

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*На правах рукописи*

**ПАЛИН АЛЕКСАНДР ВАСИЛЬЕВИЧ**

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА  
СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ**

5.3.6. Медицинская психология (медицинские науки)

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

Сирота Наталья Александровна

Москва – 2025

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	5
ГЛАВА 1. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА .....	16
1.1. Биопсихосоциальная модель генеза психических расстройств как основа для организации помощи больным шизофренией .....	16
1.2. Становление современной реабилитации пациентов шизофренией: история вопроса .....	20
1.3. Общие понятия и принципы психосоциальной (медико-психологической) терапии и реабилитации.....	25
1.4. Технологии реабилитационных мероприятий в комплексном лечении пациентов с шизофренией.....	31
1.4.1. Когнитивная ремедиация как форма работы с пациентами с шизофренией .....	31
1.4.2. Тренинг поведенческих навыков для пациентов с шизофренией.....	34
1.4.3. Психообразование и технологии когнитивной психотерапии пациентов с шизофренией.....	36
1.4.4. Программы тренировки социальных навыков и развития «Social Cognition» у пациентов с шизофренией .....	40
1.5. Психосоциальные интервенции для пациентов шизофренией на стационарном этапе оказания психиатрической помощи: аргументы в пользу раннего начала.....	42
1.6. Параметры восприятия болезни (отношение к болезни), стигматизации и самостигматизации, комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации–факторы, влияющие на эффективность психосоциальной реабилитации пациентов с РПС .....	45
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ	

ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	51
2.1. Возможности и типология программ психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра.....	51
2.2.1. Формулировка целей программы .....	65
2.2.2. Отбор пациентов и сеттинг групповых занятий .....	66
2.2.3. Принципы работы группы и организация занятий.....	68
2.2.4. Основные содержательные блоки ПМПСПС и план реализации программы.....	70
2.2.5. План занятий программы медико-психологического сопровождения пациентов (ПМПСПС).....	78
ГЛАВА 3. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	102
3.1. Дизайн исследования.....	102
3.2. Цель и основные гипотезы исследования .....	105
3.3. Материал и методики исследования.....	106
3.3.1. Этические принципы, критерии включения и исключения.....	106
3.3.2. Характеристика выборки исследования .....	108
3.3.3. Методы и методики исследования .....	115
ГЛАВА 4. ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ С РШС ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ИНТРЕВЕНЦИЙ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПМПСПС И ПРОГРАММЫ ТЕРАПИИ ЗАНЯТОСТИ .....	123
4.1. Результаты сравнительного исследования динамики клинических симптомов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра до и после проведения психосоциальных вмешательств .....	123
4.2. Результаты сравнительного исследования динамики параметров восприятия болезни, комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра до и после проведения психосоциальных интервенций .....	128

4.2.1. Разработка психометрического инструмента для оценки комплаентности к психосоциальному лечению и реабилитации.....	128
4.2.2 Исследование параметров восприятия болезни, комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальным вмешательствам.....	134
4.3. Результаты сравнительного исследования динамики параметров социального стресса, стигматизации и самостигматизации с расстройствами шизофренического спектра до и после проведения психосоциальных интервенций.....	138
4.4. Результаты оценки эффективности ранних психосоциальных вмешательств. Индикаторы эффективности и резистентные мишени. ....	141
4.5. Данные катамнестического наблюдения.....	148
4.6. Обсуждение результатов эмпирического исследования .....	150
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	153
ВЫВОДЫ .....	158
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	161
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	162
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	163

## ВВЕДЕНИЕ

Расстройства шизофренического спектра (РШС) остаются в фокусе интенсивного научного интереса, так как являются многофакторными по своему генезу заболеваниями с невысокой эффективностью к проводимому медикаментозному и психосоциальному лечению и приводят к серьезным негативным социальным последствиям для пациентов и их ближайшего окружения, способствуя ранней инвалидизации и потере трудоспособности. РШС поражают одного из 300 человек (0,32%) во всем мире [212]. В России, по данным Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения», распространенность РШС в 2021 г составила в среднем 734,5 случая на 100 тыс. населения, в Москве – 709,6 случаев. Они являются наиболее значимой нозологической единицей среди всех лиц с психическими расстройствами, получающих помощь в психиатрических стационарах г. Москвы. Заболеваемость РШС (на 100 тыс.) остается на относительно стабильном уровне и в течение последних лет составляют 13-15 случаев на 100 тыс. населения [79, 104].

Биопсихосоциальная модель заболевания [35, 52, 71, 100, 106] является фундаментом и основой развития психосоциальной реабилитации и восстановительной терапии пациентов с шизофренией и задает направление развития отечественной психиатрии. Она позволяет реализовать полипрофессиональное взаимодействие в процессе лечения и психосоциальной реабилитации пациентов с РШС [12, 16, 29, 40, 63, 70, 74, 76, 91, 209].

В настоящее время медико-психологическая реабилитация в психиатрии рассматривается как важный компонент наряду с психофармакотерапией. Доказано ее существенное влияние на конечный результат лечения, проводимого как в стационарных, так и внебольничных условиях [17, 172]. Широко используемым вариантом медико-психологической реабилитации является

психообразование, которое позволяет заметно снизить частоту повторных госпитализаций и сократить длительность пребывания пациента в стационаре [2, 31, 197, 202, 229]; следует отметить, что краткие психообразовательные интервенции доказали свою эффективность [196].

Современные исследования в психосоциальной реабилитации при психических расстройствах фокусируются на выявлении факторов персонализированного подхода и их включения в интегративные программы медико-психологического сопровождения пациентов с РШС на стационарном этапе психиатрической помощи. К таким факторам, оказывающим значимое влияния на актуальное состояние участников психосоциальной реабилитации относятся параметры восприятия болезни, стигматизации и самостигматизации, комплаентности психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации [5, 6, 43, 71, 80, 85, 105, 106, 174, 175]. Несмотря на успехи проводимых исследований, задача медико-психологической реабилитации целевой группы пациентов с РШС с длительностью заболевания более 5 лет болезни остается весьма актуальной.

### **Степень разработки темы исследования**

Существующие публикации изолированно рассматривают отдельные компоненты программ реабилитации, уделяя ограниченное внимание роли субъективных представлений пациентов с РШС о своей болезни и роли психообразования, феномену приверженности к психосоциальной реабилитации. Программы медико-психологического сопровождения редко подвергаются адекватной оценке их эффективности [32, 40, 85, 197, 202, 218]. Большую теоретическую и практическую значимость представляют исследования ранней психосоциальной реабилитации пациентов с РШС со стажем болезни свыше пяти лет с неоднократными госпитализациями и сниженным реабилитационным потенциалом на стационарном этапе психиатрической помощи. Отсутствие программ ранних психосоциальных методов реабилитации на фоне психофармакотерапии с оценкой динамики клиничко - психологических параметров до и после психосоциальных вмешательств в сравнительно-сопоставимом исследовании целевой группы, группы сравнения пациентов с РШС и оценкой

эффективности двух вариантов программ и другие перечисленные выше аспекты проблемы определяют актуальность исследования.

### **Цель исследования**

Создание программы медико-психологического сопровождения пациентов с РШС для использования на стационарном этапе оказания психиатрической помощи (ПМПСПС) с последующей оценкой эффективности программы в сравнительно-сопоставительном исследовании.

### **Задачи научного исследования**

1. Разработать и обосновать программу медико-психологического сопровождения для пациентов с РШС на стационарном этапе оказания психиатрической помощи (ПМПСПС) с длительностью заболевания 6-10 лет со средним числом госпитализаций 4-6.

2. На фоне проводимой психофармакотерапии в группах пациентов с РШС до и после психосоциальных интервенций исследовать сравнительную динамику:

а) клинико-психопатологической симптоматики, параметров восприятия болезни, комплаентности к психофармакотерапии и медико-психологической реабилитации

б) социального дистресса, социального избегания, стигматизации и самостигматизации.

3. Выделить индикаторы эффективности и резистентные к эффектам программы мишени психосоциальных интервенций для ПМПСПС и программы терапии занятостью.

**Объект исследования** – процесс медико-психологической реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

**Предметом исследования** является структура и динамика клинико-психологических характеристик пациентов с РШС.

### **Гипотезы исследования**

1. Эффективность ПМПСПС для пациентов с РШС со стажем заболевания 6-10 лет со средним числом госпитализаций 4-6 окажется выше, чем эффективность

программы терапии занятости. Параметры выявленных изменений ПМПСПС будут более многомерны и существенно выраженные.

2. Наибольший позитивный эффект ПМПСПС окажет на параметры восприятия болезни у пациентов с РШС, на негативные эффекты самостигматизации и комплаентность к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации.

3. Обе программы приведут к позитивной динамике всех выделенных мишеней и будут выделены мишени – индикаторы эффективности и мишени, резистентные к эффектам программ. Для ПМПСПС количество индикаторов эффективности в оценке психосоциальных влияний будет существенно преобладать над количеством мишеней, резистентных к воздействию программы.

4. Обе программы психосоциальных интервенций не окажут доказанного влияния на позитивную динамику клинико-психопатологической симптоматики.

### **Научная новизна исследования**

1. Разработана авторская программа медико-психологического сопровождения пациентов с РШС с длительностью заболевания 6-10 лет со средним числом госпитализаций 4-6, обладающих невысоким реабилитационным потенциалом для использования на стационарном этапе оказания психиатрической помощи на фоне проводимой фармакотерапии.

2. Впервые исследована динамика клинических симптомов, параметров восприятия болезни, комплаентности фармакотерапии и комплаентности к психосоциальной реабилитации, социального дистресса, социального избегания, и самостигматизации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра до и после проведения программы медико-психологического сопровождения.

3. В проведенном исследовании впервые одновременно исследованы комплаентность к фармакотерапии и комплаентность к реабилитации. Для измерения нового теоретического конструкта «Комплаентность к реабилитации», разработана и апробирована скрининговая методика измерения.

4. Параллельное сравнительное исследование двадцати мишеней психосоциальных интервенций позволило выделить для каждой из двух программ

как индикаторы эффективности, так и устойчивые к изменениям мишени психосоциальных интервенций.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Теоретическая значимость работы. В данном исследовании реализован комплексный подход к анализу методов медико-психологической реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра на разных этапах оказания психиатрической помощи. Были выделены приоритетные тенденции в развитии технологий медико-психологической реабилитации с акцентом на повышение мотивации пациентов к реабилитационному процессу и формированию адаптивных личностных установок и готовности к изменениям. Особое развитие приобретают различные модели психообразования с целью повышения информированности о симптомах заболевания, развитии навыков распознавания ранних признаков обострения, а также повышение комплаентности к психофармакотерапии. Данное исследование расширяет представления о ранней медико-психологической реабилитации пациентов с РШС с длительностью заболевания 6-10 лет с числом госпитализаций 4-6 на стационарном этапе оказания психиатрической помощи со склонностью к частыми рецидивам и госпитализациям в круглосуточный психиатрический стационар. Исследование дополняет представления о влиянии факторов стигматизации и самостигматизации, а также дезадаптивных копингов пациентов с шизофренией на комплаентность не только к психофармакотерапии, но и психосоциальным мероприятиям. Результаты исследования представляются важными для развития отечественных разработок в области психосоциальной терапии и реабилитации в психиатрии, а также для их интеграции с данными зарубежных авторов.

Практическая значимость работы. На основе проведенной теоретико-методологической работы удалось создать программу медико-психологического сопровождения для пациентов с РШС на стационарном этапе лечения – ПМПСПС. Применение указанной программы показывает ее валидность для медико-психологического сопровождения пациентов с РШС с длительностью заболевания 6-10 лет на стационарном этапе оказания психиатрической помощи в сочетании с

психофармакотерапией. Исследование показало эффективность ПМПСПС для повышения комплаентности пациентов с РШС в отношении психофармакотерапии, комплаентности к мероприятиям психосоциальной реабилитации, и положительной динамики ряда клинико-психологических характеристик, которые касаются отношения к своему заболеванию, к стигматизации и самостигматизации. ПМПСПС позволяет значительно улучшить результаты лечения и отношение к своему заболеванию у пациентов с РШС. Применение ПМПСПС способствует стабилизации ремиссии, поддержанию контакта пациентов со специалистами, снижению частоты повторных госпитализаций.

Разработанная оригинальная скрининговая шкала оценки комплаентности к реабилитации позволяет оценить готовность пациента с РШС к участию в мероприятиях психосоциальной терапии и реабилитации. Рекомендовано включать показатель комплаентности к реабилитации в число показателей, определяющих уровень реабилитационного потенциала пациента. Результаты исследования могут быть использованы в практической работе врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических психологов и иных специалистов, кто занимается медико-психологической реабилитацией в психиатрической системе оказания помощи.

### **Методология и методы исследования**

В исследовании приняли участие 162 пациента, в итоге в исследование были включены в группу основную и группу сравнения – 117 пациентов с диагностированными РШС, установленными в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, и диагноз кодировался в рубриках F 20 – F 21, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗ г. Москвы» в период 2022-2024 г.г.

Все обследованные пациенты получали психофармакотерапию в условиях стационара, формировали медикаментозную ремиссию, и были способны по актуальному психическому состоянию выполнить необходимые психологические методики, и принимать участие в реабилитационных мероприятиях, назначенных и согласованных специалистами полипрофессиональной бригады. Вся эмпирическая выборка была поделена на две подгруппы – основную и сравнения.

Пациенты основной группы принимали участие в специализированной программе медико - психологического сопровождения для пациентов, находящихся на стационарном лечении (ПМПСПС). Пациенты группы сравнения принимали участие в занятиях с использованием методов терапии занятости, которые были равноценными по объему времени, а также проводились в группах до 12 человек, где в качестве ведущих выступали инструктора по трудовой терапии, но не предполагали мишеней, специфичных для больных с РШС. По завершении программы и стационарного лечения проводилась повторная оценка клинических и психометрических характеристик пациентов. Таким образом завершили программу и были включены в основную группу и группу сравнения – 66 и 51 пациент, соответственно.

Методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-психологический, клинико-катамнестический, статистический (использование методов математической статистики: дискриптивная статистика: результаты анализа данных приведены с указанием значений среднего арифметического (Mean), показателя разброса балла в виде значения стандартного или среднеквадратичного отклонения (SD), медианного значения измеренного показателя (Median), значений 25 и 75 перцентилей ( $q_1$  и  $q_3$  соответственно), для статистического сравнения групп использовался критерий U-критерий Манна-Уитни, пригодный для непараметрических данных и независимых выборок, критерий Z-Wilcoxon, также используемый для сравнения непараметрических данных в зависимых выборках; для установления корреляционных связей и взаимозависимостей переменных – коэффициент ранговой корреляции r-Spearman. Также был применен для оценки надежности разработанного скринингового инструмента (шкалы «Комплаентность к психосоциальной реабилитации») подсчет коэффициента Альфа-Кронбаха ( $\alpha$ -Cronbach и Guttman Split-half), факторный анализ с использованием метода главных компонент и вращением Варимакс.

Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica for Windows 10.0, IBM SPSS Statistics 26 и Excel 2010 (14) — Microsoft Office 2010.

Для части пациентов основной группы и группы сравнения удалось получить и проанализировать данные наблюдения после выписки с помощью клинико-катамнестического метода.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Использование технологий медико-психологической (психосоциальной) реабилитации является необходимым компонентом комплексного лечения, позволяющим сформировать и поддержать комплаентность к психофармакотерапии и реабилитации, являясь важным элементом комплексного лечения.

2. Программа медико-психологического сопровождения пациентов с РШС на стационарном этапе оказания психиатрической помощи более эффективны в отношении информированности о своем заболевании, его симптомах и стратегиях совладания с ними, снижение стигматизации и самостигматизации, социального дистресса, повышение комплаентности к психофармакотерапии и к мероприятиям психосоциальной реабилитации по сравнению с неструктурированной программой.

3. Ряд значимых для социальной адаптации пациентов с РШС установок таких, как переживание социального дистресса, паттерны социального избегания являются стойкими, но с помощью ПМПСПС формируется готовность пациентов к участию в мероприятиях на следующих этапах оказания психиатрической помощи, что создает предпосылки для преодоления дезадаптивных установок и паттернов поведения.

4. Выбранный дизайн открытого сравнительного проспективного исследования адекватен задаче оценки эффективности программ, предложенных для ранней психосоциальной реабилитации пациентов с РШС на стационарном этапе оказания психиатрической помощи

**Степень достоверности результатов** основывается на глубоком изучении и анализе с позиций доказательной медицины достаточного количества обследуемых лиц для получения статистически значимых результатов, тщательный отбор обследуемой группы пациентов, наличие группы сравнения, а также на применении современных высокоинформативных методик клинического исследования и адекватных методов статистической обработки полученных результатов.

### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно разработан дизайн исследования, сформулированы цель и задачи исследования. Проведен аналитический обзор литературы по теме диссертационной работы. Автор лично разработал и обосновал программу медико-психологического сопровождения пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи, самостоятельно провел групповую работу с пациентами с расстройствами шизофренического спектра, доказал ее эффективность в открытом сравнительно-проспективном исследовании, тщательно оценил и проверил статистическими методами. Автор лично участвовал в разработке опросника по комплаентности к реабилитации и доказал ее валидность. Автором лично проведено 162 первичной оценки клинико-психологических характеристик пациентов, 328 последующих исследований. Провел отбор пациентов в группу исследования, создал базу данных, лично провел математико-статистический анализ внесенных в базу данных и проанализировал результаты. Сформулировал положения, заключения и выводы диссертационной работы. Автор лично написал текст диссертации и разработал практические рекомендации.

### **Публикации по теме диссертации**

По теме диссертационного исследования опубликовано 18 научных работ, в том числе 8 – в журналах, включенных в перечень периодических научных и научно-практических изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации основных результатов диссертационного исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

### **Апробация результатов исследования**

Результаты проведенных исследований докладывались и обсуждались на научно-практических конференциях, в том числе с международным участием, особенно значимыми из которых можно отметить: вторую школу молодых психиатров г. Москвы (с международным участием) (Москва, 2014); Третий Московский Фестиваль творчества лиц с особенностями психического развития «Нить Ариадны» (Москва, 2014); вторую ежегодную научно-практическую конференцию с международным участием, посвященной Всемирному дню Биполярного расстройства (Москва, 2015); конференцию «Реабилитация и профилактика-2015» (Москва, 2015); всероссийский конгресс с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания» (Санкт-Петербург, 2016); II Конгресс «Психическое здоровье человека XXI века» (Москва, 2018); конференцию «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества» (Москва, 2018); международную научно-практическую конференцию «Внебольничная психиатрическая помощь: вехи становления и перспективы развития» (к 100-летию амбулаторной психиатрической помощи) (Москва, 2019); научно-практическую конференцию «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы» (Москва, 2019); международный конгресс «Психотерапия, Психология, Психиатрия – на страже душевного здоровья!» (Москва, 2019); конференцию «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» (Москва, 2019); международную научно-профилактическую конференцию «Комплексный подход к диагностике и терапии психических расстройств в условиях пандемии Covid-19» (Москва, 2020); научно-практическую конференцию «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы» (Москва, 2020); XVII съезд психиатров России «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Москва, 2021); вторую международную научно-практическую конференцию Зейгарниковские

чтения «Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы» (Москва, 2025).

### **Внедрение результатов в практику**

Результаты диссертационного исследования внедрены в учебный процесс кафедры клинической психологии научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук им. А. П. Чехова Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации и в лечебный процесс работы отделения медико-психологической помощи и общепсихиатрических отделений государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 имени П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы».

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 189 страницах машинописного текста (161 страница – основной текст, 27 страниц – указатель цитированной литературы); состоит из введения, 4 глав, выводов, заключения, практических рекомендаций и указателя литературы (241 наименование, из них 134 зарубежных). Диссертация иллюстрирована 6 рисунками, полученные данные и результаты их статистического анализа отражены в 12 таблицах.

## **ГЛАВА 1. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

### **1.1. Биопсихосоциальная модель генеза психических расстройств как основа для организации помощи больным шизофренией**

На протяжении всего периода изучения шизофрении в качестве значимых этиопатогенетических факторов изучались биологические, психологические и социальные аспекты. При этом изучение каждой группы факторов происходило в русле разных традиций и подходов. По мере того, как приходило понимание полифакторной природы шизофрении, возникла необходимость в интегративной этиологической модели.

Первой попыткой интеграции этиологических факторов стала биопсихосоциальная модель, предложенная в 1970-х годы G. Engel [145]. Основанная на идее холизма, модель стала альтернативой распространенному биомедицинскому подходу. Автор полагал необходимым для оценки причин страданий пациента учитывать биологические, психологические и социальные аспекты болезни. В дальнейшем биопсихосоциальный подход активно использовался как исследователями, так и клиницистами в разных областях медицины [41]. При лечении шизофрении очевидно доминировало применение психофармакотерапии, опирающейся на биологические механизмы развития заболевания [49, 65, 146, 190, 200]. При этом психотерапия, использующая психосоциальные модели, представлялась вторичной и малосущественной. Эти два варианта лечения обычно были слабо связаны на практике, создавая конфронтации в плане рекомендаций пациенту, что приводило к противоречиям в лечебных мероприятиях.

Шагом вперед в изучении этиопатогенеза шизофрении стало появление диатез-стрессовой модели как новой попытки не только интегрировать имеющиеся

данные о значимых влияниях в генезе шизофрении, но и создать непротиворечивую каузальную модель, объясняющую динамику заболевания на всех его этапах. Идея о чрезмерной чувствительности, уязвимости к стрессу, как важном предикторе шизофрении, была обозначена в ряде работ американских ученых еще в 1980-90 годы [201, 210, 227]. В дальнейшем идея нашла поддержку у многих клиницистов и исследователей, широко отражена в публикациях. В структуре модели утверждается, что у субъекта с высоким риском развития шизофрении имеется генетическая предрасположенность, которую понимают, как высокую чувствительность к негативно эмоционально окрашенным событиям, с низкой устойчивостью и непереносимостью стресса. В случае, если такая особенность сочетается с многочисленными неблагоприятными событиями жизни, выпавшими на долю пациента с данной уязвимостью, то возникающий интенсивный и непереносимый для него стресс рано или поздно приведет к декомпенсации, и появлению клинических симптомов шизофрении [185].

Модель диатез-стресс-уязвимости получила развитие также в работах L. Сіомрі, предложившего трехфазную модель шизофрении [130, 205, 224]. Фазы включают начальную, когда генетически обусловленная «уязвимость» существует, но внешне может не проявляться, на следующей фазе она трансформируется в состояние повышенного риска в виде «шизофренического диатеза», на третьей стадии – уже в заболевание. Стрессорами могут являться критические жизненные события (такие как психологическая травма, потеря близких, смена места жительства и т.д.), или обыденные, хронические стрессовые события. Катастрофическое воздействие хронического стресса обусловлено именно состоянием уязвимости. L. Сіомрі полагал, что подобные неспецифические стрессоры, требующие напряжения адаптационных механизмов и нарушающие равновесие человека со средой, приводят к «слому уязвимой личности», и появлению «шизофренического диатеза» или состояния предболезни, с диссоциированностью или дефицитарностью отдельных сфер психики. На этом этапе особое значение приобретают внутренние протективные факторы, в числе которых копинг-стратегии, характеристики личности, социальная компетентность.

Указанные факторы значительно различаются как при сравнении индивидуумов, так и в разные периоды жизни у одного человека; большое влияние на них оказывает уже возникшее психическое заболевание.

Диатез-стрессовые модели шизофрении нашли отражение и в отечественной психиатрии. Известные российские специалисты не только подчеркивали роль адаптационно-компенсаторных механизмов личности пациента, в том числе - механизмов психологической защиты, копинга, но и важность сохранения этих механизмов при уже возникшем заболевании [23, 29, 73]. Эти и иные параметры личности пациента рекомендовалось учитывать при формулировании функционального диагноза и прогноза состояния пациента, для выделения мишеней психотерапии и построения программ реабилитации [14, 21, 24, 27, 28, 51].

Новые исследования в большей степени уделяют внимание концепциям стресса и копинга, а также социальной поддержке пациента [155, 202]. Наличие социальной поддержки – это ситуация, когда человек вовлечен в привычную и комфортную для него социальную сеть, имеет стабильные доверительные отношения с близкими людьми. Эффект участия близких людей в жизни человека описывается как смягчение обусловленных стрессом переживаний, ощущение защищенности, возможности обратиться за помощью или советом, разделить ответственность за разрешение сложной ситуации, более оптимистично воспринимать перспективу [198]. Тогда как отсутствие «поддерживающей» среды повышает стрессовую «нагрузку», провоцирует негативные чувства, и риск заболевания или срыва. Так называемая «токсическая» среда («toxic environment»), не дающая поддержки, но провоцирующая стрессовый ответ, рассматривалась не только как патогенный, но и как патопластический фактор для лиц из группы высокого риска или уже болеющих. Приведенные идеи требуют изменения взглядов на психотерапию и реабилитацию пациентов с шизофренией, и трактовку их как мероприятий, моделирующих «поддерживающую» среду [122]. Исследователи неоднократно предпринимали попытки эмпирической проверки такого рода многоаспектных, многоуровневых моделей, используя сложные

эмпирические планы; значимость как внутренних, так и внешних переменных подтверждалась неоднократно в исследованиях [29, 30, 73, 80, 150].

Концепция социальной поддержки получила дальнейшее развитие, и сейчас говорят о нескольких ее измерениях. Так, понятие «социальные сети» («social networks») описывает структуру социальной поддержки, через показатели числа и типа связей с другими людьми, их взаимность, силу, близость [63, 206]. Разнятся типы поддержки: выделяют эмоциональную, информационную, поведенческую (инструментальную) [76, 144, 194, 195].

Роль социальной поддержки для больных шизофренией трудно переоценить. Сложная жизненная ситуация, возникающая у пациента, усугубляется тем, что негативные симптомы заболевания непосредственным образом ассоциируются с изоляцией, отказом от продуктивного общения, уменьшением числа социальных связей [148]. Нередко дефицит социальной поддержки у больных шизофренией обусловлен клинической картиной, продуктивными симптомами (например, бредовой настроенностью, тревожно-фобическими переживаниями), или личностной измененностью, и в этих случаях неудовлетворенность имеющейся поддержкой возрастает и подчас становится главным фактором, ухудшающим состояние пациента [139]. Результаты исследований последних лет показали, что социальная поддержка оказывает положительное влияние на психическое состояние пациента с шизофренией не только воздействуя путем улучшения эмоционального фона, но и опосредованно: повышая способность пациента к сотрудничеству, в том числе с врачом, повышая комплаентность к психофармакотерапии [106, 152, 191]. Поскольку доказано положительное значение социальной сети, удовлетворяющей пациента с психическим расстройством, для его выздоровления необходима разработка реабилитационных программ, направленных на создание и восстановление такого рода социальной сети, что становится важным направлением и принципом работы специалистов, осуществляющих психосоциальные интервенции.

Продуктивность моделей диатез-стресс-уязвимости и социальной поддержки в изучении шизофрении привели к тому, что аналогичные идеи получили

распространение и за пределами лечения пациентов с данным заболеванием. Проявления диатеза в виде неустойчивости функциональных систем организма [20] и уязвимости к стрессу, перестали определяться как нозоспецифические, обозначаются как «психопатологический диатез», или «трансдиагностический аспект психопатологии» [162, 234, 236]. В том числе биологически ориентированная психиатрия поддерживает идеи о роли социального развития и социального окружения [226]. Это отвечает духу интегративной модели генеза шизофрении. Так, авторитетные представители нейронауки указывают на то, что в течение последних 20 лет было установлено, что жестокое обращение с ребенком, урбанизация, эмиграция и другие неблагоприятные жизненные события способствуют развитию шизофрении и иных психозов [134, 225, 241].

## **1.2. Становление современной реабилитации пациентов шизофренией: история вопроса**

Анализ изменений, происходивших в психиатрии в аспекте помощи больным шизофренией на протяжении прошлого и текущего столетия возможен только с учетом указанных выше представлений об этиопатогенезе психических расстройств, а также значимых общественных влияний. Биопсихосоциальная модель этиопатогенеза психических расстройств стала источником новых взглядов на пациента, на прогноз его состояния и возможности помощи. Согласно этой модели, уменьшение степени выраженности симптомов и клиническое улучшение недостаточны для признания устойчивого терапевтического эффекта. Необходимо восстановление статуса пациента в сообществе и достижение приемлемого уровня социальной адаптации.

На фоне гуманизации общества, во второй половине 20 века, биопсихосоциальная модель привела к появлению новой организации психиатрической помощи, сформировалась общественно-ориентированная психиатрия, которая предопределила ряд направлений работы психиатрических

служб. Как пишут авторитетные специалисты, именно биопсихосоциальная модель способна обеспечить комплексный, мультидисциплинарный взгляд на психическое здоровье современного человека, учесть образ жизни, объяснить рост заболеваемости психическими расстройствами, а также пропорции расстройств в разных культурах [41, 42, 124]. В обозначенный период системы медицинской помощи психически больным многих стран претерпели сходные изменения, что не исключало различий в организации национальных служб психиатрической помощи. В числе общих изменений: рост возможностей психофармакотерапии, значительные успехи в лечении острых и хронических психотических расстройств, развитие системы психосоциальной помощи.

Заметим, что развитие новых подходов не было линейным. Так, в период 1960-70-х г.г. основные усилия психиатров разных стран были сосредоточены на купировании и последующем контроле продуктивных и аффективных симптомов психических расстройств, а главной целью лечения определялось достижение ремиссии, сохранение стабильного психического состояния и снижение вероятности госпитализации. То есть превалировала биологически-ориентированная терапия, а внешние факторы (социальные, семейные), клиницистами скорее трактовались как психогенные.

Психоаналитические концептуализации предопределяли усилия психотерапевтов помочь пациентам с шизофренией психоаналитическими методами, параллельно предполагая исключение больного из взаимодействия с семьей и близкими. Последняя установка укрепилась после появления концепции нарушений эмоциональной экспрессии («expressed emotion») в семьях пациентов с шизофренией, при том, что указанные нарушения коммуникации обозначались в качестве одного из этиологических факторов заболевания [114]. Первоначально концепция предопределяла взгляд на семью как оказывающую исключительно негативное, разрушительное влияние на пациента, но последующие исследования семейного контекста показали возможность оказать на него позитивное влияние, скорректировать нарушения коммуникации и чрезмерные проявления эмоциональной экспрессивности; заметим, что такие корректирующие

интервенции признавались весьма затратными [162, 163]. Ближе к концу 20 в. была проведена оценка эффективности психоаналитических интервенций при шизофрении [141], семейной психотерапии [182]. Результаты обеих форм работы оказались менее значимыми, чем предполагалось; это способствовало поиску иных вариантов помощи больным, и в целом содействовало развитию реабилитационного направления.

Параллельно с психотерапевтической традицией формировалась ориентированная на общество психиатрия. При непосредственном участии Joshua Bierer в 1946 г. в Лондоне был основан институт социальной психиатрии, проведены первый и второй Международные конгрессы социальной психиатрии, организована Международная ассоциация социальной психиатрии (International Association for Social Psychiatry, а позже World Association of Social Psychiatry - WASP); выделилось ее американское подразделение (American Association for Social Psychiatry). Становление отдельного направления психиатрической реабилитации привело к оформлению «психиатрии, опирающейся на сообщество» («community-based psychiatry») [204]. На становление последней значительное влияние оказало развернувшееся в 1970 г.г. антипсихиатрическое движение, порожденная им реформа психиатрической службы. Сокращение числа и размеров психиатрических больниц, уменьшение сроков стационарного лечения сопровождалось открытием психиатрических отделений в соматических больницах, организацией проживания пациентов с менее тяжелыми расстройствами в общежитиях, развитии сети полустационаров. Были предложены такие новаторские модели как «настойчивое лечение в сообществе» (Assertive Community Treatment - АСТ), где в фокусе помощи лицам с серьезными психическими расстройствами стояли социальная поддержка и уход [143]. Наиболее значимым результатом и принципом данной помощи является проведение длительного лечения пациента силами полипрофессиональной бригады специалистов, без отрыва больного от привычной среды, в семье, по месту жительства, и использование наряду с медикаментозным лечением различных психосоциальных мероприятий.

На протяжении 20 в. психиатрическая помощь пациентам окончательно оформилась в сложно организованную систему, включающую стационарное, полустационарное и амбулаторное звено, и в ходе проводимых преобразований госпитальные виды помощи потеряли свое приоритетное значение по крайней мере в части стран. Однако роль и вклад стационарного звена существенно различается в разных странах. Так, если в Италии, где была проведена наиболее решительная реформа психиатрической службы, стационарное звено представлено минимально [121], то в России, также как в Германии [18], например, оно остается ведущим в структуре помощи пациентам. Проблема соотношения больничного и внебольничного контингента пациентов, их численности, объема лечебно-реабилитационных мероприятий, равно как и оценка клинической, социальной и экономической эффективности обеих систем помощи, до сих пор являются предметом исследований и острых научных дискуссий в современной психиатрии [127]. Несмотря на различающийся удельный вес стационарного звена психиатрической помощи пациентам с психическими расстройствами, само появление внебольничного звена потребовало значительных и прогрессивных изменений в области психиатрической реабилитации, привлечения специалистов иных направлений – социальных работников, психологов, врачей-психотерапевтов, и оформления мультидисциплинарных команд, осуществляющих амбулаторные интервенции [10, 11, 17, 18, 56, 75, 77, 79, 87].

Источниками идей и технологий психосоциальной терапии и реабилитации психически больных становились и некоторые оригинальные практики. В числе таковых - использованные в созданном в США в 1940-х годах усилиями самих душевнобольных социального клуба Fountain House, основанного на принципах взаимопомощи. Укажем, что примерно в это же время официально оформилось еще одно общество самопомощи пациентов, получившее название «Анонимные алкоголики». Такое совпадение не является случайным, скорее отражает общественную тенденцию к поиску дополняющих стационарное лечение форм помощи пациентам с ментальными проблемами [166]. В настоящее время идеи групп самопомощи психически больных доказала свою продуктивность и широко

распространилась по миру [25, 157]. Возможность применения отдельных технологий взаимопомощи при проведении мероприятий психосоциальной реабилитации доказана, реализуется обычно в варианте участия в программе пациента-модератора [237].

В области психиатрической реабилитации создано множество программ помощи и поддержки пациентам с психическими расстройствами [90, 96]. В настоящее время можно утверждать, что научно-обоснованные разработки в области психосоциальной терапии и реабилитации расширили диапазон доступных форм помощи больным, вошли в повседневную клиническую практику в ведущих странах, в том числе – в России.

Нельзя не отметить влияния рассматриваемого направления не только на стационарную помощь пациентам, но и на иные области практики. Так, под влиянием психосоциальной терапии изменилась работа с семьями пациентов. Так, если до 1970-х годов клиницисты, следуя идеям семейной психотерапии, скорее придерживались мнения о «вкладе» семьи в генез психического расстройства, постепенно начала преобладать идея о том, что семья может стать помощником для специалистов с активным привлечением к помощи пациенту с серьезным психическим заболеванием [164]. Эти психообразовательные программы для членов семей пациентов оказались достаточно эффективными. Для больного с психическим расстройством они способствовали усилению поддержки со стороны семьи, сокращению числа рецидивов и госпитализаций, а у членов семей уменьшался уровень переживаемого стресса и улучшались навыки эффективной коммуникации и самооценка [126, 188].

В 2019 г. экспертами ВОЗ сформулирована специальная инициатива по расширению в разных странах масштабов оказания психиатрической помощи – как важной части системы здравоохранения. В рамках этой инициативы обозначены частные задачи: достижение доступа нуждающихся к качественной психиатрической помощи, снижение смертности от самоубийств, развитие служб помощи лицам с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ и иные. Важно в контексте настоящего исследования, что качественная

психиатрическая помощь включает и психосоциальную терапию, и реабилитацию [215]. В завершение обзора истории проблемы, отметим, что линия на совершенствование и развития именно реабилитационного направления в медицине развивается и расширяется. Так, с 2017 г. усилиями ВОЗ, государств-членов и гражданского общества формируется инициатива «Реабилитация 2030». В рамках последней реабилитация определена как «ключ к здоровью в 21 веке», сформулирован стратегический подход к ее интеграции и развитию в системе здравоохранения, обозначены требования к новой организации здравоохранения в соответствии с задачами развития реабилитационного направления [112]. Часть этих задач должны быть решены в области оказания психиатрической помощи населению.

### **1.3. Общие понятия и принципы психосоциальной (медико-психологической) терапии и реабилитации**

Как описано ранее, реабилитация в психиатрии имеет давнюю историю и важные достижения, в том числе, и в отечественной психиатрии. В то же время, это активно развивающееся направление, потенциал которого не исчерпан.

Один из первых в России последовательных сторонников реабилитационного направления в психиатрии - Кабанов М.М., и его последователи, под реабилитацией психически больных понимали их ресоциализацию, сохранение (или восстановление) личного и социального статуса пациента, индивидуальной и общественной значимости личности. Такая апелляция к личности призвана была дополнить биологические методы лечения, создать новые основы продуктивного поведения и содержательные отношения личности [51]. Данный реабилитационный подход основывался на следующих принципах:

– Партнерства (то есть сотрудничества, доверительных отношений между пациентом и врачом, с признанием руководящей и направляющей роли последнего);

- Разносторонности усилий (когда реабилитация больного затрагивает все значимые сферы, стороны психофункционального функционирования пациента);
- Единства (комплексность) биологических методов лечения и психосоциальных мероприятий;
- Последовательности и ступенчатости последних, когда восстановительные мероприятия назначаются поэтапно, от биологических к психосоциальным, с учетом динамики функционального состояния больного [4, 51].

Приведенная модель организации работы была ориентирована на уже заболевшего пациента, и на преодоление дефицитов, сформировавшихся у него в разных областях функционирования. В последующем было установлено, что значимые когнитивные потери и социальное снижение нередко присутствуют в фазе продрома, то есть до начала первого манифестного психоза, а в период активного течения процесса лишь нарастают. Вследствие этого открытия оформилась концепция сберегающе-превентивной психосоциальной реабилитации [18]. Цель последней - максимально отодвинуть от начала заболевания период накопления нарушений, отсрочить существование больных в условиях социальной дезадаптации, ограниченного социального функционирования и неудовлетворительного качества жизни, а также уменьшить вероятность развития негативных симптомов и их влияния [18]. Предупреждение повторных обострений и регоспитализаций также является одной из целей психосоциальной работы в данной модели, а собственно психосоциальные воздействия (как центрированные на пациенте, так и ориентированные на семью) выполняют буферную роль в отношении повторных обострений [13, 36, 44].

Психосоциальная реабилитация, таким образом, определена как «восстановление или формирование недостаточных или утраченных в условиях, нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество» [82]. То есть она призвана обеспечить равновесие между психической жизнью человека и социальными

отношениями, показателями жизнедеятельности. Такого рода работа не исключает активное участие пациента в реабилитационном процессе. Похожее определение предлагают использовать авторы национального руководства по психиатрии, указавшие, что «психосоциальные воздействия и реабилитация у больных шизофренией направлены на формирование или восстановление недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъяном социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в обществе» [64]. В сопоставлении с нею, «психосоциальное лечение» или «психосоциальная терапия» предполагает более активные интервенции, проводимые с помощью специальных групповых и индивидуальных методов, в специально созданных условиях воздействия социальных, психологических и средовых факторов с целью восстановления, ставших ущербными в результате болезни или утраченных социально-психологических образований, необходимых для успешного функционирования пациента в социуме [11].

Отечественные специалисты расценивают психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию как необходимые и дополняющие фармакотерапию терапевтические стратегии<sup>1</sup> [80]. В качестве принципов реабилитации на сегодняшний день обозначают следующие:

- а) начало процесса психосоциальной реабилитации на любом этапе оказания психиатрической помощи;
- б) необходимость формулирования целей каждого вмешательства и определения конкретного временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть;
- в) осуществление выбора форм вмешательства для конкретного больного в соответствии с особенностями психосоциального дефицита;

---

<sup>1</sup> Палин, А. В. Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией – условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса / А. В. Палин, О. В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30, № 2. – С. 96–103.

г) осуществление последовательности психосоциальных воздействий с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности;

д) учет необходимости поддерживающих непрерывных или периодических психосоциальных воздействий при завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации [74].

Предпочтительными признаются групповые формы работы, как наиболее эффективные и наименее затратные. При невозможности включения пациента в группу (например, в случае его отказа) работа может проводиться в индивидуальном формате. По завершении активных психосоциальных воздействий в группе или индивидуально рекомендуются поддерживающие мероприятия.

Еще один значимый подход, основанный на модели диатез-стресс уязвимости, изложен в работах А.П. Коцюбинского с соавторами. Авторы исходят из адаптационной теории эндогенных психозов, предполагающей взаимодействие между специфической (в отношении психических расстройств) биологической уязвимостью индивида, стрессовыми воздействиями внешней среды, и объемом индивидуальных и социальных ресурсов каждого пациента, позволяющих или не позволяющих устранить (компенсировать) развивающиеся после начала заболевания нарушения [34]. Таким образом, подход учитывает следующие значимые для организации работы составляющие: биологическая уязвимость, психологические ресурсы, определяющие объем доступных для усвоения пациентом способов реагирования на стрессовые ситуации, и социальные ресурсы, предопределяющие степень стрессогенности окружающей среды. Авторы также формулируют ряд принципов организации психосоциальной помощи, в числе которых следующие:

- Возможность выбора разных режимов пребывания пациента в учреждении (от стационарного до иных);
- Возможность выбора режима активности;
- Осуществление специалистами разных вариантов (режимов) наблюдения;

– Организация лечебного коллектива на основании принципов самоуправления и самообслуживания больных [7].

Влияние на психосоциальную реабилитацию оказала сформировавшаяся в последние десятилетия концепция «recovery» [11, 118], которая способствовала некоторому изменению базовых принципов создания программ. Так, важными были признаны следующие положения: целостный взгляд на пациента как личность, учитывающий его ценности, значимые социальные роли, имеющиеся ресурсы; возможность выбора пациентом или совместно с ним долгосрочных целей и способов их достижения; поддержание надежды на будущее, понимание выздоровления как процесса с периодами ухудшений, поощрение постоянного движения к цели [92]. Конечно, сохраняют актуальность партнерские взаимоотношения специалистов с пациентами и их родственниками, вплоть до привлечения пациентов и членов их семей к разработке программ оказываемой помощи<sup>2</sup>.

Анализ литературы и сравнение подходов западных и отечественных авторов к психосоциальной терапии и реабилитации показали, что используемые разными авторами понятия скорее идентичны. Особо важным представляется признание наличия потенциала для улучшения состояния и поведения у любого пациента, даже глубоко измененного болезнью, наличие у него права на самоопределение, необходимость признания его особых потребностей [85]. Оптимальная организация работы предполагает наличие полипрофессиональной бригады, которая определяет мероприятия на основе биопсихосоциальной модели генеза нарушений, мультидисциплинарного подхода к созданию блоков программ. При этом учитывается реабилитационный потенциал пациента, его личностные качества, а не только симптомы, а также уровень его мотивации и активности в максимально нормализованной среде, опираясь скорее на модель заботы и ухода («care-given»), нежели узко на медицинскую модель лечения симптома [120].

---

<sup>2</sup> Палин, А. В. Повышение комплаентности к реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших инновационную программу психообразования на стационарном этапе лечения / А. В. Палин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2024. – № 4. – С. 23–29.

В последние годы все большую роль в улучшении лечебно-реабилитационной работы с пациентами с РШС занимает мультидисциплинарная бригадная форма работы специалистов, которая обеспечивает индивидуальное ведение случая пациента и его максимальный охват различными видами помощи. Полипрофессиональное взаимодействие специалистов направлено на принятие согласованного решения по ведению пациента, учитывая его клинико-психопатологическое состояние и реабилитационный потенциал. Классическая модель полипрофессионального обслуживания пациентов представлена заведующим отделением-врачом-психиатром, лечащим врачом-психиатром, медицинским психологом, специалистом по социальной работе, каждый из которых на своем экспертном уровне определяет вид помощи, которую должен получить пациент [76, 81, 91]. На сегодняшний момент полипрофессиональная бригада является особым компонентом лечебного процесса, в котором пациент и его ближайшее окружение становятся полноценными участниками бригады, вокруг которых объединяются специалисты не только стационара, но и амбулаторной сети, а также присоединяются к работе бригады медицинские сестры, юристы, волонтеры [39, 103]. Одной из важных направлений работы полипрофессиональной бригады является выбор необходимых психосоциальных интервенций и социального маршрута пациента, что способствует увеличению эффективности и качества психиатрической помощи [52, 53, 76].

Таким образом, на протяжении 20 века постепенно, но поступательно, оформлялась практика содействия ресоциализации больных с различными психическими расстройствами, включая тяжелые. Обобщение научных публикаций последних лет свидетельствует о широких возможностях, ценности и достаточной эффективности комплексных программ помощи и поддержки, предлагаемых лицам с психическими расстройствами. Доказаны возможности обучения пациентов бытовым, профессиональным навыкам, усвоение больными новых моделей ролевого, социального поведения, улучшение качества коммуникации и саморегуляции, с последующей интеграцией пациента в сообщество. Необходимо заметить, что по данным научных исследований

технологии психосоциальной реабилитации улучшают качество жизни не только самих больных [45, 207], но и членов их семей [203], позволяют предотвратить рецидивы психического заболевания и снизить число повторных госпитализаций [154].

#### **1.4. Технологии реабилитационных мероприятий в комплексном лечении пациентов с шизофренией**

Как активно развивающаяся область практики, психосоциальная реабилитация состоит из множества психосоциальных интервенций, при этом подходы и технологии существенно разнятся у представителей разных стран и научных школ. Вместе с тем, в настоящей работе важно обобщить наиболее часто встречающиеся технологии психосоциальной реабилитации, и оценить их с точки зрения практической значимости на стационарном этапе лечения пациентов с шизофренией. Анализ обширной литературы свидетельствует, что в качестве основных типов психосоциальных интервенций обычно называют следующие: полипрофессиональное бригадное ведение пациента, групповая работа, программы психообразования, тренинги различных социальных навыков, включая коммуникативные, когнитивная ремедиация, индивидуальные психотерапевтические сессии, семейная и трудовая терапия. Рассмотрим некоторые из названных подробнее.

##### **1.4.1. Когнитивная ремедиация как форма работы с пациентами с шизофренией**

Концепция нейрокогнитивного дефицита, равно как преумноженные современной нейронаукой данные о поражении при шизофрении тех или иных областей головного мозга, эмпирические исследования, доказавшие, что больные

шизофренией сталкиваются с многочисленными трудностями при выполнении нейропсихологических проб, привели к пониманию необходимости улучшать когнитивное функционирование пациентов [3, 22, 168, 231, 222]. Для этой цели предложены варианты психокоррекционной работы, в числе которых такие как «Neurocognitive Enhancement Therapy», «Neuropsychologically Oriented Therapy», «Cognitive Enhancement Therapy», или «Cognitive Remediation» [109, 131, 179, 189, 193, 239]. Первоначально технологии заимствовались из реабилитации лиц с мозговыми нарушениями. Авторы программ стремились минимизировать влияние когнитивных нарушений на повседневное функционирование пациента, добиваясь устойчивого общего улучшения когнитивных процессов - внимания, памяти, исполнительских функций, а позже и более сложных, таких как социальные когниции или метакогниции. Технологии данного типа обычно предполагают диагностический этап, в период которого в области базовых когнитивных способностей пациента выделяются наиболее пострадавшие. Затем эти дефициты тренируются в сериях упражнений. Формат работы обычно групповой, с частыми и регулярными встречами с больными (до 5 занятий в неделю), нередко в сочетании с процедурами трудотерапии, поведенческой терапии, подобранных таким образом, чтобы также тренировать нарушенные способности. Когнитивная ремедиация отличается от психотерапии тем, что ориентирована более на когнитивные процессы как таковые, нежели на содержание мышления и деятельности. Ее рекомендуют пациентам на разных этапах заболевания: как в рамках клиники «первого эпизода», так и при хроническом течении. В практике зарубежных стран когнитивная ремедиация чаще является частью (модулем) широких программ психосоциальной реабилитации больных шизофренией. Свою эффективность она доказала во многих систематических исследованиях [210].

Анализ технологии с точки зрения ее пригодности на стационарном этапе вызывает ряд вопросов и возражений. В первую очередь, последние касаются того, насколько существенно на состояние когнитивной сферы пациентов с шизофренией влияет обострение психопатологической симптоматики, являющееся основной причиной регоспитализации. Ответ очевиден: влияние существенное, а

точная диагностика ведущих и стабильных нарушений когнитивных процессов на фоне обострения затруднена. Соответственно, невозможно планирование индивидуально-необходимых упражнений, а их выполнение малоэффективно вследствие сохраняющейся в этот период общей дезорганизации психических процессов, постпсихотической астении, негативных (побочных) эффектов активной психофармакотерапии. Нельзя не учитывать также, что при неуспехе выполнения, предлагаемых в программе ремедиации упражнений, возможно возрастание уровня переживаемого пациентом стресса и негативных эмоций. В последнем случае возражения против использования когнитивной ремедиации на стационарном этапе носят уже этический характер (как нарушения принципа «Не навреди»). Отсюда следует, что для больных с РШС на этапе обострения и стационарного лечения рекомендовано скорее использовать сохраненные когнитивные функции для решения иных задач, не связанных непосредственно с достижением эффекта когнитивного улучшения.

За последние десятилетия было разработано множество программ, направленных на улучшение когнитивных навыков. Pfammater с соавторами [194] приводят следующую классификацию методов, на которых основаны эти программы:

1. Повторяющиеся когнитивные задачи, представленные в компьютеризированном виде (или в версии «бумага и карандаш»);

2. Формирование компенсаторных стратегий - по организации информации (например, категоризация), по поиску подсказки или в виде опоры на вспомогательные средства организации окружающей среды (создание напоминаний, специальных записей, ящичков для вещей, одежды и др.);

3. Поведенческие или дидактические методы обучения, такие как инструкции, позитивное подкрепление или «научение без ошибок». Последнее основывается на положении, что обучение может быть так организовано, что практически исключает ошибки и неуспех. Технология предполагает такие приемы: (1) задача разбивается на совокупность системно организованных мелких компонентов; (2) тренировка начинается с простейших задач, постепенно переходя

к более сложным; (3) каждый компонент усваивается путем повторений и практики; (4) примененные внешние стимулы, подсказки и инструкции постепенно уменьшаются.

Такие методы используются как самостоятельно, так и в комбинации, образуя подход когнитивной ремедиации. Примерами подобных программ, получивших признание, являются «Integrated Psychological Therapy» (IPT), созданная Н.Д. Brenner и соавторами [166], «Cognitive Remediation Therapy» (CRT), авторами которой являются А. Delahunty и R. Morice [185], «Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation» (NEAR), созданная А. Medalia и соавторами [182], «Cognitive Enhancement Therapy» (CET) G.E. Hogarty и соавторов [162], «Cognitive Adaptation Training» (CAT) D.I. Velligan и соавторов [187], «Тренинг когнитивных и социальных навыков» [76, 176].

#### **1.4.2. Тренинг поведенческих навыков для пациентов с шизофренией**

Начиная с 1960-х г.г. в психотерапевтической практике даже с тяжелыми психически больными стал развиваться поведенческий (бихевиоральный) подход. Это отвечало доминирующему в тот период в академической психологии бихевиоризму, базирующемуся на теории научения и противостоящему психоаналитическому направлению. Бихевиоральная или поведенческая психотерапия предлагала методы, основанных на моделях классического или оперантного обусловливания (обучения), чаще это были техники так называемого «контроля последствий». Оформленные в систему, где пациент независимо от его психического состояния получал (в разных режимах подкрепления) «награду» за признанное правильное поведение, программы, позже названные «жетонной системой» (token economy), вошли не только в арсенал средств специалистов, оказывающих помощь психически больным, но и во все учебники психологии и психиатрии [66, 67]. С использованием принципов жетонной системы пациентов обучали первоначально простым (гигиеническим, бытовым, повседневным)

навыкам, а затем и более сложным - социальным навыкам, управлении нежелательным поведением, способам самоконтроля, и т.п. Важным принципом поведенческой психотерапии стала ее ориентированность на решение задач адаптации пациента, и помощь в решении актуальных проблем («reality oriented») [169, 170].

Уже в первое десятилетие формирования подхода осуществились специализированные проекты, направленных на анализ результатов поведенческих интервенций на состояние больных шизофренией, проходящих лечение в психиатрическом стационаре. Результаты, во-первых, подтвердили возможность достижения положительных изменений в поведении психически больных (независимо от ведущей психопатологической симптоматики), во-вторых, значимость факторов среды и научения для поведения пациентов. Кроме того, подход легко интегрировался в среду психиатрического учреждения, так как не оспаривал биологической парадигмы генеза расстройств, позволял дополнить фармакотерапию и оптимально организовать лечебную среду.

Не останавливаясь на описании поведенческого подхода подробно, укажем, что методы неоднократно проверялись в рандомизированных исследованиях, показали себя как эффективные, привлекательные для больных и персонала, дающие пролонгированный эффект [177]. Поэтому поведенческая психотерапия в той или форме прочно вошла в арсенал практики врача-психиатра в зарубежных странах, особенно на родине бихевиоризма – в США. На данный момент рассматриваемый подход сохраняет свое значение, при том, что диапазон целей, как правило, расширен, перед специалистами ставится задача научения пациента с шизофренией сложным навыкам (социальным, коммуникативным, саморегуляции), что вынуждает к поведенческим технологиям добавлять иные, и подход практически невозможно найти в чистом виде<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Цит. по Палин, А. В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / А. В. Палин // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32, № 3. — С. 96–115.

Если оценить возможность использования поведенческой психотерапии на этапе стационарного лечения, то основными условиями эффективности можно определить необходимость четкого, детального описания (в поведенческих терминах) желаемого результата изменения поведения пациентов, организации терапевтической среды, работающей на данный результат, достаточно длительное время пребывания пациента в такой среде.

### **1.4.3. Психообразование и технологии когнитивной психотерапии пациентов с шизофренией**

Начиная с 1980-х г.г., ведущим и активно развивающимся направлением западной психотерапии становится когнитивная терапия. Возникшая как метод лечения расстройств аффективного спектра, она быстро завоевала место терапии выбора для этой клинической группы, и затем, опираясь на базовые или модифицированные техники, стала использоваться для пациентов с другими психическими расстройствами. На сегодняшний день без приемов выявления и корректировки автоматических мыслей и иррациональных убеждений невозможно представить психотерапию пациентов с депрессией, тревожными и связанными со стрессом расстройствами, зависимостями, патологией личности. Практиков привлекает краткосрочный формат психотерапии, ясность, четкость процедур, очевидность направленности интервенций, опора на реалистичность, возможность разработки и апробации технологий на основе новейших моделей академической психологии.

В отношении пациентов с шизофренией первыми попытками преобразовать их когнитивные убеждения можно считать приемы разъяснения, убеждения, исправления искаженных суждений пациента о своем заболевании, симптомах, лечении, собственной личности и проблемах [102, 103, 132, 228]. Подобные интервенции традиционно осуществлялись психиатрами разных стран (в отечественной практике они определялись как рациональная психотерапия);

мотивированы были необходимостью добиться у пациента критического отношения к себе и заболеванию – для последующего формирования рефлексивной позиции, сотрудничества с врачом. Позже интервенции такого рода получили название психообразования, и, если на начальном этапе они проводились врачом индивидуально, позже утвердились групповые технологии психообразовательной программы [240]. Чаще они предлагались для недавно заболевших пациентов, в дальнейшем стали использоваться на разных этапах заболевания для родственников больных, участвующих в заботе о последних<sup>4</sup>.

Постепенно сложилась практика более структурированных групповых мероприятий, обозначенных термином «psychoeducation», целью которых было определено «обучение человека с психическим расстройством в предметных областях, которые служат целям лечения и реабилитации» [113, 115]. Эффективность такой работы подтверждалась многократно, особенно в аспекте улучшения сотрудничества пациента с врачом и повышения комплаентности к психофармакотерапии [54, 135, 138, 179, 221, 217].

Считается, что психообразование включает в себя элементы когнитивно-поведенческой и поддерживающей (суппортивной) психотерапии<sup>5</sup>. Значимыми для построения психообразовательных программ стали вышеизложенные представления о многофакторном генезе заболевания и модель диатез-стресс-уязвимости [108, 178]. Тезис о том, что биологическая предрасположенность к заболеванию, которая создает уязвимость по отношению к определенным внешним стрессорам, существует, но может быть частично скомпенсирован усилиями пациента и специально-организованной средой - ключевая мотивирующая интервенция программы.

---

<sup>4</sup> Цит. по Палин, А. В. Повышение комплаентности к реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших инновационную программу психообразования на стационарном этапе лечения / Палин А. В. // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2024. — № 4. — С. 23–29.

<sup>5</sup> Цит. по Палин, А. В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / А. В. Палин // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32, № 3. — С. 96–115.

Примеров программ, базирующихся на технологии психообразования, немало, можно рассмотреть одну из них, названную «Групповая когнитивно-бихевиоральная терапия» [129, 142, 188, 210, 211]. Программа интересна, так как была предложена для пациентов психиатрического стационара, порой находящихся в острой фазе болезни, работа начиналась еще до полного выхода из психоза, занятия проводились в групповой форме. Задачи работы были сформулированы как выработка у больных шизофренией навыков тестирования реальности, критического отношения к симптомам болезни, установление эффективной коммуникации между пациентами и со специалистами. Предлагалась серия интервенций, проводимых двумя ведущими (психотерапевтом, обычно лечащим врачом, и ко-терапевтом), в группе из 7-14 пациентов, с определенной в 1-1,5 часа длительностью занятия. Сеттинг предполагал ежедневные встречи, в первой половине дня, и каждая сессия касалась одной темы. В качестве обязательных предлагались такие темы:

- «Как произошло обострение болезни, что этому предшествовало?»,
- «Модель диатез-стресс-уязвимости»,
- «Лекарства, используемые для лечения психического расстройства»,
- «Ранние признаки ухудшения состояния»,
- «Цели после выписки».

Также программа включала дополнительные темы, выбор которых определялся психологическими проблемами участников конкретной группы. Могли быть включены следующие: «Алкоголь», «Галлюцинации», «Тревога и страх», «Бред и психотическое мышление», «Расстройства настроения», «Личностные расстройства из кластера А и гнев», «Личностные расстройства из кластера В и вторичная выгода», «Суицидальные идеи», «Принудительное лечение». Сессии проводились с формулированием целей, представлением новых членов группы, обзором домашнего задания, включали резюме предыдущей сессии. Затем называлась и рассматривалась в форме краткого сообщения и последующего обсуждения тема занятия, далее следовало сформулированное

терапевтом резюме сессии, и домашнее задание. Перед занятием ко-терапевт напоминал пациентам правила группы.

Анализ основных технологий СВГТ позволяет выделить несколько ведущих компонентов программы. Это сократические вопросы, поощрение коммуникации и диалога между пациентами, как людьми с похожими проблемами (взамен общения с дающими советы специалистами), помощь в установлении связи между мыслями, эмоциями и поведением. Использовались объяснение симптомов и причин текущего обострения, положительное подкрепление усилий по улучшению своего самочувствия, конструктивная обратная связь. Для развития коммуникативных навыков применялись разыгрывание ролей, поиск решение проблем с использованием гибких стратегий, обучение сообщению позитивных суждений, активное выслушивание, и иные.

Также следует отметить, что ближайшее окружение пациента также нуждается в психобразовательных интервенциях, которые направлены на улучшение осведомленности о том, что происходит с ним, на снижение уровня экспрессии в семье и улучшение отношений [55, 81, 147, 171].

Предложенный авторами формат работы внедрялся в психиатрических отделениях Италии на протяжении почти двух десятилетий, несмотря на затратность и организационные сложности. В итоговых публикациях определен как «инновационное психосоциальное вмешательство, которое способствует активному вовлечению стационарных пациентов в принятие решений, касающихся их индивидуальных целей и помощи им» [145, 181, 237]. Также авторы подчеркивают эффект в виде повышения удовлетворенности персонала и пациентов, улучшения состояния последних.

#### **1.4.4. Программы тренировки социальных навыков и развития «Social Cognition» у пациентов с шизофренией**

Первые интервенции, нацеленные на тренинг социальных навыков больных шизофренией, включая коммуникативные, предлагались уже в поведенческом подходе. Далее программы стали расширяться, и их создатели перешли от тренинга простых бытовых навыков к более сложным и связанным с адаптацией в социуме. Постепенная смена фокуса происходила скорее стихийно, но в конце 1990-х г.г. исследователей шизофрении привлекла особая группа когнитивных нарушений – дефициты социальной перцепции, понимания состояния других людей, нарушения способности правильной переработки информации, связанной с социально значимыми стимулами, с умением давать на них адекватную реакцию в соответствующих социальных обстоятельствах. Позже описанные изолированные нарушения были квалифицированы как дефицит «Social Cognition», и в настоящее время этот вид дефицита подробно описан как зарубежными, так и отечественными авторами [98, 99]. Широкое признание концепция получила, когда эмпирически была установлена связь нарушений данного типа с показателями социального функционирования пациентов [127, 128].

Концепция нарушений социального познания стала источником идей для многих специализированных тренингов, предложенных пациентам с РШС, а также для лиц с расстройствами аутистического спектра. При расстройствах аутистического спектра данный тип нарушений особенно выражен, нередко обозначается как ключевой. Полный обзор предложенных вариантов программ этого типа невозможен в данной работе, их число велико. Программы предлагались для больных на разных этапах заболевания, включая подострый в стационаре, на стадии формирования ремиссии, и в отдаленных периодах заболевания. Опубликованы мета-обзоры, доказавшие эффективность такого типа интервенций, особенно – для социального функционирования больных [153, 158].

В рамках направления предложены как мишене-ориентированные программы, нацеленные на совершенствование одного из доменов социальных когниций (тренинг распознавания эмоций, тренинг конкретных форм социального поведения), так и сложные, направленные на улучшение в нескольких доменах. Типология нарушений социального познания обширна, и представлена разнообразно. В последние годы Р.Н. Lysaker и G. Dimmaggio предложили модель социальных когниций, где способность к восприятию человеком собственных и чужих чувств, к рефлексии собственного и чужого сознания были соединены и названы метакогницией [176]. Подход несколько усложняет оценку нарушений социального познания, но имеет теоретическое и практическое преимущество, поскольку преодолевает искусственное разделение социальных когниций на домены, позволяет обосновать стратегическую цель терапии – сформировать у пациента собственные представления о себе, значимых других, окружающем мире и психическом расстройстве.

Многочисленными исследованиями была подтверждена эффективность тренингов, нацеленных на улучшение социальных когниций [160, 180], и пациенты нуждаются в долгосрочной психосоциальной поддержке. Одним из возможных объяснений этого являются биологические факторы, которые обуславливают нарушения социальных когниций [103]. Из этого следует необходимость в дифференциальном подходе: если на ранних этапах заболевания возможно восстановление нарушенных функций, то в других случаях может быть более эффективным компенсаторный подход с опорой сохранные функции.

В последние годы признание получила метакогнитивная терапия, также предложенная для пациентов с психозами [176, 183]. Преимущественно программа нацелена на коррекцию типичных для пациентов с РШС нарушений познавательных функций, в том числе в сфере социального познания, дефицитов обработки информации, стратегий принятия решений, искажений системы убеждений, то есть скорее программа фокусируется на процессе мышления. Информирование пациентов о своем заболевании, симптомах, и типичных нарушениях в когнитивной сфере авторы программы также считают

обязательными и включают в используемый материал. Терапия проводится в формате, близком к психообразованию, в небольшой группе, предполагая интерактивную часть занятия, а информация подается в хорошо структурированной и алгоритмизированной форме. Об эффективности МКТ свидетельствуют данные как зарубежных, так и отечественных авторов [37, 61, 176, 213].

Укажем, что помимо перечисленных интервенций активно идет развитие предлагаемых для пациентов с РШС вариантов индивидуальной психотерапии, преимущественно в когнитивно-поведенческой модели. Нередко психообразование становится первой фазой длительных программ, «входом» в последующие дополнительные психотерапевтические или психосоциальные вмешательства, позволяющих пациентам и их родственникам найти форму лечения, оптимальную для состояния пациента и наблюдаемой фазы заболевания. Психообразованию в таком случае решает задачи мотивирования и формирования готовности к последующей реабилитационной работе.

### **1.5. Психосоциальные интервенции для пациентов шизофренией на стационарном этапе оказания психиатрической помощи: аргументы в пользу раннего начала**

Госпитализация пациентов с РШС как правило сопряжена с обострением заболевания, более или менее отчетливым усилением выраженности психотических симптомов, проявлений дезорганизации психической деятельности, с утратой стройности и строгости мышления, нарушениями внимания, темпа и динамики психических процессов, проявлениями в виде нецеленаправленности, импульсивности и иными [50, 47, 48]. В период пребывания в стационаре, на фоне проводимой психофармакотерапии, острое состояние в большинстве случаев достаточно быстро купируется [49, 97, 190, 233]. Но в подостром состоянии отдельные симптомы сохраняются, типичны мучительные переживания больными

психофизического дискомфорта, которые могут быть связаны с резидуальными симптомами или побочными эффектами психофармакотерапии, а также такими личностно значимыми факторами, как восприятие себя как неадекватного и несостоятельного. После редукции проявлений острого психоза, продуктивных симптомов, широко распространены проявления постпсихотической астении, постпсихотической депрессии; последняя есть распространенное клиническое состояние при РШС [26]. В психиатрическом отделении, в условиях ограничительной среды, на фоне интенсивной психофармакотерапии, как внешние влияния, так и динамика психического состояния приводят к отказу пациента от активности, любого, в том числе связанного с деятельностью или общением напряжения, к пассивно-подчиняемому поведению и социальному избеганию.

Указанные особенности клинического состояния создают опасность восприятия пациентом пассивности как полезной альтернативы острому психотическому состоянию, тем более что в практике психиатрической помощи возможностей проявления конструктивной активности у больных недостаточно. Закрепление проявлений госпитализма, паттернов пассивного, и избегающего поведения происходит достаточно быстро в ситуации высокой нуждаемости психотического пациента во внешней помощи и зависимости его от внешних влияний. Таким образом участие в структурированной и правильно организованной тренинговой работе становится той формой поведения, которая, с одной стороны, противостоит хаосу психотического поведения, с другой – пассивности пациента в постпсихотический период.

В пользу раннего начала психосоциальной терапии свидетельствует также то, что любые мероприятия, предполагающие включение пациентов в комфортные, поддерживающие, развивающие просоциальную направленность и восстанавливающие социальные навыки взаимодействия являются позитивными, снижают уровень ангедонии и повышают внутреннюю мотивацию по отношению к лечению. Важны такие принципы организации тренингов, когда обучение исключает ошибки при выполнении заданий, неуспех, а опыт успеха формирует столь важное для больного чувство самоэффективности. В этом заключается

значимый психотерапевтический потенциал таких интервенций как психообразование, поскольку плавное введение материала, в усиленной для пациентов форме, с интерактивными умеренными включениями снижает риск неуспеха.

Еще один аргумент в пользу раннего начала восстановительной работы дает открытие дефицита антиципационной способности, вследствие чего у пациентов страдает не столько способность испытывать удовольствие, сколько ожидание, предчувствие этого удовольствия [19, 117]. Сопутствующие невозможности прогнозировать приятные ощущения, паттерны защитного поведения - в виде отказа от деятельности, от общения, закрепившись, могут стабилизировать проявления, которые относят к негативным симптомам [19, 87, 89, 159]. Умеренные, дозированные нагрузки, мероприятия, пробуждающие активность и переживания удовольствия, комфорта, интереса, могут быть способом наглядного убеждения пациентов в сохраняющейся способности получать удовольствие от жизни. Кроме того, участие в удовлетворяющей пациентов, приятной деятельности заметно повышает мотивацию к участию в дальнейшей реабилитационной работе [67, 68].

Проблема стигматизации и самостигматизации пациентов [71, 78, 82, 85, 95, 173] также более оптимальным образом решается при ранней стационарной реабилитационной работе. Поскольку во время проведения тренинговых занятий пациент находится в группе, состоящей из других больных, это может уменьшать ощущение собственной неадекватности, и повышать ощущение своей ценности. Любой успех, похвала, достижение ведут к росту чувства самоэффективности, уменьшая снижение самооценки, типичное для больных после обострения психоза. Психосоциальные мероприятия позволяют пациенту заранее, до выхода в режим амбулаторной помощи, научиться отвечать на вопросы о своем состоянии, обращаться за медицинской и психологической помощью. Также пациент может заранее обдумать и проиграть ситуации, для него актуальные и сложные, приобрести навыки, необходимые в жизни, а выход за пределы стационара осуществляется экологичным способом.

И, наконец, о необходимости раннего доступа к реабилитационным вмешательствам как общей закономерности для любых пациентов, говорят эксперты ВОЗ, по мнению которых улучшение функциональных результатов обусловлено именно ранним вмешательством, а обеспечение доступности реабилитации может «сократить расходы на здравоохранение за счет сокращения госпитализаций, снижения ограничений активности и улучшения качества жизни» [209].

### **1.6. Параметры восприятия болезни (отношение к болезни), стигматизации и самостигматизации, комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации—факторы, влияющие на эффективность психосоциальной реабилитации пациентов с РШС**

Восприятие болезни — это когнитивная оценка и индивидуальное понимание пациентом состояния своего состояния здоровья и его возможных последствий. Оно фокусируется на том, как человек представляет свою болезнь, что думает о ней и какие переживания она вызывает, как справляться и жить с болезнью. Модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла, разработанная Г.Левенталем и его коллегами, рассматривает связанное со здоровьем поведение, как поведение, находящееся под интенсивным влиянием представлений человека об угрозе болезни для здоровья и жизни. Она объясняет, как люди реагируют на угрозы здоровью и справляются с ними. Под саморегуляцией понимается автономный контроль многообразных психологических, физиологических и поведенческих процессов. Угроза болезни— любой физический, эмоциональный или социальный риск, который может повлиять или уже влияет на физическое или психическое здоровье. Модель исходит из того, что люди активно участвуют в разрешении проблем, связанных с угрозой болезни, создают психические модели угрозы болезней, формируют цели лечения, выбирают способы наиболее вероятные для достижения целей. Представления об угрозе болезни являются субъективными и

не обязательно связанными с научными представлениями. В целом, восприятие угрозы имеющегося заболевания для жизни и благополучия соотносится с формированием малоадаптивных, преимущественно негативных, когнитивных представлений о длительном течении болезни, ее тяжелых последствиях на фоне эмоционально напряженного состояния [174, 175]. При этом восприятие контролируемости собственного состояния в условиях болезни обусловлено четкими адаптивными, позитивными представлениями пациента о механизмах ее протекания, а также информацией об имеющихся у него способах эффективно справиться с проявлениями болезни, в том числе с помощью лечения [1, 62].

Компонентами восприятия болезни по Г. Левенталю и его коллег являются следующие составляющие:

1. Восприятие течения болезни – представления, касающиеся ожидаемой продолжительности болезни; временная траектория угрозы (например, острые, хронические, циклические заболевания).
2. Последствия болезни -представления об имеющихся и предполагаемых эффектах влияния болезни на биологическое, психологическое и социальное благополучие; ожидания последствий от угрозы (незначительные, серьезные, тяжелые или легкие; ожидаемые, переживаемые).
3. Идентификация симптомов болезни – способность распознавать проявления болезни (название угрозы-симптомы, ярлык, диагноз и другие проявления болезни).
4. Контролируемость болезни – вера пациента в то, что болезнь (угрозу) можно контролировать самому либо медицинскому персоналу («что можно предпринять для борьбы с угрозой»).
5. Контролируемость лечения– вера пациента в возможность излечения посредством самоконтроля терапии, специализированной помощи медицинского персонала или социальной поддержки других значимых людей. Восприятие контролируемости собственного состояния в условиях болезни обусловлено четкими адаптивными, позитивными представлениями пациента о механизмах ее протекания, а также информацией об имеющихся у него способах эффективно

справиться с проявлениями болезни, в том числе с помощью лечения («Чем лечиться? Сколько? Последствия? Эффективно ли?»)

6. Понятность болезни – метакогнитивный уровень понимания имеющейся болезни, отражающий доступность ее восприятия; степень осознания угрозы, согласованность признаков болезни между собой.

7. Обеспокоенность болезнью – озабоченность бременем болезни.

8. Эмоциональное реагирование на болезнь–ожидание вреда, неприятные ощущения, чувство тревоги и вероятной опасности, связанные с болезнью.

9. Причины болезни- механизм возникновения угрозы (внешние (вирус, стресс), внутренние (возраст), наследственность, среда, поведение и т.д. [1, 62]

Для измерения восприятия РШС в данном исследовании использовалась русскоязычная версия краткого опросника восприятия болезни [107, 219]. Многие исследования показывают, что представления людей о проблемах с физическим здоровьем являются весьма важными для его прогнозирования и лечения. Модель саморегуляции (SRM) используется в качестве основы и для оценки представлений людей о своих проблемах с психическим здоровьем. Однако таких исследований на российских выборках явно недостаточно.

Прием назначенных препаратов, эффективность которых зависит от соблюдения предписаний врача, является ключевым компонентом в саморегуляции состояния здоровья. Всемирная организация здравоохранения определяет приверженность как степень, в которой поведение человека — прием лекарств, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни — соответствует согласованным рекомендациям поставщика медицинских услуг [238]. Термины «соблюдение режима терапии, комплаенс», «приверженность лечению», «стабильность приверженности, персистентность» и «согласие с лечением» относятся к неоптимальному приему лекарств пациентами. Хотя термины «соблюдение режима терапии» (от англ. compliance — уступчивость, податливость) и приверженность терапии (adherence to treatment) ранее считались синонимами, использование термина «соблюдение режима терапии» (compliance) в настоящее время является менее предпочтительным, поскольку он имеет

негативный оттенок патернализма, отражает авторитарность врача по отношению к пациенту, его пассивное подчинение назначениям врача, усиливает ощущение вины у больного и оценивает правильность соблюдения больным медицинских рекомендаций врача без учета его собственного отношения к болезни, способов совладания с ней и лечения. Напротив, термин «приверженность лечению» признает активную роль пациента в принятии рекомендаций врача и предполагает определенную стабильность приверженности во времени (от англ. *persistence* — стабильность, сохраняемость, устойчивость), под которой понимается степень, в которой пациент следует рекомендациям или модификациям поведения, рекомендованным врачом, в течение заранее определенного периода времени. Например, продолжительность времени между первым и последним приемом препарата, применяемая в том случае, если пациент прекращает лечение. Термины «приверженность» и «согласие с лечением» (*adherence to treatment and concordance with medication*) аналогично описывают ситуацию, в которой план лечения совместно обговаривается, согласовывается пациентом и врачом в результате установления терапевтических отношений между ними. Проведение обсуждения и планирования в рамках совместных усилий по определению плана лечения и/или модификации поведения, направленных на обеспечение оптимального здоровья пациента, закрепляется соглашением между пациентом и медицинским работником.

Неприверженность — это неспособность человека соблюдать предписанную схему лечения. Хотя неприверженность традиционно приписывается оппозиционному поведению, более вероятно, что она вызвана неадекватной коммуникацией между практикующим врачом и пациентом, физическими или когнитивными ограничениями, которые не позволяют пациенту следовать терапевтическим рекомендациям (например, языковые различия между пациентом и практикующим врачом, физические недостатки), или неблагоприятными эффектами, которые не устраняются должным образом. Неприверженность может представлять собой сложный набор форм поведения с преднамеренными и непреднамеренными причинами. Преднамеренное нарушение приверженности —

это активный процесс отклонения от лечения в результате осознанного выбора пациента. Пациент решает активно не следовать рекомендациям специалиста. Эту категорию неприверженности лучше понять с точки зрения влияния перцептивных факторов (например, убеждений и предпочтений), влияющих на мотивацию начать и продолжить лечение. Убеждения и знания человека о своем состоянии здоровья и схемы лечения играют важную роль в принятии решения. Пациенты могут намеренно отказаться от приема лекарств, основываясь на хорошо информированных или ошибочных представлениях о пользе и риске лекарств. Например, человек может активно принимать решение о прекращении приема лекарств из-за его неприятных последствий [69].

Данные о глобальном бремени болезней свидетельствуют о том, что психические расстройства становятся все более серьезной проблемой для общественного здравоохранения. Соблюдение режима приема лекарств — важнейший, но сложный аспект фармакологического лечения основных психических расстройств [203]. Н.Б. Лутова рассматривает комплаенс (приверженность лечению) у больных с эндогенными психическими расстройствами как сложный многофакторный феномен, который определяет успешность терапии и социальную адаптацию пациентов. К формирующим комплаенс относятся несколько ключевых подсистем связанных: с пациентом, с терапией, с окружением пациента и взаимодействием врача и пациента. Психообразование, развитие терапевтического альянса, комплаенс-терапия, вовлечение семьи и оптимизация терапии – основные пути улучшения комплаенса [40].

Несоблюдение режима приема антипсихотических препаратов пациентами с расстройствами шизофренического спектра является основным фактором риска рецидивов и повторных госпитализаций, что приводит к серьезным социальным и экономическим последствиям. Многие пациенты с шизофренией частично или полностью не осознают наличие у себя психического расстройства [230]. Особой категорией пациентов с недостаточной комплаентностью и более тяжёлым течением эндогенного процесса являются больные с РШС, имеющие коморбидный

диагноз, связанный с употреблением психоактивных (наркотических) веществ и алкоголя. Исследования показывают, что у данной группы имеются сложности в выстраивании терапевтического альянса, поддержании приверженности медикаментозному лечению терапии, опознавании симптомов, связанных с обострением. Это приводит к проблемам на этапе различных форм стационарного лечения, которые становятся ещё острее на амбулаторном этапе [42].

## **ГЛАВА 2. ПРОГРАММА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

### **2.1. Возможности и типология программ психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра**

Как уже выше отмечено, на сегодняшний день психообразование считается важным аспектом психологической помощи и рекомендуется при лечении РШС [119, 129, 156, 184, 197, 198, 202, 203]. Эффективность его подтверждалась многократно, особенно в аспекте улучшения сотрудничества пациента с врачом и повышения комплаентности к психофармакотерапии [32, 138, 203].

Показания к участию в группе психообразования весьма разнообразны, но чаще это пациенты и члены их семьи. Противопоказаниями обычно определяют массивные формальные расстройства мышления, повышенное вследствие маниакального или гипоманиакального состояния настроение, выраженная галлюцинозно-бредовая симптоматика, суицидальная настроенность. Важным для организации программы психообразования является требование клинической гетерогенности группы; если в группу пациентов с РШС включены лица с иными заболеваниями, то для последних получаемая информация может оказаться неоправданно пугающей, травмирующей. Сеттинг обычно краткосрочный – в диапазоне 6-12 занятий, с частотой 2-3 раза в неделю, ведущими группы являются врач или психолог, обычно проводящие группу вдвоем как ко-терапевты.

На начальных этапах становления практики, психообразование предлагалось для недавно заболевших пациентов с высоким реабилитационным потенциалом в основном в условиях полустационарной или амбулаторной помощи. В дальнейшем

диапазон применения интервенций расширился, они начали использоваться на разных этапах заболевания, не только для пациентов, но и для родственников больных, участвующих в заботе о последних. Постепенно сложилось несколько подходов к организации работы, разделение их условно, чаще можно наблюдать сочетание целей вмешательства и техник.

Устоявшейся практикой является психообразование для пациентов с психическим расстройством; в случае РШС тематика сессий охватывает следующие темы: симптомы психоза, генез и модели психоза, основные и побочные эффекты лекарств, алгоритмы поддерживающей терапии, возможности разных видов психосоциальной помощи (порой с информированием о ресурсах и путях ее получения). Такая модель правомерно получила название информационной, так как в первую очередь предоставляет знания о психическом заболевании и его лечении [216].

Калькой с описанного подхода позже стало использование информирования для родственников пациентов с РШС, принимающих непосредственное участие в помощи больному. Предоставление информации о заболевании и лечении (тематически идентичное указанному ранее) обычно осуществлялось для лиц из нескольких семей, или для членов семьи при участии пациента. Такое семейное психообразование имело несколько целей. К ним относятся построение альянса с родственниками, которые заботятся о человеке с шизофренией, уменьшение неблагоприятной атмосферы в семье, повышение способности родственников осознавать, предвидеть и решать проблемы, связанные с заболеванием одного из членов семьи, поддержание разумных ожиданий в отношении перспектив и возможностей пациента, желаемых изменений в его состоянии.

Следует заметить, что подобная работа с членами семьи пациента с РШС не является единственно возможной; используются семейные вмешательства, направленные на улучшение работы семейной системы в целом, группы поддержки для родственников пациентов, иные.

Уже первые авторы программ психообразования отмечали, что частым явлением у больных с шизофренией, особенно недавно заболевших, является

отрицание заболевания, либо недооценка его тяжести, и сопряженные с этим ухудшения состояния [140, 149]. Имеет значение и наличие страхов, обусловленных ожиданиями побочных эффектов терапии, опасения возможного в будущем рецидива или утяжеления состояния, осознание сложностей фармакотерапевтического лечения, включая побочные эффекты препаратов. Работа с указанными переживаниями очевидно необходима большому числу пациентов, и логично дополняет иные психообразовательные интервенции. Отсюда возникла модель, определяемая как суппортивная (поддерживающая), которая предполагает организацию групповой работы, с вовлечением пациентов (а иногда и членов их семей), с целью не столько получить знания и навыки, сколько помочь справиться с тяжелыми чувствами, сопутствующими имеющемуся заболеванию. Как подчеркивали исследователи, необходимо, чтобы «систематическая, структурированная, дидактическая информация о заболевании и его лечении, включала интеграцию сопутствующих эмоциональных аспектов, чтобы дать возможность пациентам и их семье справиться с болезнью» [148].

Более поздним вариантом можно считать модель психообразования, основанного на методах мотивационного интервью. Предложенное в клинике расстройств зависимости [147], мотивационное интервью в дальнейшем вышло за пределы работы пациентов с наркологическими заболеваниями, и широко используется для решения задачи изменения поведения, связанного со здоровьем. Мотивирующие вмешательства были интегрированы и в психообразовательные мероприятия, проводимые с пациентами с шизофренией, особенно с теми из них, кто обнаруживал низкую приверженность к лечению, различные нарушения режима приема терапии или употребление психоактивных веществ [133, 137, 202].

При организации помощи пациентам с психическими расстройствами мотивация к преодолению болезни, ее последствий, вызванных заболеванием социальных потерь, наряду со стремлением к сохранению ранее достигнутых социальных достижений, или восстановлению их, имеет огромное, даже решающее значение. Поэтому специалисты уделяют большое внимание повышению вовлеченности больных с РШС не только в лечение, но и в мероприятия

психосоциальной реабилитации, а таким образом содействуя восстановлению после болезни<sup>6</sup>.

Предлагались и создаются все новые варианты программ, нацеленные на повышение мотивации пациента к участию в работе по преодолению заболевания, по достижению позитивных изменений [9, 83, 86, 88]. Важно, что в программах широко используются приемы психообразования, информирования пациентов - о структуре, механизмах мотивации и ее нарушениях при психическом расстройстве, происходит обучение навыкам целеполагания и планирования [84, 93, 94]. Пациентов обучают проявлять внимание к собственным потребностям, правильно ставить цели, планировать необходимые действия, и поддерживать таким образом их собственную конструктивную активность, преодолевая выученную беспомощность<sup>6</sup>.

Как отмечено выше, одной из важных для пациентов с РШС целью является обучение навыкам, то есть приемам, способам, позволяющим более эффективно справляться с болезнью и ее симптомами; данная цель может стать основной при построении особого типа программ психообразования. Последние направлены на формирование у пациента навыков поведения, необходимого для мониторинга, оценки своего актуального состояния, имеющихся симптомов, степени их выраженности, для организации своего поведения таким образом, чтобы обеспечить выполнение врачебных рекомендаций, для развития навыков рефлексии и саморегуляции [151]. Наиболее важной идеей подобных программ является профилактика рецидивов психоза; и потому программы обучают пациента вовремя распознавать ранние симптомы рецидива, осуществлять мониторинг своего состояния, выстроить кризисный план на случай, если симптомы превысят определенный порог; эффективность программ доказана [220].

Психообразование за последние годы прочно вошло в практику психиатрической помощи, при том, что традиция его использования может

---

<sup>6</sup> Цит. по Таккуева, Е. В. Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга / Е. В. Таккуева, А. Б. Холмогорова, А. В. Палин // Современная терапия психических расстройств. — 2019. — № 1. — С. 38—48.

различаться. В англоговорящих странах психообразование редко выступает как самостоятельный терапевтический метод, в большинстве случаев является элементом широкомасштабных программ психосоциальной реабилитации [9, 15, 30, 72, 154, 185, 188]. В немецкоязычных странах оно скорее предстает как самостоятельная программа, дидактически умело оформленная, решающая задачу передачи ключевой информации пациенту и членам его семьи [45]. В соответствии со второй традицией специалисты декларируют необходимость достижения пациентом и членами его семьи обязательного базового уровня компетентности в области имеющегося психического заболевания и его лечения; впоследствии к этому могут быть добавлены иные программы, такие как индивидуальная поведенческая терапия, тренинг уверенности в себе или ассертивности, тренинг по решению проблем или коммуникативный и т.д. Проведенные рандомизированные мультицентровые исследования показали, что применение программ психообразования позволяет заметно снизить частоту повторных госпитализаций и сократить длительность пребывания пациента в стационаре [107, 115, 220]. Добавление психообразования к достоверно повышает общую эффективность стационарного лечения, усиливает противорецидивный эффект [28, 87, 95].

Как справедливо указывают отечественные исследователи [68], сложность оценки эффективности психообразования отчетлива для случаев более сложных программ, содержащих больше терапевтических компонентов. В подобных случаях непросто доказать вклад отдельных компонентов программы в общий результат (что отвечает алгоритму доказательного подхода); одновременно менее стандартизированные потому гибко приспособляемые к запросам конкретного больного программы более эффективны в долгосрочной перспективе [87]. В целом правомерно утверждение высокой привлекательности психообразования для внедрения в широкую клиническую сеть [86].

Изучение эффектов психосоциальных мероприятий проводится регулярно, и в литературе имеются обнадеживающие данные относительно эффективности даже краткого курса психообразования (в пределах до 10 сессий) [34, 196]. Исследователи полагают, что эффективность подобных краткосрочных программ

обеспечивается грамотной организацией работы: использованием кратких модулей с правильно оформленной терминологически и содержательно информацией, применением интерактивных технологий, активностью и взаимодействием участников программ. Также важны ориентация на обсуждение наиболее значимых для пациентов вопросов, качество аргументации необходимости лечебных мероприятий, взаимодействия с медицинскими специалистами, при одновременном содействии рождению надежды на возможность достижения положительного результата (например, путем профилактирования последующих госпитализаций). Формирование не только уверенности в необходимости терапии, но и доверия к врачам, иным специалистам, готовности принимать участие в психосоциальных реабилитационных мероприятиях и в дальнейшем – наиболее важная цель и достижимый результат правильно организованных психообразовательных сессий.

Систематические обзоры, представившие сетевой анализ данных оценки эффективности программ психообразования [198, 211] позволяют уверенно утверждать значение программ для снижения вероятности рецидива, повторной госпитализации, и улучшения соблюдения режима терапии как минимум на период года наблюдения. По мнению авторов, это позволяет уверенно квалифицировать психообразовательные вмешательства как клинически эффективные и экономически оправданные.

Безусловно, в организации психообразования существуют и сложности, главной из которых для пациентов с РШС является прямое информирование о психиатрическом диагнозе, прогнозе и вариантах лечения [192, 214]. Данный вопрос, этически сложный, как минимум требует особой организации информирования пациента, проводимой с учетом рисков постановки неверного диагноза, непонимания пациентом предоставляемой информации, возникновения переживаний, сопряженных со стигматизацией, усиления страдания пациента, и риска отказа от контакта со специалистами, прерывания терапии. Представляется, что исследования и сравнительного анализа конкретных программ

психообразования являются актуальными, как и широкое внедрение наиболее эффективных, создавших успешные технологии проведения психообразования.

Известный вариант программ психообразования обязан своим рождением низкому уровню согласия к лечению (комплаентности) больных психическими заболеваниями. Специализированные психотерапевтические сессии для повышения уровня комплаентности впервые были предложены именно в психиатрической клинике [165]. Вмешательства данного типа принято относить к когнитивно-поведенческим техникам, с включением адаптированного варианта мотивационного интервью и приемов психообразовательных программ. Главной целью комплаенс-терапии является организация и развитие активного диалога с пациентом в отношении «плюсов» и «минусов» проводимого медикаментозного лечения, осуществляемого на основе взаимодействия врача и пациента, совместной для обоих цели улучшить состояние здоровья пациента. Для комплаенс-терапии доказано, что если она проводится с позиции патерналистского отношения к больному, явно, напористо и тенденциозно, это провоцирует негативный результат. Поэтому в основу комплаенс-терапии положены технологии мотивационного интервью [184, 221], а для пациентов с РШС неизбежно увеличивается число сессий, используются дополнительные процедуры (например, оценка симптоматики, когнитивных нарушений).

В отечественной практике комплаент-терапию также применяют, полагая методом с доказанной эффективностью [101]. Данный вариант вмешательств, являясь краткосрочным, способствует формированию у пациента навыков оценки и контроля своего психического состояния, в том числе - продромальных проявлений, что приводит к более активной и самостоятельной позиции пациента в отношении психофармакотерапии, к своевременному обращению за помощью. Доказано также, что комплаенс-терапия может укреплять терапевтический альянс, обеспечивать более высокий уровень социальной поддержки, а достигаемое следование схеме лечения пациентами с РШС распространяется и на соблюдение врачебных рекомендаций, касающихся психосоциальной сферы, заботы пациента о своем образе жизни, участия в мероприятиях психосоциальной реабилитации.

Метакогнитивный тренинг - МКТ, созданный S. Moritz и соавторами [183, 186], является программой, где удельный вес компонента психообразования невелик. Преимущественно программа нацелена на коррекцию типичных для пациентов с РШС нарушений познавательных функций, в том числе в сфере социального познания, дефицитов обработки информации, стратегий принятия решений, искажений системы убеждений. Однако информирование пациентов о своем заболевании, симптомах, и типичных нарушениях в когнитивной сфере авторы программы считают обязательными. Имеются данные, свидетельствующие о позитивном влиянии МКТ на осознание имеющегося психического расстройства, улучшение кооперативности, раппорта, положительные эффекты в области социального познания, снижение уровня враждебности и агрессивных намерений [32]. Необходимо также отметить, что сессии МКТ проводятся в формате, основанном на психообразовании, в небольшой группе, где информация подается в хорошо структурированной и алгоритмизированной форме. И это также косвенно свидетельствует в пользу эффективности такого дидактического формата, возможностях преодоления даже серьезных и стойких нарушений процессов социального восприятия, мышления, убеждений.

Необходимо указать, что психообразовательные интервенции не являются заменой или альтернативой длительной когнитивно-бихевиоральной или иной психотерапии. Напротив, психообразование скорее следует рассматривать как предвестник и катализатор последующих дополнительных стратегий психотерапевтического и психосоциального вмешательства, позволяющих пациентам и их родственникам найти форму лечения, оптимальную для состояния пациента и наблюдаемой фазы заболевания. Психообразованию скорее присущи такие психотерапевтические функции как мотивирование и общая организация последующей помощи; создающие основы для успешного долгосрочного преодоления трудностей и психологических дефицитов пациента или членов его семьи.

Одним из наиболее сложных вопросов, касающихся использования психосоциальных вмешательств, включая психообразование, является период

заболевания, когда они должны применяться<sup>7</sup>. В рекомендациях авторитетного британского National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) предлагается начинать использование психосоциальных вмешательств во время острой фазы психоза [201]. Аналогичные рекомендации были ранее сформулированы специалистами Американской психиатрической ассоциации [147] и DGPPN (Немецкого общества психиатрии, психотерапии и неврологии) [223]. Благодаря указанным рекомендациям, психообразовательные вмешательства приобрели статус стандартной программы на этапе острой и подострой фаз психоза у пациентов с шизофренией<sup>8</sup>.

Тем не менее, вопрос о возможности и обоснованности применения психосоциальных интервенций, включая психообразовательные, на этапе сразу после обострения, в период пребывания пациента в стационаре, находит скромное отражение в литературе. Ранее широкую известность получило суждение авторитетного специалиста в области психосоциальной реабилитации P.D. McGorry, который полагал, что эффективность психообразования тем выше, чем в более ранний период оно начато, имея в виду период дебюта заболевания [170]. В последующих работах суждения специалистов были более сдержанными, особенно с учетом того, что больные на этапе дебюта порой не имеют достаточного осознания своего заболевания и мотивации к его изучению [8, 90]. А последние два обстоятельства – важные факторы усвоения материала в период проведения психообразовательных интервенций. Однако, для длительно болеющих пациентов усвоение новой и значимой информации о своем заболевании также может быть недостаточным, но уже вследствие переживаемой ими безнадежности, выученной беспомощности, да и собственно когнитивных нарушений; и это подтверждает

---

<sup>7</sup> Цит.. по Палин, А. В. Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией – условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса / А. В. Палин, О. В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2020. — Т. 30, № 2. — С. 96–103.

<sup>8</sup> Цит.. по Палин, А. В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / А. В. Палин // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32, № 3. — С. 96–115.

имеющимися данными [111, 207]. По настоящее время вопрос о времени начала психообразования не имеет однозначного решения.

Важным компонентом психосоциальной реабилитации можно считать использование технологий когнитивно-бихевиоральной терапии. В одной из недавних обзорных работ [116] была дана осторожная рекомендация в отношении использования ее технологий для пациентов с обострением психоза, и в числе главной мишени определено улучшение клинического инсайта, то есть осознания, понимания собственного заболевания. В то же время, авторы статьи полагают правомерным и более широкий класс мишеней, связанных с пониманием и совладанием с симптомами заболевания на разных этапах текущего болезненного процесса. Следует указать, что подобные задачи частично могут решаться путем применения психообразовательных технологий. Но еще более важным, на наш взгляд, аспектом, является то, что психообразование следует рассматривать как предвестник и катализатор последующих стратегий психотерапевтического и психосоциального лечения, позволяющих пациентам и их родственникам найти форму лечения, оптимальную для состояния пациента и наблюдаемой фазы заболевания. Исходя из этой логики, психообразованию приписываются такие важные психотерапевтические функции как мотивирование и общая организация последующей помощи. Реализация этих функций позволяет оформить долгосрочную программу преодоления трудностей и психологических дефицитов пациента, что применимо независимо от принадлежности его к группе с первым психотическим эпизодом или с рецидивом психоза на более поздних этапах заболевания.

За период развития психообразовательных вмешательств для больных с РШС возникали и весьма смелые, пока не получившие широкого распространения практики. Так, некоторые исследователи выдвигали идеи возможности привлечения к проведению подобных программ модераторов, имеющих собственный опыт психотического расстройства – в известной логике «равный равному». Так, в исследовании 2008 г. использовалась специальная программа

обучения модераторов, включающая не только прохождение ими психообразовательной программы, но и специальные семинары и работу под супервизией, что впоследствии помогало самостоятельно проводить занятия [199]. Программа психообразования, проводимая в дальнейшем модераторами, была стандартной: 8 сессий по 60 минут групповых занятий, которые включали кроме знакомства и разминки содержательные блоки, касающиеся основных симптомов, диагноза, причин заболевания, знакомство с лекарствами, возможностями психологической помощи и психосоциальной терапии, признаков рецидива и возможностей копинга с симптомами заболевания. Несмотря на вполне удовлетворительную достигнутую в исследовании эффективность, такая практика не получила широкого распространения, хотя авторы исследования полагают, что программа «равный-равному» может дать пациентам с шизофренией «новый луч надежды», и мотивировать их на лечение как фармакологическими, так и психосоциальными методами. Данные Кохрановского мета-обзора не позволяют пока подтвердить оптимистичное видение подхода, скорее свидетельствуют об отсутствии реальной практики и вызывающих доверие исследований в этой области [110]. В перспективе, как представляется, использование подобной модерации может получить свое развитие, особенно если учесть нарастающую практику информационных ресурсов, посвященных способам преодоления психотических расстройств и восстановления после психоза.

Последнее соображение отражает наметившиеся в последние годы, но все более широко внедряемые психообразовательные вмешательства, осуществляемые путем использования цифровых технологий. В области охраны психического здоровья цифровые технологии пока не получили значительного развития, хотя диапазон их использования расширяется. И создание большого числа программ психологического просвещения, часто на основе групп самопомощи для лиц с разными расстройствами, стало уже широкой практикой, особенно в развитых странах. Насколько эта практика полезна для пациентов с психотическими расстройствами – вопрос, не имеющий однозначного ответа. Но задачи повышения осведомленности о психических расстройствах, преодоления стигматизации и

пессимизма в оценке перспектив пациентов кажутся пригодными для решения с помощью современных информационных цифровых технологий. Можно думать, что со временем в РФ будет создана новая, простая и доступная для пациентов модель психообразования, которая будет иметь широкий спектр применений, включая профилактику, раннюю диагностику и раннее вмешательство, а также содействовать соблюдению режима лечения при шизофрении. В настоящее время интерес к таким программам есть как у потребителей, так и у специалистов.

Сказанное отражает еще один ракурс рассматриваемой темы, связанный с акцентом на изучении удовлетворенности пациентов с психическими расстройствами оказываемыми им медицинскими услугами. Без сомнения, мнение пациентов важно и даже может стать приоритетным, поскольку именно они имеют уникальный опыт и личные впечатления в области психиатрической помощи. В одной из работ [232] путем интеграции данных качественных исследований на основе интервью пациентов были выделены установки на получение психосоциальной помощи, в том числе психообразования, на этапе стационарного лечения. Как оказалось, пациенты полагают такую помощь неотъемлемой частью их плана лечения, так как благодаря ей им удастся осмыслить и понять собственные трудности, мысли, эмоции и поведение. Кроме того, на фоне отмечаемого многими больными дефицита продуктивного общения в стационаре (который порой больные расценивают как проявление негативного к ним отношения со стороны персонала, неуважения и пренебрежения), обсуждение опыта, переживаний, беспокоящих пациента симптомов в период психообразовательных интервенций может компенсировать этот дефицит, изменить восприятие пациентами среды отделения с негативного на более реалистичное – как помогающей и терапевтической<sup>9</sup>.

Следует отметить, что традиционно в психиатрических учреждениях особое внимание уделяется терапии занятостью и терапии средой (милие-

---

<sup>9</sup> Цит.. по Палин, А.В. Инновационная психообразовательная программа для пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи / А. В. Палин, Н.А. Сирота // Психическое здоровье. – 2025. – Т. 20, № 4. – С. 3–13.

терапии) [33, 95]. Терапия занятостью и трудотерапия – важный компонент лечения, часть реабилитации и социальной поддержки, она способствует личностно-социальному восстановлению (recovery) за счет включения пациентов в значимую деятельность, укрепляя автономию человека в его повседневной деятельности, повышая качество его жизни и показатели личного благополучия [38, 46]. Данные исследования мнений пациентов психиатрических больниц показывают, что для них наиболее травмирующими факторами, связанными с пребыванием в стационаре, являются неудовлетворительные условия содержания, жесткий режим и избыточные ограничения, грубость и авторитарность персонала [95]. Учитывая данные факторы, а также продолжающуюся реорганизацию психиатрических служб в последние годы и высокий запрос пациентов и их ближайшего окружения на психотерапевтическую помощь, в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗ г. Москвы» была организована программа терапия занятостью. Данная программа функционирует в течение последних 15 лет для всех пациентов психиатрического стационара с различными диагнозами без нозоспецифичности, которые по своему психическому состоянию при наличии показаний и противопоказаний готовы посещать данную программу. Специалисты полипрофессиональной бригады под руководством заведующего общепсихиатрическим отделением-врача-психиатра направляют пациентов по показаниям в сопровождении младшего персонала в отделение медико-психологической помощи, где в поддерживающей среде каждый день в течение 60 минут проводится занятие по терапии занятостью, после проведения которого пациенты возвращаются в общепсихиатрический стационар. Основными показаниями для участия в программе терапии занятости являются: возраст от 18 до 70 лет, добровольная госпитализация пациента в психиатрический стационар, относительно упорядоченное поведение без агрессивных и суицидальных мыслей и действий, согласие пациента участвовать в программе по терапии занятостью, при этом противопоказаниями для участия в программе являются категорический отказ пациента от посещения программы, недобровольная госпитализация, склонность к психомоторному возбуждению,

враждебность, нарушение сознания, активная суицидальность, тяжелое соматическое состояние в состоянии декомпенсации. Занятия программы терапии занятостью проводятся в группе с числом участников от 3 до 15 пациентов под руководством инструктора по трудовой терапии и волонтеров. Занятие по терапии занятости не имеет четкой структуры, не включает в себя психообразовательных стратегий, а направлено преимущественно на развитие и поддержку навыков коммуникации, социализации и самоэффективности. Во время занятий пациенты рисуют картины по номерам, делают коллажи с учетом предложенной им тематики, используются элементы арт-терапии, музыкотерапии, гончарного искусства, делают аппликации, оригами из бумаги, различные тематические открытки и рисунки с учетом их желаний и способностей. Данное занятие проходит в атмосфере максимальной поддержки без директивности, поддерживается инициатива самих пациентов и дается выбор в плане активности на занятии. В среднем за весь период госпитализации пациенты получают от 10 до 15 занятий терапии занятостью, которая продолжается в амбулаторных условиях. Также важно подчеркнуть, что данная программа является одним из компонентов клубно-студийно-досуговой деятельности и проводится в студиях по арт-терапии, музыкотерапии и гончарных мастерских, где положительное влияние мелле-терапии на пациентов максимально.

**Разработка программы медико - психологического сопровождения для  
пациентов с РШС на стационарном этапе лечения  
(ПМПСПС)**

С учетом короткого периода госпитализации в психиатрический стационар в количестве  $34,6 \pm 6,8$  дня, программа была рассчитана на 10 занятий, проводимых ежедневно. В качестве основного формата работы в рамках психосоциальных воздействий было психообразование. У выбранных пациентов ранее отмечались 4-6 госпитализации в психиатрическое учреждение, и среди них не было ни одного участника, кто бы не принимал ранее участия в стандартной программе психообразования. В этой связи был минимизирован объем стандартной

психообразовательной программы. Так, пациентам предлагалось информирование о болезни, ее симптоматике, признаках обострения, о возможностях психотерапии РШС. Объем этой информации предполагался минимальным, без групповой дискуссии, что имело обоснование, так как в этом случае обсуждение данной проблематики строилось в логике «общеизвестного», что вызывало снижение уровня сопротивления к интервенциям и повышало мотивацию к работе в дальнейших занятиях.

### **2.2.1. Формулировка целей программы**

1. Развитие когнитивных навыков путем введения умеренных интеллектуальных нагрузок, требующих концентрации внимания в структурированных и небольших по объему коммуникациях;
2. Профилактика госпитализма, и преодоление пассивно-подчиняемого поведения в условиях ограничительной среды психиатрического стационара, с поддержкой собственной активности пациента;
3. Формирование осознанной позиции в отношении своего заболевания, новой его концептуализации, уменьшение катастрофических ожиданий и опасений;
4. Снижение переживаний собственной беспомощности и несостоятельности путем формирования сострадательного отношения к самому себе;
5. Противодействие негативным установкам в отношении участников группы и специалистов;
6. Включение пациентов в комфортные и поддерживающие взаимодействия для преодоления социальной ангедонии;
7. Ознакомление пациентов с возможными вариантами получения психологической помощи и социальной поддержки после выписки из стационара, содействие свободному выбору и поиску удовлетворяющих форм помощи;
8. Превенция чувства безнадежности путем формирования ближайшей перспективы и планов за пределами пребывания в стационаре;

9. Повышение комплаентности к мероприятиям психосоциальной реабилитации и психотерапевтической помощи;
10. Организация «бесшовной» маршрутизации пациентов после выписки из стационара за счет активного информирования и инструктирования;
11. Формирование у пациентов партнерского типа взаимоотношений со специалистами в сфере охраны психического здоровья;
12. Повышение уверенности пациента в своей способности самостоятельно планировать свое лечение и своевременное обращение за помощью.
13. Снижение уровня стигмы и самостигматизации.

### **2.2.2. Отбор пациентов и сеттинг групповых занятий**

Отбор пациентов осуществлялся по направлению полипрофессиональной бригады специалистов, куда входили заведующий отделением-врач-психиатр, лечащие врачи-психиатры, медицинские психологи и специалисты по социальной работе. Важно отметить, что в ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗ г. Москвы» работа полипрофессиональной бригады специалистов проводится не менее 1 раза в неделю и больше по любой инициативе члена бригады, и все поступающие пациенты в 100% случаев осматриваются бригадой. Отбор пациентов для групповых занятий осуществлялся на основе следующих критериев включения:

1. Возраст от 18 до 55 лет;
2. Установленными в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 диагноз, кодируемый в рубриках F20 – F21;
3. Добровольное информированное согласие на участие в психосоциальных мероприятиях после проведения заседания полипрофессиональной бригады специалистов, которая включает врача-психиатра, медицинского психолога, врача-психотерапевта, специалиста по социальной работе;
4. Длительность болезни 6-10 лет с наличием в анамнезе 4-6 госпитализаций

5. Включение в состав группы из 6–8 человек пациентов, приближенных по социально-демографическим параметрам (лица одного возраста, сопоставимый уровень образования, за исключением пациента-модератора.).

В качестве критериев исключения выступают:

1. Признаки острого психоза (при возможности стандартизированной оценки показатель по шкале PANSS [167] не превышает 80 баллов),
2. Проявления активной психопатологической симптоматики или нарушений поведения, требующие строго наблюдения со стороны медицинского персонала психиатрического отделения,
3. Проявления психоорганического синдрома и деменции,
4. Выраженное эмоционально-волевое снижение,
5. Коморбидные заболевания (ЧМТ, эпилептиформные приступы в анамнезе, наркологические заболевания, серьезная сопутствующая соматическая патология),
6. Физически ослабленные пациенты,
7. Исключались пациенты с выраженными признаками медикаментозной седации.

Сеттинг ПМПСПС: пациенты в рамках программы принимают участие в 10 занятиях, проводимых в закрытой группе, ежедневно по будням (за исключением выходных дней-субботы и воскресенья). Мотивирование на участие в программе пациентов, которые находятся в условиях стационара, имеет свои особенности. Обычно в этот период пациенты не имеют собственной мотивации на участие в психосоциальных мероприятиях, не проявляют инициативы, и для их привлечения к работе необходима мотивирующая беседа, которую проводит лечащий врач-психиатр или ведущий программы по согласованию с врачом-психиатром. Целью такой мотивационной беседы является информирование о предстоящей работе, о значимости такой работы для улучшения психического состояния, а также обсуждение обязательств по участию в групповом процессе. Достижение такого согласия требует тактики мягкого убеждения с доброжелательным и сочувственным отношением к пациенту с искренним желанием ему помочь

Каждое занятие ПМПСПС имеет продолжительность 60 минут. Ведущим является врач-психотерапевт или медицинский психолог, имеющие подготовку в

когнитивно-поведенческом подходе. Важно отметить что в качестве со-ведущего приглашается пациент с РШС, который имеет опыт преодоления болезни, находится в состоянии медикаментозной ремиссии на амбулаторном этапе, и ранее прошел стандартную программу психообразования. При отсутствии модератора программа также может быть применена, в этом случае необходимо участие второго ведущего из числа специалистов полипрофессиональной бригады.

### **2.2.3. Принципы работы группы и организация занятий**

Сформулированные на этапе создания программы и скорректированные в ходе ее апробации принципы работы группы были следующие:

1. Четкий, структурированный стиль ведения – все занятия заранее спланированы, проводятся в строго определенные дни и часы, продолжительность одного занятия фиксирована, не превышает 60 минут;
2. Для соблюдения структурированного стиля ведения участников знакомят с целями программы и правилами работы в группе, которые также фиксируются письменно, и в виде легко читаемой памятки;
3. Минимизация эмоциональных и информационных перегрузок, обязательные паузы для отдыха в середине сессии;
4. Ведущий тщательно контролирует темп собственной речи, следит за тем, чтобы используемые для презентации материала формулировки были четкими и понятными, а ключевые тезисы - лаконичными и неоднократно повторяемыми;
5. Отказ от большого объема интерактивных приемов, т предполагающих собственную инициативу и спонтанность участников, преимущественно структурированные интервенции, стимуляция участников к активности осуществляется ведущим, в мягкой манере;
6. Постепенное введение средств, стимулирующих активность, безоценочное принятие отказа пациента от предлагаемой деятельности;

7. Поддержка положительной эмоциональной атмосферы со стороны ведущих и/или группы за любую проявляемую участниками активность – для создания ощущения успеха, удовольствия от занятий;
8. Полный запрет на критику и негативное отношение к процессу;
9. Поддержка позитивной самооценки пациента, «мягкое» противодействие паттернам самоосуждения, самоуничужения, самостигматизации;
10. В случае возникновения сопротивления в форме негативизма или агрессивного поведения участника группы более внимательное отношение к нему с последующим проведением индивидуальной работы вне группового взаимодействия.

Организация взаимодействия, ведущего и модератора также требует планирования и учета.

Ведущий при проведении групповых занятий:

- Подбирает группу пациентов и осуществляет их предварительное информирование о работе группы;
- Корректирует программу с учетом особенностей пациентов сформированной группы;
- Разрабатывает и корректирует план для каждого занятия;
- Руководит общей последовательностью работы, контролирует соблюдение правил работы группы;
- Дает содержательные пояснения, осуществляет информирование;
- Следит за динамикой психического состояния участников;
- При необходимости осуществляет индивидуальную поддержку участника, который остро в ней нуждается);
- Подготавливает и инструктирует модератора, участвующего в групповых сессиях;
- Организует участие модератора в работе группы.

Модератор во время групповых занятий:

- Помогает ведущему в организации занятия;

- Участвует вместе с группой в выполнении заданий и упражнений;
- Дает обратную связь по заявленным темам, в том числе допуская самораскрытие
- Дает обратную связь членам группы при наличии запроса на нее;
- Демонстрирует эмоциональную связь с участниками и паттерны сотрудничества.

Структура занятия: занятия начинаются и заканчиваются одной и той же процедурой, во время которой каждый участник говорит несколько слов о своем состоянии и настроении, с обязательной групповой поддержкой. Важно в ходе занятия путем использования целенаправленных вопросов ведущего, отмечать признаки постепенного улучшения состояния пациента в ходе проводимой в стационарном отделении терапии.

Далее следует объявление темы и информация по ней, предоставляемая ведущим – в пределах 15-20 минут. Затем проводится небольшая разминка, предпочтительно в виде двигательных групповых упражнений – 5 минут. После этого ведущий вновь обращается к основной теме сессии, повторяет ключевые тезисы, и организует обсуждение темы с опорой на личный опыт пациентов и модератора). В конце занятия выполняется процедура, завершения сессии с получением обратной связи от участников занятия.

Каждое занятие тщательно планируется, учитываются результаты ранее проведенных занятий, реакции пациентов на них, динамики психического состояния пациентов. При необходимости вносятся коррективы в план занятий и тематику.

#### **2.2.4. Основные содержательные блоки ПМПСПС и план реализации программы**

В качестве ключевых знаний для пациентов – участников ПМПСПС предполагалось предоставить следующие блоки:

1. Знания о симптомах психического расстройства, медикаментозном лечении как стратегии сохранения психического здоровья;

2. Навыки совладания с симптомами психического расстройства и способы контроля остаточных симптомов;
3. Сложности социальной жизни пациента, обусловленные наличием психического расстройства;
4. Внешние ресурсы поддержки, включая врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, членов пациентских организаций;
5. Ближайшее и отдаленное планирование как способ мотивации пациента на интеграцию в сообщество и трудоустройство.

Блок 1 «Знания о болезни и лечении» (2 занятия).

Поскольку пациенты стационарных отделений ранее неоднократно проходили лечение и принимали участие в программах психообразования, предложенных в отечественной практике [13, 28, 65, 72, 75, 81], дублирование содержания этих программ, приводит к снижению интереса пациентов к групповым занятиям и к лечению в целом. Вместе с тем, стандартные программы, уже знакомые пациенту, могут быть использованы для того, чтобы инициировать групповой процесс по психообразованию, так как тематика занятий и приемы информирования известны участниками. Поэтому в начальном блоке ПМПСПС предлагается краткое изложение и обсуждение групп симптомов, наблюдаемых при РШС

Следует отметить, что совместная дискуссия о симптомах заболевания и обозначение их как проблемы, снижает степень сопротивления пациентов к взаимодействию в группе, и показывает один из важных путей решения проблемы за счет применения психофармакотерапии.

Обсуждение проблематики причин и механизмов развития заболевания на данном этапе лечения пациентов представляется дискуссионным, так как затрагивание высокой восприимчивости к стрессу и отсутствие достаточных копинг-стратегий для совладания с ним вызывает у недавно поступивших в стационар пациентов чувство вины и собственной несостоятельности. Менее травматичным является обсуждение предшествовавших госпитализации признаков

наступающего рецидива или собственного поведения пациента, спровоцировавшего рецидив, такие как нарушения режима сна или алкоголизация. При таком обсуждении акцент ставится на необходимости мониторинга пациентом собственного состояния, и своевременного обращения за помощью, как продуктивных стратегий снижения риска эскалации симптоматики. При этом делается акцент на обязательном контакте с врачом-психиатром для достижения необходимого эффекта и прием психофармакотерапии.

## Блок 2. «Навыки совладания с симптомами» (2 занятия)

Если ранее пациенты не имели представления о данном типе копинг-стратегий, то необходимо ввести такие понятия, как «совладание с симптомами», «управление состоянием и лечением». Переходу к основной теме предшествует краткое обсуждение диапазона возникающих за время болезни состояний, с поиском и обозначением периодов, когда пациенты относительно хорошо себя чувствовали, возвращались к более активной жизни, строили планы. Сравнивая такие периоды с актуальным психическим состоянием необходимо найти примеры стратегий, с помощью которых пациенты преодолевают симптомы.

Во время занятий могут быть определены разные варианты стратегий совладания, в числе которых приемы переключения или сужения внимания, внутренний диалог, реатрибуция, техники релаксации, вовлечения в социальные мероприятия или обращение за поддержкой значимых лиц. Значительно увеличить число используемых пациентами стратегий совладания с симптомами за время настоящей программы невозможно, но возможно преодолеть переживания собственной беспомощности и несостоятельности, с ощущением утраты контроля над своим состоянием. Важно также, чтобы привычная для пациентов с РШС стратегия избегания не оказалась единственно возможной и обсуждаемой. Напротив, ведущему совместно с модератором необходимо расширить репертуар используемых копинг-стратегий, особое внимание уделяя приемам терапии активностью и удовольствием.

Также в данном блоке групповой работы необходимо вновь вернуться к ранее затронутой теме предотвращения рецидивов, повторить в групповом обсуждении важность мониторинга пациентом своего состояния, обретения им навыков самонаблюдения и раннего обращения за помощью. Здесь нередко оказывается необходимым краткое разыгрывание диалога с врачом-психиатром амбулаторной службы, которому будут адресованы возникшие у пациента опасения и жалобы.

Одной из тем, которая возникает в этом блоке ПМПСПС, нередко является депрессия, предстающая либо как самостоятельно сформулированная пациентами квалификация своего состояния, либо как ряд жалоб, относящихся к кругу симптомов депрессии. Близкими содержательно являются указания пациентов на наблюдаемые проявления ангедонии, абулии, сниженной эмоциональной откликаемости или, напротив, экспрессии. Точность и четкость квалификации симптомов, отнесение их к тому или иному кластеру расстройств не являются принципиальными для пациентов. Значительно важнее их собственное отношение к себе и своему состоянию, поскольку если в нем присутствует самоосуждение, обесценивание себя, аутоагрессия или чувство вины, это требует коррекции. Способом последней становится знакомство пациентов с концепцией самосострадания, и планирование действий заботы о себе. Также здесь вновь можно обратиться к теме медикаментозного лечения и приемам терапии активностью и удовольствием.

### Блок 3. «Сложности социальной жизни вследствие заболевания» (2 занятия)

Выбор данной темы обусловлен высокой актуальностью для пациентов с РШИ переживаний, связанных со стигматизацией и самостигматизацией, а также с симптомами социальной тревожности, присущей подавляющему числу пациентов, и входящей практически в любой симптомокомплекс РШС.

Важно указать, что поскольку данная программа является краткосрочной в период пребывания пациента в стационаре в первостепенные задачи этой программы не входит развитие коммуникативных или социальных навыков, хотя опосредованно они могут значительно улучшаться. Больше внимания уделяется

информированию и необходимости получения социальной поддержки после выписки из стационара.

Для доказательства данного тезиса необходимы примеры, приведенные модератором или из собственной жизни пациентов. Желательно подчеркивать ценность и важность социальных взаимодействий как источника опыта, как способа преодоления изоляции и одиночества, с возможностью постепенной тренировкой выносливости пациента в преодолении сложных социальных ситуаций без негативных психологических последствий. Возможно также аккуратно обратиться к теме неудовлетворенных потребностей пациентов, связанных с их отказом от социальной активности или непродуктивностью их социального поведения (неудовлетворенные потребности как правило встречаются в отношении получения от окружающих заботы, помощи, информации, в невозможности иметь компанию, круг друзей, близкие отношения, сексуального партнера). Констатация фрустрации потребностей должна происходить мягко, сопровождаться выражением сочувствия к пациентам, и указанием на возможность исправить эту ситуацию при определенных усилиях.

#### Блок 4. «Внешние ресурсы поддержки» (2 занятия)

Знания, которые пациенты получают в этом блоке, касаются системы организации психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи. В большинстве случаев пациенты знают о возможностях такой помощи, но реально обращаются только за помощью врача-психиатра, часто вынужденно. Что касается обращения к специалистам, осуществляющим психотерапевтическую, психологическую помощь, или проводящих реабилитационные мероприятия, то знание о них присутствует формально, а пациенты нередко имеют малый или неудачный опыт обращения за такой помощью. В первую очередь это обусловлено тем, что пациенты не осведомлены о возможностях оказания помощи им такими специалистами, не могут сформулировать четкий запрос при обращении к ним, или формулируют запрос нереалистичный, принципиально недостижимый.

Темой занятий в данном блоке становится повышение осведомленности пациентов о возможностях получения помощи специалистов служб общественного здоровья, государственных или благотворительных организаций, волонтеров. И здесь важно не только ознакомить участников с разными ресурсами сообщества, включая общественные организации, группы поддержки, но и объяснить, какого рода помощь могут они оказать. Необходимо четко определить для пациентов различия между специалистами разных профессиональных групп (психологами, медицинскими психологами, врачами-психотерапевтами, социальными работниками, коучами, волонтерами общественных организаций). Важно дать инструктивное описание алгоритмов обращения за помощью, с примерами запросов и реалистичных ожиданий, объяснить алгоритмы поиска специалистов, в том числе в пространстве сети интернет. Широко используемая тактика презентации пациентам готовых адресов организаций срабатывает не всегда, так как для пациента нередко важен его свободный выбор и самостоятельный поиск удовлетворяющих его форм такой помощи и специалистов. Важно не противодействовать этой тактике, но оснастить пациента знаниями о том, как именно выбирать специалистов, на что следует обращать внимание для того, чтобы избежать встречи с непрофессиональными людьми, повысить осведомленность и компетентность пациента в выборе специалистов.

Следует отметить, что барьером для активного обращения пациента за помощью к специалистам является боязнь стигматизирующего отношения, страх, связанный с ощущением опасности и недоверия. Для смягчения таких опасений проговариваются обстоятельства имевших место госпитализациях, лечении у врача-психиатра, ранее проводимых мероприятиях психосоциальной реабилитации. Так, пациентам указывают на то, что работая с волонтерами общественных организаций, или участвуя в сессиях арт-терапии, клубных мероприятиях, и даже тренингах, он не должен непременно сообщать о своем диагнозе, равно как может этого не делать, работая с психологом в формате краткосрочных интервенций. Если же сообщение о диагнозе необходимо,

желательно оснастить пациента готовыми формулировками, которые, не искажая фактов, будут нести минимальный риск стигматизации.

Для этого блока ПМПСПС большое значение имеет поведения ведущего занятия специалиста, который становится модельной фигурой, демонстрирующей паттерны заботливого, мягкого, поддерживающего отношения, и в то же время предстает как авторитетный, профессиональный и осведомленный специалист. При правильной организации взаимодействия и удовлетворительном рабочем альянсе, этот опыт становится основой для формирования доверия к специалистам и повышения комплаентности к мероприятиям психосоциальной реабилитации и психотерапевтической помощи. Демонстрируемое ведущим заботливое отношение в сочетании с готовностью повышать собственную осведомленность пациента в области получения психологической помощи и социальной поддержки после выписки из стационара, способствует росту собственной активности пациента в поиске такой помощи, демонстрирует принятие его, прав и возможностей, способствует повышению уверенности в себе. Желательным и достижимым эффектом указанных интервенций, с обеспечением комфортных, поддерживающих, развивающих взаимодействия с ведущим и модератором, способствуют также преодолению социальной ангедонии и привычной для больных с РШС социальной изоляции.

#### Блок 5. «Завершение и планирование будущего» (2 занятия)

Завершающие занятия ПМПСПС приближены к выписке из стационара, с рекомендуемым переходом пациента либо в режим продолжения лечения в дневном стационаре, либо под амбулаторное наблюдение. Многие пациенты, стремясь покинуть стационарное психиатрическое отделение, полностью прерывают контакты со специалистами. Поэтому данный блок предполагает обязательное мотивирование на тесное взаимодействие со специалистами, выполнение их рекомендаций

Также полезно обсудить иные способы заботы о себе, например, о своем физическом состоянии, соматическом здоровья, наметить цели и планы, не

связанные с заболеванием. При постановке целей необходимо подчеркнуть значимость тех из них, которые позволят пациенту взаимодействовать с другими людьми, пользоваться ресурсами сообщества. Выстраивание пусть небольшой, но позитивной программы на будущее, а также подчеркивание роли самого пациента в постановке целей, в борьбе с симптомами формирует установки на восстановление после психотического состояния. Пациентов следует проинструктировать в отношении способов фиксации даже малых успехов и достижений, подчеркнуть высокую значимость стратегий самоодобрения и похвалы себя. При этом используется опыт модератора за счет его самораскрытия в данной группе, на заключительном занятии модератору делегируется роль ведущего данного занятия.

Использовались в ПМПСПС некоторые иные технологии, признанные вспомогательными, которые касались диагностических мероприятий, сопровождающих групповую работу.

Поскольку программа в основном ориентирована на цели, обеспечивающие постепенное, осуществляемое на фоне проводимой психофармакотерапии, возвращение пациентов к социальной жизни, динамику этого процесса удавалось отслеживать с использованием клинико-психологических методов диагностики, включая скрининговые. Так, применялись до и после завершения программы: Краткий опросник восприятия болезни - Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) [107], опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам - DAI-10 [136]; Шкала социального избегания и дистресса - SADS (Social avoidance and distress scale) [235]; «Шкала самостигматизации» - IMSI-29 (Internalized Stigma of Mental Illness) [71, 208]. Данные методики не только стали частью программы эмпирического исследования, имеющего целью оценку сравнительной эффективности ПМПСПС, но и вошли в арсенал средств, используемых ведущими в регулярной практике, для оценки значимых параметров установок пациентов или достигаемых в ходе психообразования эффектов.

## 2.2.5. План занятий программы медико-психологического сопровождения пациентов (МПСПС)

Блок 1 «Знания о болезни и лечении»

Занятие № 1 «Треугольник здоровья»

Продолжительность: 60 минут

Этап: Знакомство

Длительность: 5 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

Приветствие, представление ведущего. Ведущий представляется по имени и отчеству и называет свою должность. \*

Основное содержание сообщения ведущего:

- Цель тренинга — психообразование.
- Занятия направлены на получение знаний о симптомах заболевания, информирование о всех возможных способах лечения и психосоциальной терапии, и реабилитации, а также выявление и развитие навыков по совладанию с начальными признаками обострения. На занятиях мы будем стараться оказывать вам помощь и поддержку в поиске эффективного лечения, расскажем, как организована современная психиатрическая помощь и куда можно вовремя обратиться в случае ухудшения состояния. Постарайтесь взять по максимуму от занятий, и постарайтесь использовать все возможности и ресурсы, которые даёт вам психиатрическая служба.
- Занятие будут проходить с дополнительным ведущим, пациентом (важно представить пациента по имени и отчеству), который прошел комплексную программу по лечению и реабилитации и сам имеет опыт по преодолению заболевания.

\*Ведущему рекомендуется выбирать так называемый лидирующий стиль ведения групп для пациентов стационара. При этом лидер — активный, директивный, принимающий, не критикующий, а главное — поддерживающий. Он не должен

быть инертным и невнятным, навязчивым и агрессивным, отчужденным и выносящим оценочные суждения. Лидер контролирует содержание занятия, направляет участников и со-ведущего. Активность и директивность лидера предполагает высокую степень структурированности занятия, что существенно снижает тревогу участников. Обеспечение структуры включает строгое соблюдение организационных аспектов (занятия начинаются и заканчиваются вовремя и т.п.)

Этап: Знакомство

Длительность: 10 минут

Цель: Налаживание коммуникации, объединение участников между собой, организация групповой сплочённости

Знакомство с помощью мяча:

– Первая часть знакомства состоит из следующих шагов: участники становятся в круг, ведущий бросает мяч со-ведущему и называет свое имя, демонстрируя внимание к со-ведущему и высокий уровень вежливости. \* Поймавший мяч, со-ведущий старается сосредоточиться и поймать мяч от ведущего, далее называет свое имя, кидает мячик любому члену группы, тот называет свое имя и кидает мячик кому-либо, по своему выбору. В случае ошибки (не пойман мяч, неправильно сделана инструкция и т.д.) оба участника взаимодействия получают штраф: встают на одну ногу, далее могут ловить мяч только одной рукой и т.д.), при этом если во время следующего взаимодействия упражнение было сделано правильно, штраф снимается, и участники продолжают упражнение без штрафа. \*\*

– Вторая часть знакомства состоит в том, что ведущий бросает мяч со-ведущему и называет имя со-ведущего. Поймавший мяч, со-ведущий старается сосредоточиться и поймать мяч от ведущего, далее называя имя другого участника, который кидает мячик любому члену группы и называет имя этого участника. При этом правило штрафа сохраняется.

\*Для пациентов психиатрического стационара рекомендуется называться ведущему и со-ведущему по имени и отчеству с целью демонстрации взаимного уважения, высокого уровня сотрудничества и партнерства.

\*\* Введение штрафов позволяет мотивировать пациентов на активное взаимодействие между собой, тренирует когнитивные навыки и включенность в групповое взаимодействие пациентов психиатрического стационара

Этап: Активизация, объединение участников, стимуляция к коммуникации взаимодействию в группе

Продолжительность: 5 минут

Цель: Мотивация и стимуляция участников к групповому взаимодействию

Упражнение на диагностику наличия в группе участников с разным опытом участия в психообразовательных тренингах по психосоциальной терапии и реабилитации:

– Поднимите руку кто раньше принимал участие в тренингах и группах, и чем Вам помогли такие группы? \*\*\*

\*\*\* Данное упражнение позволяет выявить среди участников тех пациентов, опыт которых в процессе тренинга можно использовать с целью повышения мотивации других участников и их самих к прохождению данной группы по психообразованию, а также способствовать увеличению компетентности и самооценки участников группового процесса

Этап: Приобретение опыта

Продолжительность: 5 минут

Цель: Формирование общих целей группы

Чтобы Вы чувствовали себя на тренинге комфортно, а также чтобы время, отведенное на группу, мы смогли использовать с максимальной эффективностью, необходимо соблюдать следующие правила работы (пояснение почему именно такие правила и подтверждение все ли с ними согласны, сказать, что по ходу могут возникать новые правила, необходимые группе):

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
2. Высказываемся по одному-участвуют все — говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.
3. Соблюдаем регламент (45 минут) — все вопросы лучше решить до занятия.

Этап: Информирование, приобретение знаний

Продолжительность: 20 минут

Цель: Информирование с целью приобретения знаний о здоровье и способах его улучшения

– Переходим к теме нашего занятия «Треугольник здоровья».

– Треугольник здоровья концепция, которая иллюстрирует взаимосвязь физического, психического и социального благополучия. Её использует Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

Компоненты треугольника здоровья:

1. Физическое здоровье. Относится к общему физическому состоянию, включает уровень физической подготовки, питание, сон, отсутствие и профилактику соматических заболеваний и вредных привычек.

2. Психическое здоровье. Включает в себя мысли, чувства и эмоции, которые влияют на то, как человек справляется со стрессом, общается с другими и делает выбор.

3. Социальное здоровье. Относится к тому, как человек взаимодействует и формирует отношения с другими людьми, включая коммуникативные навыки и способность поддерживать здоровые отношения. Каждая сторона треугольника одинаково важна, и пренебрежение одной из них может привести к дисбалансу в других. Например, плохое физическое здоровье может вызвать проблемы с психическим здоровьем, а сильная социальная поддержка, наоборот, может укрепить психическое здоровье и способствовать улучшению физического оздоровления.

– В психиатрии этот подход называют биопсихосоциальным.

– Пусть каждый из участников поделится своим мнением и отношением к этому вопросу. \*\*\*\*

\*\*\*\* Рекомендуется ведущему особо поддерживать тех участников, которые наиболее активны в дискуссии, при этом важно, чтобы все участники группы высказались, даже если участник занимает отстраненную и негативную позицию. Необходимо использовать графическое изображение модели в виде треугольника,

нарисованного на флип-чарте, где указывается в каждой стороне треугольника каждое мнение высказавшегося пациента по всем трем критериям.

Этап: Завершение

Продолжительность: 10 минут

Цель: Выводы, резюмирование

Подведение итогов

- Обратная связь от участников по кругу о занятии, что было сегодня интересно и обратило на себя внимание.
- Анонс следующего занятия: на следующем занятии мы поговорим о «светофоре» симптомов, о том, как научиться распознавать начинающиеся признаки обострения.

Занятие № 2 «Современные подходы к лечению»

Продолжительность: 60 минут

Этап: Активизация

Продолжительность: 10 минут

Цель: Информирование, введение в цели групповой работы

- Приветствие, представление ведущего и со-ведущего. Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».
- После данной процедуры ведущий рассказывает о цели тренинга. Цель тренинга - психообразование, которое включает в себя знание о симптомах, способах их лечения, а также способах раннего распознавания обострений, поиск социальной поддержки и снижение стигматизации.
- Ведущий уточняет у тех участников, которые были на первом занятии как оно проходило, и какую информацию запомнили участники программы. \*Ведущий делегирует слово со-ведущему, который напоминает правила работы в группе:
  1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
  2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.

3. Выключаем звук мобильных телефонов-он будет нам мешать, убираем всё что мешает нам.

4. Соблюдаем регламент (1 час) - все вопросы лучше решить до занятия.

\* Важно продолжать поощрять активных участников группы во время групповой сессии, благодарить за то, что участники высказываются и поддерживают дискуссию, не доминировать и не блокировать желание пациентов вовлекаться в дискуссию и демонстрировать свое мнение. При этом важно структурировать пациентов, используя мягкий подход во время групповой встречи, чтобы пациенты не почувствовали доминирование и патернализма со стороны ведущего группы. При этом важно делегировать большую часть ведения группы со-ведущему, подключаясь в моменты, когда начинается отклонение от основной темы занятия.

Этап: Стимуляция к коммуникации взаимодействию

Продолжительность: 5 минут

Цель: Мотивация и стимуляция участников к групповому взаимодействию

Вспоминаем имена участников группы по кругу. Один участник по кругу повторяет имя всех членов группы. В случае, если не помните имя, можно его уточнить вопросом: «Как Ваше имя?»\*

\*В этом упражнении ведущему важно не оказывать сильное давление на участников, давать возможности для спонтанного проявления и желания участников взаимодействовать друг с другом, тренируя память и внимание.

Этап: Информирование, приобретение знаний

Продолжительность: 35 минут

Цель: Информирование с целью приобретения знаний о здоровье и способах его улучшения

Переходим к теме нашей встречи «Современные подходы в лечении».

Кому из участников известны возможности современного лечения? \*

\*Ведущему во время групповой работы важно собирать информацию от участников по поводу известных им данных, и посредством перефразирования и резюмирования более точно и конкретно давать информационный материал для групповой сессии. В этом занятии в качестве третьего ведущего приглашается

врач-психиатр.

Для наглядности предоставляемой информации можно нарисовать треугольник, соединив вторую сессию с первой:

1. Медикаментозное лечение лечение с помощью препаратов в различных формах: таблетки, капсулы, ампулы, пластыри.

В этом блоке с целью наглядности рекомендуется использовать фотографии или видеоматериалы с презентацией и объяснением особенностей приема таблетированных, капельных, капсульных, инъекционных форм препаратов, уделяя особое внимание таким форма приема как пролонгированные препараты. При этом разбирается каждая группа фармакологического лечения с обязательным обсуждением опыта приема тех или иных групп препаратов, который был у участников. При этом важно, чтобы участники высказывали все возможные мнения, даже если участники получали опыт приема препаратов с побочными эффектами. Важно ведущему, со-ведущему и присутствующему врачу-психиатру в момент обсуждения приводить доводы в плане совладания с побочными эффектами, при этом соблюдать этические принципы индивидуального подбора фармакотерапии в каждом конкретном случае и не демонстрировать приоритетность тех или иных препаратов.

\*С целью удобного восприятия материала рекомендуется использовать флип-чарт, где возможно написать группы препаратов, написать международные названия часто применяемых препаратов.

2. Психотерапевтическое лечение включает в себя все возможные способы и методики психотерапии в виде индивидуальной, парной, семейной и групповой работы. Особенно важно донести до пациентов важность групповой работы по психообразованию, развитию когнитивных, коммуникативных навыков, а также навыков социализации и трудоустройства.

3. Небиологические методы - лечение с помощью специальных методов лечения головного мозга, которые на сегодняшний момент безопасны, проводятся в условиях интенсивной терапии под контролем врача-реаниматолога. Это

электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция мозга, плазмаферез.

Этап: Завершение

Продолжительность: 10 минут

Цель: Выводы, резюмирование

Завершение занятия:

– Обратная связь от участников:

– Что было полезно сегодня на встрече?

Блок 2 «Навыки совладания с симптомами»

Занятие № 3: «Светофор симптомов № 1»

Продолжительность: 60 минут

Этап: Введение

Продолжительность: 10 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

– Приветствие, напоминание имени и отчества ведущего и со-ведущего тренинга.

Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».

– Ведущий в начале занятия рассказывает о цели тренинга. Цель тренинга - психообразование, которое включает в себя знание о симптомах, способах их лечения, а также способах раннего распознавания обострений, поиск социальной поддержки и снижение стигматизации.

– Ведущий уточняет у тех участников, которые были на первом занятии как оно проходило, и какую информацию запомнили участники программы. \*

– Ведущий делегирует слово со-ведущему, который напоминает правила работы в группе:

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.

2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.

3. Выключаем звук мобильных телефонов-он будет нам мешать, убираем всё что мешает нам.

4. Соблюдаем регламент (1 час) - все вопросы лучше решить до занятия.

\* Важно продолжать поощрять активных участников группы во время групповой сессии, благодарить за то, что участники высказываются и поддерживают дискуссию, не доминировать и не блокировать желание пациентов вовлекаться в дискуссию и демонстрировать свое мнение. При этом важно структурировать пациентов, используя мягкий подход во время групповой встречи, чтобы пациенты не почувствовали доминирование и патернализма со стороны ведущего группы. При этом важно делегировать большую часть ведения группы со-ведущему, подключаясь в моменты, когда начинается отклонение от основной темы занятия.

Этап: Разминка

Продолжительность: 5 минут

Цель: Знакомство, налаживание коммуникаций

– Вспоминаем имена участников группы по кругу. Один участник по кругу повторяет имя всех членов группы. В случае, если не помните имя, можно его уточнить вопросом: «Как Ваше имя?».

– Усложним задание: называем имя участника с вопросительной интонацией/ с интонацией удивления/ с интонацией радостной.

– Этап: Информирование, приобретение знаний

– Продолжительность: 30 минут

– Цель: Развитие навыков распознавания начинающегося обострения и своевременного обращения за помощью

– Цель занятия — определение симптомов и признаков заболевания для того, чтобы эффективно применять навыки совладания.

– Для начала определим «зеленую зону» - то состояние, когда самочувствие максимально комфортное и не мешает общению с окружающим людьми, дает возможности для учебы, работы, увлечениям.

– Для оценки параметров «зеленой зоны» будем анализировать такие показатели, как:

1. Длительность часов сна
2. Вес
3. Уровень тревоги (от 1 до 100)
4. Уровень раздражительности (от 1 до 100)
5. Уровень бодрости (от 1 до 100)
6. Уровень депрессивного настроения (грусти) от (1 до 100)
7. Психотические симптомы (от 1 до 100)
8. Желание учиться/работать (от 1 до 100)
9. Желание заниматься спортом/хобби (от 1 до 100)
10. Желание принимать препараты (от 1 до 100).

– Далее берем те же параметры и оцениваем их, обозначая риски по ухудшению, но в «желтой зоне».

– Необходимо участникам совместно с со-ведущим подчеркивать, что в случае появления симптомов в «желтой зоне, необходимо обращаться к членам семьи из ближайшего окружения, сигнализировать об ухудшении своего состояния.

– В случае «красной зоны», когда максимальные цифры по оценке параметров программы необходимо немедленно обращаться за помощью к врачу.

– Важно продолжать поощрять желание участников программы активно высказывать свое мнение, принимать участие в групповой дискуссии, делиться своим опытом и сложностями по распознаванию симптомов начинающегося обострения.

Этап: завершение

Длительность: 10 минут

Цель: Подведение итогов, резюмирование

Завершение занятия:

- Обратная связь от участников:
- Что было полезно сегодня на встрече?

## Занятие № 4: «Светофор симптомов № 2»

Длительность: 60 минут

Этап: Введение

Длительность: 10 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

- Приветствие, представление ведущего и со-ведущего по имени и отчеству. Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».
- Цель занятия — обнаружить различные признаки раннего ухудшения состояния и найти способы совладания с ними.
- Ведущий делегирует слово со-ведущему, который напоминает правила работы в группе.

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.
3. Выключаем звук мобильных телефонов-он будет нам мешать, убираем всё что мешает нам.
4. Соблюдаем регламент (1 час) - все вопросы лучше решить до занятия.

Этап: активизация

Длительность: 5 минут

Цель: Повышение тонуса, активности

Зарядка\*

\*Рекомендуется перед началом занятия использовать навыки со-ведущего, который ведет разминку и демонстрирует простые упражнения. Для максимально комфортной атмосферы возможно использование легкой музыки с обязательным участием и ведущего.

Этап: информирование

Длительность: 35 минут

Цель: Формирование навыков распознавания обострения

– Что было на прошлом занятии? Краткий повтор материала. Ведущий уточняет у тех участников, которые были на предыдущем занятии, как оно проходило, и какую информацию запомнили участники программы. \*

– В этом блоке важно вспомнить параметры для оценки состояния пациентов и напомнить о «зеленой зоне», параметры которой характеризуют благополучное состояние и самочувствие. \*\*

– Для оценки параметров вновь анализируются такие показатели, как:

1. Длительность часов сна
2. Вес
3. Уровень тревоги (от 1 до 100)
4. Уровень раздражительности (от 1 до 100)
5. Уровень бодрости (от 1 до 100)
6. Уровень депрессивного настроения (грусти) от (1 до 100)
7. Психотические симптомы (от 1 до 100)
8. Желание учиться/работать (от 1 до 100)
9. Желание заниматься спортом/хобби (от 1 до 100)
10. Желание принимать препараты (от 1 до 100).

– Далее берем те же параметры и оцениваем их, обозначая риски по ухудшению, но в «желтой зоне».

– Необходимо участникам совместно с со-ведущим подчеркивать, что в случае появления симптомов в «желтой зоне, необходимо обращаться к членам семьи из ближайшего окружения, сигнализировать об ухудшении своего состояния.

– В случае «красной зоны», когда максимальные цифры по оценке параметров необходимо немедленно обращаться за помощью к врачу.

\*Важно продолжать поощрять желание участников программы активно высказывать свое мнение, принимать участие в групповой дискуссии, делиться своим опытом и сложностями по распознаванию симптомов начинающегося обострения

\*\* Важно соблюдать принцип повторения материала, что способствует более эффективному усвоению материала участниками программы.

Этап: обратная связь

Длительность: 10 минут

Цель: резюмирование

Завершение занятия:

- Обратная связь от участников:
- Что было полезно сегодня на встрече?

Блок 3 «Социальная жизнь»

Занятие № 5 «Социальная жизнь»

Длительность: 60 минут

Этап: Введение

Длительность: 5 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

– Приветствие, представление ведущего и со-ведущего по имени и отчеству. Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».

– Цель занятия — наша социальная жизнь и важности социальной поддержки для улучшения психологического состояния.

– Ведущий делегирует слово со-ведущему, который напоминает правила работы в группе.

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.
3. Выключаем звук мобильных телефонов-он будет нам мешать, убираем всё что мешает нам.
4. Соблюдаем регламент (1 час) - все вопросы лучше решить до занятия.

Этап: активизация

Длительность: 10 минут

Цель: Повышение тонуса, активности

Разминка:

– Назовите по кругу цвет Вашего настроения и обоснуйте с чем выбран выбор этой цветовой гаммы

Этап: Объединение участников, подготовка к обсуждению

Длительность: 5 минут

Цель: Мотивация участников на групповую работу

– На этом занятии ведущим в качестве технического приема используется клубок ниток для подчеркивания важности социальных контактов и связи между участниками.

– Ведущий зажимает свободный конец нити крепко в руке и кидает клубок соведущему, тот далее перекидывает следующему участнику и таким образом создается «социальная паутина».

– Благодаря такому техническому приему ведущий подчёркивает вербально, что крайне важна связь между людьми.

Этап: групповое взаимодействие

Длительность: 30 минут

Цель: Развитие навыков социализации и навыков по улучшению социальной жизни

– Что такое социальная жизнь, и какие сложности Вы отмечаете у себя при общении?

– В этом упражнении важно предоставить возможности для проведения занятия соведущему, при этом ведущий лишь слегка направляет и дает возможности для самораскрытия переживаний участников, проявляя максимальное уважение и интерес к происходящему.

– В этом обсуждении важно уделить внимание таким аспектам социальной жизни, как общению с людьми, находящимися вне круга психиатрической сети (школьные, студенческие друзья, товарищи по работе, т. д). При этом необходимо сделать акцент на здоровых способах получения удовольствия от жизни, связанные

с социальным взаимодействием (хобби, фильмы, прогулки, спорт, вечера встреч). Обязательно обсудить возможности посещения групп поддержки для пациентов.

– Во время обсуждения уделяется внимание препятствиям, которые возникают в социальной жизни пациента. Участники помогают друг другу, обсуждая свой опыт совладания со сложностями и проблемами.

Этап: Обратная связь

Длительность: 10 минут

Цель: Резюмирование

Завершение занятия:

– Обратная связь от участников:

– Что было полезно сегодня на встрече?

Занятие № 6: «Линия социальной жизни»

Длительность: 60 минут

Этап: Введение

Длительность: 5 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

– Приветствие, представление ведущего и со-ведущего по имени и отчеству. Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».

– Цель занятия — наша социальная жизнь и важности социальной поддержки для улучшения психологического состояния.

Ведущий делегирует слово со-ведущему, который напоминает правила работы в группе.

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.
3. Выключаем звук мобильных телефонов-он будет нам мешать, убираем всё что мешает нам.
4. Соблюдаем регламент (1 час) - все вопросы лучше решить до занятия.

Этап: Консолидация группы

Длительность: 10 минут

Цель: Приобретение положительного опыта взаимодействия между участниками

– Участник, который больше всех запомнился мне с прошлого занятия. \*

\*Важно поощрять участников в плане активности в высказывании своего отношения к участникам группы с целью усиления объединения между участниками, развитие положительного опыта социальных взаимодействий, снижение недоверия и напряженности.

Если участник программы выбирает ведущего в качестве запомнившегося человека, важно мягко переключить на другого участника или со-ведущего программы, так как такое обращение может снизить возможности для активной групповой динамики.

Этап: групповое взаимодействие

Длительность: 35 минут

Цель: Развитие навыков социализации и навыков по улучшению социальной жизни

Тема занятия «Линия социальной жизни»:

– Берется лист бумаги, где указана линия с кругами.

– На этом листке обозначаются в точках люди, с которыми наиболее комфортно общаться.

– В кругах отмечаются какие положительные стороны несет общение с этими людьми, какие навыки пациенты развивают при общении.

Этап: обратная связь

Длительность: 10 минут

Цель: Резюмирование

Завершение занятия:

– Обратная связь от участников:

– Что было полезно сегодня на встрече?

Блок 4 «Внешние ресурсы поддержки»

Занятие № 7: «Круг поддержки № 1»

Длительность: 60 минут

Этап: Введение

Длительность: 5 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

– Приветствие, представление ведущего (ведущий представляется по имени и отчеству и называет свою должность). Представляет со-ведущего программы по имени и отчеству, уделяя внимание тому, что со-ведущий является пользователем психиатрической помощи и сам прошёл все этапы лечебно-реабилитационного процесса. Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».

– Цель программы — получение знаний о симптомах заболевания, информирование о всех возможных способах лечения и психосоциальной терапии, и реабилитации, развитие навыков по совладанию с начальными признаками обострения, сегодняшнее занятие посвящено обсуждению путей поддержки, которые предлагает современная психиатрическая система.

– Ведущий передает слово со-ведущему. Со-ведущий: чтобы вы чувствовали себя на тренинге комфортно, а также чтобы время, отведенное на группу, мы смогли использовать с максимальной эффективностью, необходимо соблюдать следующие Правила работы:

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.
3. Соблюдаем регламент (60 минут) - все вопросы лучше решить до занятия или после.

Этап: Разминка

Длительность: 15 минут

Цель: Налаживание коммуникации, объединение участников между собой, организация групповой сплочённости

Разминка:

– Участников просят назвать любимое женское имя по кругу. \*

\* Целью данного упражнения является более глубокое знакомство участников друг с другом, создание сплоченности между участниками. Важно соблюдать принцип рондо (высказывание по кругу), чтобы дать возможность всем участникам высказаться, а также обучить навыку структурированности в групповой работе. Необходимым условием для эффективности этого упражнения является обязательное уточнение ведущим, почему сделан выбор в пользу этого имени, и сам ведущий также озвучивает свое любимое женское имя с минимальным самораскрытием, почему выбрано это имя.

Этап: Информирование

Длительность: 25 минут

Цель: Информирование о различных психиатрических сервисах, возможностей для своевременного обращения за помощью

Сегодняшняя тема встречи «Круг поддержки» (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Круг поддержки

– На занятии раздаем «Круг поддержки», где в центре круга находится больница, от которой идет стрелка к дневному стационару при больнице. Далее стрелка идет к психоневрологическому диспансеру, внутри которого рассказываем о том, что существует дневной стационар, медико-реабилитационное отделение, отделение

интенсивного оказания психиатрической помощи, а также психиатрическое отделение неотложной помощи. Дискуссия начинается с того, что такой территориальный принцип оказания психиатрической помощи.

– Подробно обсуждается с участниками тренинга наличие в ПНД дневных стационаров, отделений помощи на дому (отделений интенсивного оказания психиатрической помощи), а также возможностей для обращения в телефон доверия и психиатрическое отделение неотложной помощи при ПНД, обсуждается в чем их особенность, с чем сталкиваются пациенты, которые имеют опыт лечения в таких подразделениях.

– Важно связать предыдущие занятия с площадками, куда можно обращаться в случае обострения. Особенно важно уделить внимание ранним признакам обострения и высокой доступности помощи.

Этап: Обратная связь

Длительность: 10 минут

Цель: Резюмирование

Подведение итогов:

– Обратная связь от участников по кругу о занятии, что было сегодня интересно и обратило на себя внимание.

– Анонс следующего занятия: на следующем занятии мы поговорим о дополнительные возможности на карте поддержки.

Занятие № 8: «Круг поддержки № 2»

Длительность: 60 минут

Этап: введение

Длительность: 5 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

– Приветствие, представление ведущего (ведущий представляется по имени и отчеству и называет свою должность).

– Представляет со-ведущего программы по имени и отчеству, уделяя внимание тому, что со-ведущий является пользователем психиатрической помощи и сам прошёл все этапы лечебно-реабилитационного процесса.

– Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».

– Цель программы — получение знаний о симптомах заболевания, информирование о всех возможных способах лечения и психосоциальной терапии, и реабилитации, развитие навыков по совладанию с начальными признаками обострения, сегодняшнее занятие посвящено обсуждению путей поддержки, которые предлагает современная психиатрическая система. Ведущий передает слово со-ведущему.

– Со-ведущий: чтобы вы чувствовали себя на тренинге комфортно, а также чтобы время, отведенное на группу, мы смогли использовать с максимальной эффективностью, необходимо соблюдать следующие правила работы:

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.
3. Соблюдаем регламент (60 минут) - все вопросы лучше решить до занятия или после.

Этап: Разминка

Длительность: 10 минут

Цель: Налаживание коммуникации, объединение участников, организация групповой сплочённости

Разминка:

– Давайте вместе напишем повесть про нашу группу: каждый участник добавляет по фразе для полноты повести. Итак, однажды мы все вместе решили собраться...Далее этот рассказ добавляется фразой следующего участника по кругу.

Этап: информирование

Длительность: 25 минут

Цель: Информирование о различных психиатрических сервисах, возможностей для своевременного обращения за помощью

Сегодняшняя тема занятия - продолжение предыдущей темы «Круг поддержки» (Рисунок 2):



Рисунок 2 – Круг поддержки №2

– На занятии раздаем «Круг поддержки», но дополненный элементами вне системы психиатрического круга, где подробно обсуждается с участниками тренинга возможности получения поддержки в некоммерческих организациях, клубах поддержки пациентов, центрах социального обслуживания. \*

– Важно акцентировать внимание на наличие большого количества возможностей и способов улучшения своего психического состояния.

\*По возможности на это занятие было бы полезно пригласить специалиста по социальной работе или представителя некоммерческой организации.

Этап: Обратная связь

Длительность: 5 минут

Цель: Резюмирование

– Подведение итогов

– Обратная связь от участников по кругу о занятии, что было сегодня интересно и обратило на себя внимание.

## Блок 5 «Завершение и планирование будущего»

### Занятие № 9: «Планы на будущее»

Длительность: 60 минут

Этап: Введение

Длительность: 5 минут

Цель: Введение в тематику и формат тренинга

– Приветствие, представление ведущего (ведущий представляется по имени и отчеству и называет свою должность).

– Представляет со-ведущего программы по имени и отчеству, уделяя внимание тому, что со-ведущий является пользователем психиатрической помощи и сам прошёл все этапы лечебно-реабилитационного процесса.

– Ведущий в начале занятия обращается к со-ведущему, который заранее подготовил бейджи с именами участников, ведущий называет имя участника и тот, чье имя было названо встает и громко произносит «Я».

– Цель программы — получение знаний о симптомах заболевания, информирование о всех возможных способах лечения и психосоциальной терапии, и реабилитации, развитие навыков по совладанию с начальными признаками обострения, сегодняшнее занятие посвящено обсуждению путей поддержки, которые предлагает современная психиатрическая система. Ведущий передает слово со-ведущему.

– Со-ведущий: чтобы вы чувствовали себя на тренинге комфортно, а также чтобы время, отведенное на группу, мы смогли использовать с максимальной эффективностью, необходимо соблюдать следующие правила работы:

1. Активность-задаём вопросы, участвуем в обсуждении.
2. Высказываемся по одному-участвуют все -- говорит один, уважаем друг друга, относимся доброжелательно.

3. Соблюдаем регламент (60 минут) - все вопросы лучше решить до занятия или после.

Этап: Разминка

Длительность: 10 минут

Цель: Налаживание коммуникации, объединение участников между собой, организация групповой сплочённости

Разминка:

– Игра назовите 2 факта о себе: один факт- правда, другой --неправда. Ведущий просит участников угадать, какие факты об участнике, по их мнению, является правдой, а какой факт-неправдой.

Этап: Целеполагание

Длительность: 35 минут

Цель: Развитие навыков планирования, формирования целей

Сегодняшняя тема занятия-планы на будущее (Таблица 1).

Таблица 1 – Планы на будущее

Планы на ближайший месяц	Что мне поможет в достижении планов	Что мне помешает в достижении планов	Что мне нужно сделать
1.			
2.			
Цели на ближайшие полгода (6 месяцев)			
1.			
2.			
Цели на год			
1.			

Этап: Обратная связь

Длительность: 10 минут

Цель: Резюмирование

Подведение итогов:

– Обратная связь от участников по кругу о занятии, что было сегодня интересно и обратило на себя внимание.

Занятие № 10: «Завершение программы. Прощание»

Длительность: 60 минут

Этап: Завершение отношений в группе

Длительность: 35 минут

Цель: Подведение итогов, мотивация на дальнейшее посещение групп в амбулаторной сети

– Приветствие, представление ведущего (ведущий представляется по имени и отчеству и называет свою должность).

– Завершение этого занятия рекомендуется проводить в неформальной обстановке в виде чаепития.

– Участники садятся за общий стол.

– Ведущий на завершающем занятии уже не называет имена на бейджах и не вешает эти бейджи на участников, а кладет данные бейджи на стол. Цель этого технического приема - называть на бейджах имена и спрашивать, чем запомнился данный участник, даже если он уже был выписан.

Этап: Завершение отношений в группе

Длительность: 15 минут

Цель: Завершение

Завершение занятия с использованием упражнения «Подарок»:

Ведущий просит участников пожелать каждому то, в чем участники нуждаются. В этом упражнении важно, чтобы «подарок» был персонально адресован каждому участнику.

Этап: Обратная связь

Длительность: 10 минут

Цель: Резюмирование Обратная связь от участников по кругу о программе в целом, что наиболее было интересно и важно.

## ГЛАВА 3. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.1. Дизайн исследования

Проводимые в последние годы зарубежные и отечественные исследования эффективности различных методов психосоциальной терапии и реабилитации основываются на принципах доказательной медицины. При этом оценка эффективности, достигаемых с помощью лечения с использованием психосоциальных вмешательств, проводится различными путями, с опорой на широкий круг показателей. Анализ имеющихся публикаций свидетельствует, что число таких показателей-индикаторов в работах последних лет увеличилось, особенно при проведении широкомасштабных исследований. Применяются клинические показатели: динамика выраженности симптомов психических расстройств, длительность ремиссий, частота обострений и регоспитализаций [200]. Используются иные характеристики состояния пациентов: социальные навыки, социальное приспособление, лучшее понимание пациентами собственного заболевания [208], качество жизни, достижение цели трудоустройства [138], параметры, отражающие облегчение семейного бремени, удовлетворенность терапией как со стороны пациентов, так и со стороны членов их семьи [45], а иногда и удовлетворенность оказывающих помощь пациенту специалистов, показатели экономической выгоды. Применение широкого круга параметров, компонуемых авторами в различных сочетаниях, существенно затрудняет восприятие презентруемых в публикациях результатов, как и оценку эффективности отдельных программ или методов.

Также важно, что дизайн исследований эффективности может быть построен разными способами, в той или иной степени учитывая результаты проводимых реабилитационных мероприятий, отсроченные эффекты, условия рутинной

практики, ограничения, накладываемые такими факторами как особенности региональной психиатрической помощи, уровень подготовки специалистов, широкие социальные условия, культуральные особенности.

Для представленного в настоящей работе исследования был выбран дизайн натуралистического открытого сравнительного проспективного исследования, и использован хорошо себя зарекомендовавший психометрический подход, основанный на данных надежных и валидных методов. Дизайн и методическое оснащение исследования получили одобрение Этического комитета ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗ г. Москвы»; исследование проведено на базе указанного учреждения. Оценивались эффекты двух программ лечения с использованием психосоциальных вмешательств больных с РШС на ранних этапах оказания психиатрической помощи.

Изначально методом сплошной выборки все пациенты, поступающие на стационарное лечение в ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗ г. Москвы» и соответствующие критериям включения, были взяты в исследование (всего было набрано 162 пациента). В дальнейшем по результатам клинико-анамнестического исследования пациентов в соответствии с критериями невключения 40 человек были исключены из исследования.

Общая выборка (N=122) была случайным образом разделена на две группы: основную (экспериментальную) и группу сравнения, - в соответствии с типом проведенных в ходе лечения программ. Разделение производилось простым методом чет-нечет, с опорой на день госпитализации: все пациенты общей выборки, госпитализированные в понедельник, среду и пятницу, определялись в основную группу исследования, госпитализированные в остальные дни недели – в группу сравнения. При этом участники основной группы принимали участие в программе медико - психологического сопровождения для пациентов с РШС на стационарном этапе лечения (ПМПСПС), разработанной для больных, находящихся на стационарном лечении, пациенты группы сравнения принимали участие в занятиях с использованием методов терапии занятости, которые в точности повторяли объем времени и внимания, получаемого в основной группе,

но, предположительно, не должны были оказывать специфического влияния на изучаемые параметры у респондентов. Пациенты сравниваемых групп отбирались таким образом, чтобы они не различались между собой по измеряемым клиническим и социально-демографическим характеристикам на момент приема в исследование (проверка сопоставимости групп см. раздел 4.1). За время проведения с пациентами ПМПСПС и терапии занятостью часть пациентов выбыли из программы вследствие завершения их стационарного лечения (по разным причинам, преимущественно вследствие внешних обстоятельств); таким образом группу «drop out» составили 5 больных. На завершающем этапе катамнестического наблюдения удалось проследить и оценить состояние 101 пациента. Общая организационная схема исследования, с указанием объема выборок пациентов отражена в Таблице 2.

Таблица 2 – Организационная схема исследования

	Этап исследования	Обследованные группы	Всего пациентов
1	Первичная оценка клинических и психометрических характеристик пациентов	Пациенты с диагностированными РШС на этапе отбора в группу исследования	162
2	Проведение запланированных интервенций с пациентами клинической выборки исследования (в течение 2 недель)	1. Пациенты клинической группы, принявшие участие в ПМПСПС	68
		2. Пациенты клинической группы - участники терапии занятостью (в форме арт-терапии)	54
3	Повторная оценка клинических и психометрических характеристик пациентов	1. Пациенты основной клинической группы	66*
		2. Пациенты клинической группы сравнения	51**
4	Катамнестическое наблюдения (период 6 месяцев после завершения лечения)	1. Пациенты основной клинической группы	58
		2. Пациенты клинической группы сравнения	43

Примечание – \* - пациенты включены в основную группу исследования, \*\* - пациенты включены в группу сравнения исследования.

### 3.2. Цель и основные гипотезы исследования

Целью эмпирического исследования была определена сравнительно-сопоставительная оценка эффективности двух вариантов программ лечения с использованием психосоциальных вмешательств для пациентов с РШС на стационарном этапе оказания психиатрической помощи: ПМПСПС в сопоставлении с программой терапии занятостью, с использованием психометрической оценки клинических характеристик и личностных установок пациентов.

На основе анализа литературы и данных предварительной апробации программ были сформулированы следующие гипотезы эмпирического исследования:

1. Эффективность ПМПСПС для пациентов с РШС с длительностью заболевания 6-10 лет со средним числом госпитализаций 4-6 окажется выше, чем эффективность программы терапии занятости. Параметры выявленных изменений ПМПСПС будут более многомерны и существенно выражены.
2. Наибольший позитивный эффект ПМПСПС окажет на параметры восприятия болезни у пациентов с РШС, на негативные эффекты самостигматизации и комплаентность к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации.
3. Обе программы приведут к позитивной динамике всех выделенных мишеней и будут выделены мишени – индикаторы эффективности и мишени, резистентные к эффектам программ. Для ПМПСПС количество индикаторов эффективности в оценке психосоциальных влияний будет существенно преобладать над количеством мишеней, резистентных к воздействию программы.
4. Обе программы психосоциальных интервенций не окажут доказанного влияния на позитивную динамику клинико-психопатологической симптоматики.

### 3.3. Материал и методики исследования

#### 3.3.1. Этические принципы, критерии включения и исключения

Как уже отмечено выше (Таблица 2), в исследовании приняли участие 162 пациента, включены в основную группу и группу сравнения - 117 пациентов с диагностированными РШС, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ ПКБ №4 ДЗ г. Москвы. Исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» (1964 г., с изменениями 1975 г., 2013 г.), Кодексу профессиональной этики психиатра Российской Федерации (принят на Пленуме Правления РОП 19.04.1994 г.), Федерального закона Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г., проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗ г. Москвы».

Пациенты включались в исследование в соответствии со следующими критериями включения:

1. Возраст от 18 до 55 лет;
2. Установленный в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 диагноз, кодируемый в рубриках F20 – F21;
3. Длительность болезни 6-10 лет с наличием в анамнезе 4-6 госпитализаций;
4. Госпитализация в добровольном порядке в ГБУЗ ПКБ №4 ДЗ г. Москвы, и добровольное информированное согласие на участие в исследовании;
5. Психическое состояние не достигает степени острого психоза; для подтверждения этого проводилась клиничко-психопатологическая оценка с использованием шкалы PANSS, суммарный балл по которой не должен был превышать 80;

6. Согласие лечащего врача-психиатра на участие пациента в работе;

7. Психофармакотерапия в условиях стационара, формирование медикаментозной ремиссии, и способность по актуальному психическому состоянию выполнить необходимые психологические методики и принимать участие в реабилитационных мероприятиях, назначенных и согласованных специалистами полипрофессиональной бригады.

В части случаев пациенты не могли принять участие в исследовании вследствие наличия следующих критериев невключения:

1. Отказ пациента от участия в исследовании на любом этапе;

2. Госпитализация в связи с расстройством, кодируемым в рубриках МКБ-10, отличных от F20 – F21;

3. Наличие признаков острого психоза, квалифицируемых в том числе на основании данных PANSS (значение по шкале PANSS  $\geq 80$ );

4. Больные шизофренией с очевидными признаками формирующихся исходных состояний таких типов как слабоумие с речевой спутанностью, псевдоорганический вариант слабоумия, с нарастающим руинированием психики;

5. Пациенты в период госпитализации, находящиеся на режиме усиленного наблюдения, обусловленного остротой текущей психопатологической симптоматики, выраженностью имеющихся нарушений поведения, с признаками обусловленной заболеванием значительной дезорганизации поведения и психической деятельности;

6. Наличие у пациента выраженных когнитивных расстройств, обусловленных коморбидными заболеваниями (и/или установление фактов серьезных ЧМТ, эпилептиформных приступов в анамнезе, диагностированных наркологических заболеваний);

7. Наличие у пациентов сопутствующей соматической патологии (включая ВИЧ-инфекцию) в состоянии декомпенсации, симптомов физической ослабленности;

8. Выраженные негативные побочные эффекты психофармакотерапии (определялись на основе данных Шкалы SAS Симпсона-Ангуса).

9. Длительность заболевания более 10 лет с числом госпитализаций более 6.

Использовались также следующие критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании на любом этапе, неполное заполнение бланков опросников (вследствие этого выбыло еще 5 пациентов).

Испытуемым были проведены необходимые клинико-лабораторные исследования (клинический анализ мочи и крови, ЭКГ, биохимический и серологический анализы крови, флюорографическое исследование). При наличии показаний больные получали консультации специалистов: врача-терапевта, невролога, отоларинголога, окулиста, хирурга. При необходимости и по назначению врача проводилось УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы. Все пациенты получали консультацию медицинского психолога, с ними проводились необходимые психодиагностические процедуры, предписанные стандартами лечения (Стандарт специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазе с затяжным течением и преобладанием социально-реабилитационных проблем, Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1400н).

### **3.3.2. Характеристика выборки исследования**

Был проведен анализ клинических и социально-демографических параметров пациентов основной и группы сравнения исследования (данные приведены в Таблицах 3 и 4, соответственно).

Как можно видеть из Таблицы 3, в исследовании приняли участие 117 пациентов с РШС. Обе обследованные группы пациентов включали как мужчин, так и женщин, при этом если в основной группе пропорция была соблюдена (48% мужчин и 52% женщин), то в группе сравнения число женщин преобладало (35% мужчин и 65% женщин).

Таблица 3 – Диагностические характеристики пациентов обследованной выборки

	Основная группа N=66		Контрольная группа N=51	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Число больных (% от объема группы)	32 (48%)	34 (52%)	18 (35%)	33 (65%)
Средний возраст, лет	34,9 ± 10,7		33,1 ± 10,3	
Длительность заболевания (лет)	6,6 ± 4,4		6,7 ± 5,1	
Диагноз по МКБ-10 F20.014 Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом. Неполная ремиссия.	20	16	14	15
F 20.024 Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения со стабильным дефектом. Неполная ремиссия	1	7	-	2
F20.034 Шизофрения параноидная, эпизодический ремиттирующий тип течения. Неполная ремиссия	4	8	3	13
F 21.4 Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения	7	3	1	3
Число предшествовавших госпитализаций	3,91 ± 3,15		3,51 ± 2,8	

Объяснить данную диспропорцию сложно, но она возникла при использовании описанных выше параметров разделения общей выборки на подгруппы, и отказываться от выбранного критерия разделения вследствие возникшей некоторой диспропорции было сочтено нецелесообразным. Поскольку никаких гендерно-специфических параметров не изучалось, и связанных с гендером вариаций воздействий в исследовании не предполагалось, было принято решение сохранить обе подгруппы в том составе, в котором они сформировались на основе критериев включения, исключения и разделения. Средний возраст пациентов обеих подгрупп составил 34,9±10,7 для основной и 33,1±10,3 для группы сравнения; что подтверждает сопоставимость групп.

В обеих группах преобладали пациенты с параноидной формой шизофрении (F20.X.): суммарное число пациентов с указанным диагнозом составило 103 человека или 88,0% от выборки, в основной группе таких пациентов 56(47,8% от общего числа), в группе сравнения – 47 человек (40%). На втором месте по частоте – пациенты с псевдопсихопатической(психопатопоподобной) шизофренией(F21.) - 14 пациентов, или 11,9% от выборки.

Длительность заболевания к моменту настоящей госпитализации составила  $6,6 \pm 4,4$  лет для пациентов из основной и  $6,7 \pm 5,1$  лет для лиц из группы сравнения. Общее число госпитализаций в стационар - 3,91 для основной и 3,51 раз для группы сравнения, с разбросом от 1 до 12 раз, при этом среднее количество госпитализаций составляло от 4 до 6 раз. Довольно большое значение стандартного отклонения измерений в обеих группах – свидетельство заметного разброса по показателям длительности заболевания и проведенного лечения. Такой разброс отражает характеристики контингента пациентов в отделениях стационарной помощи; и поскольку в настоящем исследовании удалось достичь сопоставимого значения длительности заболевания и числа госпитализаций для пациентов подгрупп, введение дополнительных критериев включения/невключения представлялось нецелесообразным.

Поскольку пациенты страдают РШС, длительный катамнез заболевания у части лиц выборки исследования понятен. Ожидаемыми стали социально-демографические характеристики группы, свидетельствующие о значительных признаках социальной дезадаптации и обусловленных психическим расстройством социальных потерях (Таблица 4). Так, хотя у пациентов обеих групп хороший уровень образования (высшее или неоконченное высшее имеют более половины лиц), большинство пациентов не работают. У относительно небольшого числа пациентов это можно объяснить тем, что они признаны нетрудоспособными и имеют группу инвалидности (суммарно это 29 больных или 24,8% выборки). Однако заметно большее число не работают, хотя не имеют статуса нетрудоспособных (50 пациентов или 42,7% выборки).

Таблица 4 – Социально-демографические параметры пациентов обследованной выборки

Характеристики	Основная группа N=66		Группа сравнения N= 51	
	Абс. число	%	Абс. число	%
<b>Профессиональная занятость</b>				
Работающие	16	24,2	21	41,2
Получает образование	6	9,1	4	7,8
Безработный	44	66,7	26	51
<b>Уровень образования</b>				
Среднее	8	12,1	9	17,6
Средне-специальное	22	33,3	8	15,7
Неоконченное высшее	12	18,2	12	23,5
Высшее	24	36,4	22	43,1
<b>Семейное положение</b>				
Холост/незамужем	37	56,1	24	47,1
Состоит в браке	13	19,7	16	31,4
Разведен/разведена	14	21,2	9	17,6
В гражданском браке	1	1,5	2	3,9
Вдовец/вдова	1	1,5	-	-
<b>Трудоспособность</b>				
Сохранена полностью, работает	13	19,7	25	49
Не работает, признан трудоспособным	34	51,5	16	31,4
Установлена инвалидность 3 группы	6	9,1	3	5,9
Установлена инвалидность 2 группы	13	19,7	7	13,7

Показательны также параметры семейного положения: в официальном браке состоят только 29 больных (или 24,8%), и еще 3 человека (2,6%) указали наличие гражданского брака. Большинство пациентов одиноки: никогда не состояли в браке 61 человек (52%), разведены 25 человек (21,4%). Данные позволяют утверждать дезадаптацию в области близких межличностных отношений у пациентов обеих групп исследования; данный результат отвечает тяжести психопатологических симптомов, в том числе – негативных.

Психофармакотерапия пациентов обеих сравниваемых групп проводилась с учетом показаний и клинических рекомендаций; у всех пациентов в схеме лечения присутствовали антипсихотики. Пациенты принимали препараты как перорально, так и в инъекционной форме, использовались типичные и атипичные

антипсихотики. В отдельных случаях применялись препараты пролонгированного действия, обычно они назначались перед выпиской. Острые психотические состояния, сопровождающиеся симптомами психомоторного возбуждения, требовали применения классических нейролептиков в инъекционных формах, причем в случае наличия в картине психоза агрессивности, враждебности использовались нейролептики с преобладанием седативного действия (хлорпромазин, галоперидол). При наличии галлюцинаторно-параноидной симптоматики назначались типичные нейролептики с антибредовым и антигаллюцинаторным действием (галоперидол, зуклопентиксол), либо атипичные антипсихотики с селективным антибредовым и антигаллюцинаторным действием (такие как рисперидон, клозапин, оланзапин, палиперидон). В отдельных случаях применялся кветиапин, еще реже - арипипразол. В части случаев в схеме терапии использовалось более одного антипсихотика; но такие схемы терапии обычно отмечались при подготовке пациента к выписке или при переводе их на долечивание в отделение дневного стационара, и тогда комбинация нескольких видов антипсихотиков являлась временной. Большая часть пациентов принимала препараты для купирования экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков.

Стандартное лечение осуществлялось лечащим врачом — психиатром, который определял выбор фармакологической терапии, а также сроки лечения, исходя из актуального клинического состояния пациента. Во время проведения исследования пациенты основной группы получали следующее фармакологическое лечение: один антипсихотический препарат назначался у 26 (39,3%) пациентов основной и 17 (33,3%) группы сравнения. Два вида антипсихотиков присутствовали в схеме у 40 (60,6%) пациентов основной группы и 34 (66,6%) пациентов группы сравнения (Рисунок 3). Монотерапию антипсихотиками первого поколения (АПП) получали 23 (34,8%) пациента основной группы и 25 пациента (49,01%) группы сравнения; монотерапию антипсихотиками второго поколения (АВП) – 18 (27,2%) пациента основной группы и 16 (31,3%) пациента группы сравнения соответственно (Рисунок 4);

комбинацию двух и более антипсихотических средств – 25 (37,85%) пациента основной группы и 10 (40%) пациента группы сравнения (Рисунок 5); пролонгированные формы антипсихотических средств – 3 (4,5%) пациента основной группы и 4 (7,8%) пациента группы сравнения (Рисунок 6).

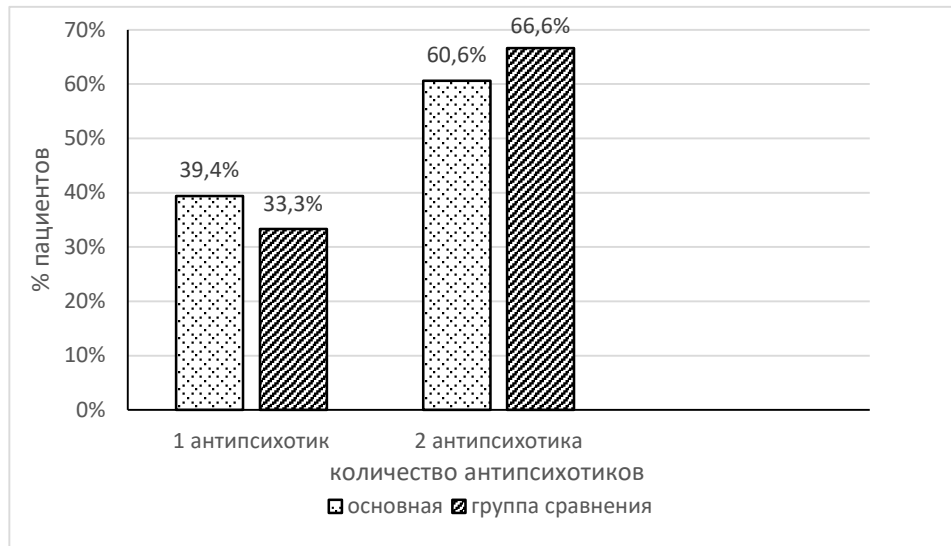


Рисунок 3 – Количество антипсихотических препаратов в схеме лечения пациентов

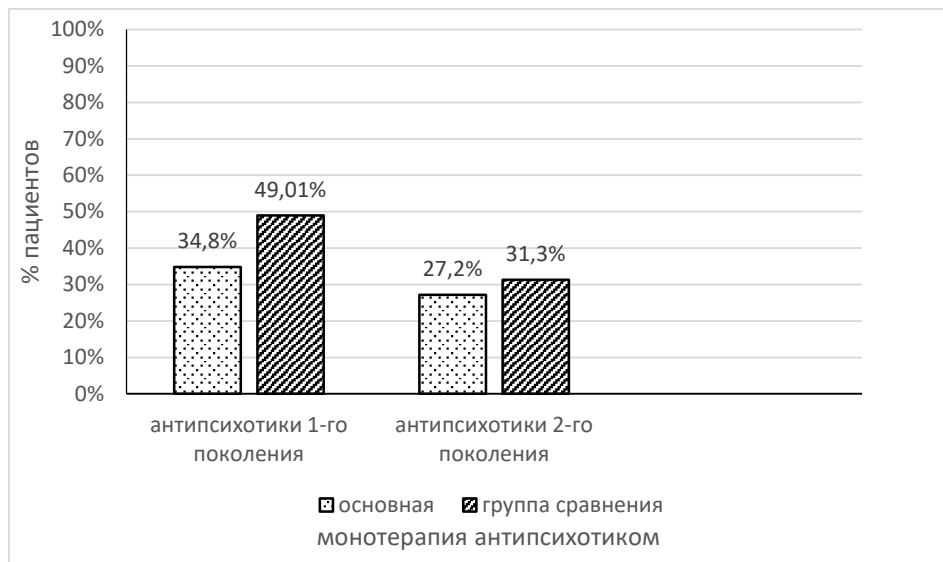


Рисунок 4 – Монотерапия антипсихотиком



Рисунок 5 – Комбинация 2-х и более антипсихотиков

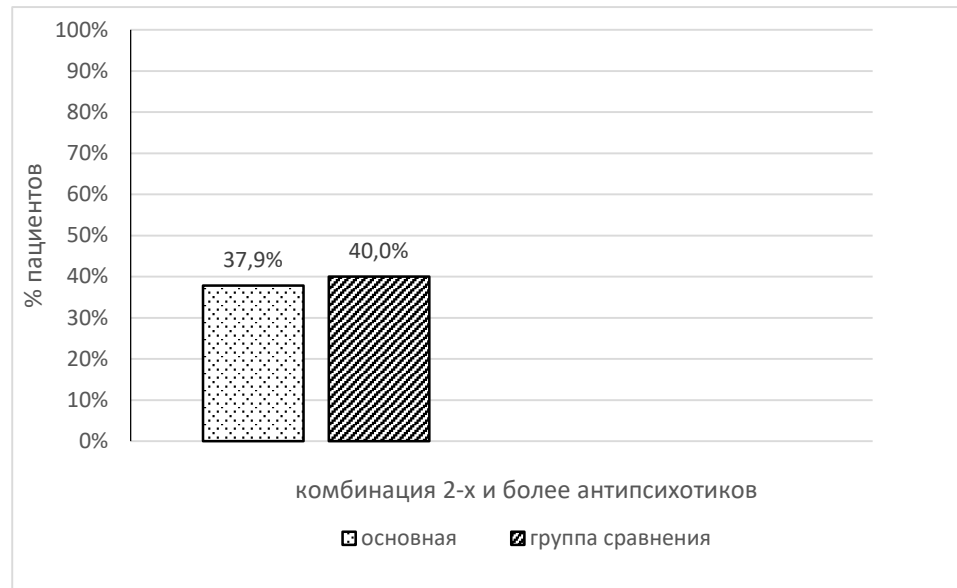


Рисунок 6 – Пролонгированные формы антипсихотических средств

Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина получали шесть пациентов (10%) основной группы и 8 пациентов (15,6%) группы сравнения, антипаркинсонические средства – 37 (56,0%) участников основной группы и 41 пациент (80,3 %) группы сравнения, нормотимики назначались в 17 (25,7%) случаях у пациентов основной группы и 15 пациентов (29,4 %) группы сравнения.

Поскольку ведение пациентов осуществлялось на основе индивидуализированной оценки и подбора препаратов, в настоящем исследовании

проводимая терапия отражена в обобщенном виде. Интенсивность антипсихотической терапии в основной группе соответствовала  $460 \pm 130$  мг в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент, в группе сравнения данный показатель находился на уровне  $425 \pm 185$  мг ( $p > 0,05$ ). Использование транквилизаторов было единичным, обычно в первые дни госпитализации для коррекции психомоторного возбуждения. На момент включения в группы, пациенты транквилизаторы не принимали.

### 3.3.3. Методы и методики исследования

В исследовании были использованы следующие методы: клинико-анамнестический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический (исследование пациентов с помощью адаптированных и валидизированных психологических методик, а также теста «Комплаентности к реабилитации», разработанного для настоящего исследования и проходящего психометрическую оценку). Оценка состояния больного проводилась лечащим врачом и клиническим психологом – участником исследования, всегда на основе добровольного информированного согласия пациента. Интервенции психосоциальной реабилитации осуществлялись специалистами отделения медико-психологической помощи ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗ г. Москвы». Такая организация исследования позволила осуществить независимую оценку состояния больных, и динамики состояния в процессе лечения (проводимого с использованием психосоциальных интервенций), и исключить конфликт интересов у специалистов, участвующих в исследовании.

Для статистической обработки полученных в исследовании данных был применен математико-статистический метод (на основе программных пакетов IBM SPSS Statistics 26 и Microsoft Excel 2010).

Разработанный методический комплекс состоит из следующих блоков методик:

## 1. Блок клинической оценки и определения социально-демографических параметров пациентов

1) «Анкета социально-демографических характеристик для пациента» предлагалась для заполнения каждому из участников исследования. В карту вносилась информация о возрасте, профессиональном, социальном и семейном статусе, образовании, наследственной отягощенности, перенесенных заболеваниях, и протекания основного психического заболевания, преморбидных особенностях личности, аутоагрессивном поведении, особенностях эмоциональной сферы, состоянии здоровья на данный момент, особенностях становления и протекания ремиссии, а также проводимой психофармакотерапии и психотерапии. Индивидуальная карта на каждого пациента заполнялась врачом на основании сведений, полученных в результате бесед с больными, их родственниками, другими специалистами учреждения, сбора и анализа анамнеза, подробного изучения ранее оформлявшейся и текущей медицинской документации, имевшейся в распоряжении врача.

2) «Карта оценки состояния и социального статуса пациентов» (заполняется лечащим врачом-психиатром). Анкета содержит данные о клинической оценке состояния, а именно: установленный клинический диагноз, закодированный в соответствии с разделами МКБ-10, анамнестические данные: год начала заболевания, количество госпитализаций в психиатрическую больницу, число помещений пациента в условия дневного стационара, синдромальную квалификацию приступов заболевания, данные о назначенной в период настоящего стационарирования психофармакотерапии (название препаратов и суточная дозировка).

3) Поскольку пациенты обследовались в условиях психиатрического стационара, принципиальное значение имела точная оценка тяжести клинического состояния с опорой на симптомы психического расстройства. Для этой цели традиционно применение Шкалы позитивных и негативных расстройств - PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), разработанной S.R. Kay и др. [191], русскоязычная версия которой апробирована и валидизирована ведущими

отечественными учеными [39]. Шкала отражает отсутствие или выраженность симптомов шизофрении с оценкой по трем субшкалам: позитивных симптомов (п.п. P1–P7, включая галлюцинаторное поведение, бред, общую дезорганизацию); негативных (п.п. N1–N7, отражающих дефициты аффекта, воли, социальную и эмоциональную отгороженность); общих психопатологических симптомов (п.п. G1–G16). В качестве эксперта, оценивающего в баллах от 1 (отсутствие) до 7 (крайняя степень выраженности) каждый параметр шкалы, выступал лечащий врач пациента. Оценка проводилась однократно, на этапе включения пациента в программу.

4) «Шкала клинической оценки тяжести симптомов психоза – CRDPSS» (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity) была предложена специалистами Американской психиатрической ассоциации (APA) в рамках подготовки DSM-5, и заявлена как новый психометрический инструмент для количественной оценки ключевых симптомов психоза [103]. Шкала создана в логике дименсионального подхода к оценке состояния пациентов с психическими расстройствами. В то время как категоризация психических расстройств направлена на установление четких границ между состояниями, выделением групп в рамках конкретных расстройств, дименсиональный подход более чувствителен к различиям в тяжести симптомов конкретного пациента, и лучше позволяет оценить динамику состояния в ходе терапии. Несмотря на то, что работа по изучению психометрических характеристик CRDPSS еще ведется, шкала используется для клинической оценки пациентов в рамках проведения исследований как зарубежными [103, 104], так и отечественными авторами [172].

Шкала CRDPSS включает набор из 8 показателей, каждый из которых оценивает тяжесть симптомов психического состояния, значимых при психотических расстройствах, включая бред, галлюцинации, дезорганизованную речь, аномальное психомоторное поведение, негативные симптомы, нарушение когнитивных функций, проявления депрессии и проявления мании. Для проводящего оценку состояния пациента лечащего врача предлагалась, кроме бланка для оценки пациента, инструкция, на основе которой эта оценка

проводилась. Поскольку психометрические характеристики шкалы в настоящее время проходят проверку [103, 104], для достижения большей достоверности показаний было введено следующее правило: обе оценки (до и после лечения с использованием психосоциальных вмешательств) проводит один и тот же специалист – лечащий врач пациента.

5) «Шкала общего клинического впечатления – CGI» (Clinical Global Impression Scale) предложена специалистами Национального института психического здоровья США для использования в клинических испытаниях в качестве краткого (скринингового) инструмента для определения тяжести симптомов и прогресса лечения [197]. Шкала широко используется при проверке эффективности препаратов, для измерения лечебного действия и побочных эффектов, в том числе у пациентов с психическими расстройствами. Обычно исследователи сравнивают результаты оценки состояния пациента, проведенной лечащим врачом на основе всей доступной ему информации – начиная от анамнеза и катамнеза, симптомов, поведения, с учетом влияния симптомов на способность пациента функционировать, с оценкой, данной тем же доктором после завершения этапа/курса лечения.

В настоящем исследовании были применены две рекомендованные оценки [118]:

- CGI-S (CGI-Severity) – серьезности расстройства в течение последней недели, проведенное на основе семибалльной шкалы на этапе начала оцениваемой психосоциальной интервенции,
- CGI-I (CGI-Improvement), в ходе которого врач сравнивает общее клиническое состояние пациента с периодом, непосредственно предшествовавшим началу интервенции. Оценка также проводится по семибалльной шкале.

6) В качестве вспомогательной методики применялась Шкала SAS Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов (Simpson-Angus Scale for Extrapyramidal Symptoms), позволившая исключить из исследования больных с заметными признаками побочных действий нейролептических препаратов [145]. Такое исключение было продиктовано

требованиями к состоянию нейродинамических параметров, необходимых для участия пациентов в предлагаемых видах интервенций.

2. Блок оценки отношения к заболеванию и различных аспектов комплаентности больных:

1) Для оценки отношения к болезни применялась русскоязычная версия «Краткого опросника восприятия болезни» Е. Бродбент (Brief Illness Perception Questionnaire – B-IPQ), адаптированная и используемая как для пациентов с соматическими, так и с психическими расстройствами [96]. Опросник базируется на теории саморегуляции в отношении здоровья и болезни или модели «житейского» смысла болезни; ранее неоднократно использовался в исследованиях больных с психическими заболеваниями, в том числе с шизофренией [130]. B-IPQ позволяет рассмотреть структуру представлений человека об имеющейся у него болезни, связи этих представлений между собой, оценить феномен воспринимаемой угрозы болезни, отражающей степень психологического дистресса, и феномен восприятия контролируемости болезни. Методика содержит 8 вопросов со шкалой ответов от 0-10 баллов и дополнительную графу, в которой респондент в свободной форме может указать мнение о характере своего психического заболевания, а также о возможных причинах, вызвавших его. Из возможных представлений о болезни в методике отражены следующие компоненты: последствия болезни, течение болезни, личный контроль, контроль лечения, идентификация болезни, обеспокоенность болезнью, понятность болезни, эмоциональное реагирование на болезнь.

2) Для исследования комплайенса к психофармакотерапии использовался «Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам» - DAI-10 [161]. Данный опросник является сокращенным вариантом методики DAI-30, предложенной для оценки комплайенса в фармакотерапии больных шизофренией [149]. Тест представляет собой опросник, который заполняет пациент, и содержит формулировки, отражающие отношение пациента к медикаментозному лечению, восприятие им лекарственных препаратов и производимых ими эффектов. Пациент оценивает каждое отдельное утверждение как истинное или ложное по отношению

к нему. Оригинальная шкала состоит из 30 вопросов, однако сокращенная ее версия, включающая 10 пунктов, также распространена и валидизирована [174]. Суммарный балл – показатель комплаентности – подсчитывается путем суммирования положительных ответов («верно») на прямые пункты опросника, и отрицательных ответов («неверно») на инвертированные.

3) В настоящей работе также была использована оригинальная скрининговая шкала «Комплаентность к психосоциальной реабилитации». Разработка данной шкалы являлась одной из задач настоящего исследования. Ее описание и результаты психометрической оценки отражены в главе 4 данной работы; в качестве авторов-разработчиков выступили А.В. Палин, О.В. Рычкова, А.Б. Холмогорова.

3. Блок оценки отдельных эмоциональных и личностных параметров использовались:

1) «Шкала социального избегания и дистресса» - SADS (Social avoidance and distress scale) [31, 201] создана для выявления социальной тревожности путем оценки склонности уклоняться от участия в социальных ситуациях, испытывать в них дискомфорт. Шкала состоит из 28 утверждений с выбором ответов «верно» или «неверно», и разделена авторами на две субшкалы (по 14 вопросов в каждой): социальное избегание и социальный дистресс. Шкала была выбрана для исследования, так как SADS является одной из наиболее широко используемых методик для оценки социальной тревожности, склонности к поведению избегания и переживаемого субъективного дистресса по поводу социальных взаимодействий. По данным многих работ, SADS имеет хорошие психометрические характеристики, и, что особенно важно, высокий показатель надежности повторного тестирования [108].

2) «Шкала самостигматизации» – IMSI-29 (Internalized Stigma of Mental Illness) была предложена специально для оценки внутренней (или интернализированной) стигмы при психических расстройствах [71, 112]. В настоящее время шкала широко распространена и представлена на многих языках мира. Она строится как опросник, выполняется пациентом самостоятельно, содержит 29

пунктов, отражающих отношение респондента, признающего у себя признаки психического заболевания, к людям с аналогичными расстройствами. Имеющиеся данные о шкале позволяют утверждать хорошие психометрические ее характеристики, возможность с ее помощью оценивать ряд значимых параметров. Были подсчитаны в настоящем исследовании показатели субшкал «Отчужденность», «Одобрение стереотипов», «Опыт дискриминации», «Социальная самоизоляция» и «Сопротивление стигматизации», оцененные как средний балл по пунктам, включенным в субшкалу. При этом каждый входящий в субшкалу пункт оценивается по 4-балльной шкале Лайкерта (от «1» – полностью не согласен, до «4» – полностью согласен), но для субшкалы «Сопротивление стигматизации» использовалась обратная кодировка. Авторы отечественной адаптации методики предлагают значения показателей интерпретировать следующим образом: как высокий трактовать показатель  $M(x) \geq 2,5$ , как низкий –  $M(x) < 2,5$ . Отдельно также подсчитывался (усредненный) показатель интернализированной стигмы на основе пунктов субшкал «Отчужденность» и «Социальная самоизоляция», а также суммарный балл по всей шкале ISMI-29 [71].

Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica for Windows 10.0, IBM SPSS Statistics 26 и Excel 2010 (14) — Microsoft Office 2010. В целях наглядности и единообразия представления данных, результаты анализа приведены с указанием значений среднего арифметического (Mean), показателя разброса балла в виде значения стандартного или среднеквадратичного отклонения (SD), медианного значения измеренного показателя (Median), значений 25 и 75 перцентилей ( $q_1$  и  $q_3$  соответственно). Для статистического сравнения групп использовался критерий U-критерий Манна-Уитни, пригодный для непараметрических данных и независимых выборок, критерий Z-Wilcoxon, также используемый для сравнения непараметрических данных в зависимых выборках; для установления корреляционных связей и взаимозависимостей переменных – коэффициент ранговой корреляции r-Spearman. Также был применен для оценки надежности разработанного скринингового инструмента (шкалы «Комплаентность к

психосоциальной реабилитации») подсчет коэффициента Альфа-Кронбаха (а-Cronbach и Guttman Split-half), факторный анализ с использованием метода главных компонент и вращением Варимакс.

## **ГЛАВА 4. ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ С РШС ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ИНТРЕВЕНЦИЙ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПМПСПС И ПРОГРАММЫ ТЕРАПИИ ЗАНЯТОСТИ**

### **4.1. Результаты сравнительного исследования динамики клинических симптомов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра до и после проведения психосоциальных вмешательств**

Для оценки клинического состояния были использованы данные «Карта оценки состояния и социального статуса пациентов», «Шкалы позитивных и негативных расстройств» - PANSS, «Шкалы клинической оценки тяжести симптомов психоза – CRDPSS» - 8 показателей, и «Шкалы общего клинического впечатления – CGI», на основании которой подсчитывались показатели CGI-S (CGI-Severity) и CGI-I (CGI-Improvement). Для анализа всей совокупности полученных данных были использованы описательно-статистические процедуры; результаты оценки представлены в виде показателей средних арифметических разброса балла по каждому измеренному параметру, среднеквадратичного отклонения, значений медианы. Полученные данные - показатели клинического состояния пациентов из групп с использованием разных вариантов психосоциальных вмешательств до лечения, - подсчитаны по указанной схеме. При этом пациенты, прошедшие ПМПСПС, были определены как основная группа исследования, прошедшие программу с использованием терапии занятостью, составили группу сравнения. На этапе вхождения пациентов в исследование для исключения пациентов с признаками острого психотического состояния использована шкала PANSS. У вошедших в группы исследования пациентов средне-взвешенный балл по PANSS составил  $75,0 \pm 3,3$  для основной группы и  $76,1$

$\pm 3,3$  для группы сравнения; сопоставление показателей с использованием U-критерия Манна-Уитни подтвердило отсутствие различий по степени тяжести основных клинических симптомов. По данным PANSS, у пациентов основной группы и группы сравнения присутствует продуктивная симптоматика, в составе переживаний доминируют подозрительность, настороженность, враждебность, отрывочные или систематизированные бредовые идеи, чаще персекуторные. У отдельных пациентов сохраняются явления в виде эпизодических галлюцинаций (обычно вербальных), слуховых обманов, с последующей их устойчивой бредовой интерпретацией. Пациенты обнаруживали нарушения мышления в виде соскальзываний, расплывчатости, резонерских высказываний. Также отчетливыми у пациентов обследованных групп являются негативные симптомы, включая малоконтактность, отсутствие речевой инициативы, бедность речи, эмоциональную отгороженность. Выражены некоторые общепатологические симптомы, в том числе отмечались депрессивные, тревожные переживания, нарушения волевой регуляции, поведенческие расстройства (чаще в форме социальной отстраненности). Способность к критической оценке своего состояния у пациентов снижена, и это касалось как симптомов, не оцениваемых пациентами как психопатологические, так и недооценки факта своего заболевания в целом.

Шкала PANSS в настоящем исследовании использовалась однократно – для оценки психопатологической симптоматики и в соответствии с необходимостью учета критериев невключения пациентов с признаками острого психотического состояния. Для оценки динамики клинического состояния пациентов использованы «Шкала клинической оценки тяжести симптомов психоза – CRDPSS», «Шкала общего клинического впечатления–CGI». При оценке до лечения показатели по ряду субшкал достигали умеренно выраженных значений (2 балла), что отражает наблюдаемую галлюцинаторную симптоматику, дезорганизацию речи и поведения, симптомы негативные и депрессивного круга; по субшкале когнитивных функций нарушения были оценены как незначительные. Данные оценки приведены в Таблице 5. Повторная оценка клинических показателей была проведена после завершения лечения с использованием психосоциальных

вмешательств; значимость различий достигнутых изменений показателей оценивалась с использованием непараметрического Z-критерия Вилкоксона.

Таблица 5 – Результаты сравнительного исследования динамики клинических симптомов пациентов с расстройствами шизофренического спектра до и после лечения с использованием ранних психосоциальных вмешательств (в баллах)

Клинические симптомы (CRDPSS)	Группы	До лечения Mean± SD	После лечения Mean± SD	Значимость различий
Бред	Основная	1,02 ± 1,28	0,50 ± 0,88	p < 0,001
	Контрольная	0,61 ± 1,12	0,43 ± 0,90	p < 0,05
Галлюцинации	Основная	2,09 ± 1,12	1,38 ± 0,97	p < 0,001
	Контрольная	1,39 ± 1,30	0,86 ± 1,11	p < 0,001
Дезорганизованная речь	Основная	1,83 ± 0,90	0,82 ± 0,86	p < 0,001
	Контрольная	0,73 ± 1,00	0,41 ± 0,73	p < 0,005
Аномальное психомоторное поведение	Основная	1,39 ± 1,28	0,53 ± 0,90	p < 0,001
	Контрольная	1,00 ± 1,23	0,61 ± 0,94	p < 0,01
Негативные симптомы	Основная	1,89 ± 1,20	1,38 ± 1,02	p < 0,001
	Контрольная	1,22 ± 1,08	1,08 ± 1,09	p = 0,112
Нарушение когнитивных функций	Основная	0,59 ± 0,94	0,47 ± 0,79	p < 0,01
	Контрольная	0,57 ± 0,96	0,41 ± 0,80	p = 0,07
Проявления депрессии	Основная	1,71 ± 1,19	1,36 ± 1,00	p < 0,01
	Контрольная	1,37 ± 1,31	1,04 ± 1,10	p < 0,01
Проявления мании	Основная	0,44 ± 0,88	0,17 ± 0,45	p < 0,001
	Контрольная	0,75 ± 1,07	0,43 ± 0,76	p < 0,01
Шкала CGI	Основная	4,41 ± 0,66	3,71 ± 0,6	p < 0,001
	Контрольная	4,39 ± 0,98	3,90 ± 1,03	p < 0,001

Примечание – Mean – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение.

Как можно видеть из данных Таблицы 5, степень выраженности психопатологического состояния у пациентов обеих обследованных групп значительная, отражает симптомы различных классов. Отчетливо выражены симптомы, оцененные путем использования CRDPSS (кроме показателя по субшкале нарушений когнитивных функций, которые были оценены как незначительные); показатель общего клинического впечатления (CGI) также умеренно высокий в обеих группах.

Оценка состояния пациентов с использованием шкал CRDPSS и CGI проводилась в настоящем исследовании дважды – до и после проведения лечения с использованием психосоциальных вмешательств. Использование скрининга на

основе дименсиональной оценки (шкала CRDPSS дает возможность такого оценивания) позволяет выделить группы симптомов, подверженные влиянию терапевтических факторов, актуальных в ходе лечения с использованием психосоциальных вмешательств. Сравнение динамики показателей клинического состояния, проведенное с использованием данных скрининговой методики CRDPSS и суммарной клинической оценки, показало, что она отчетлива для пациентов обеих обследованных групп, отражает улучшение психического состояния, и в основном сопоставима по степени выраженности достигнутых изменений. Проведенный статистический анализ значимости достигнутых различий позволяет утверждать, что достигнутые изменения клинической симптоматики значительны для большинства параметров, и принципиальных различий между пациентами обеих групп исследования нет. Это дает основания полагать, что динамика клинической картины обусловлена проводимой психофармакотерапией и психосоциальными вмешательствами на раннем этапе оказания помощи. При этом роль типа программы психосоциальной реабилитации для динамики клинической симптоматики незначительна, воздействия программ скорее единообразно, не носит специфического характера.

Отметим, что этот результат не является неожиданным, предполагался на этапе планирования исследования. Он отвечает данным многих зарубежных и отечественных работ, которые свидетельствуют скорее об отсроченных результатах психосоциальных программ, нежели об их непосредственном влиянии на клиническую симптоматику. Во многих исследованиях в числе наиболее частых отсроченных влияний на клиническое состояние отмечались уменьшение частоты рецидивов, повторных госпитализаций, в первую очередь за счет достижения высокой комплаентности пациентов, принявших участие в программах психосоциальной реабилитации [26, 154, 168].

Полученные данные позволяют также высказать соображения в отношении использованной в настоящем исследовании шкалы CRDPSS. Распространенная в работах западных авторов, и мало представленная в отечественных публикациях, данная методика показала в целом удовлетворительные психометрические

характеристики, поскольку оценки по шкале и отдельным субшкалам были дифференцированными, отразили динамику состояния пациентов в ходе лечения. Однако с учетом полученных данных вызывает сомнения точность оценок, получаемых по параметру (субшкале) «нарушение когнитивных функций»; этот показатель представляется недостаточно валидным, а полученные на основании оценки баллы малодостоверными. Можно предположить, что это обусловлено заметным несовпадением представлений (моделей) имеющихся при РШС нарушений когнитивных процессов. Так, в западной психиатрии и клинической психологии широкое распространение получила концепция нейрокогнитивного дефицита при шизофрении [22, 215]. Данная концепция широко освещена в зарубежной литературе, а исследователи и практики имеют обширный инструментарий для точной и дифференцированной оценки недостаточности у пациентов внимания, памяти, гнозиса, мыслительной деятельности. Ряд оценочных процедур вошли в рутинную практику специалистов. В отношении показателя «нарушение когнитивных функций» шкалы CRDPSS средние значения, по публикациям западных исследователей, составляют  $1,22 \pm 1,22$  [176] или, в зависимости от стадии заболевания, находятся в диапазоне от  $1,00 \pm 1,23$  до  $3,29 \pm 2,09$  [104]. Поскольку в настоящем исследовании по данному показателю получены значения в диапазоне от  $0,41 \pm 0,80$  до  $0,59 \pm 0,94$ , можно утверждать систематическую ошибку измерения, обнаруживаемую при использовании шкалы отечественными специалистами.

Конечно, ограниченный объем обследованной выборки больных не позволяет уверенно судить о пригодности или валидности шкалы CRDPSS. Однако она вполне может быть использована для скрининговой оценки выраженности основных групп клинических симптомов у пациентов с РШС, для оценки динамики симптомов в ходе терапии. Достоинством шкалы является ее лаконичность и удобство применения. Полагаем, что проверка психометрических характеристик шкалы является хорошей перспективой дальнейших исследований.

## **4.2. Результаты сравнительного исследования динамики параметров восприятия болезни, комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра до и после проведения психосоциальных интервенций**

### **4.2.1. Разработка психометрического инструмента для оценки комплаентности к психосоциальному лечению и реабилитации**

На этапе планирования исследования было выдвинуто предположение о возможности влияния ранних психосоциальных вмешательств на готовность пациентов с РШС принимать участие в иных, последующих реабилитационных мероприятиях. Для отслеживания подобной установки был необходим психометрический инструмент, позволяющий оценить такую готовность, или, по аналогии с комплаентностью к психофармакотерапии, оценить комплаентность к психосоциальному лечению и реабилитации. Такой психометрический инструмент был разработан на основе консенсусного мнения специалистов, и апробирован в ряде исследований на базе ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗ г. Москвы». Первоначальный вариант опросника для оценки комплаентности к психосоциальной реабилитации в дальнейшем был изменен в сторону упрощения процедуры, и в настоящем исследовании использован сокращенный вариант, определенный как скрининговая шкала «Комплаентность к психосоциальной реабилитации».

Созданию окончательного варианта опросника предшествовали следующие процедуры:

1. На начальном этапе специалисты – психиатры, медицинские психологи и врачи-психотерапевты, участвующие в реабилитационной работе с пациентами, предлагали различные формулировки, отражающие позитивное отношение пациентов к реабилитационным и психотерапевтическим мероприятиям. Наиболее часто встречающиеся были отобраны, и составили банк формулировок,

отражающих позитивные установки пациентов с РШС к мероприятиям реабилитационной направленности;

2. Был также собран банк формулировок, отражающих негативные установки пациентов с РШС к мероприятиям реабилитационной направленности, отражающие наблюдаемые у пациентов формы сопротивления интервенциям и дисфункциональные убеждения, препятствующие участию в групповой работе;

3. Была проведена оценка специалистами предложенных формулировок по частоте их встречаемости в повседневной практике;

4. Из получивших самые высокие оценки по частоте встречаемости пунктов был сформирован окончательный вариант опросника, в дальнейшем подвергнутый психометрической оценке;

5. На завершающем этапе был получен сокращенный вариант опросника, определенный как скрининговая шкала «Комплаентность к психосоциальной реабилитации», который включает 12 пунктов.

Важно, что в число пунктов шкалы были включены не только «прямые», согласие с которыми свидетельствовало о готовности пациента к участию в мероприятиях психосоциальной реабилитации, но и «обратные», согласие с которыми свидетельствовало о фактическом отказе от такой работы. Включение «обратных» или «перевернутых» пунктов является часто используемой в опросниках традицией, смысл которой состоит в обеспечении контроля над процессом заполнения респондентом бланка шкалы, и способом предупреждения «эффекта установки», то есть целенаправленного искажения результатов. Последнее часто встречается в выборке пациентов с психическими расстройствами, заполняющих бланки опросников небрежно или формально.

Поскольку шкала апробировалась в настоящем исследовании, для ее психометрической оценки был проведен ряд процедур, в том числе – оценка надежности через определение внутренней согласованности теста (использовались данные, полученные на начальном этапе обследования, чтобы не исказить имеющегося в клинической выборке разброса балла). Часть пунктов, не показавших достаточной согласованности с результатами шкалы, были исключены

из окончательной редакции опросника, и число удовлетворительных по психометрическим показателям пунктов составило 12. Подсчеты коэффициентов проводились путем подсчета коэффициента корреляции  $r$ -Spearman, полученные для пунктов промежуточного варианта опросника коэффициенты не приводятся. Пункты окончательной версии скрининговой шкалы приведены в Таблице 6.

Таблица 6 – Пункты скрининговой шкалы «Комплаентность к психосоциальной реабилитации»

№ п/п	Утверждение	Ключ к подсчету
1.	Я считаю, что не нужно углубляться в анализ своих симптомов и проблем после выписки из стационара	обратный
2.	Для меня польза от участия в групповой работе превышает возможные негативные последствия в виде усталости и тревоги от столкновения с определенными трудностями в процессе этой работы	прямой
3.	Посещение групповых занятий – это мой собственный свободный выбор	прямой
4.	Я чувствую себя более расслабленным и спокойным, когда посещаю занятия	прямой
5.	Группа ничему не учит меня, а только усиливает мое напряжение и недовольство собой и жизнью	обратный
6.	Во время занятий я стараюсь занять активную позицию и задать ведущим интересующие меня вопросы	прямой
7.	Во время групповых сессий я вынужден обсуждать проблемы других людей, а меня интересуют свои проблемы	обратный
8.	Я лучше специалистов или других больных понимаю свои проблемы, и поэтому не нуждаюсь в их обсуждении с другими людьми	обратный
9.	Я лучше понимаю и контролирую себя, когда работаю в психотерапевтической группе	прямой
10.	Участие в групповой работе делает меня подчиняемым, и позволит другим людям контролировать мое поведение	обратный
11.	Посещая групповые занятия, я смогу предотвратить ухудшение своего состояния	прямой
12.	Выздоровление от психического расстройства невозможно без психологической работы	прямой

Для окончательного варианта скрининговой шкалы, при включении в нее 12 пунктов, показатель коэффициента Альфа-Кронбаха составил 0,748, что можно считать удовлетворительным для теста с указанным числом пунктов. Полученный результат позволяет говорить о приемлемой надежности каждого из 12 пунктов окончательного варианта скрининговой шкалы.

Была проведена проверка возможности повышения психометрических параметров методики путем уменьшения числа пунктов шкалы. В Таблице 7 приведены данные оценки значений коэффициента Альфа-Кронбаха, подсчитанные для случая уменьшения числа пунктов шкалы.

Таблица 7 – Значения Альфа-Кронбаха при исключении элементов (пунктов) скрининговой шкалы «Комплаентность к психосоциальной реабилитации»

№ пункта	Альфа Кронбаха при исключении элемента
1.	,700
2.	,743
3.	,728
4.	,712
5.	,716
6.	,758
7.	,703
8.	,728
9.	,754
10.	,742
11.	,732
12.	,742

Как показал анализ данных значений Альфа-Кронбаха, путем уменьшения числа пунктов добиться большей степени надежности-согласованности пунктов шкалы не удастся. Было принято решение сохранить 12 отобранных пунктов скрининговой шкалы как оптимальное с точки зрения психометрических характеристик методики их число (Таблица 8).

Таблица 8 – Факторизация пунктов скрининговой шкалы «Комплаентность к психосоциальной реабилитации» методом главных компонент с Varimax-вращением

П.п. шкалы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
5	,885			
4	,769			
8	,655			
7	,586			,543
1	,574			,373
9		-,794		
2		,741		
3	,535	,537		,309
11			,729	,463
10			,700	
6		-,508	,635	
12				,843
% дисперсии	24,22	14,87	13,98	13,17

Анализ данных факторизации (использованы как метод выделения факторов – метод главных компонент, как метод вращения - Варимакс с нормализацией Кайзера), включенных в окончательную версию скрининговой шкалы пунктов, не позволяет выделить какие-либо очерченные факторы со значительной факторной нагрузкой. Выявленные путем факторизации констелляции пунктов либо небольшие по объему, не обеспечивающие значительный процент разброса (как факторы 2, 3 и 4), либо включают пункты, входящие в иные незначительные по объему факторы (как пункты 1, 3, 6, 7, 11 фактора 1). Полученный результат факторизации свидетельствует об отсутствии в структуре скрининговой шкалы четко выделяемых, независимых факторов. Вследствие этого было принято решение использовать для дальнейших подсчетов суммарный балл шкалы.

Предпринималась попытка валидации скрининговой шкалы – путем использования корреляционного анализа и подсчета корреляций пунктов шкалы с иными показателями, проведенной на всей группе исследования (при первом тестировании). Удалось установить значимые корреляционные связи (использован коэффициент ранговой корреляции  $r$ -Spearman) только с параметром 2 – «Течение болезни» (Шкала В-IPQ). Значение составило  $r = -0,194$  при значимости

коэффициента  $p < 0,05$ . С учетом низких значений коэффициента корреляции, ее содержательное обсуждение неоправданно; полученные данные требуют проверки.

В результате проделанной работы и анализа данных, можно утверждать, что предлагаемая скрининговая шкала «Комплаентность к реабилитации», предназначенная для оценки готовности пациентов к участию в групповых мероприятиях реабилитационной направленности, имеет ряд ограничений. В настоящем исследовании она была проведена на группе пациентов с РШС, причем находящихся в условиях психиатрического стационара. Это ограничивает полученные на основании применения шкалы данные, так как по нашему представлению, она может быть применена и для пациентов с другими психическими заболеваниями. Выборка пациентов носила характер случайной (пациенты не отбирались по полу, возрасту, социально-демографическим или иным характеристикам), процедуры отбора выборки служили задачам представленного в работе эмпирического исследования, но не задаче стандартизации шкалы. Тем самым репрезентативность шкалы - как показатель соответствия тем тестовым нормам, которые могут быть получены при ее проведении на широкой выборке пациентов с различными психическими расстройствами, - в настоящий момент протестирована недостаточно. Это является еще одним ограничением, но одновременно – перспективой доработки шкалы, для последующей более точной психометрической ее оценки.

Достоверность теста была обеспечена тщательным отбором пунктов, осуществленных специалистами, имеющими опыт работы с пациентами с РШС, и опыт проведения мероприятий психосоциальной реабилитации. Кроме того, для обеспечения достоверности были учтены необходимость защиты от такого универсального фактора (часто присутствующего в ситуациях тестирования) как желание показать высокий или социально одобряемый результат, или нередко наблюдаемого у пациентов клинической группы небрежного выполнения опросников. Для уменьшения влияния указанных факторов в тексте скрининговой шкалы присутствуют как «прямые», так и «обратные пункты».

Проведенный анализ данных по шкале позволяет думать, что ее факторная структура отражает содержательно наличие ряда механизмов, поддерживающих или снижающих комплаентность пациентов к психосоциальной реабилитации. Однако расшифровка этих механизмов невозможна на данном этапе с учетом отмеченных выше ограничений данного исследования.

Тем не менее, у шкалы есть ряд достоинств. Она лаконична и не требует существенных временных затрат (среднее время на ее выполнение у пациентов с шизофренией не превышает 5-7 минут). Использованные формулировки легко воспринимаются, понятны пациентам и не требуют длительной разъяснительной работы по заполнению шкалы.

#### **4.2.2. Исследование параметров восприятия болезни, комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальным вмешательствам**

При планировании данного исследования предполагалось оценить обусловленную влиянием использованных ранних психосоциальных вмешательств на динамику значимых для обследуемой клинической группы психологических характеристики и установок. В числе таковых установок оценивалось отношение к болезни, измеряемое тестом «Краткий опросник восприятия болезни» - В-IPQ. Отношение к болезни предстает как сложное образование, имеющее многокомпонентную структуру, каждый аспект которого по-разному отражает субъективное восприятие болезни, и может быть измерен на основе отдельной оценки указанной шкалы. Кроме того, была выполнена оценка комплаентности пациентов к проводимой психофармакотерапии с использованием методики «Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам» - DAI-10 и оценка комплаентности к психосоциальной реабилитации с помощью разработанной шкалы к психосоциальной реабилитации. Значения средних взвешенных оценок, полученных у пациентов обеих обследованных групп по параметрам использованных психометрических инструментов отражены в Таблице 9.

Таблица 9 – Результаты сравнительного исследования динамики восприятия болезни и комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации до и после лечения с использованием ранних психосоциальных вмешательств (в баллах)

Параметры восприятия болезни, комплаентности психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации	Группы	До лечения Mean± SD	После лечения Mean± SD	P
1. Последствия болезни	Основная	6,53±3,12	6,23±1,57	p = 0,139
	Сравнения	6,61±3,34	6,31±3,43	p = 0,277
2. Течение (длительность) болезни	Основная	4,65±3,4	5,80±1,48	p=0,007; p<0,01
	Сравнения	5,78±3,62	5,12±3,49	p=0,039; p<0,05
3. Личный контроль	Основная	6,09±2,99	7,32±1,43	p=0,012; p<0,05
	Сравнения	6,35±2,67	6,95±2,44	p = 0,642
4. Контроль лечения	Основная	6,83±2,91	8,74±2,91	p=0,000; p<0,001
	Сравнения	6,84±2,77	7,08±3,17	p = 0,272
5. Идентификация болезни	Основная	5,17±3,1	6,17±1,61	p=0,014; p<0,05
	Сравнения	6,08±3,17	6,25±2,99	p = 0,885
6. Обеспокоенность болезнью	Основная	6,09±3,75	6,71±1,75	p = 0,269
	Сравнения	5,80±3,74	5,27±3,57	p = 0,328
7. Понятность болезни	Основная	6,70±3,15	8,23±1,48	p=0,000; p<0,001
	Сравнения	6,31±2,92	7,08±2,59	p=0,034; p<0,05
8. Эмоциональная реакция на болезнь	Основная	6,00±3,36	5,88±1,48	p = 0,572
	Сравнения	6,35±3,54	5,80±3,34	p = 0,196
Комплаентность к фармакотерапии	Основная	6,77±2,29	8,97±0,94	p=0,000; p<0,001
	Сравнения	6,61±2,57	6,92±2,75	p=0,161;
Комплаентность к психосоциальной реабилитации	Основная	6,94±2,29	10,14±1,89	p=0,000; p<0,001
	Сравнения	7,02±2,19	7,84±2,17	p=0,009; p<0,01

Как следует из данных, приведенных в Таблице 9 у пациентов обеих групп до начала исследования отмечены высокие показатели субшкал «Последствия заболевания», «Идентификация болезни», «Обеспокоенность болезнью» и «Эмоциональная реакция на болезнь». Высокие значения по перечисленным показателям свидетельствует о том, что на начальном этапе исследования для пациентов обеих групп, находящихся в условиях стационара характерно восприятие своего заболевания как тяжелого, имеющего серьезные последствия,

сопровождающегося ощутимыми симптомами, вызывающего выраженные негативные эмоциональные переживания. Невысоким является показатель по шкале «Течение болезни», что отражает неготовность пациентов признать свое заболевание в качестве хронического. Установленное свидетельствует о тяжелых субъективных переживаниях пациентов, высокой нуждаемости в эмоциональной поддержке для совладания с болезнью.

Анализ показывает, что у обследованных пациентов средневысокими являются показатели по субшкалам «Личный контроль», «Контроль лечения» и «Понятность болезни». По-видимому, пациенты с РШС выборки исследования склонны полагать, что хорошо осведомлены о своем заболевании и симптомах, и могут контролировать свое состояние, в том числе путем приема психофармакотерапии, которую оценивают, скорее, как полезную. Последнее подтверждается средним значением показателя шкалы DAI-10, отражающем умеренно-положительное отношение к психофармакотерапии. Поскольку значимых различий между параметрами, отражающими восприятие болезни, а также комплаентность к психофармакотерапии и психосоциальной терапии у пациентов обеих обследованных групп не установлено, группы пациентов могут считаться однородными.

Следующим шагом анализа стала оценка достигнутых в ходе лечения с использованием ранних психосоциальных вмешательств изменений в параметрах отношения к болезни, комплаентности пациентов к проводимой психофармакотерапии и психосоциальной терапии.

Оценка динамики измеренных параметров показала, что у пациентов основной группы исследования произошли значительные изменения разных параметров восприятия болезни и комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной терапии. Как можно видеть из Таблицы 9, существенного изменения показателей у пациентов группы сравнения не произошло (немного выше стал балл субшкалы «Понятность болезни»). Таким образом, лечение с использованием психосоциальных вмешательств в виде терапии занятостью не повлияло на представление пациентов о своем заболевании, на отношение к нему

и к психофармакотерапии. При этом у пациентов с РШС основной группы были достигнуты существенные изменения. Так, удалось добиться значимого повышения по параметрам «Понятность болезни» и «Контроль лечения». Повышение показателей «Идентификация болезни» и «Понятность болезни» в основной группе также трактуются нами положительные изменения, как свидетельство лучшей осведомленности пациентов о своем заболевании, его динамике и симптомах. Но особенно важным представляется повышение уровня комплаентности к терапии (показатель DAI-10), что подтверждает эффективность и целесообразность предлагаемой структурированной программы медико-психологического сопровождения для пациентов с РШС на стационарном этапе помощи. Полученный результат перекликается с данными иных исследований [28]. Важно подчеркнуть, что повышение показателя комплаентности стало результатом именно проведенной ПМПСПС, так как в группе сравнения показатель не повысился.

Как позволяют видеть данные, отраженные в Таблице 9 удалось добиться некоторого улучшения показателя шкалы «Комплаентность к реабилитации» у пациентов обеих обследованных групп. Однако в основной группе положительные его изменения были существенно более отчетливыми, причем в основной группе произошел резкий рост числа лиц с максимальным показателем по показателю шкалы «Комплаентность к реабилитации», то есть имеющие максимально высокую готовность к реабилитации. Данный результат можно считать основным эффектом проведенной ПМПСПС, и такое изменение установок в отношении последующих мероприятий психосоциальной реабилитации имеет большое значение для организации помощи больным с РШС.

### 4.3. Результаты сравнительного исследования динамики параметров социального стресса, стигматизации и самостигматизации с расстройствами шизофренического спектра до и после проведения психосоциальных интервенций

Второй блок параметров касался социального стресса, стигматизации и самостигматизации. Используются тесты «Шкала социального избегания и дистресса» - SADS, и «Шкала самостигматизации» - IMSI-29. Средние взвешенные оценки по показателям указанных методик в период до лечения с использованием психосоциальных вмешательств у пациентов обеих обследованных групп отражены в Таблице 10.

Таблица 10 – Результаты сравнительного исследования динамики параметров социального стресса, стигматизации и самостигматизации пациентов до и после лечения с использованием ранних психосоциальных вмешательств (в баллах)

Шкалы социального дистресса и самостигматизации	Группа	До лечения Mean±SD	После лечения Mean± SD	P
1. Социальный дистресс (SADS)	Основная	7,58±2,17	7,65±1,25	p=0,910
	Сравнения	7,53±1,93	7,57±1,85	p=0,610
2. Социальное избегание	Основная	7,82±2,14	7,21±1,67	p = 0,322
	Сравнения	8,12±2,01	8,29±2,37	p=0,009; p <0,01
3. Отчужденность (IMSI-29)	Основная	2,20±0,57	1,41±0,29	p=0,000, p <0,01
	Сравнения	2,22±0,70	2,11±0,69	p=0,186
4. Одобрение стереотипов	Основная	2,00±0,52	1,47±0,32	p=0,000, p <0,01
	Сравнения	2,03±0,54	1,90±0,54	p=0,006; p <0,01
5. Опыт дискриминации	Основная	2,19±0,57	1,44±0,39	p=0,000, p <0,01
	Сравнения	2,16±0,61	2,07±0,63	p=0,071
6. Социальная самоизоляция	Основная	2,23±0,60	1,58±0,63	p=0,000, p <0,01
	Сравнения	2,31±0,70	2,15±0,29	p=0,007; p <0,01
7. Сопротивление стигматизации	Основная	2,11±0,41	3,32±0,43	p=0,000, p <0,01
	Сравнения	2,24±0,47	2,33±0,50	p=0,087
8. Интернализированная стигма	Основная	2,22±0,54	1,50±0,39	p=0,000, p <0,01
	Сравнения	2,27±0,67	2,13±0,67	p=0,024; p <0,05
9. Общий показатель стигмы	Основная	2,15±0,39	1,84±0,24	p=0,000, p <0,01
	Сравнения	2,19±0,45	2,11±0,46	p=0,007; p <0,01

На начальном этапе исследования результаты оценки по показателям субшкал методики IMSI-29 и шкалы SADS практически идентичны у респондентов

обеих групп. Для уточнения данного наблюдения было подсчитано значение показателя U-критерия Манна-Уитни для оценки различий в показателях для каждого из приведенных в таблице 15 параметров. Данные подсчета в настоящем тексте не приведены, так как не было получено ни одного значимого показателя. Это позволяет утверждать сходство значений по всем измеренным показателям у пациентов обеих обследованных групп.

Содержательный анализ показателей свидетельствует о том, что у пациентов с РШС обеих обследованных групп имеют место высокие показатели социального дистресса и социального избегания, измеренные опросником SADS. Оба показателя касаются интенсивной переживаемой пациентами социальной тревожности, и значения показателя весьма высокие. Полученные баллы отражают интенсивный дискомфорт, испытываемый пациентами при социальном взаимодействии, чувство неудовольствия и, возможно, раздражения (показатель шкалы дистресса SADS). Феноменология находит подтверждение в клинических параметрах состояния, а субъективно пациенты оценивают ситуации общения как мучительные, напряженные для себя и неприятные. Привычным способом избежать этого неудовольствия для обследованных пациентов является уклонения от любых контактов и изоляция. Такая устойчивая установка имеет большое значение для социальной адаптации, и находит свою реализацию в выборе поведенческой тактики. Избегание, соответственно, представляет собой деструктивную поведенческую стратегию, помогающей справляться со стрессом, но прогностически неблагоприятную. При доминировании данной поведенческой стратегии неизбежны накопление дефицита социальных навыков, невозможность получить удовлетворяющий пациента уровень социальной поддержки. Согласно когнитивно-поведенческой модели такого симптомокомплекса, как социальная тревожность, роль стратегии избегания считается ведущей, и по механизму «порочного круга» перечисленные установки закрепляются, хронифицируя психологическое и социальное неблагополучие пациентов с РШС.

Как видно из приведенных данных, проведенное лечение с использованием ПМПСПС позволило существенно повлиять на показатели стигматизации и

самостигматизации в сторону снижения внутренней стигмы, уменьшить переживания отчужденности, снизить степень выраженности негативных убеждений о психически больных (показатель «Одобрение стереотипов»), и даже совладать с опытом дискриминации. Соответственно, снижаются показатели «Интернализованная стигма», «Социальная самоизоляция», и растет показатель «Спротивление стигматизации». Все описанные изменения являются очень ценными, отражают восстановление у пациентов основной группы чувства собственной ценности, достоинства и самоуважения. Кроме того, эти изменения аналогичны ранее полученным в доказательных исследованиях данным о некотором улучшении субъективного благополучия пациентов с шизофренией, ставших участниками программ психообразования [11, 81].

Анализ динамики показателя методики SADS свидетельствует, что параметр «Социальный дистресс» у пациентов обеих групп высокий как на начальном, так и на завершающем этапе исследования. Поскольку пациенты с РШС в большинстве своем испытывают существенные коммуникативные сложности, трудности социальной адаптации, имеют большой опыт неуспешных контактов, и поэтому воспринимают социальные ситуации как стрессовые. Изменить эту установку не удастся в рамках краткосрочной программы; и данный результат – свидетельство необходимости отдельной психотерапевтической работы с пациентами с РШС. Ожидаемо высокими являются и показатели субшкалы «Социальное избегание», так как подобная стратегия, как отмечено выше, является вынужденным и устойчивым способом поведения в социальных ситуациях. В настоящем исследовании показано, что параметры «Социальный дистресс» и «Социальное избегание» практически не изменяются в ходе лечения с использованием ПМПСПС. Полагаем, что этот результат согласуется с полученными, ранее данными о незначительном изменении социального поведения пациентов после прохождения программы психообразования [138, 211]. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в структуру психосоциальной реабилитации иных программ, прицельно ориентированных на улучшение социального поведения и социального функционирования больных. Однако важно

заметить, что лечение с применением терапии занятости не только не привело к снижению, но, напротив, привело к некоторому повышению у пациентов группы сравнения тенденции к социальному избеганию. Можно предположить, что на начальном этапе (при первом измерении) пациенты в силу большей остроты состояния сильнее нуждались в помощи других людей, а по мере стабилизации состояния вернулись к привычной тактике изоляции и отказа от контактов (однако в настоящем исследовании детально этот аспект не изучался, и данное объяснение носит скорее характер гипотезы и нуждается в проверке). Однако отсутствие повышения показателя социального избегания у пациентов основной группы исследования свидетельствует о небольшом, но все же положительном влиянии ПМПСПС на психологические установки пациентов с шизофренией. Путем использования данной программы удастся профилактировать обусловленное перенесенным обострением состояния нарастание тенденции к социальной изоляции и поведению избегания; досуговые мероприятия подобного эффекта не вызывают.

#### **4.4. Результаты оценки эффективности ранних психосоциальных вмешательств. Индикаторы эффективности и резистентные мишени.**

Полученные результаты исследования динамики клинико-психологических параметров целевой группы пациентов с РШС до и после проведения в стационаре ранних психосоциальных вмешательств («ПМПСПС» - для основной группы, программа терапии занятостью - для группы сравнения) позволили оценить эффективность проведенных психосоциальных интервенции при реализации данных программ.

Как для ПМПСПС, так и для программы терапии занятостью был характерен свой, разный спектр компонентов воздействия на потребности, проблемы, дефициты пациентов целевой группы с РШС, входящих в сферу их социального функционирования и качества жизни. Например, саморегуляция

болезни и лечебно-реабилитационный процесс, психообразование, тренинг социальных навыков для ПМПСПС. Для программы терапии занятостью – арт-терапия, включение в приносящую удовольствие и значимую деятельность. Психопатологические расстройства не были прямой мишенью этих программ. Оценка эффективности сравниваемых программ базировалась на том, насколько на фоне проводимой психофармакотерапии было эффективно действие данных программ, в какой мере они влияли или не влияли на позитивную динамику саморегуляции болезни, лечения и реабилитации, насколько они оказывали дестигматизирующий эффект и изменяли в краткосрочной перспективе комплаентность психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации.

Для оценки эффективности двух программ были выбраны показатели 20 шкал методик, по которым оценивалась динамика клинико-психологических параметров в целевой группе до и после проведения в стационаре ранних психосоциальных вмешательств и которые стали двадцатью мишенями оценки эффективности двух программ. Ниже представлен перечень методик и список параметров – «мишеней», измеренных каждой из них в данном исследовании:

1. «Шкала клинической оценки тяжести симптомов психоза – CRDPSS». И шкала общего клинического впечатления – CGI.

– Мишень 1: клинико - психопатологические симптомы.

2. «Краткий опросник восприятия болезни» -В-IPQ. Методика измеряла параметры саморегуляции болезни и лечения на основе субъективных представлений о РШС.

– Мишень 2: Воспринимаемые последствия болезни («Последствия болезни»);

– Мишень 3: Воспринимаемое течение болезни (длительность РШС) («Течение болезни»);

– Мишень 4: Воспринимаемая контролируемость болезни («Личный контроль»);

– Мишень 5: Воспринимаемая контролируемость лечения и реабилитации («Контроль лечения»);

– Мишень 6: «Понятность болезни»;

- Мишень 7: «Идентификация болезни по её симптомам»;
- Мишень 8: «Обеспокоенность болезнью»;
- Мишень 9: «Эмоциональная реакция на болезнь».

3. «Шкала социального избегания и дистресса» (SADS).

- Мишень 10: социальный дистресс;
- Мишень 11: социальное избегание.

4. «Шкала самостигматизации» (IMSI-29).

- Мишень 12. Отчужденность;
- Мишень 13. Одобрение стереотипов;
- Мишень 14. Опыт дискриминации;
- Мишень 15. Социальная самоизоляция;
- Мишень 16. Соппротивление стигматизации;
- Мишень 17. Интернализованная стигма;
- Мишень 18. Общий показатель стигмы.

5. «Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам» - DAI-10.

- Мишень 19. комплаентность психофармакотерапии.

6. «Комплаентность к психосоциальной реабилитации» Авторская методика для данного исследования.

- Мишень :20. «Комплаентность к психосоциальной реабилитации».

До проведения исследования предполагалось, что из 20 единых клинико-психологических мишеней эффективности к воздействию ПМПСПС и программы терапии занятостью какие-то из них покажут позитивную динамику изменений в сравниваемых группах, а другие окажутся устойчивыми к эффектам этих программ. По результатам исследования 20 мишеней выделены: а) мишени «Индикаторы эффективности»; б) резистентные к эффектам программ мишени.

А. Индикаторы эффективности для ПМПСПС:

1. Воспринимаемое течение болезни (до и после лечения: основная группа- $p=0,007$ ;  $p < 0,01$ ; группа сравнения- $p=0,039$ ;  $p < 0,05$ );

2. Идентификация РШС по его симптомам (до и после лечения: основная группа- $p=0,014$ ;  $p < 0,05$ ; группа сравнения- $p = 0,885$ )
3. Воспринимаемая. контролируемость РШС (Личный контроль); (до и после лечения: основная группа- $p=0,012$ ;  $p < 0,05$ ; группа сравнения- $p = 0,642$ );
4. Воспринимаемая контролируемость лечения РШС и реабилитации (Контроль лечения); (до и после лечения: основная группа- $p=0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения- $p = 0,272$ );
5. Понятность болезни: (до и после лечения: основная группа- $p=0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения- $p=0,034$ ;  $p < 0,05$ )
6. Одобрение стереотипов (до и после лечения: основная группа-  $p=0,000$ ,  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p=0,006$ ;  $p < 0,01$ );
7. Опыт дискриминации (до и после лечения: основная группа-  $p=0,000$ ,  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p=0,071$ );
8. Отчужденность; (до и после лечения: основная группа-  $p=0,000$ ,  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p=0,186$ );
9. Социальная самоизоляция (до и после лечения: основная группа-  $p=0,000$ ,  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p=0,007$ ;  $p < 0,01$ );
10. Соппротивление стигматизации (до и после лечения: основная группа-  $p=0,000$ ,  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p=0,087$ );
11. Интернализованная стигма (до и после лечения: основная группа-  $p=0,000$ ,  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p=0,024$ ;  $p < 0,05$ );
12. Общий показатель стигмы (до и после лечения: основная группа-  $p=0,000$ ,  $p < 0,01$ ; группа сравнения -  $p=0,007$ ;  $p < 0,01$ );
13. Комплаентность психофармакотерапии РШС (до и после лечения: основная группа- $p=0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения- $p = 0,161$ );
14. Комплаентность реабилитации (до и после лечения: основная группа- $p=0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения- $p=0,009$ ;  $p < 0,01$ )

Характеристики индикаторов эффективности для ПМПСПС.

Результаты динамики клинико-психологических показателей после ранних психосоциальных интервенций на фоне проводимой в стационаре

психофармакотерапии свидетельствуют о том, что наиболее значимые и достоверные изменения после участия пациентов основной группы ПМПСПС произошли: а) в восприятии больными РШС (их отношения к болезни); б) в параметрах стигматизации и самостигматизации; в) в комплаентности психофармакотерапии и комплаентности психосоциальной реабилитации. Именно эти 14 из 20 мишеней стали индикаторами изменений под воздействием данной программы-мишенями «Индикатор эффективности».

Позитивные изменения восприятия пациентами РШС наиболее значимо проявились в увеличении показателей воспринимаемой контролируемости РШС («Личный контроль»), воспринимаемой контролируемости лечения и реабилитации РШС («Контроль лечения»), понятности болезни для пациентов «Понятность болезни», идентификации РШС по его симптомами («Идентификация») и воспринимаемой длительности болезни («Течение болезни»). Эти изменения свидетельствуют о том, они вовлеклись в процесс саморегуляции болезни благодаря повышению личного контроля болезни и взаимодействия с персоналом («есть представления, что я начал контролировать болезнь»), благодаря появлению представлений о том, что болезнь может ослабляться и становится излечимой, если самому активно вместе с сотрудниками участвовать в этом («контроль лечения и реабилитации»). После ПМПСПС пациентам с РШС стало более понятным восприятие болезни, а субъективные представления о нем стали более согласованными и целостными. Понятность болезни возросла и в группе сравнения после программы терапия занятостью, но эффект изменений был существенно ниже. Кроме того, участники программы стали точнее и в расширенном объеме идентифицировать РШС по его симптомам и проявлениям. Воспринимаемая до участия в программе продолжительность болезни как умеренная во времени, стала представляться после прохождения программы как склонная к хронизации.

Из 14 мишеней – индикаторов эффективности программы достоверно значимо изменились семь мишеней самостигматизации и самостигматизации. Дестигматизирующий эффект участия в ПМПСПС проявился в достоверно

значимом и выраженности снижении показателей шкал «одобрение стереотипов», «опыт дискриминации», «отчужденность», «социальная самоизоляция», «сопротивление стигматизации», «интернализованная стигма», «общий показатель стигмы».

Важно отметить, что дестигматизирующий эффект был выявлен и у участников программы терапия занятостью (одобрение стереотипов, социальная самоизоляция, интернализованная стигма, общий показатель стигмы), однако этот эффект был менее выраженным, чем в основной группе. Только у участников ПМПСПС снизились показатели по шкалам «опыт дискриминации», «отчужденность» и «сопротивление стигматизации». Такое влияние в программе терапии занятости выявлено не было.

На фоне проводимой психофармакотерапии у участников ПМПСПС повысилась как комплаентность к психофармакотерапии, так и комплаентность к психосоциальной реабилитации. Эти эффекты являются значимыми интегративными индикаторами эффективности программы. Оценить комплаентность к психосоциальной реабилитации стало возможным после разработки авторской методики для данного исследования.

#### Б. Резистентные мишени программы ПМПСПС:

##### 1. Клинические симптомы (до и после лечения):

- Бред (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,000$ ;  $p < 0,001$  группа сравнения-  $P=0,041$ ;  $p < 0,05$ );
- Галлюцинации:(до и после лечения: основная группа-  $p = 0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения-  $p = 0,000$ ;  $p < 0,001$ );
- Дезорганизованная речь. (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения-  $p = 0,002$ ;  $p < 0,005$ )
- Аномальное дезорганизованное поведение (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения-  $p = 0,007$ ;  $p < 0,01$ );
- Негативные симптомы (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,000$ ;  $p < 0,001$ ; группа сравнения-  $p = 0,112$ );

- Нарушение когнитивных функций до и после лечения: основная группа  $p = 0,005$ ;  $p < 0,01$ -; группа сравнения -  $p = 0,07$ );
- Проявления депрессии до и после лечения: основная группа-  $p = 0,003$ ;  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p = 0,005$ ;  $p < 0,01$ );
- Проявления мании (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,000$ ;  $p < 0,01$ ; группа сравнения-  $p = 0,008$ ;  $p < 0,01$ ).
- 2. Воспринимаемые последствия болезни (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,139$ ; группа сравнения -  $p = 0,277$ );
- 3. Обеспокоенность болезнью (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,269$ ; группа сравнения-  $p = 0,328$ );
- 4. Эмоциональная реакция на болезнь (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,572$ ; группа сравнения-  $p = 0,196$ )
- 5. Социальный дистресс (до и после лечения: основная группа  $p = 0,910$ -; группа сравнения-  $p = 0,610$ )
- 6. Социальное избегание (до и после лечения: основная группа-  $p = 0,322$ ; группа сравнения-  $p = 0,009$ ;  $p < 0,01$ );

Характеристики резистентных к ПМПСПС мишеней.

Результаты динамики клинико-психологических показателей после ранних психосоциальных интервенций на фоне проводимой в стационаре психофармакотерапии свидетельствуют о том, что из 20 мишеней ПМПСПС мишеней оказались устойчивыми к эффектам программы и достоверных различий в оценке до и после программы не выявлено. Клинико-психопатологические симптомы в сравниваемых группах до и после лечения существенно сопоставимы и имеющиеся изменения детерминированы единым алгоритмом психофармакотерапии в стационаре. Эффект влияния на психопатологическую симптоматику двух программ скорее минимален или отсутствует. Достоверных изменений таких параметрах саморегуляции болезни как воспринимаемые последствия болезни, обеспокоенность ею, и эмоциональная реакция на неё не выявлено т.е. эти мишени резистентны к эффектам программ, также, как и мишени социальный дистресс и социальное избегание.

#### 4.5. Данные катамнестического наблюдения

После участия в программах медико-психологического сопровождения на стационарном этапе лечения, для пациентов с РШС обеих обследованных групп эффективность терапии оценивалась путем учета динамики клинического состояния и сопутствующего поведения пациентов методом катамнестического наблюдения. Предполагалось, что катамнестическое наблюдение позволит оценить психическое состояние и поведение пациентов после выписки из стационара, а затем позволит сделать вывод о достигнутых у пациентов обеих групп изменениях параметров. Клинико-катамнестический метод был реализован в виде сбора объективных сведений о состоянии пациентов по истечению 6 месяцев после окончания лечения с использованием медико-психологического сопровождения пациентов с РШС обеих групп исследования. Информация о состоянии и поведении пациентов была получена из клинических бесед с пациентами, его родственниками, имеющейся медицинской документации. Собрать достоверные катамнестические данные удалось в отношении большей части обследованных пациентов обеих групп (Таблица 11).

Таблица 11 – Число пациентов с РШС обследованных групп, доступных для катамнестического наблюдения через 6 месяцев после завершения лечения

Группа	Пол	Включены в группу исследования	Доступны для катамнестического наблюдения	Доля пациентов (%)
Основная группа	мужчины	32	28	87 %
	женщины	34	30	88 %
Группа сравнения	мужчины	18	15	83 %
	женщины	33	28	85 %

Как можно видеть из Таблицы 11, в период 6 месяцев после выписки удалось собрать данные у 87,8% основной группы и 84,3% пациентов. Неполнота сведений объясняется тем, что некоторые пациенты после выписки сменили место проживания, либо вернулись к постоянному месту жительства (для лиц, ранее не проживавших в Москве и Московской области). Не удалось отследить также

пациентов, прервавших взаимодействие со специалистами государственной психиатрической службы. Поскольку на данном этапе исследования данные в отношении групп сравнения не были полными, статистические методы анализа использованы не были (кроме сопоставления общего числа и доли пациентов).

Таблица 12 – Данные катamnестического наблюдения пациентов с РШС обследованных групп (6 месяцев после завершения лечения)

Параметр за период наблюдения	Группа	Число пациентов	Доля пациентов (%) от доступных наблюдению
Госпитализированы	Основная группа	11	19 %
	Группа сравнения	17	39 %
Обращались в дневной стационар	Основная группа	19	33 %
	Группа сравнения	9	21 %
Посещение ПНД по инициативе пациента (данные меддокументации)	Основная группа	48	83 %
	Группа сравнения	26	60 %
Консультация на дому по инициативе врача	Основная группа	-	-
	Группа сравнения	6	14 %
Переведен на лечение препаратами пролонгированного действия	Основная группа	1	0,02 %
	Группа сравнения	17	40 %
Посещали амбулаторные программы психосоциальной реабилитации	Основная группа	46	79 %
	Группа сравнения	11	26 %

Как можно видеть из данных Таблицы 12, за период наблюдения суммарное число госпитализаций составило 19 % для лиц основной группы и 39 % для пациентов из группы сравнения; при этом 33 % лиц из основной группы и 21 % из группы сравнения прошли лечение в условиях дневного стационара. 83 % пациентов основной группы регулярно по собственной инициативе посещают специалистов ПНД (участкового врача-психиатра, врача-психотерапевта), тогда как в группе сравнения таких 60 %. Эти наблюдения свидетельствуют, что клиническое состояние пациентов сравниваемых групп мало отличается, но изменяется поведение пациентов в отношении своего заболевания. Так,

прошедшие программу ПМПСПС пациенты с РШС с готовностью обращаются за помощью к специалистам, демонстрируют высокую комплаентность и готовность к сотрудничеству.

В группе сравнения 40 % пациентов были в течение полугода переведены на препараты пролонгированного действия, так как отмечался отказ от систематического приема фармакотерапии; более того, для 6 пациентов (14 % от числа доступных наблюдению) участковому врачу-психиатру пришлось инициировать посещение пациентов на дому с целью продолжения наблюдения и коррекции терапии.

Следует отметить, что 79 % пациентов основной группы исследования за период 6 месяцев после завершения лечения и ПМПСПС посещали те или иные мероприятия психосоциальной реабилитации, причем преимущественно по собственной инициативе. В группе сравнения таких было лишь 26 %. Как отмечено выше (в разделе 4.3.2), для пациентов, прошедших ПМПСПС, на этапе выписки из стационара отмечены существенно выраженные позитивные изменения отношения к своему заболеванию, проводимому лечению, с повышением комплаентности ко всем видам лечебных интервенций, включая мероприятия медико-психологической реабилитации. Данные катамнестического наблюдения уверенно свидетельствуют об устойчивости достигнутых изменений, о сохранении готовности к взаимодействию со специалистами службы охраны психического здоровья.

#### **4.6. Обсуждение результатов эмпирического исследования**

Результаты настоящего исследования, которые свидетельствуют о положительном эффекте ранних психосоциальных вмешательств при лечении пациентов с РШС в условиях психиатрического стационара, имеют определенные ограничения, обусловленные организацией исследования. Так, в исследовании не описаны подробно и не учитывались алгоритмы и эффекты использованной в

лечении пациентов с РШС обследованных групп психофармакотерапии. Данные о проведенной психофармакотерапии представлены в обобщенном виде. Данное ограничение обусловлено иными целью и задачами исследования, и нахождением пациентов обследованных групп в одинаковых условиях стационарного отделения (что отвечало цели работы требованию сопоставимости групп).

Некоторые ограничения настоящего исследования обусловлены сформулированными критериями невключения пациентов в выборку. Так, не были проанализированы эффекты ПМПСПС для длительно болеющих пациентов со значительными когнитивными нарушениями в рамках формирующихся исходных состояний (критерий невключения 6), для пациентов с сопутствующим диагнозом зависимости от психоактивных веществ или иными коморбидными состояниями (критерии исключения 6 и 7). Общеизвестно, что коморбидность с иными заболеваниями весьма распространена у пациентов с РШС, и наличие коморбидных расстройств в виде химической зависимости способствует попаданию пациентов в группу высокого риска несоблюдения режима психофармакотерапии, нарастания проявлений социальной дезадаптации [59]. Соответственно, для данной категории пациентов требуются особым образом адаптированные программы помощи, дополнительные интервенции, учитывающие личностные особенности и установки, проблему химической зависимости, особые нарушения мотивационной сферы [21, 194]. Указанные мишени воздействия не вошли в задачи применяемой в настоящей работе ПМПСПС.

Определенным ограничением исследования стало то, что во многих исследованиях в числе наиболее частых отсроченных влияний лечения с использованием психосоциальных вмешательств на клиническое состояние пациентов описывалось с опорой на такие параметры как уменьшение частоты рецидивов, повторных госпитализаций [26, 154, 168]. В настоящем исследовании подобные отсроченные эффекты отслеживались, и данные катамнестических наблюдений были использованы, но не удалось собрать данные по всей выборке исследования. Это ограничение работы обусловлено сложностью сбора катамнестических данных. Однако полученные даже на неполной выборке

результаты подтверждают достижение более высокой комплаентности пациентов, принявших участие в специализированной ПМПСПС, причем комплаентности как к психофармакотерапии, так и к мероприятиям психосоциальной реабилитации, об их готовности поддерживать контакт со специалистами психиатрической службы; что позволяет думать об улучшении перспективы пациентов с РШС основной группы исследования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема включения программ медико-психологической реабилитации в практику помощи пациентам с РШС продолжают оставаться актуальной для исследователей. В числе наиболее известных и доказавших свою эффективность – программы психообразования, используемые на разных этапах заболевания. При этом существует значительное несовпадение взглядов авторов на такие программы, и полемику вызывает как направленность программ (говорят о таких моделях как информационная, поддерживающая, мотивирующая), так и вопрос оптимального начала мероприятий медико-психологической реабилитации. По последнему пункту мнения исследователей варьируют от использования психообразования на стационарном этапе после обострения психического заболевания, до предпочтительного его использования в амбулаторной практике на отдаленных этапах лечения. Еще одним спорным вопросом является выбор и построение программ, где возможен широкий диапазон, начиная от универсальных интервенций, до прицельных, специализированных, построение которых предполагает определение и учет значимых параметров: клиническая картина и этап заболевания, когнитивные нарушения, степень социальной дезадаптации, нуждаемость пациента в той или иной конкретной форме помощи.

Пациенты с РШС психиатрических стационарных отделений имеют тяжелую психопатологическую симптоматику, снижение критики к заболеванию, трудности усвоения полезной информации, что способствует значительным затруднениям в организации и проведении психосоциальных интервенций [60]. Тем не менее, исследователи и практики решаются проводить лечение с использованием психосоциальных интервенций.

Сложность организации психосоциальных интервенций в период сразу после острого психотического эпизода находит отражение в результатах неоднозначных исследований их эффективности [177]. Однако этот тип интервенций

рекомендуется многими авторами, а в ряде стран такие программы приобрели статус стандарта на этапе острой и подострой фаз психоза у пациентов с шизофренией [160].

Анализ большого объема литературы позволяет утверждать, что психообразование на этапе стационарного лечения - предвестник и катализатор последующих дополнительных стратегий психотерапевтического и психосоциального воздействия, и участие в такой программе обеспечивает мотивирование и формирование стратегии успешного долгосрочного преодоления трудностей и психологических дефицитов пациента.

В отечественной практике программы психообразования чаще предлагаются для пациентов с психотическими расстройствами на начальных этапах заболевания, в клинике первого эпизода; используются программы с разными пропорциями интерактивных мероприятий [4, 13, 68, 72]. Содержательно разработанные в России программы психообразования близки к идеологии self-management, в результате их применения пациенты лучше научаются самостоятельной регуляции своего эмоционального состояния, планированию проблемно-решающего поведения, улучшают социальное функционирование, комплаентность к психофармакотерапии. Особой темой является отношения к болезни, так как осознание заболевания (клинический инсайт) выступает в качестве важного условия приверженности к лечению. В то же время, на фоне признания заболевания у пациентов с РШС наблюдаются симптомы депрессии, самостигматизации, что требует расширения программ медико-психологического сопровождения с выходом за пределы только психообразования.

Исходя из анализа литературы и опыта клинической практики была создана и апробирована специализированная программы для использования на раннем, стационарном этапе оказания психиатрической помощи. В числе целей ПМПСПС были как традиционные: формирование осознанной позиции в отношении своего заболевания, сотрудничества со специалистами, содействия их усилиям, так и цели, обусловленные настоящей госпитализацией и ее переживанием пациентами. Здесь были важны такие показатели, как профилактика госпитализма, преодоление

пассивно-подчиняемого поведения переживаний собственной беспомощности и несостоятельности, формирование у пациентов партнерского отношения со специалистами в сфере охраны психического здоровья. Также необходимо было помочь пациенту наметить пути получения возможности психологической помощи и социальной поддержки после выписки из стационара, организовав «бесшовную» маршрутизацию после выписки, и, наконец, повысить комплаентность к мероприятиям психосоциальной реабилитации и психотерапевтической помощи.

Осуществленное в диссертационном исследовании сравнительно-сопоставительное изучение пациентов двух групп, получивших в условиях стационара лечение с использованием разных программ психосоциального вмешательства, позволило утверждать, что обе использованные программы доказали свою практическую пригодность. Причем показатели клинического состояния пациентов сравниваемых групп оказались сходными в динамике, что позволяет утверждать не столь значительное влияние характера программы на клиническое состояние пациентов. Это позволяет утверждать, что для достижения клинического улучшения пациентов с РШС на стационарном этапе лечения необходимы психофармакотерапия как ведущий фактор достижения изменений.

Однако различия в достигнутых эффектах сравниваемых программ принципиальны для установок пациентов. Это касается показателей отношения к своему заболеванию, проводимому лечению, с повышением комплаентности, снижением самостигматизации и повышением готовности к контактам со специалистами. В Главе 4 приведены полученные в исследовании данные оценки эффективности ранних психосоциальных вмешательств, сравниваемый в данной работе, и использованных для пациентов с РШС.

Анализ динамики установок по отношению к своему заболеванию и лечению у пациентов с разными вариантами лечения с использованием психосоциальных вмешательств показал, что лечение с мероприятиями терапии занятости не оказывают влияния на представление пациентов о своем заболевании, на отношение к нему и к психофармакотерапии. При этом использование ПМПСПС позволяет существенно повысить показатель «Контролируемость болезни и

лечения», особенно в субшкалах «Понятность болезни» и «Контроль лечения». Достигнут был и высокий уровень комплаентности к терапии. Эти результаты отражают углубление представлений пациентов о своем заболевании, его серьезности, основных симптомах и способах их контроля, о возможности осуществления пациентами мероприятий, улучшающих их психическое состояние.

В отношении клинико-психологических характеристик, касающихся самостигматизации, для участников ПМПСПС продемонстрировано, что удалось достичь снижения внутренней стигмы, уменьшить переживания отчужденности, снизить степень выраженности негативных убеждений о психически больных (показатель «Одобрение стереотипов»), и даже совладать с опытом дискриминации. Соответственно, снижаются «Интернализованная стигма», «Социальная самоизоляция», и растет показатель «Сопротивление стигматизации». Эти изменения отражают восстановление у пациентов чувства собственной ценности, достоинства, самоуважения, и позволяют говорить о некотором повышении субъективного благополучия пациентов с РШС, ставших участниками программы.

Присущие пациентам с РШС и наблюдаемое в обеих группах переживание социального стресса и стремление к социальному избеганию довольно устойчивы к воздействию использованных программ, поскольку трудности социальной адаптации присущи пациентам с РШС, и вынуждают их воспринимать социальные взаимодействия как стрессорирующие. Достигнутое изменение указанных параметров, как и социального поведения пациентов невелико, в том числе у прошедших ПМПСПС. Однако достоверное повышение мотивации к участию в мероприятиях психосоциальной реабилитации, достигнутое у пациентов названной группы, свидетельствует о формировании у них готовности к работе со специалистами, и позволяет рассчитывать на их участие в иных программах, ориентированных на улучшение социального функционирования. Полученные в исследовании данные нашли подтверждение в результатах катамнестических наблюдений.

Также описаны некоторые ограничения эмпирического исследования, сформулированы его выводы.

Перспективой настоящей работы может быть не только внедрение специализированной ПМПСПС, и оценка ее применения у разных групп пациентов с РШС, но и совершенствование программы. Также оригинальная скрининговая шкала «Комплаентность к психосоциальной реабилитации», требует проверки на большей по объему выборке пациентов, желательно с разными психопатологическими состояниями. Внедрение же данного измерительного инструмента в исследовательскую и клиническую практику представляется необходимым, поскольку подобного инструмента до настоящего времени не было предложено, а его использование будет полезно при оценке эффективности программ и планировании последующих психосоциальных интервенций.

## ВЫВОДЫ

1. Программа медико-психологического сопровождения для пациентов с РШС на стационарном этапе лечения (ПМПСПС) – краткосрочная целевая эффективная программа для проведения в стационаре ранней психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) с длительностью заболевания шесть-десять лет, с четырьмя - шестью госпитализациями и невысоким реабилитационным потенциалом. Выявленные на стационарном этапе позитивные эффекты программы являются базой и расширяют возможности проведения для больных целевой группы широкого круга мероприятий на последующих этапах амбулаторной помощи.
2. Под влияние психосоциальных интервенций в целевой группе значимо укрепились адаптивные представления пациентов с РШС (восприятие болезни) от том, что они совместно с персоналом своими действиями способны влиять на проявления болезни (воспринимаемая контролируемость болезни), что проводимое лечение и реабилитация могут помогать управлять проблемами с психическим здоровьем (воспринимаемая контролируемость лечения). РШС стало более понятным им, представления о нем стали более согласованными, им стало проще идентифицировать симптомы и другие проявления болезни Программа терапии занятостью не привела к аналогичным изменениям параметров восприятия РШС.
3. Умеренный уровень стигматизации и самостигматизации выявлен в двух группах. Дестигматизирующая направленность ПСМС существенно снизила ощущение потери идентичности, разрыва связи с обществом и уровень переживаний опыта дискриминации, значимо повысила способность пациентов активно сопротивляться стигме (в группе сравнения изменений этих параметров не произошло). Обе сравниваемые программы дестигматизируют негативные стереотипы о психических расстройствах, ожидания и страх отвержения, ведущих к избеганию социальных контактов, внутреннюю стигму и общий уровень

самостигматизации. Дестигматизирующий эффект проведенных психосоциальных интервенций в основной группе достоверно выше, чем в группе сравнения.

4. Теоретический конструкт «компетентность психосоциальной реабилитации пациентов с РШС» впервые использован в данном исследовании и для его измерения разработана и адаптировано методика «Комплаентность психосоциальной реабилитации». Участие в ПМПСПС достоверно повысило комплаентность психофармакотерапии и комплаентность психосоциальной реабилитации. У участников программы терапии занятостью динамики изменений комплаентности психофармакотерапии не выявлено, а комплаентность психосоциальной реабилитации повысилась, но значительно менее выражено, чем в основной группе.

5. Сравнительно - сопоставимая динамика клинико-психопатологических симптомов у пациентов с РШС основной группы и группы сравнения, участвующих в ранней психосоциальной реабилитации на стационарном этапе оказания психиатрической помощи, определяется преимущественно проводимой психофармакотерапией и в незначительной степени зависит от типа использованной реабилитационной программы, скорее отражает общий результат комплексной терапии.

6. Включение персонализированных механизмов активация саморегуляции адаптивных представлений о болезни и психическом здоровье пациентов с РШС, дестигматизирующего влияния психосоциальных интервенций и усиление приверженности психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации в сочетании с лечением психотропными препаратами являются критически важными факторами повышения эффективности ПСМС для целевой группы пациентов с РШС.

7. Измерение до и после проведения программы динамики результативности психосоциальных вмешательств ПРСМС на области нарушенного восприятия болезни, лечения и реабилитации, стигматизации и самостигматизации, комплаентности психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации выявило 14 значимых индикаторов эффективности данной программы: достоверные

позитивные изменения параметров восприятия РШС (пять индикаторов), стигматизации и самостигматизации (семь индикаторов), укрепление двух индикаторов комплаентности психофармакотерапии и комплаентности психосоциальной реабилитации. Выявлено 8 индикаторов эффективности программы терапии занятостью; интенсивность достигнутых позитивных изменений в данной программе была достоверно более низкой.

8. Измерение до и после проведения программы динамики результативности психосоциальных вмешательств ПРСМС выявило 6 мишеней, оказавшихся устойчивыми, резистентными к воздействию ПСМС. Измерение до и после проведения программы динамики результативности психосоциальных вмешательств в программе терапия занятостью выявило 12 мишеней, оказавшихся устойчивыми, резистентными к воздействию программы.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Внедрение программы ранней психосоциальной реабилитации пациентов с РШС на стационарном этапе психиатрической помощи на фоне психофармакотерапии эффективно, если при проведении психосоциальных вмешательств принимается во внимание длительность болезни, частота госпитализаций и реабилитационный потенциал её участников.
2. Выявление мало адаптивных и адаптивных представлений пациентов о РШС методикой «Краткий опросник восприятия болезни» позволяет повысить согласованность представлений о расстройствах психического здоровья, о лечении и реабилитации, способствует повышению воспринимаемой контролируемости болезни, терапии и реабилитации, понятности расстройства и его идентификации, формированию более активной позиции в лечебно - реабилитационном процессе, вовлеченности больных в программу, и укреплению терапевтического альянса
3. Рекомендуется при проведении программы психосоциальной реабилитации сочетать определение комплаенса психофармакотерапии с измерением приверженности психосоциальной реабилитации методикой «Комплаентность психосоциальной реабилитации».
4. Предлагаемая к внедрению ПМПСПС может быть эффективной, если при ее проведении она сфокусирована на саморегуляцию адаптивных представлений о болезни и психическом здоровье пациентов с РШС, дестигматизирующем влиянии психосоциальных интервенций и усилении приверженности психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации в сочетании с лечением психотропными препаратами.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

МКБ-10 – международная классификация болезней, 10 пересмотр

МРО – медико-реабилитационное отделение

ПМПСПС – программа медико-психологического сопровождения пациентов стационара

ПНД – психоневрологический диспансер

НКО – некоммерческая организация

ОИОПП – отделение интенсивного оказания психиатрической помощи

РШС – расстройства шизофренического спектра

ЭКГ – электрокардиография

ЧМТ – черепно-мозговая травма

DAI-10 – Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам

CGI – Шкала общего клинического впечатления

CRDPSS – Шкала клинической оценки тяжести симптомов психоза

IMSI-29 – Шкала самостигматизации

B-IPQ – Краткий опросник восприятия болезни

PANSS – Шкала позитивных и негативных расстройств

SADS – Шкала социального избегания и дистресса

SAS – Шкала Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимов, И.Н. Иммуновоспалительные ревматические заболевания: роль восприятия болезни и совладания с ней в психологической адаптации пациента. / И. Н. Абросимов, В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // Современная ревматология. – 2022. – 16(6). – С.20–25. DOI: 10.14412/1996- 7012-2022-6-20-25
2. Аведисова, А. С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 156–159.
3. Аведисова, А. С. Шизофрения и когнитивный дефицит / А. С. Аведисова, Н. Н. Вериги // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 6. – С. 202–204.
4. Авруцкий, Г. Я. Лечение психически больных / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – Москва: Медицина, 1981. – 96 с.
5. Бабин, С. М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных : специальности 14.00.18 «Психиатрия», 19.00.04 «Медицинская психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Бабин Сергей Михайлович ; ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт». – Санкт-Петербург, 2006. – 56 с.
6. Бабин, С.М. Комплаенс-терапия больных шизофренией / С. М. Бабин, А. М. Шлафер. – Москва: Городец, 2020. – 160 с.
7. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы. Часть 1. Уязвимость-диатез-стресс / А. П. Коцюбинский, А. Н. Еричев, В. О. Клайман, О. Д. Шмоница // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – № 2. – С. 3–7.
8. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Москва: МПСИ, 2002. – 624 с.

9. Бурыгина, Л. А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами) : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Бурыгина Лариса Андреевна ; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2013. – 149 с.
10. Вишневская, О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О. А. Вишневская, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 30–36.
11. Гурович, И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 7–14.
12. Гурович, И. Я. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Ю. С. Зайцева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 8. – С. 7–14.
13. Гурович, И. Я. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, Б. Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 5–19.
14. Гурович, И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5–10.
15. Гурович, И. Я. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями / И. Я. Гурович, Л. И. Сальникова, М. В. Магомедова // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / под ред. И. Я. Гуровича. – Москва, 2002. – С. 98–108.

16. Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – Москва: Медпрактика, 2004. – 491 с.
17. 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. 78–85.
18. Гурович, И. Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 1. – С. 5–9.
19. Гусева, О. В. Особенности психотерапии при расстройствах шизофренического спектра : методические рекомендации / О. В. Гусева, А. Н. Еричев, А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2018. – 44 с.
20. Гуткевич, Е. В. Потенциал восстановления психосоциального функционирования при расстройствах шизофренического спектра / Е. В. Гуткевич, Ю. Л. Мальцева, В. П. Яворская [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2025. – № 3 (128). – С. 25–36. DOI: 10.26617/1810-3111-2025-3(128)-25-36
21. Джангильдин, Ю. Т. Методологические проблемы шизофрении / Ю. Т. Джангильдин, А. Л. Адамс // Психическое здоровье. – 2011. – Т. 9, № 8 (63). – С. 79–85.
22. Джангильдин, Ю. Т. Оценка возможностей психотерапии в комплексном лечебно-реабилитационном воздействии на больных шизофренией в условиях дневного стационара / Ю. Т. Джангильдин, А. Л. Адамс // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8, № 10 (53). – С. 15–19.
23. Дмитриева, Н. Г. Различия в обонятельном восприятии у пациентов с психическими расстройствами шизофренического и аффективного спектров / Н. Г. Дмитриева, Д. А. Шушенков, С. Н. Ениколопов // Психологические исследования. – 2023. – Т. 16, № 88. DOI: 10.54359/ps.v16i88.1380

24. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебник для вузов / Б. В. Зейгарник. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Юрайт, 2023. – 367 с.
25. Зуйкова, Н.Л. Психосоциальная реабилитация пациентов с шизофренией и коморбидной наркологической патологией / Н. Л. Зуйкова // Вопросы наркологии. – 2017. – № 9. – С. 147–150.
26. Иванов, М.В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / М. В. Иванов, Н. Г. Незнанов. – Санкт-Петербург: Издательство НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. – 288 с.
27. Индивидуально-психологические характеристики и особенности совладания с заболеванием у пациентов с первым психотическим эпизодом и постпсихотической депрессией как мишени для психосоциальных интервенций / Е. Ю. Антохин, А. В. Васильева, Т. А. Болдырева, Р. И. Антохина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2024. – Т. 58, № 1. – С. 78–90. DOI: 10.31363/2313-7053-2024-1-775
28. Исаева, Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Исаева Елена Рудольфовна. – Санкт-Петербург, 1999. – 21 с.
29. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – Санкт-Петербург: Издательство СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 256 с.
30. Казаковцев, Б.А. Вопросы психосоциальной реабилитации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, включая совершивших противоправные действия / Б. А. Казаковцев, О. А. Макушкина, А. В. Фролова // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18, № 2. – С. 49–56.
31. Карпенко, О.А. Влияние психообразования на комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара / О. А. Карпенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 6 (2). – С. 92–98.

32. Карпенко, О.А. Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям: специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Карпенко Ольга Анатольевна ; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2021. – 163 с.
33. Кирьянова, Е.М. Терапия занятостью и элементы трудотерапии в системе помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами / Е. М. Кирьянова, Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2024. – Т. 34, № 3. – С. 61-74.
34. Коцюбинский, А. П. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей / А. П. Коцюбинский, А. Н. Еричев, Н. В. Зуйкова. – Санкт-Петербург, 2004. – 33 с.
35. Коцюбинский, А. П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова. – Москва: Гиппократ+, 2004. – 366 с.
36. Краснова, В. В. Социальная тревожность как фактор нарушений интерперсональных отношений и трудностей в учебной деятельности у студентов : специальность 19.00.13 «Психология развития, акмеология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Краснова Виктория Валерьевна ; Московский городской психолого-педагогический институт. – Москва, 2013. – 209 с.
37. Кузнецов, С. Ю. Метакогнитивный тренинг у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством в условиях дневного стационара: специальность 3.1.17. «Психиатрия и наркология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Краснова Виктория Валерьевна ; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2023. – 211 с.

38. Лиманкин, О. В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений / О. В. Лиманкин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 99–106.
39. Лиманкин, О. В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Лиманкин Олег Васильевич ; Научный центр психического здоровья РАМН. – Москва, 2007. – 25 с.
40. Лутова, Н. Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Лутова Наталья Борисовна ; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2013. – 49 с.
41. Магомедова, М. В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : диссертация на соискание кандидата медицинских наук / Магомедова Мария Васильевна. – Москва, 2003. – 142 с.
42. Макаревич, О. В. Приверженность лечению у больных с расстройствами шизофренического спектра и семья больного (клинико-динамические, клинические, социо-психологические параметры) : специальность 3.1.17. «Психиатрия и наркология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / О. В. Макаревич ; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России. – Санкт-Петербург, 2023. – 198 с.
43. Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией: методические рекомендации / Т. А. Солохина, В. В. Ястребова, Л. М. Алиева [и др.]. – Москва: МАКС Пресс, 2017. – 40 с.

44. Метод системной оценки мотивации к лечению у больных с психическими расстройствами / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид, О. В. Макаревич // Сборник методических рекомендаций. – Санкт-Петербург: Коста, 2020. – С. 142–154.
45. Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров / А. Б. Холмогорова, О. В. Рычкова, О. Д. Пуговкина, М. А. Москачева. – Москва: Неолит, 2016. – 96 с.
46. Мовина, Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Л. Г. Мовина ; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2005. – 191 с.
47. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. – Москва: Новый цвет, 2001. – 238 с.
48. Мосолов, С.Н. Алгоритм терапии первичной негативной симптоматики при шизофрении / С. Н. Мосолов, П. А. Ялтонская // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – № 2. – С. 2–10.
49. Мосолов, С.Н. Алгоритмы биологической терапии шизофрении / С. Н. Мосолов, Э. Э. Цукарзи, П. В. Алфимов // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 1. – С. 27–36.
50. Мосолов, С.Н. Диагностика и терапия депрессии при шизофрении / С. Н. Мосолов // Consortium Psychiatricum. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 29–42.
51. Негативные расстройства в рамках трансдиагностического подхода / К. В. Захарова, И. А. Аркуша, Р. Г. Акжигитов, А. С. Аведисова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 1. – С. 23–30.
52. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований / Н. Г. Незнанов, Г. В. Рукавишников, Е. Д. Касьянов [и др.] // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – № 2. – С. 3–15.

53. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная парадигма: возможности и перспективы / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31, № 2. – С. 5–12.
54. Незнанов, Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.
55. 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.
56. Общие понятия и принципы психотерапии / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Н. Г. Незнанов, С. В. Полторак // Психотерапия : национальное руководство. – 2023. – С. 81–94.
57. Палин, А. В. Инновационная психообразовательная программа для пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи / А. В. Палин, Н. А. Сирота // Психическое здоровье. – 2025. – Т. 20, № 4. – С. 3–13.
58. Палин, А. В. Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией – условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса / А. В. Палин, О. В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30, № 2. – С. 96–103.
59. Палин, А.В. Повышение комплаентности к реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших инновационную программу психообразования на стационарном этапе лечения / А. В. Палин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2024. – № 4. – С. 23–29.
60. Палин, А.В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / А. В. Палин // Консультативная психология и психотерапия. – 2024. – Т. 32, № 3. – С. 96–115.
61. Папсуев, О. О. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М.

- В. Миняйчева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 3. – С. 33–36.
62. Параметры внутренней картины болезни и качества жизни у пациентов с системной красной волчанкой / В. М. Ялтонский, И. Н. Абросимов, Т. Д. Андрушкевич [и др.] // Современная ревматология. – 2020. – 14(3) – С.57–62.
63. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – Москва: Медпрактика-М, 2010. – 544 с.
64. Петрова, Н. Н. Проблема «рекавери» при шизофрении / Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2023. – Т. 33, № 3. – С. 81–87.
65. Петрова, Н.Н. Негативная и когнитивная симптоматика на разных этапах течения шизофрении / Н. Н. Петрова, К. А. Цыренова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2023. – Т. 33, № 1. – С. 5–11.
66. Поляков, Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю. Ф. Поляков. – Москва: Медицина, 1974. – 86 с.
67. Поляков, Ю. Ф. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Ю. Ф. Поляков. – Москва: Медицина, 1982. – 203 с.
68. Полянский, Д. А. Особенности взаимовлияния алкогольной зависимости и психических расстройств шизофренического спектра / Д. А. Полянский, Т. А. Кожина, Т. И. Немкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32, № 2. – С. 95–100.
69. Приверженность лечению хронических заболеваний / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота, А. В. Ялтонская, И. Н. Абросимов // Клиническая психология лечебного процесса: учебное пособие / Под ред. Н. А. Сирота. – ГЭОТАР – Медиа, 2023. – С. 48–63
70. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67–77.

71. Психиатрическая стигма: клинико-демографические или культуральные факторы / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, М. Ю. Сорокин [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29, № 4. – С. 50–56.
72. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.
73. Психообразовательная работа во Франции и России: кросс-культурное исследование / Б. А. Казаковцев, Г. П. Костюк, М. Плотнику-Делеск, О. А. Карпенко // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 2. – С. 4–11.
74. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – Москва: Медпрактика, 2015. – 420 с.
75. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: практическое руководство: коллективная монография / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – Москва: Медпрактика, 2015. – 420 с.
76. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности / Т. А. Солохина, В. В. Ястребова, В. Г. Митихин, Г. В. Тюменкова // Психиатрия. – 2019. – Т. 17, № 3. – С. 62–74.
77. Психофармакотерапии шизофрении пролонгированными антипсихотическими препаратами в условиях расширения стационарзамещающих форм психиатрической помощи / Л. А. Бурыгина, Г. П. Костюк, С. А. Голубев, Н. И. Беглянкин // Психиатрия. – 2025. – 23(2). – С. 95–109. DOI: 10.306292618-6667-2025-23-2-95-109
78. Различия переживаний внутренней стигмы при первом психотическом эпизоде и у давно болеющих пациентов с параноидной шизофренией / К. Ф. Васильченко, А. А. Усова, Ю. А. Жданова, С. И. Гашков // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2022. – Т. 24, № 2. – С. 67–71.
79. Расстройства шизофренического спектра (клинико-эпидемиологические аспекты): монография / Г.П. Костюк, М.А. Солошенко, Л.А. Бурыгина, С.А. Голубев. – Москва, 2023. – 125 с.

80. Реорганизация психиатрической службы и антипсихотическая терапия больных шизофренического спектра / Л. А. Бурыгина, А. Ю. Березанцев, С. А. Голубев, Е. А. Шумакова // Медицина. – 2023. – 11(3) – С. 25-41.
81. 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.
82. Роль негативного детского опыта и внутренней стигмы в формировании мотивации к лечению пациентов с психическими расстройствами / Е. С. Герасимчук, М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова [и др.] // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2024. – Т. 10, № 1. – С. 126–142.
83. Рычкова, О. В. Психологическая реабилитация пациентов с расстройствами психотического спектра: практическое пособие / О. В. Рычкова, А. Б. Шмуклер. – Москва: НМИЦ ПН им. В. П. Сербского, 2024. – 82 с.
84. Сальникова, Л. И. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе: пособие для врачей / Л. И. Сальникова, Н. Д. Семенова, Я. А. Сторожакова [и др.]; под ред. И. Я. Гуровича. – Москва: Изд-во Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, 2002. – 39 с.
85. Самостигматизация у пациентов с эндогенными психическими расстройствами: кроссекционное сравнительное исследование / Т. А. Солохина, Д. С. Ошевский, А. Н. Бархатова [и др.] // Consortium Psychiatricum. – 2024. – Т. 5, № 1. – С. 13–26. DOI: 10.17816/CP15485
86. Свиридов, И. Г. Критерии эффективности психообразования при оказании психиатрической помощи: специальность 14.01.06 «Психиатрия»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Свиридов Игорь Геннадьевич ; ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2014. – 23 с.
87. Семенова, Н. Д. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / Н. Д. Семенова,

- И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 4. – С. 31–36.
88. Семенова, Н. Д. Психообразование: проблемы и направление исследований / Н. Д. Семенова, А. Ю. Кузьменко, Г. П. Костюк // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – № 4. – С. 3–11.
89. Сидорова, М. А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Сидорова Маргарита Анатольевна ; МГУ им. М.В. Ломоносова. – Москва, 2005. – 170 с.
90. Сравнительный анализ динамики психологических показателей у больных шизофренией, участвовавших в комплексной программе психосоциального лечения на разных этапах оказания медико-реабилитационной помощи / Г. В. Тюменкова, Т. А. Солохина, К. М. Гебель [и др.] // Глобальные вызовы современности и духовный выбор человека. – Санкт-Петербург: Скифия-Принт, 2023. – С. 104–107. DOI: 10.53454/9785986206226\_104
91. Стародубцев, С. В. Полипрофессиональная бригада как медицинская модель организации реабилитационного процесса. Виды и эволюция кейс-менеджмента / С. В. Стародубцев // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы – Москва: КДУ, 2018. – С.76-88.
92. Суицидальная активность и мотивация пациентов, перенесших первый психотический эпизод / Е. В. Щетинина, О. Ю. Щелкова, Н. В. Чернов, Г. П. Костюк // Психология человека в образовании. – 2025. – Т. 7, № 2. – С. 256–274.
93. Таккуева, Е. В. Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга / Е. В. Таккуева, А. Б. Холмогорова, А. В. Палин // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № 1. – С. 38–48.
94. Таккуева, Е. В. Оценка эффективности интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) у больных шизофренией, проходящих

- лечение в стационаре психиатрической больницы, и у проживающих в ПНИ / Е. В. Таккуева // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 31–57.
95. Терапия средой (миле-терапия) на амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи [Электронный ресурс] / С. М. Бабин, О. В. Лиманкин, Я. О. Федоров, Д. М. Ивашенко // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – №2. – С. 33–38. DOI: 10.24411/2075-4094-2019-1637
96. Филатова, Д. А. Применение технологий виртуальной реальности в терапии психических заболеваний / Д. А. Филатова, А. И. Тюнева, Б. Д. Цыганков // Психическое здоровье. – 2024. – № 6. – С. 59–77.
97. Филилеева, О. В. Эквивалентные дозировки антипсихотических препаратов / О. В. Филилеева, С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № 3. – С. 36–44.
98. Холмогорова, А. Б. Нарушение социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психического дефицита при шизофрении / А. Б. Холмогорова, О. В. Рычкова. – Москва: Форум, 2016. – 288 с.
99. Холмогорова, А. Б. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Г. А. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 15–23.
100. Цыганков, Б. Д. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью (по данным иностранной литературы) / Б. Д. Цыганков, Я. В. Малыгин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 4. – С. 18–22.
101. Шлафер, А. М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / А. М. Шлафер ; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Москва, 2012. – 154 с.

102. Шмуклер, А. Б. Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 86–95.
103. Шмуклер, А. Б. Персонализированный подход к оказанию помощи пациентам с шизофренией / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия – 2022 – Т. 32, № 2. – С. 49–58.
104. Шпорт, С. В. Мониторинг организации психиатрической службы и показателей заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации / С. В. Шпорт, О. А. Макушкина, Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2025. – №1. – С. 3–16. DOI:10.25557/2074-014X.2025.01.3-16
105. Эффективность психосоциальной реабилитации: инновационный метод оценки / В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, М. В. Кузьминова [и др.] // Психиатрия. – 2022. – 20(2). – С. 51–59.
106. Эффекты психофармакотерапии и приверженность пациентов лечению: взаимообусловленность в рамках биопсихосоциальной парадигмы / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид [и др.] // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2021. – Т. 7, № 2. – С. 202–214.
107. Ялтонский, В. М. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В. М. Ялтонский, А. В. Ялтонская, Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Психологические исследования. – 2017. – Т. 10, № 51. – С. 1–12.
108. 30 Years on: How the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia Morphed into the Developmental Risk Factor Model of Psychosis / R. M. Murray, V. Bhavsar, G. Tripoli, O. Howes // Schizophrenia Bulletin. – 2017. – Vol. 43, No. 6. – P. 1190–1196.
109. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes / T. Wykes, V. Huddy, C. Cellard [et al.] // The American Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 168, No. 5. – P. 472–485.

110. A trial of family therapy versus relatives' group for schizophrenia: two-year follow-up / J. Leff, R. Berkowitz, N. Shavit [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 1990. – Vol. 157. – P. 571–577.
111. Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial / W. Chien, E. Cheung, J. Mui [et al.] // *Hong Kong Medical Journal*. – 2019. – Vol. 25, Suppl. 2, No. 1. – P. 4–9.
112. Association of rs4680 COMT, rs6280 DRD3, and rs7322347 5HT2A with clinical features of youth-onset schizophrenia / A. Morozova, Y. Zorkina, K. Pavlov [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2019. – Vol. 10. – Art. 830.
113. Avasthi, A. Clinical Practice Guidelines for Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Disorders / A. Avasthi, S. Sahoo, S. Grover // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 62, No. 2. – P. 251–262.
114. Baron-Cohen, S. Autism: A window onto the development of the social and the analytic brain / S. Baron-Cohen, M. K. Belmonte // *Annual Review of Neuroscience*. – 2005. – Vol. 28. – P. 109–126.
115. Baron-Cohen, S. Mindblindness: An Essay on Autism and «Theory of Mind» / S. Baron-Cohen. – Cambridge, MA: MIT Press, 1995. – 171 p.
116. Battin, C. A systematic review of the effectiveness of the clubhouse model / C. Battin, C. Bouvet, C. Hatala // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. – 2016. – Vol. 39, No. 4. – P. 305–312.
117. Beck, A. T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt / A. T. Beck // *Psychiatry*. – 1952. – Vol. 15. – P. 305–312.
118. Bellack, A. S. Issues and developments on the consumer recovery construct / A. S. Bellack, A. Drapalski // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol. 11, No. 3. – P. 156–160.
119. Bentall, R. P. Self-regulation, affect and psychosis: The role of social cognition in paranoia and mania / R. P. Bentall, P. Kinderman // *Handbook of cognition and emotion* / ed. by T. Dalgleish, M. Power. – Chichester: Wiley, 1996. – P. 351–381.
120. Beyond One's Attitude Toward the Self: The Role of Social Anxiety in Self-Stigma Among Individuals With Schizophrenia / A. Lavi-Rotenberg, M. A. Frishman, L. Igra

- [et al.] // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2024. – Vol. 212, No. 1. – P. 28–32.
121. Bisbee, C. A Review of Psychoeducation for Patients with Schizophrenia / C. Bisbee, G. Vickar // *Psychiatric Annals*. – 2012. – Vol. 42, No. 6. – P. 205–210.
122. Bisbee, C. Educating patients and families about mental illness: A practical guide / C. Bisbee. – Rockville, DC: American Psychiatric Press, 1995. – 245 p.
123. Brown, G. W. The measurement of family activities and relationships: A methodological study / G. W. Brown, M. Rutter // *Human Relations*. – 1966. – Vol. 19, No. 3. – P. 241–263.
124. Brüne, M. «Theory of Mind» in Schizophrenia: A Review of the Literature / M. Brüne // *Schizophrenia Bulletin*. – 2005. – Vol. 31, No. 1. – P. 21–42.
125. Buchanan, J. Social support and schizophrenia: A review of the literature / J. Buchanan // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 1995. – Vol. 9, No. 2. – P. 68–76.
126. Buck, B. Consummatory and anticipatory anhedonia in schizophrenia: stability, and associations with emotional distress and social function over six months / B. Buck, P. H. Lysaker // *Psychiatry Research*. – 2013. – Vol. 205, No. 1–2. – P. 30–35.
127. Busner, J. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice / J. Busner, S. D. Targum // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2007. – Vol. 4, No. 7. – P. 28–37.
128. Bustillo, J. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J. Bustillo, J. Lauriello, W. Horan, S. Keith // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158, No. 2. – P. 163–175.
129. Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults / R. Norman, T. Lecomte, D. Addington, E. Anderson // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 62. – P. 617–623.
130. Ciompi, L. The dynamics of complex biological-psychosocial systems: Four fundamental psychobiological mediators in the long-term evolution of schizophrenia / L. Ciompi // *The British Journal of Psychiatry*. – 1989. – Vol. 155. – P. 15–21.

131. Cognitive remediation and psychosocial rehabilitation for individuals with severe mental illness / S. R. McGurk, S. M. Eack, M. Kurtz, K. T. Mueser // *Rehabilitation Research and Practice*. – 2012. – Vol. 2012. – Art. ID 283602.
132. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results / H. Jackson, P. McGorry, J. Edwards [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 172, No. 33. – P. 93–100.
133. Cohen, S. Stress, social support, and the buffering hypothesis / S. Cohen, T. A. Wills // *Psychological Bulletin*. – 1985. – Vol. 98. – P. 310–357.
134. Communication of a schizophrenia diagnosis : A qualitative study of patients' perspectives / C. Loughland, K. Cheng, G. Harris [et al.] // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2015. – Vol. 61, No. 8. – P. 729–734.
135. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial / R. Kemp, P. Hayward, G. Applewaite [et al.] // *BMJ*. – 1996. – Vol. 312. – P. 345–349.
136. DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia / R. E. Nielsen, E. Lindström, J. Nielsen, S. Levander // *European Neuropsychopharmacology*. – 2012. – Vol. 22, No. 10. – P. 747–750.
137. Day, R. Life events and schizophrenia: the «triggering» hypothesis / R. Day // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1981. – Vol. 64. – P. 97–122.
138. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence / G. N. Savla, L. Vell, C. C. Armstrong [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2013. – Vol. 39, No. 5. – P. 979–992.
139. Dincin, J. Psychiatric rehabilitation / J. Dincin // *Schizophrenia Bulletin*. – 1975. – No. 13. – P. 131–147.
140. Dixon, L. Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia / L. Dixon, C. Adams, A. Lucksted // *Schizophrenia Bulletin*. – 2000. – Vol. 26, No. 1. – P. 5–20.
141. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology / ed. by W. Guy. – Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976. – 603 p.
142. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for inpatients / F. Veltro, I. Falloon, N. Vendittelli [et al.] // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2006. – Vol. 2. – Art. 16.

143. Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficits models / D. Penn, D. Combs, M. Ritchie [et al.] // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2000. – Vol. 109. – P. 512–516.
144. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137, No. 5. – P. 535–544.
145. Engel, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G. L. Engel // *Science*. – 1977. – Vol. 196. – P. 129–136.
146. Exploration of symptom dimensions and duration of untreated psychosis within a staging model of schizophrenia spectrum disorders / S. Berendsen, H. L. Van, J. W. van der Paardt [et al.] // *Early Intervention in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 15. – P. 669–675.
147. Families as allies in treatment of the mentally ill: New directions for mental health professionals / ed. by H. P. Lefley, D. L. Johnson. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1990. – 312 p.
148. Family intervention for schizophrenia / F. Pharoah, J. J. Mari, J. Rathbone, W. Wong // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2010. – Issue 12. – Art. No. CD000088.
149. Farooq, S. Telling the patients about diagnosis and outcome of schizophrenia: what, when and how? / S. Farooq, F. Naeem, S. P. Singh // *Early Intervention in Psychiatry*. – 2016. – Vol. 10, No. 2. – P. 101–102.
150. Fiske, A. P. The four elementary forms of sociality: Framework for a unified theory of social relations / A. P. Fiske // *Psychological Review*. – 1992. – Vol. 99. – P. 689–723.
151. Fiske, S. T. *Social Cognition* / S. T. Fiske, S. E. Taylor. – 2nd ed. – New York: McGraw-Hill, 1994. – 717 p.
152. Fiske, S. T. Universal dimensions of social cognition: warmth and competence / S. T. Fiske, A. J. C. Cuddy, P. Glick // *Trends in Cognitive Sciences*. – 2007. – Vol. 11. – P. 78–83.
153. Frith, U. *Autism – beyond theory of mind* / U. Frith, F. Happé // *Cognition*. – 1994. – Vol. 50, No. 1–3. – P. 115–132.

154. Frith, U. Cognitive explanations of autism / U. Frith // *Childhood cognitive development: The essential readings* / ed. by K. Lee. – Malden, MA: Blackwell, 2000. – P. 324–337.
155. General psychopathology links burden of recent life events and psychotic symptoms in a network approach / L. T. Betz, N. Penzel, L. Kambeitz-Ilankovic [et al.] // *NPJ Schizophrenia*. – 2020. – Vol. 6. – Art. 40.
156. Gigantesco, A. Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards / A. Gigantesco, C. Pontarelli, F. Veltro // *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. – 2018. – Vol. 54, No. 4. – P. 272–283.
157. Goldberg, R. W. Social network correlates among people with psychiatric disabilities / R. W. Goldberg, A. L. Rollins, A. F. Lehman // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. – 2003. – Vol. 26, No. 4. – P. 393–402.
158. Gunderson, J. G. Effects of psychotherapy in schizophrenia : II. Comparative outcome of two forms of treatment / J. G. Gunderson, A. F. Frank, H. M. Katz [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 1984. – Vol. 10. – P. 564–598.
159. Hawley, C. The use of the Simpson Angus Scale for the assessment of movement disorder: A training guide / C. Hawley, N. Fineberg, A. Roberts [et al.] // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 2003. – Vol. 7, No. 4. – P. 349–357.
160. Hogan, B. E. Social support interventions: Do they work? / B. E. Hogan // *Clinical Psychology Review*. – 2002. – Vol. 22. – P. 381–440.
161. Hogan, T. P. Drug Attitude Inventory (DAI-30) / T. P. Hogan, A. G. Awad, R. Eastwood. – Washington, DC: American Psychological Association, 1983.
162. Hogarty, G. E. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia / G. E. Hogarty, S. Flesher // *Schizophrenia Bulletin*. – 1999. – Vol. 25. – P. 693–708.
163. Howes, O. D. Schizophrenia: An integrated sociodevelopmental-cognitive model / O. D. Howes, R. M. Murray // *The Lancet*. – 2014. – Vol. 383, No. 9929. – P. 1677–1687.

164. Hultman, C. M. Relationships Between Social Support, Social Coping and Life Events in the Relapse of Schizophrenic Patients / C. M. Hultman, I. M. Wieselgren, A. Öhman // *Scandinavian Journal of Psychology*. – 1997. – Vol. 38, No. 1. – P. 3–13.
165. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis / D. Greenfeld, J. S. Strauss, M. B. Bowers, M. Mandelkern // *Schizophrenia Bulletin*. – 1989. – Vol. 15, No. 2. – P. 245–252.
166. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients / H. Brenner, V. Roder, B. Hodel [et al.]. – Seattle: Hogrefe & Huber, 1994. – 280 p.
167. Kay, S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophrenia Bulletin*. – 1987. – Vol. 13, No. 2. – P. 261–276.
168. Kirschner, M. Secondary negative symptoms – A review of mechanisms, assessment and treatment / M. Kirschner, A. Aleman, S. Kaiser // *Schizophrenia Research*. – 2017. – Vol. 186. – P. 29–38.
169. Kopelowicz, A. Recent advances in social skills training for schizophrenia / A. Kopelowicz, R. P. Liberman, R. Zarate // *Schizophrenia Bulletin*. – 2006. – Vol. 32, No. 1. – P. 12–23.
170. Kurtz, M. Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation of Controlled Research / M. Kurtz, C. Richardson // *Schizophrenia Bulletin*. – 2012. – Vol. 38. – P. 1092–1104.
171. Leff, J. Expressed Emotion in Families / J. Leff, C. Vaughn. – New York: Guilford Press, 1985. – 245 p.
172. Lehman, A. F. Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations / A. F. Lehman, D. M. Steinwachs // *Schizophrenia Bulletin*. – 1998. – Vol. 24, No. 1. – P. 1–10.
173. Lejeune, J. A. A Meta-analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Efficacy and the Role of Participant and Treatment Factors / J. A. Lejeune, A. Northrop, M. M. Kurtz // *Schizophrenia Bulletin*. – 2021. – Vol. 47, No. 4. – P. 997–1006.

174. Leventhal, H. Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors / L. A. Phillips, E. Burns, J. H. Cohen // *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. – Hoboken: John Wiley & Sons Ltd., 2020. – P. 315-27
175. Leventhal, H. The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.) / H. Leventhal, D. Meyer, D. R. Nerenz // *Medical Psychology*. – 1980. – Vol. 2.– P. 7–30.
176. Lysaker, P. H. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments / P. H. Lysaker, G. Dimaggio // *Schizophrenia Bulletin*. – 2014. – Vol. 40, No. 3. – P. 487–491.
177. McDonagh, M. S. Psychosocial Interventions for Adults With Schizophrenia: An Overview and Update of Systematic Reviews / M. S. McDonagh, T. Dana, S. L. Kopelovich [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2022. – Vol. 73, No. 3. – P. 299–312.
178. McGlashan, T. H. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders / T. H. McGlashan, K. K. Bardenstein // *Schizophrenia Bulletin*. – 1990. – Vol. 16, No. 2. – P. 319–329.
179. McGorry, P. D. Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process / P. D. McGorry // *Psychiatry*. – 1995. – Vol. 58. – P. 313–328.
180. McQuiston, H. L. Psychosocial rehabilitation: Issues and answers for psychiatry / H. L. McQuiston, R. M. Goisman, C. R. Tennison // *Community Mental Health Journal*. – 2000. – Vol. 36, No. 6. – P. 605–616.
181. Measures of personality and social psychological attitudes: Measures of social psychological attitudes. Vol. 1 / J. P. Robinson, P. R. Shaver, L. S. Wrightsman. – San Diego: Academic Press, 2013. – 672 p.
182. Medalia, A. The remediation of problem-solving skills in schizophrenia / A. Medalia, N. Revheim, M. Casey // *Schizophrenia Bulletin*. – 2001. – Vol. 27, No. 2. – P. 259–267.
183. Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future / S. Moritz, M. Menon, R. Balzan, T. S. Woodward // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2023. – Vol. 273. – P. 811–817.

184. Miller, W. R. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior / W. R. Miller, S. Rollnick. – New York: The Guilford Press, 1991. – 348 p.
185. Morice, R. Frontal/executive impairments in schizophrenia / R. Morice, A. Delahunty // Schizophrenia Bulletin. – 1996. – Vol. 22, No. 1. – P. 125–137.
186. Moritz, S. Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT). Manual / S. Moritz, T. S. Woodward, M. Burlon. – Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005. – 156 p.
187. Multimodal cognitive therapy: combining treatments that bypass cognitive deficits and deal with reasoning and appraisal biases / D. I. Velligan, M. Draper, D. Stutes [et al.] // Schizophrenia Bulletin. – 2009. – Vol. 35, No. 5. – P. 884–893.
188. Nicol, M. Life skills programmes for chronic mental illnesses / M. Nicol, L. Robertson, J. Connaughton // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2000. – Issue 3. – Art. No. CD000381.
189. Observed Social Support and Willingness for the Treatment of Patients with Schizophrenia / H. T. Jameel, S. A. Panatik, T. Nabeel [et al.] // Psychology Research and Behavior Management. – 2020. – Vol. 13. – P. 193–201.
190. Park, S. C. Factor Structure of the Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity in Patients with Schizophrenia / S. C. Park, K. U. Lee, J. Choi // Psychiatry Investigation. – 2016. – Vol. 13, No. 2. – P. 253–254.
191. Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behavior therapy for psychosis / D. Freeman, G. Dunn, P. Garety [et al.] // Psychological Medicine. – 2013. – Vol. 43. – P. 269–277.
192. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness / W. Chien, A. Clifton, S. Zhao, S. L. Peer // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2019. – Issue 1. – Art. No. CD010880.
193. Pekkala, E. Psychoeducation for schizophrenia / E. Pekkala, L. Merinder // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2002. – Issue 2. – Art. No. CD002831.

194. Pfammatter, M. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses / M. Pfammatter, U. M. Junghan, H. D. Brenner // *Schizophrenia Bulletin*. – 2006. – Vol. 32, No. 1. – P. 64–80.
195. Pike, B. Brief psychological interventions for schizophrenia : a systematic review and meta-analysis / B. Pike, L. Ambrosio, L. Ellett // *Psychological Medicine*. – 2025. – Vol. 55. – e146.
196. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness / S. Zhao, S. Sampson, J. Xia, M. B. Jayaram // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2015. – Issue 9. – Art. No. CD010823.
197. Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study / G. Bröms, L. Cahling, A. Berntsson, L. Öhrmalm // *BJPsych Bulletin*. – 2020. – Vol. 44, No. 6. – P. 265–268.
198. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families / J. Bäuml, T. Froböse, S. Kraemer [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2006. – Vol. 32, No. 1. – P. 1–9.
199. Psychological treatment in schizophrenia I : Meta-analysis of family intervention and CBT / S. Pilling, P. Bebbington, E. Kuipers [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2002. – Vol. 32. – P. 763–782.
200. Psychometric properties of the DSM-5 Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity / S. Berendsen, N. M. van der Veen, M. J. van Tricht, L. de Haan // *Schizophrenia Research*. – 2020. – Vol. 216. – P. 416–421.
201. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. – London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014. – 556 p. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
202. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis / I. Bighelli, G. Pitschel-Walz, J. Schneider-Thoma [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2021. – Vol. 8, No. 11. – P. 969–980.

203. Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review / A. Semahegn, K. Torpey, A. Manu [et al.] // *Syst Rev.* – 2018. – Vol. 7. – Art. No. 10. DOI: 10.1186/s13643-018-0676-y
204. Reducing self-stigma in psychosis: A systematic review and meta-analysis of psychological interventions / M. Lamarca, V. Espinosa, V. Acuña [et al.] // *Psychiatry Research.* – 2024. – Vol. 342. – Art. 116262.
205. Regier, D. A. The DSM-5: Classification and Criteria Changes / D. A. Regier, E. A. Kuhl, D. J. Kupfer // *World Psychiatry.* – 2013. – Vol. 12. – P. 92–98.
206. Rehabilitation in health systems: guide for action. – Geneva: World Health Organization, 2019. – 88 p.
207. Residential care in Italy: national survey of non-hospital facilities / G. De Girolamo, A. Picardi, R. Micciolo [et al.] // *The British Journal of Psychiatry.* – 2002. – Vol. 181. – P. 220–225.
208. Ritsher, J. B. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure / J. B. Ritsher, P. G. Otilingam, M. Grajales // *Psychiatry Research.* – 2003. – Vol. 121, No. 1. – P. 31–49.
209. Rummel-Kluge, C. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families / C. Rummel-Kluge, W. Kissling // *Expert Review of Neurotherapeutics.* – 2008. – Vol. 8, No. 7. – P. 1067–1077.
210. Rund, B. R. Cognitive disturbances in schizophrenics: what are they, and what is their origin? / B. R. Rund // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1988. – Vol. 77, No. 2. – P. 113–123.
211. Sarkhel, S. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation / S. Sarkhel, O. P. Singh, M. Arora // *Indian Journal of Psychiatry.* – 2020. – Vol. 62, No. 2. – P. 319–323.
212. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality / J. McGrath, S. Saha, D. Chant D, J. Welham // *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):67–76. DOI: 10.1093/epirev/mxn00

213. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia / M. Mazza, A. DeRiso, L. Surian [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol. 47. – P. 299–308.
214. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis / M. Lean, M. Fornells-Ambrojo, A. Milton [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2019. – Vol. 214, No. 5. – P. 260–268.
215. Social cognition in schizophrenia / D. L. Penn, P. W. Corrigan, R. P. Bentall, J. M. Racenstein, L. S. Newman // *Psychological Bulletin*. – 1997. – Vol. 121. – P. 114–132.
216. Social support and functional outcomes in an early intervention program / R. Norman, D. Windell, R. Manchanda [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2012. – Vol. 140, No. 1–3. – P. 37–40.
217. Stein, L. I. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation / L. I. Stein, M. A. Test // *Archives of General Psychiatry*. – 1980. – Vol. 37, No. 4. – P. 392–397.
218. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia / G. A. Keepers, L. J. Fochtmann, J. M. Anzia [et al.] // *Focus*. – 2020. – Vol. 18, No. 4. – P. 493–497.
219. The Brief Illness Perception Questionnaire / E. Broadbent, K. J. Petrie, J. Main, J. Weinman // *Journal of Psychosomatic Research*. – (2006). – 60. – P. 631–637
220. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis / G. Pitschel-Walz, S. Leucht, J. Bäuml [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2001. – Vol. 27, No. 1. – P. 73–92.
221. The efficacy of psychoeducation-based programs on internalized stigma in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis / H. Luo, Y. L. Li, X. J. Luo [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2025. – Vol. 350. – Art. 116540.
222. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia / D. I. Velligan, R. K. Mahurin, P. L. Diamond [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 1997. – Vol. 25, No. 1. – P. 21–31.

223. The German Research Network on Schizophrenia – impact on the management of schizophrenia / W. Wölwer, A. Baumann, A. Bechdolf [et al.] // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2006. – Vol. 8, No. 1. – P. 115–121.
224. The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities / M. Pruessner, A. E. Cullen, M. Aas, E. F. Walker // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. – 2017. – Vol. 73. – P. 191–218.
225. The past and future of integrated biopsychosocial whole-health perspectives in psychiatric rehabilitation / R. Wolfe, B. Speakar, M. Pham [et al.] // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. – 2026. Epub ahead of print. DOI: 10.1037/prj0000682
226. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis / A. K. Fett, W. Viechtbauer, M. P. Dominquez [et al.] // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. – 2011. – Vol. 35. – P. 573–588.
227. The WHO special initiative for mental health (2019-2023) : universal health coverage for mental health. – Geneva: World Health Organization, 2019. – 24 p.
228. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients / R. Feldmann, W. P. Hornung, B. Prein [et al.] // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2002. – Vol. 252. – P. 115–119.
229. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review / S. N. Vigod, P. A. Kurdyak, C. L. Dennis [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 202, No. 3. – P. 187–194.
230. Treatment adherence and insight in schizophrenia spectrum disorders. / S. Laabid, O. Abidi, A. Aissa [et al.] // *European Psychiatry*. – 2024 – 67(1):S725. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.1507
231. Tripathi, A. Cognitive Deficits in Schizophrenia: Understanding the Biological Correlates and Remediation Strategies / A. Tripathi, S. K. Kar, R. Shukla // *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. – 2018. – Vol. 16, No. 1. – P. 7–17.

232. Uchino, B. N. Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships / B. N. Uchino. – New Haven: Yale University Press, 2004. – 226 p.
233. Van Dorn, R. A. Jail-to-community treatment continuum for adults with co-occurring substance use and mental disorders: study protocol for a pilot randomized controlled trial / R. A. Van Dorn // *Trials*. – 2017. – Vol. 18, No. 1. – Art. 365.
234. Walker, E. F. Schizophrenia: a neural diathesis-stress model / E. F. Walker, D. Diforio // *Psychological Review*. – 1997. – Vol. 104, No. 4. – P. 667–685.
235. Watson, D. Measurement of social-evaluative anxiety / D. Watson, R. Friend // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1969. – Vol. 33, No. 4. – P. 448–457.
236. Williams, P. Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention, and practice / P. Williams, L. Barclay, V. Schmied // *Qualitative Health Research*. – 2004. – Vol. 14, No. 7. – P. 942–960.
237. Wood, L. Patient experiences of psychiatric inpatient care : A systematic review of qualitative evidence / L. Wood, S. Alsawy // *Journal of Psychiatric Intensive Care*. – 2016. – Vol. 12, No. 1. – P. 35–43.
238. World Report on Disability. – Geneva: World Health Organization, 2011. – 350 p.
239. Wykes, T. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis – Cognitive Remediation therapy (CRT)? / T. Wykes, M. Gaag // *Clinical Psychology Review*. – 2001. – Vol. 21, No. 8. – P. 1227–1256.
240. Xia, J. Psychoeducation for schizophrenia / J. Xia, L. B. Merinder, M. R. Belgamwar // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2011. – Issue 6. – Art. No. CD002831.
241. Zubin, J. Vulnerability – a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1977. – Vol. 86, No. 2. – P. 103–126.