–255.

286. Jacobson N. What is recovery? A conceptual model and explication.//Jacobson N, Greenley D. // *Psychiatric Services* 52: 482-485, 2001.

287. Jaeger M. Psychosocial functioning of individuals with schizophrenia in community housing facilities and the psychiatric hospital in Zurich / Jaeger M, Briner D, Kawohl W, Seifritz E, Baumgartner-Nietlisbach G. // *Psychiatry Res.* 2015 Dec 15; 230 (2): 413-8.

288. Jochems T.C. Motivation and treatment engagement intervention trial (MotivaTe-IT): the effects of motivation feedback to clinicians on treatment engagement in patients with severe mental illness / Jochems T.C., Mulder C.L., van Dam A., Duivenvoorden Y.J., Scheffer S. CM, van der Spek W., van der Feltz-Cornelis C.M. // *BMC Psychiatry* 2012 / Vol. 12.209.

289. Iwata K. Efficacy of Cognitive Rehabilitation Using Computer Software With Individuals Living With Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial in Japan. / Iwata K, Matsuda Y, Sato S, Furukawa S, Watanabe Y, Hatsuse N, Ikebuchi E. // *Psychiatr Rehabil J.* 2017 Feb 9. doi: 10.1037/prj0000232.

290. Kahn R. S. Schizophrenia is cognitive illness. Time for a change in focus // Kahn R. S., Keefe R. S. E. // JAMA Psychiatry. 2012. - Vol. 70, № 10. P. 1107 – 1112.

291. Kern R.S. Does «errorless learning» compensate for neurocognitive impairments in the word rehabilitation of persons with schizophrenia? / Kern R.S., Green M.F., Mintz J., Liberman R. Does // Psychol. Med. 2003. Vol. 33. P. 433-442

292. Knapp M. The economic consequences of deinstitutionalization of mental health services: lessons from a systematic review of European experience / M. Knapp, J. Beecham, D. McDavid, T. Matosevic, M. Smith // Health and Social Care in the Community. – 2011. – Vol. 19 (2). – P. 113-125.

293. Krabbendam L. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. // Krabbendam L., Aleman A. // Psychopharmacology 2003. - 169 P. 376–382.

294. Kopelowicz A. Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia. / Kopelowicz A., R. P. Liberman, C. J. Wallace // International Journal of Psychology and Psychological Therapy. - 2003, Vol. 3, № 2, p. 283-298.

295. Kukla M. Levels of patient activation among adults with schizophrenia: associations with hope, symptoms, medication adherence, and recovery attitudes / Kukla M., Salyers M.P., Lysaker P.H. // J. Nerv. Ment. Dis. 2013. Vol. 201, №4.- P. 339-344.

296. Kurtz M.M. Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia. / Kurtz M.M., Mueser K.T., Thime W.R., Corbera .S, Wexler B.E. // Schizophr Res. 2015 Mar; 162(1-3). - P. 35-41.

- 297.** Kurtz M.M. Approaches to cognitive rehabilitation of neuropsychological deficits in schizophrenia: A review and meta-analysis / Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C., Gur R.E. // *Neuropsychology Review*. – 2001. – Vol.11. – P. 197–210.
- 298.** Kurtz M.M. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. / Kurtz M.M., Mueser KT. // *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76. – P. 491–504.
- 299.** Lam D.H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies / Lam D.H. // *Psychol. Med*. 1991. -Vol. 21. - P. 423-441.
- 300.** Latimer E. A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature / E. A. Latimer // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 44 (5). – P. 443-454.
- 301.** Lazarus R.S. Coping and adaptation / Lazarus R.S., Folkman S. // W.D.Gentry (Ed.). *The handbook of behavioural medicine* N.Y., 1984. - P. 282-325.
- 302.** Leff J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. / J. Leff, N. Trieman // *TAPS Project 44, British Journal of Psychiatry* – July. 2003. - P. 428 -432.
- 303.** Leff J. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients / Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. et al. // *Br. J. Psychiatry*. 1982. -Vol. 141. - P. 121-134.
- 304.** Leff J. The interaction of life events- and relative's expressed emotion in schizophrenia / Leff J., Vaughn C. // *Stressful life events* / T.Miller (Ed.). Madison, CT: International Universities Press, 1989. - P. 377-392.
- 305.** Lefley H. P. *Family Psychoeducation for Serious Mental Illness*. // Lefley H. P. // OXFORD University Press. - 2009. - P. 178 -194.

- 306.** Lehman A. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations / Lehman A., Steinwachs D. // *Schizophrenia Bulletin*. 1998. - Vol. 24. - P. 1-10.
- 307.** Lexén A. Cognitive functioning and employment among people with schizophrenia in vocational rehabilitation / Lexén A, Hofgren C, Stenmark R, Bejerholm U. // *Work*. 2016 Jun 16. - P. 111-113.
- 308.** Liberman R.P. Recovery from schizophrenia: form follows functioning / Liberman R.P. // *World Psychiatry*. 2012. Vol. 11, N 3. P. 161–162.
- 309.** Liberman RP. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence / Liberman R.P., Mueser K.T., Wallace C.J., Jacobs H.E., Eckman T., Massel H.K. // *Schizophr Bull*. 1986; 12. – P. 631–647.
- 310.** Liu K.W. Supported-employment program processes and outcomes: experiences of people with schizophrenia. / Liu K.W., Hollis V., Warren S., Williamson D.L. // *Am J Occup Ther*. 2007 Sep-Oct; 61(5):543-54.
- 311.** Lysaker P.H. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments / Lysaker P.H., Dimaggio G. // *Schizophr. Bull*. 2014. Vol. 40, N 3. P. 487-491.
- 312.** Macpherson R. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review / R. Macpherson, G. Shepherd, T. Edwards // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2004. – Vol. 10. – P. 180-188.
- 313.** Magnus R. Social cognition and quality of life in schizophrenia. / Magnus R., Kahn RS, Linszen DH, van Os J, Wiersma D, Bruggeman R, Cahn W, de Haan L, Krabbendam L, Myin-Germeys I. // *Schizophr Res*. 2012. May; 137 - 212.

314. Mandiberg J. M. The Santa Clara Country Clustered Apartment Project. // Mandiberg J. M., Telles L. // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1990. – 14 (2), P. 21 – 28.

315. Mar Rus-Calafell. A brief cognitive–behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study / Mar Rus-Calafell, José Gutiérrez-Maldonado et al. // Schizophrenia Research, 2013-02-01, Volume 143, Issue 2-3, P. 327-336.

316. Marder S.R. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. / Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J. & McKenzie, J. // American Journal of Psychiatry, 1996. - 153, - P. 1585-1592.

317. Matthias M.S. Decision making in recovery-oriented mental health care. // Matthias MS1, Salyers MP, Rollins AL, Frankel RM. // Psychiatr Rehabil J. 2012 Spring; 35(4), P. 305-14.

318. Mazza M. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? / Mazza M., Lucc G., Pacitti F. et al. // Neuropsychol. Rehab. 2010. Vol. 20, N 5. - P. 675-703.

319. McCorkle B.H. Increasing social support for individuals with serious mental illness: evaluating the compeer model of intentional friendship. / McCorkle B.H , Rogers E.S., Dunn E.C., Lyass A., Wan Y.M. // Community Ment Health J. 2008; 44(5), P. 359-66.

320. McCrone P. Limits of deindustrialization: Experience in England.// McCrone P., Becker T. // Psychiatrische Praxis 2000; 27, 2. - P. 68 – 71.

321. McFarlane W.R. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. / McFarlane W.R., Luckens E., Dushay R. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – Vol. 52. – P. 679–687

322. McFarlane W.R. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. / McFarlane WR, Dixon L, Lukens E. // *J. Marital Fam Ther.* 2003; 29. – P. 223–245.

323. McGurk S.R. Cognitive functioning predicts outpatient service utilization in schizophrenia. / McGurk S.R., Mueser K.T., Walling D., Harvey P.D., Meltzer H.Y. // *Ment Health Serv Res.* 2004; 6(3). - P.–188.

324. McGurk S.R. A Meta-analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia / McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzer D.I., McHugo G.J., Mueser K.T. // *Am. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 164. - P. 1791-1802.

325. McLean C.M. Group treatment for parents of the adult mentally ill / McLean C.M. McLean C.M. // *Hospital Community Psychiatry.* 1982. - Vol. 33. - P. 564-569.

326. Medalia A. Remediation of problem-solving skills in schizophrenia: evidence of a persistent effect. / Medalia A, Revheim N, Casey M. // *Schizophr Res* (2002) 57 (2):165–71.10.

327. Medalia A. Remediation of Cognitive Deficits in Psychiatric Outpatients: A Clinician s Manual / Medalia A., Revheim N., Herlands T. // New York: Montefiore Medical Center Press, 2002.

328. Medalia A. What Predicts a Good Response to Cognitive Remediation Interventions? / Medalia A., Richardson R. // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31. P. 942-953.

329. Medalia A. Djes cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes? / Medalia A Saperstein A.M. // *Curr. Opinion Psychiatry.* 2013. Vol. 26, N 2. - P. 151-157.

330. Medalia A. The Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) model: practice principles and outcome studies / Medalia A, Freilich B. // *Am J Psychiatr Rehabil.* 2008; 11. - P. 123–143.

331. Merinder L.B. Patient and relative education in community psychiatry: A randomized controlled trial regarding its effectiveness / Merinder L.B., Viuff A.G., Laugesen H. et al. // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* – 1999. – Vol. 34. – P. 287–294.

332. Mezzich J. E. Person Centered Psychiatry. // Mezzich J. E., Botbol M., Christodoulou G. N., Cloninger C. R. , I. M. Salloum I. M. // Springer International Publishing Switzerland. – 2016. – P. 521 – 539.

333. Miller T. Group sociotherapy: A psychoeducational model for schizophrenic patients and their families / Miller T. // *Perspectives in Psychiatric Care.* 1989.-Vol. XXV, N 1.-P. 5-12.

334. Morrison A. P. Cognitive Therapy for Schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. / A. P. Morrison, P. Hutton, M. Wardle, H. Spencer, S. Barratt, A. Brabban, P. Callcott, T. Christodoulides, R. Dudle, P. French, V. Lumley, S. J. Tal, D. Turkington // *Psychological Medicine/* - 2011. – P. - 1 - 8.

335. Morrison A.P. Cognitive therapy for internalised stigma in people experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. / Morrison A.P., Burke E., Murphy E., Pyle M., Bowe S., Varese F., Dunn G., Chapman N., Hutton P., Welford M., Wood L.J. // *Psychiatry Res.* 2016 Jun 30; 240:96-102

336. Mueser K.T. Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives. / Mueser KT, Valentiner DP, Agresta J. // *Schizophr Bull.* 1997; 23(2), - P. 329-39.

- 337.** Mueser K.T. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. / Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. // *Schizophr Bull.* 1998; 24 (1), - P. 37-74.
- 338.** Mueser K.T. Meta-analysis examining the effects of social skills training on schizophrenia / Mueser KT, Penn DL. // *Psychol Med.* 2004; 34:1365–1367.
- 339.** Mueser K.T. The illness management and recovery program: rationale, development, and preliminary findings. / Mueser K.T., Meyer P.S., Penn D.L., Clancy R, Clancy D.M., Salyers M.P. // *Schizophr Bull.* 2006; 32, - P. 32–43.
- 340.** Muller D.R. Empirical evidence of group therapy addressing social perception in schizophrenia / Muller D.R., Roder V. J.B. Teiford (Ed). // *Social perception: 21st century issues and challenges.* Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2008 P. 51-80.
- 341.** Munikanan T. Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A cross-sectional study. / Munikanan T., Midin M., Daud T.I., Rahim R.A., Bakar A.K., Jaafar N.R., Sidi H., Baharuddin N. // *Compr Psychiatry.* 2017 Feb 28; 75: 94-102.
- 342.** Munk-Jorgensen P. First-admission rates and marital status of schizophrenics. // *Acta psychiat. Scand.*- 1987.- V.76.- N 2.- P.210-216.
- 343.** Nasrallah H.A. Improving patient outcomes in schizophrenia: achieving remission. / Nasrallah H.A., Lasser R. // *Psychopharmacol.* 2006 Nov; 20 (6 Suppl): 57 - 61.
- 344.** Nelson G. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. / Nelson G., Aubry T, Lafrance A. // *Am J Orthopsychiatry.* 2007 Jul;77(3):350-61.

- 345.** Nowak I. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. / Nowak I., Sabariego C., Świtaj P., Anczewska M. // *BMC Psychiatry*. 2016 Jul 11; 16(1): 228.
- 346.** Parabiaghi A. Measuring clinical change in routine mental health care: differences between first time and longer term service users. / Parabiaghi A., Rapisarda F, D'Avanzo B, Erlicher A, Lora A, Barbato A. // *Aust N Z J Psychiatry*. 2011. - Jul;45(7): 558-68.
- 347.** Paul G. L. Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients. / Paul G. L., LentzR. J. // Harvard University Press: Cambridge, Mass. 1977. - P. 428.
- 348.** Peixoto M.M. Coming to terms with the other's perspective: empathy in the relation between psychiatrists and persons diagnosed with schizophrenia / Peixoto M.M., Mourão A.C., Serpa Junior O.D. // *Cien Saude Colet.* – 2016 – Mar. - 21(3): 881-890.
- 349.** Pekkala E. Psychoeducation for schizophrenia. / Pekkala E., Merinder L. // *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2004. – 4.
- 350.** Penades R. Brain effects of cognitive remediation therapy in schizophrenia: a structural and functional neuroimaging study / Penades R., Pujol N., Catalan R. et.al. // *Biol. Psychiatry*. 2013. Vol. 73. P. 1015-1023.
- 351.** Penn D.L. Best practices: The development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders / Penn D.L., Roberts D.L., Combs D., Strene A. // *psychiatr. Serv.* 2007. Vol. 58. P. 449-451.
- 352.** Penn D.L. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia / Penn D.L., Mueser K.T. // *Am. J. Psychiatry*. 1996. - May; 153(5):607-17.

- 353.** Pickett-Schenk SA. Journey of Hope program outcomes. / Pickett-Schenk S.A., Cook J.A., Laris A. // *Community Mental Health Journal* 2000. – 36, - 413–424.
- 354.** Pilling S. Psychological treatment in schizophrenia: II. meta-analysis of family intervention and cognitive behavioral therapy / Pilling S., Bebbington P., Kuipers E., Garety P., Geddes J., Orbach G., Morgan C. // *Psychol Med* 2002. – 32; 783–791.
- 355.** Pilling S. Psychological treatments in schizophrenia I: meta-analysis of family intervention and cognitive behavioral therapy / Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al // *Psychol. Med.* – 2002. – Vol. 32. – P.
- 356.** Piner K.E. Adapting to the stigmatizing label of mental illness: Foregone but not forgotten / Piner K.E., Kahle L.R. // *J. Personal. a. Social Psychol.*
- 357.** Rakitzi S. Efficacy and feasibility of the Integrated Psychological Therapy for outpatients with schizophrenia in Greece: Final results of a RCT / Rakitzi S., Georgila P., Efthimiou K. // *Psychiatry Res.* 2016 May 30; 242: 137-143.
- 358.** Renes R. A. Abnormalities in the establishment of filling of self-agency in schizophrenia. / Renes R. A., Vermeulen L., Kahn R.S., Aarts H., van Haren N. E. // *Schizophr. Res.* 2013 Jan; 143 (1) . – P. 50 – 4.
- 359.** Roberts D.L. Transportability and feasibility of social cognition and interaction training (SCIT) in community settings / Roberts D.L., Penn D.L., Labate D. et al. // *Behav. Cogn. Psychother.* 2010. Vol. 38. - P. 35-47.
- 360.** Roberts D.L. Social Cognition and interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study / Roberts D.L., Penn D.L. // *Psychiatr. Res.* 2009. Vol. 166. - P. 141-147.

361. Roberts D.L. Social Cognition and Interaction Training: Preliminary Results of an RCT in a Community Setting in Israel. / Roberts D.L., I. Hasson-Ohayon, M. Mashiach-Eizenberg, M. Avidan, D. Roe // SYCHIATRIC SERVICES; April 2014. - Vol. 65 No. 4/ - P. 555 – 558.

362. Roberts E. A review of economic evaluations of community mental health care. / Roberts E., Coming Y., Nelson. // Med. Care Res. Rev. 2005. Vol. 62, N 5. P. 503–543.

363. Roder V. Integrated Psychological Therapy (IPT). For schizophrenia: Is It Effective? / Roder V., Muller D.R., Mueser K.T., Brenner H.D. // schizophr. Bull. 2006. Vol. 32, Suppl. 1. P. S81-S93.

364. Roder V. Integrated Psychological Therapy (IPT): For the Treatment of Neurocognition, Social Cognition, and Social Competency in Schizophrenia Patients. // V. Roder, D. I. R. Müller, H. D. Brenner, W. D. Spaulding. // Hogrefe Publishing - 2011. – P. 25 – 46.

365. Rose A. Randomized controlled trial of computer-based treatment of social cognition in schizophrenia: the TRuSST trial protocol. / Rose A., Vinogradov S., Fisher M., Green M.F., Ventura J., Hooker C., Merzenich M., Nahum M. // BMC Psychiatry. 2015 Jul 3; 15. - P. 142.

366. Rosen B. The prediction of rehospitalization. The relationship between age of first psychiatric treatment contact, marital status and premorbid asocial adjustment. / Rosen B., Klein D., Gittelman-Klein R. // J.Nevr.Mental.Dis.- 1971.- V.149.-N 3.- P. 415-420.

367. Rosenheck R. A. Transition to low intensity case management in a VA Assertive Community Treatment model program. / Rosenheck RA, Neale MS, Mohamed S. // Psychiatr Rehabil J. - 2010 Spring; 33(4): 288-96.

368. Ross E.C. NAMI campaign, policy team launch Omnibus Mental Illness Recovery Act. // Ross E.C. // NAMI Advocate 20 (4): 1-5, 1999.

369. Sachs G. Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia impact on functional outcome / G., Winklbaaur B., Jagsch R. et al // Schizophr. Res. 2012. Vol. 138. P. 26-27.

370. San L. Symptomatic remission and social vocational functioning in outpatients with schizophrenia: Prevalence and associations in a cross-sectional study. / Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I. // Europ. Psychiatry 2007; 22: 490–498.

371. Sauvanaud F. Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life: French pilot study for schizophrenia. / Sauvanaud F., Kebir O., Vlasie M., Doste V/, Amado I., Krebs M.O. // Encephale. 2016. – Sept. – P. 19.

372. Savill M. The relationship between experiential deficits of negative symptoms and subjective quality of life in schizophrenia. // Savill M., Orfanos S., Reininghaus U., Wykes T., Bentall R., Priebe S. // Schizophr Res. 2016 Jun 18. pii: S 0920 – 0964.

373. Scantlon M. Using the Web for Behavioral Research and Intervention: Evidence from Cognitive Training / Scantlon M., Drescher D., Sarkar K. //Presented at the Society for Neuroscience Conference, San Diego, CA (Poster), 2007.

374. Schaub A. A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up. / Schaub A., Mueser K.T., von Werder T., Engel R., Möller H.J., Falkai P. // Schizophr Bull. 2016 Jul; 42 Suppl 1: S71-80

375. Schaub A. New Family Interventions and Associated Research in Psychiatric Disorders: Gedenkschrift in Honor of Michael J. Goldstein / Schaub A. // Springer- Science and Business. – 2012. – P. 257 - 274.

376. Schooler N.R. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. / Schooler N.R., Keith S.J., Severe J.B. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1997. – Vol. 54. – P. 453–463.

377. Sensky T. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication / Sensky T., Turkington D., Kingdon D., Scott J.L. , Scott J., Siddle R., O'Carroll M., Barnes T.R. // Arch Gen. Psychiatry. 2000; Feb.; 57, - P.165–172.

378. Sin J. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. / Sin J., Norman I. // J. Clin Psychiatry. 2013 Dec; 74 (12). – P. 1145-1162.

379. Sinayko V. Role of psychoeducation in therapy of women with paranoid schizophrenia on the background of abdominal obesity. / Sinayko V., Korovina L. // Georgian Med News. 2013 Mar; (216). – P. 28-32.

380. Sharif F. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. / F. Sharif, M. Shaygan, A. Mani // BMC Psychiatry. 2012; 12. -P. 48.

381. Stein L. «An Alternative to Mental Hospital Treatment, I: Conceptual Model, Treatment Program and Clinical Evaluation». / L. Stein, M. A. Test. // Gen. Psychiatry. – 1980. - 37: 392 – 397.

382. Swildens W. Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the boston psychiatric rehabilitation

approach. / Swildens W., van Busschbach J.T., Michon H., Kroon H., Koeter M.W.J., Wiersma D., van Os J. // *Can J Psychiatry*. 2011; 56: P. 751–60.

383. Tansella M. The Italian Psychiatric reform / M. Tansella, L. Burti // *Century of psychiatry*. – Mosby-Wolfe Medical Communication, 1999. – V. 2. – P. 257-260.

384. Thorup A. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the Danish OPUS trial. / Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. // *Schizophr Res*. – 2005.- Nov 1;79 (1), P. 95-105.

385. Thornicroft G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. // Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szukler G. // *PRiSM Psychosis Study 10. British Journal of Psychiatry* 1998 b; 173: 423-427.

386. Thornicroft G. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia (Editorial) / Thornicroft G., Susser E. // *Br. J. Psychiatry*.-2001. -Vol.178.- P. 2-A.

387. Turkington D. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia / Turkington D, Kingdon D, Turner T. // *Br J Psychiatry*. 2002; 180. - P. 523–527.

388. Turkington D. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. / Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT.M. // *J Psychiatr Pract*. 2004; 10: 5–16.

389. Tyrer P. Hassiotis A. Ukoumunne O, et al. for the UK700 Group Intensive case management for psychotic patients with borderline intelligence. UK 700 Group. *Lancet*. 1999;354:999–1000.

390. Vandervooren J. Outcomes in community-based residential treatment and rehabilitation for individuals with psychiatric disabilities: a retrospective study. //

Vandevoooren J, Miller L, O'Reilly R. // *Psychiatr Rehabil J*. 2007 - Winter; 30 (3): 215-7.

391. Van der Lee A. Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs // van der Lee A, de Haan L, Beekman A. // *LoS One*. – 2016. - Jun 8; 11(6): 150 -150.

392. Van Hoof F. Community care: exploring the priorities of clients, mental health professionals and community providers. // Van Hoof F., Van Weeghel J, Kroon H // *International Journal of Social Psychiatry* 46: 208–219. – 2000.

393. Van Schie D. Systematic review of self-management in patients with schizophrenia: psychometric assessment of tools, levels of self-management and associated factors / van Schie D., Castelein S., van der Bijl J., Meijburg R., Stringer B., van Meijel B. // *J. Adv Nurs*. - 2016 - May 2

394. Van Weeghel J. The components of good care for persons with severe mental illness: views of stakeholders in five European countries. // Van Weeghel J, Van Audenhove C, Colucci M // *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28: 274–282 - 2005.

395. Velligan D. I. Cognitive adaptation Training for outpatients with schizophrenia. / D. I. Velligan, Meredith L. Draper, Donna S. Stutes, Natalie J. Maples // *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*. – 2009. Vol. 65(8), 842—853.

396. Velligan D. I. Randomized Controlled Trial of the Use of Compensatory Strategies to Enhance Adaptive Functioning in Outpatients With Schizophrenia / D. I. Velligan, M. L. Draper, D. S. Stutes, Natalie J. Maples, // *Am J Psychiatry* 2000; 157:1317–1323.

397. Velligan D. I. Two Case Studies of Cognitive Adaptation Training for Outpatients With Schizophrenia / D. I. Velligan et al. // Psychiatric services January 2000 Vol. 51 No. 1.

398. Velligan D.I. Preliminary evaluation of adaptation training to compensate for cognitive deficit in schizophrenia / Velligan D.I., Mahurin R.K., True J.E., Lefton R.S., Flores C.V. // Am. Psychiatric Assoc. 1996. Vol. 47. R. 415-417

399. Velligan D.I. A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. / Velligan DI, Prihoda TJ, Ritch JL, Maples N, Bow-Thomas CC, Dassori A. // Schizophr. Bull. – 2002; 28: 283–92.

400. Velligan DI. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. / Velligan DI, Kern RS, Gold JM. // Schizophr Bull. - 2006. - 32: 474–485.

401. Vianin P. Exploratory investigation of a Customized cognitive remediation program for individuals living with schizophrenia / Vianin P., Deppen P., Croisile B., Tarpin-Bernard F., Sarasin-Bruchez P., Dukes R., Grillon M. // J. Cogn. Rehab., NeuroScience Publishers, 2010

402. Vingilis E. Applied Research and Evaluation in Community Mental Health Services: An Update of Key Research Domains. / Vingilis E., S.A. State // McGill-Queen's Press – MQUP. – 2001. – P. 256- 279.

403. Vingilis E. Applied Research and Evaluation in Community Mental Health Services: An Update of Key Research Domains. / Vingilis E., State S. A. // McGill-Queen's University Press, 2011. – P. 33 - 68.

404. Vohs J.L. Meta-cognitive mastery and intrinsic motivation in schizophrenia / Vohs J.L., Lysaker P.H. // J. Nerv. Ment. Dis. 2014. N 2. - P. 74-77.

- 405.** Von Maffei C. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. / von Maffei C, Görges F, Kissling W, Schreiber W, Rummel-Kluge C. // *BMC Psychiatry*. 2015 Apr 30; 15. – P. 93.
- 406.** Xia J. Psychoeducation for schizophrenia. / Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2011. - Jun 15; (6). – P. 2831.
- 407.** Xiong W. Family based intervention for schizophrenic patients in china. / Xiong W., Phillips MR, Wang R. // *Br. J. Psychiatry*. 1994; 165. – P. 239–247.
- 408.** Wauchope B. Rel8: demonstrating the feasibility of delivering an 8-week social skills program in a public mental health setting. // Wauchope B, Terlich A, Lee S. // *Australas Psychiatry*. 2016 Jun; 24 (3). – P. 285-288.
- 409.** Weisbrod B.A. Alternative to mental hospital treatment // Weisbrod B. A. Test M.A. Stein L. I. // *Archives of General Psychiatry*, 37, P. 400 – 405.
- 410.** Wong W. Family intervention for schizophrenia. // Wong W., Mari J., Rathbone J., Winson W., Pharoah F. // *Cochrane Database Syst Rev*. PMC 2014. Oct. – P. 21.
- 411.** Wong Y. I. Community Integration of Persons with Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations. / Wong, Y. I., Solomon, P.L. // *Mental Health Services Research*/ - 2002. – Volume 4; Illue 1, P. – 13 -28.
- 412.** Wykes T. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. / Wykes T, Reeder C, Williams C, Corner J, Rice C, Everitt B. // *Schizophr Res*. – 2003. – 61. P.163–174.
- 413.** Wykes T. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice. / Wykes T, Reeder C. // London: Routledge; 2005. - P. 234 -249

414. Wykes T. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. / Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. // *Schizophr Bull.* - 1999. - 25: 291–308.

415. Wykes T. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor // Wykes T., Steel C., Everitt B., Tarrrier N. // *Schizophr Bull.* 2008; 34: 523 - 537. Zhao S. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. / Zhao S., Sampson S., Xia J., Jayaram M.B. // *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 9; (4), P. 32.

416. Zygmunt A. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. / Zygmunt A., Olfson M., Boyer C.A., Mechanic D. // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – P. 1653–1664.

Приложения.

Наблюдение 2.

Пациентка Ж-а А. В., 1978

Анамнез: Наследственность эндогенными заболеваниями не отягощена. Родилась от второй нормально развивавшейся беременности, росла единственным ребенком в семье. В детстве отмечались тревожно-мнительные черты, была замкнутая, тихая. Компаниям предпочитала одиночество. Отмечает, что еще в детстве воспринимала окружающий мир «отстраненно», «будто через какую-то пелену», «не могла воспринимать окружающее полноценно во всех красках», опасалась, что не может полноценно управлять своим телом, стремилась контролировать свои мимические реакции в зеркале, так как не было полной уверенности, «что мимика соответствует чувствам». В раннем школьном и подростковом возрасте не могла целостно воспринимать окружающие предметы, фиксировать их детали. С раннего детства и до настоящего времени боялась темноты, спала с родителями, затем со включенным светом. В школе с 7 лет испытывала сложности в сосредоточении внимания, плохо запоминала, часто «разбегались мысли» при чтении появлялись ассоциации уводившие в посторонние размышления. С трудом усваивала точные науки, при этом легко усваивала русский язык и литературу. Испытывала выраженную тревогу при ответах у доски. Настроение было неустойчивым, часто плакала по малозначительному поводу. В старших классах легко давались иностранные языки. Поступила в университет на факультет теории и методики преподавания английского и французского языков, самостоятельно стала изучать китайский. В 2001 г закончила ВУЗ с «красным дипломом». Один год работала в образовательном центре французского языка. Преподавать нравилось, но были проблемы в общении с коллегами и начальством. Пациентка испытывала не здоровое смущение, тревогу при необходимости заговорить с кем-либо из коллег даже при доброжелательном их отношении. Ей казалось, что они знают о ее болезни, относятся

насмешливо, предвзято, постоянно боялась в чем-либо ошибиться. В отношении же учеников подобного не испытывала. Когда пациентка разговаривала с начальством, терялась, «не могла сказать ни слова». Из-за этого происходили сбои в работе, недоразумения. Больная тяжело переживала это и уволилась осенью 2002 г. Спустя полгода больная дважды пыталась трудоустроиться, но тревога и прежние сомнения вновь актуализировались. Пациентка отказывалась от работы. Занималась хозяйством.

С 2000г. жила гражданским браком с молодым человеком. С ним отношения были не ровные, частые конфликты из-за зависимых отношений с отцом. Отец осуществлял гиперопеку и одновременно требовал бесприкословного подчинения дочери.

С ноября 2003 г. состояние дереализации усилилось, перед сном отмечала «наплывы мыслей» и представлений. Одновременно с подавленностью переживала возбужденность, было ощущение, что эмоции, которые она выражает, «не настоящие». Часто теряла мысль, беспокоили «путаница, хаос в голове». Затем появились нелепые навязчивые опасения (острых предметов), отмечала разобщенность и измененность своей телесной и идиаторной составляющих. В этот период мать пациентки замечала неадекватно приподнятый эмоциональный фон, когда больная мало спала, была чрезмерно активной, неадекватно оживленной, строила много не реальных планов, деятельность была малопродуктивной. Строила не реальные планы. В 15 марта 2003 г. в связи с болями в низу живота была консультирована гинекологом. После ошибочно вынесенного диагноза «рак шейки матки» пациентка стала тревожной, растерянной, отказывалась от еды, не спала ночами, высказывала идеи о скорой смерти. Такое состояние и депрессивные идеи оставались и после сообщения о том, что диагноз ошибочен. Больная была погружена в себя, «часами смотрела в одну точку или на стену, как будто видела там что-то» (со слов матери). Перестала узнавать близких, не ела, похудела на 5 кг. В таком состоянии в недобровольном порядке (ст. 29, «б», «в») была госпитализирована в ГКБ№ 4 г. Москвы.

Психический статус при поступлении (23.03.2003г): больная дезориентирована в месте и времени, считает, что она «не в Москве», не может ответить конкретнее. В собственной личности ориентирована правильно. Взгляд «зачарованный», отвечает мимо, после долгих пауз, инструкции выполняет не в полной мере, после повторов. К чему-то прислушивается, куда-то всматривается. Мимика обеднена, голос тихий, речь мало модулирована. Контакт не продуктивный. Критики к своему состоянию нет. Переживания не раскрывает. Бредовых идей не высказывает. Суицидальных высказываний не отмечается. Заторможена, пассивна. Первые дни в отделении. Оставалась дезориентированной, отрешенной. Была не доступна продуктивному контакту. Питалась под контролем персонала. Периодически испуганно озиралась, отмечались эхоталии, эхопраксии. В других пациентах отделения узнавала знакомых и родственников, была к этому безразлична. В дальнейшем на фоне лечения трифтазином до 20 мг в сут., циклодолом до 4 мг в сут, финлепсином до 600 мг в сут. онейроидное состояние с кататоническими включениями купировалось, пациентка правильно ориентировалась, оставались отрывочные «голоса знакомых в голове», отмечала «спутанность в мыслях». Мышление было паралогичным, не последовательным, резонерским. «Слышала осуждающие ее высказывания больных и персонала». Настроение было крайне не устойчивым, то приподнятым, то плакала «на взрыд». Стойких бредовых идей не высказывала. Затем для купирования остаточной симптоматики трифтазин был заменен на рисполепт 6 мг в сут., на фоне которого мышление стало более последовательным, отмечались соскальзывания. Критика к актуальному состоянию оставалась несколько формальной. Пациентка была выписана с Диагнозом: «Шизоаффективное расстройство, смешанный тип F25.2»

После выписки в течение нескольких месяцев принимала рекомендованную терапию (рисполепт 4 мг в сут, циклодол 4 мг в сут, финлепсин 400 мг в сут), чувствовала себя удовлетворительно. Проживала с молодым человеком и своим отцом. Была амбивалентна по отношению к обоим. Неоднократно

пыталась устроиться на работу, но из-за чрезмерной тревоги и заниженной самооценки «проваливала» собеседование.

Пациентка была включена в комплексную программу психосоциальной терапии 17 октября 2005 г. **Диагноз: «Шизоаффективное расстройство, смешанный тип F25.2»**

На момент включения отмечалось:

Соматический статус: Правильного телосложения, пониженного питания. Зев чистый, налетов нет. Кожные покровы чистые. По внутренним органам без признаков острой патологии.

Неврологический статус: Глазные щели, зрачки D=S, фотореакция в норме. Движения глазных яблок – в полном объеме. Язык по центру. Рефлексы D=S. Чувствительность не нарушена. Менингеальных знаков нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива.

Психическое состояние: Правильно, полностью ориентирована. Вежлива, доброжелательна. Охотно беседует. Говорит в слегка ускоренном темпе, подробно описывает свою жизнь и состояние, ищет помощи. Сообщает, что самочувствием в целом довольна, лечение переносит хорошо. Обманов восприятия, бредовых идей не обнаруживает. Мышление последовательно, слегка ускоренно, отмечаются соскальзывания. Суждения достаточно несколько инфантильны. Беспокоят наплывы мыслей особенно перед сном. Иногда трудно сконцентрироваться, забывает, что хотела сказать. Фиксирована на неудачах в поиске работы и трудоустройстве. Высказывает отчаяние и неверие в свои способности. Самооценка, в том числе профессиональная существенно занижена. Считает, что «не способна когда-либо найти работу по специальности». Сожалеет о «невозможности самореализации». В процессе расспроса выясняется, что сохраняется выраженная лабильность эмоционального фона: в волнительных ситуациях легко возникает избыточная тревога; при конфликтах с парнем или отцом по долгу испытывает подавленность, плаксивость. Осознает свои амбивалентные чувства к отцу и парню.

Понимает, что для гармоничных отношений ей необходимо расставить приоритеты по отношению к ним. Опасается гнева отца. При радостных событиях возникает кратковременный подъем настроения с неприятной для больной взбудораженностью. Суицидальных мыслей нет. Двигательно в меру активна. В одежде опрятна, ухожена. Понимает, что страдает психическим заболеванием, проявляет заинтересованность в обучении по психообразовательному модулю и в группе по развитию социальных навыков.

Особенностью курации данной пациентки являлась ее профессиональная дезадаптация, самостигматизация а так же зависимые отношения с отцом, блокирующие автономию и подкрепляющие самоуничижающие мысли и заниженную самооценку больной, мешающие построению гармоничных отношений с любимым человеком.

Больная помимо психообразовательной программы и общей программы развития социальных навыков была включена в целевую группу по формированию навыков трудоустройства, общения в трудовом коллективе, самопрезентации, асертивного поведения. А так же учитывая семейные обстоятельства, проводилась семейная терапия включающая работу с отцом и парнем девушки (8 сеансов). Она была направлена на развитие навыков активного слушания, принятия чувств близких, снижение эмоциональной напряженности в семье. Отцу удалось донести идею о пользе развития самостоятельности больной, снижении контроля с его стороны, поддержки без излишнего давления. Были обоснованы и расставлены приоритеты, определены роли в семейном кругу, отслеживались патологические стереотипы поведения членов семьи, производилась их замена на новые – адаптивные. В результате этой работы конфликты в семье отмечались реже, с меньшей интенсивностью и нарушением настроения у пациентки, разрешались быстрее и адекватнее. Укрепились отношения с парнем, молодые люди запланировали свадьбу, стали снимать отдельную от отца квартиру.

За время работы с пациенткой в рамках программы психосоциальной терапии состояние стало более стабильным: аффективные колебания обоих по-

люсов, поначалу легко возникавшие в любой волнительной для больной ситуации, заметно сгладились, стали отмечаться реже, значимо уменьшилась их выраженность. Пациентка научилась составлять резюме, без излишней тревоги ходила на собеседования. От двух работодателей получила приглашение на работу по специальности, но так как предложенный график не удовлетворял больную, она занялась репетиторством французского языка, что вполне устраивало ее и молодого человека. Также пациентка освоила новые навыки — вместе с куратором группы проводила дополнительные занятия по рукоделию для пациенток, выразивших желание обучаться. При этом вела себя с каждым занятием все увереннее. Испытывала удовлетворение и гордость за то, что справляется с ответственной работой, требующей умения привлечь внимание других, заинтересовать, объяснить. В ходе таких встреч пациентка отработывала навыки самопредъявления, уверенного поведения. К концу психосоциальной программы доза rispипепта была снижена до 1 мг в сут, финлепсин оставался до 400 мг в сут.

Катамнез: за год последующего наблюдения по окончании программы больная ни разу не госпитализировалась, соблюдала лекарственный режим, регулярно посещала участкового психиатра для получения рецептов. Трудоустроилась официально в образовательный центр по обучению иностранным языкам, с работой справлялась, отношения в коллективе характеризовала как нейтральные, удовлетворительные. Оформила официально брак с парнем. Оставалась довольна своим психическим состоянием и жизнью в целом.

Результаты тестов больной Ж - й А. В.

Признаки	Показатели		
	при включении в программу	по завершении программы	катамнез

Позитивные симптомы (баллы)	10	9	10
Негативные симптомы (баллы)	18	17	17
Общие симптомы (баллы)	22	20	20
PANS (баллы)	50	46	47
Деадаптация в сфере физической работоспособности (баллы)	2	1	2
Деадаптация в сфере интеллектуальной работоспособности (баллы)	1	1	1
Деадаптация в с сфере ведения домашнего хозяйства (баллы)	1	1	1
Деадаптация в сфере круга общения (баллы)	3	2	2
Деадаптация в сфере отношения с окружающими (баллы)	1	1	1
Размер сети (баллы)	4,0	5,0	4,0
Плотность сети (баллы)	1	1	1
Интенсивность общения	10,0	16,0	10,0
Эмоциональная поддержка (баллы)	17,0	25,0	20,0
Инструментальная поддержка (баллы)	11,0	12,0	11,0
Социальная интеграция (баллы)	12,0	19,0	15,0
Доверительные связи (баллы)	4,0	8,0	7,0
Удовлетворенность социальной поддержкой (баллы)	5,0	9,0	7,0
Удовлетворенность качеством жизни в целом (баллы)	2	3	2
Удовлетворенность качеством жизни в связи с психическим заболеванием (баллы)	2	3	3
Информированность пациента	при включении	по завершении про-	ка-тамнез

	в програм- му	граммы	
Информированность о мнении других людей	1	3	2
потребность общения	1	3	1
обсуждение своего опыта болезни	1	3	2
обсуждение опыта других людей	1	3	2
информированность о причине болезни	1	3	3
о симптомах	3	3	3
...о течении	3	3	3
...о прогнозе	3	3	3
..о симптомах обострения	3	4	4
о предупреждении обострения	3	4	4
...о поведении при обострении	4	5	4
...о методах лечения	3	5	4
...о побочных действиях лекарств	4	5	4
представление о собственной роли в лечении	4	5	4
возможность определения болезненного поведения	3	4	4
представление о способах преодоления трудностей	4	5	4
информированность о службах и формах помощи	3	5	4

Как видно из приведенных результатов улучшения произошли по шкалам информированности об обострении, его предупреждении, своей роли в терапии и о службах помощи, что позволило пациентке лучше контролировать свое заболевание, более открыто принимать помощь психиатра и уменьшило самостигматизацию. По шкалам эмоциональной поддержки, социальной ин-

теграции и доверительных связей так же произошли значительные положительные изменения, на что повлияли снижение эмоциональной напряженности в семье, повышение автономии и самооценки больной, расширение ее коммуникативных способностей и снижение уровня тревоги при общении в коллективе. В целом повысилась удовлетворенность жизнью в связи с психическим заболеванием.

Наблюдение 3.

Больной Л-н Д. В., 1977 г.р.

Анамнез: Наблюдается на участке ПНД № 14.

Наследственность отягощена – дядя со стороны отца страдал шизофренией, совершил законченный суицид. Родился в Москве младшим из 2-х детей. Беременность у матери протекала без особенностей, роды с длительным безводным периодом, слабостью родовой деятельности, было проведено кесарево сечение. На первых месяцах жизни был плаксивым, беспокойным, в дальнейшем стал «тихим ребенком». Рос и развивался соответственно возрасту. ДДУ посещал с 3-х лет, школу с 6-ти лет. Указаний на травмы головы, операции, хронические соматические заболевания нет. До подросткового возраста каких-либо сложностей в адаптации, во взаимоотношениях не отмечалось. Учился хорошо, с интересом. В дальнейшем (12-13 лет) развилась тоскливая депрессия, снизилась успеваемость, стал пропускать уроки, много времени посвящая компьютерным играм, прибегая к употреблению спиртного с целью облегчения состояния, за помощью не обращался. Отмечалось психопатоподобное поведение с побегами из дома, употреблением алкоголя, конфликтами с родителями. Состояние самостоятельно нормализовалось. В старших классах посещал школу регулярно, учился хорошо. После окончания школы, поступил в МТУСИ на специальность «компьютерное программирование». Поначалу учился с интересом, затем стал пропускать общеобразовательные предметы, успеваемость снизилась. Также появилось ощущение

дискомфорта во время лекций, семинаров, обусловленное присутствием сверстников. Стал испытывать трудности во время общения с людьми, вновь снизилось настроение. Подозревал, что люди его обсуждают, постоянно наблюдают со стороны. Нарастали признаки метафизической интоксикации: стал обдумывать проблемы взаимоотношений между людьми, «борьбу добра и зла», вывел «свою теорию психологии общения». Вдруг «стало понятно устройство мира». Объяснял его с помощью терминов программирования («бинарная система», «единицы и нули»). Больному «открылась истина», «на душе стало свободно». Казалось, что «придумал формулу числа Пи».

В ноябре 2001 года развилось острое психотическое состояние маниакально-парафренической структуры, на высоте которого наблюдались кататоно-гебефренические расстройства с грубыми нарушениями поведения (обнажался, гримасничал, стереотипно выкрикивал нецензурную брань, раскачивался, крутился на месте). Лечился в ПБ №4, затем в НЦПЗ РАМН (с 10 ноября по 23 января 2003 г.). Был выписан в удовлетворительном состоянии.

В дальнейшем принимал психофармакотерапию (рисполепт 4 мг в сутки, азалептин 25 мг на ночь, циклодол 2 мг. днем). Наблюдался у психиатра. Психическое состояние характеризовалось континуальными аффективными колебаниями обоих полюсов. Депрессивные состояния обычно сопровождались идеями отношения, гипоманиакальные – идеаторными нарушениями (явлениями ментизма, метафизической интоксикации).

В 2002 году вновь перенес острый приступ маниакально-парафренической структуры с элементами онейроида, когда считал себя «Господом Богом», казалось, что «гипнотизирует окружающих». Активно высказывал отрывочные бредовые идеи величия, воздействия, с метафизическим содержанием. Видел все «как в сказке», «видел окружающих с неба», «манипулировал ими». Частично амнезировал онейроидные переживания. Отмечалось моторная расторможенность, ускоренное, разорванное мышление. Более 2-х суток не спал, был возбужден, назойлив к окружающим с мало связной речью. Повторно лечился в ПБ №4 с 12 октября по 26 декабря 2002 г. После выписки

принимал rispoleпт 6 мг в сут, тизерцин 25 мг на ночь. За весь период болезни госпитализировался дважды.

В течение последних 3-х месяцев стал острее переживать неприятности, отмечает более выраженные и продолжительные, чем обычно, ситуационно обусловленные спады настроения, сложнее с ними справиться. Несмотря на то, что по собственной инициативе собирается возобновить учебу, сомневается в целесообразности своих усилий, не уверен в своих силах, опасается ухудшения состояния вследствие увеличения нагрузки.

Соматическое состояние: правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 84 удара в мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом покалачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Неврологическое состояние: зрачки равные, фотореакция сохранена. Лицо симметричное, язык по средней линии. Координаторные пробы выполняет. Сухожильные рефлексы живые. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется.

Психическое состояние: Пациент двигателью спокоен, доброжелателен, соблюдает дистанцию. Ориентирован всесторонне правильно. Говорит негромким, несколько монотонным голосом в обычном темпе. В беседе заинтересован слабо, после стимулирующих вопросов раскрывает переживания. Сообщает, что в последнее время регулярно возникают сомнения по поводу целесообразности возобновления учебы, сомневается в том, что справиться с нагрузкой, опасается ухудшения состояния. Эти переживания иногда мешают сосредоточиться на актуальной в данный момент деятельности, ухудшают настроение. Актуален негативизм к родителям, в большей мере обвиняет отца «в непонимании», «деспотизме, несправедливости», конкретных примеров привести не может. Считает себя «не понятым, как родителями, так и друзьями». Осуждает асоциальный образ жизни приятелей, но считает, что они

«помогают ему переживать стрессы». Высказывает тревогу в связи с намерением возобновить учебу и возможными трудностями во взаимоотношениях с однокурсниками, памятуя свой прошлый отрицательный опыт. Понимает, что трудности общения с другими студентами были обусловлены болезненным состоянием. При этом настроение в целом, активность и продуктивность считает хорошими, суточные колебания настроения отрицает. Однако, в последние месяцы отмечает ситуационно обусловленные выраженные спады настроения, совладание с которыми требует больших, чем обычно усилий. Эмоционально однообразен. Мышление последовательное в обычном темпе. Трудностей сосредоточения, усвоения информации не наблюдается. Бреда, галлюцинаторных расстройств, суицидальных мыслей нет. Сон и аппетит достаточны. Критика к своему состоянию формальная. В отношении сотрудничества и психиатрической службы в целом амбивалентен. После долгих размышлений дает согласие на работу в группе психосоциальной терапии.

Диагноз: Параноидная шизофрения, эпизодическое течение со стабильным дефектом (F20.02).

На момент включения в программу (октябрь 2005 г.) психическое состояние характеризуется гипотимной медикаментозной ремиссией. Принимает rispoleпт 4 мг/сутки, труксал от 25 до 50 мг/сутки. Работает в течение 2-х лет системным администратором, с обязанностями справляется. В настоящее время декларирует намерение возобновить учебу в ВУЗе, откуда был отчислен по собственной инициативе в 2004 году. Проживает с родителями, взаимоотношения с ними конфликтные, часто из-за ссор с ними уходит ночевать к друзьям, с которыми употребляет алкоголь. Круг общения ограничен двумя приятелями, ведущими асоциальный образ жизни.

Трудности курации пациента были обусловлены его некомплайентностью, конфликтными отношениями с родителями и эпизодическим употреблением алкоголя. Поскольку пациент планирует восстановиться в ВУЗе, актуальной представляется работа, направленная на адаптацию в студенческом коллективе. В связи с описанными особенностями, помимо прохождения основного

и поддерживающего курса психосоциальной терапии, пациент был включен в дополнительную целевую группу. Занятия в ней посвящались формированию и развитию коммуникативных навыков, избегания конфликтов и их разрешения. Помимо этого с пациентом проводилась индивидуальная (3 сессии) и семейная психосоциальная терапия охватывающая его родителей (7 сессий). Каждая из сессий разделялась на 2 части (первая - с родителями пациента и вторая – с родителями и самим пациентом). В период наблюдения в ПНД с октября 2005 по декабрь 2006 гг. и прохождения групповой и семейной психосоциальной терапии больной получал лечение: рисполепт 4 мг/сутки, труксал от 25 мг/сутки до 50 мг./сут.

В ходе индивидуальной психосоциальной терапии у больного выровнялось настроение, стал увереннее в своих силах, редуцировались сомнения в отношении целесообразности возобновления учебы. Пациент стал раскрывать переживания связанные со сложностями во взаимоотношениях с однокурсниками. У пациента сформировалось критическое отношение к приему алкоголя, к друзьям оставался амбивалентен. Укрепился комплаенс. После настойчивых повторных разъяснений о несовместимости психотропных препаратов и спиртного, пациент исключил его прием на фоне нейролептиков. Ситуационно обусловленные спады настроения вернулись в привычные для пациента рамки. По началу, во время посещения групповых занятий пациент чувствовал себя не комфортно, был замкнут, отгорожен, отмалчивался. Однако, материал усваивал, давал правильное толкование при подведении итогов занятия. Затем на 3-м занятии стал более раскрепощен, проявлял активность и заинтересованность в обсуждаемой теме, охотно делился своим опытом с другими участниками группы. Охотно принимал поддержку других членов группы и оказывал ее сам.

В ходе семейной психосоциальной терапии выявилось не понимание родителей (в большей мере отца) болезненных реакций пациента. Отец в семье занимал жесткую директивную позицию, мать - напротив, была чрезмерно лояльна к сыну, создавая с ним коалицию против отца. Мать сама была по-

давлена и помогала сыну скрывать проступки и эпизоды алкоголизации. Подобный семейный дисбаланс с одной стороны создавал условия для рецидивов болезни, а с другой способствовал стабилизации семейной системы, представляющий собой классический треугольник (отец – «преследователь», больной – «жертва», мать «спасатель»). С учетом этих особенностей строилась семейная психосоциальная терапия. Были раскрыты семейные «роли», проработаны манипулятивные циклы и патологические паттерны. В ходе терапии отмечалось существенное сопротивление всех членов семьи, проявлявшееся пассивно-агрессивной позицией отца, слезливостью и тревожной многоречивостью матери и всплесками вербальной агрессии к врачу и отцу у пациента. Для снижения эмоциональной напряженности применялась позиция активного слушания, безусловное принятие мнения и поддержка врачом каждого члена семьи, создание безопасной доброжелательной атмосферы. Это помогло семье отказаться от привычных «защитных» механизмов и обучиться принятию чувств других членов семьи. Отдельная работа проводилась с коррекцией неадекватных завышенных ожиданий отца по отношению к сыну, работа над принятием «нового образа сына» и формирование реалистичных экспектаций. Большая часть времени на сессиях отводилась обучению родителей активному слушанию, принятию чувств сына без критики, что создавало условия для его раскрытия в кругу семьи. Обязательной частью работы было предоставление родителям адекватной информации об эндогенном процессе, лечении и возможных болезненных мотивах поведения пациента. Снижение эмоциональной реактивности в семье способствовало уменьшению частоты и интенсивности конфликтов. Пациент стал более открыт дома и меньше проводил время в асоциальной компании. Сам он отмечал, что готов делиться своими переживаниями с семьей, без страха критики и возможных упреков отца. В то время как ранее, «мог высказаться только друзьям». Больной продолжал работать системным администратором, с обязанностями справлялся. За период наблюдения в группе восстановился в ВУЗе. Обучался удовлетворительно, сдавал сессии в срок, но большого интереса

к учебе не испытывал. Мотивировал учебу тем, что «нужно получить высшее образование». Серьезных проблем в общении с однокурсниками не отмечал, ни с кем из них не сблизился. Однако установил стабильные отношения с девушкой. Доза rispoleпта была снижена до 2 мг в сутки, труксала до 25 мг. в сут., состояние оставалось стабильным.

Катамнез: В период 2006 – 2007гг. пациент продолжал обучение в ВУЗе, встречался с девушкой. Отношения с родителями были стабильными. Не госпитализировался, обращался в диспансер для получения рецептов, соблюдал лекарственный режим. Отмечал в целом хорошее самочувствие и настроение.

Результаты тестов пациента Л–на Д. В.

Признаки	показатели		
	при включении в программу	по завершении программы	катамнез
Позитивные симптомы (баллы)	11	11	11
Негативные симптомы (баллы)	18	17	18
Общие симптомы (баллы)	23	21	21
PANS (баллы)	52	49	50
Дезадаптация в сфере физической работоспособности (баллы)	2	1	1
Дезадаптация в сфере нтел-	1	1	1

лектуальной работоспособности (баллы)			
Дезадаптация в с сфере ведения домашнего хозяйства (баллы)	1	0	0
Дезадаптация в сфере круга общения (баллы)	2	1	1
Дезадаптация в сфере отношения с окружающими (баллы)	1	0	0
Размер сети (баллы)	6,0	7,0	6,0
Плотность сети (баллы)	0,5	0,7	0,5
Интенсивность общения	13,0	16,0	14,0
Эмоциональная поддержка (баллы)	19,0	31,0	26,0
Инструментальная поддержка (баллы)	12,0	14,0	13,0
Социальная интеграция (баллы)	15,0	22,0	19,0
Доверительные связи (баллы)	3,0	9,0	8,0
Удовлетворенность социальной поддержкой (баллы)	5,0	9,0	5,0
Удовлетворенность качеством жизни в целом (баллы)	1	3	3
Удовлетворенность качеством жизни в связи с психическим заболеванием (баллы)	2	3	2
Информированность пациента	при включении	по завершении программы	катамнез

	в про- грамму	мы	
Информированность о мнении других людей	3	3	3
потребность общения	3	3	3
обсуждение своего опыта болезни	3	4	3
обсуждение опыта других людей	4	5	5
информированность о причине болезни	4	4	4
о симптомах	4	5	4
...о течении	3	4	4
...о прогнозе	3	4	4
..о симптомах обострения	4	5	4
о предупреждении обострения	4	5	4
...о поведении при обострении	4	5	4
...о методах лечения	3	5	4
...о побочных действиях лекарств	4	4	3
представление о собственной роли в лечении	4	5	4
возможность определения болезненного поведения	3	4	4
представление о способах преодоления трудностей	4	4	4
информированность о служ-	3	5	4

Как видно из результатов тестов, наибольшая положительная динамика отмечалась в информированности больного о заболевании и службах помощи, осознании своей роли в терапии а так же в по шкалам эмоциональной поддержки, социальной интеграции. Большой положительный сдвиг произошел по шкале доверительных связей, что объясняется улучшением качества внутрисемейных отношений? появлением любимого человека в жизни пациента, его большей готовностью формировать прочные доверительные отношения. Это и прочный комплайенс а также отказ от алкоголизации и снижение эмоциональной напряженности в семье, способствовали соблюдению лекарственного режима и удержанию пациента под наблюдением на амбулаторном уровне, лекарственной ремиссии, не смотря на то, что результаты по шкале PANSS оставались без существенных изменений.