

ПАЛИН АЛЕКСАНДР ВАСИЛЬЕВИЧ

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

5.3.6. Медицинская психология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Сирота Наталья Александровна

Официальные оппоненты:

Бабин Сергей Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии, профессор кафедры

Лутова Наталия Борисовна – доктор медицинских наук, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, руководитель отделения, главный научный сотрудник

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Защита диссертации состоится « 03 » июня 2026 года в 11 часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.09 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу: 115419, г. Москва, ул. Донская д. 43.

Почтовый адрес: 127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д. 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д.10, стр. 2) и на сайте <https://dissov.msmsu-portal.ru>

Автореферат разослан « _____ » _____ 2026 года

Ученый секретарь

диссертационного совета 21.2.016.09,
кандидат медицинских наук, доцент

Гаджиева Уммурайзат Хизриевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Расстройства шизофренического спектра (РШС) поражают одного из 300 человек (0,32%) во всем мире [Цыганков Б. Д, 2024; McGrath J., 2008]. В России, по данным 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. Заболеваемость РШС (на 100 тыс.) остается на относительно стабильном уровне и в течение последних лет составляет 13-15 случаев на 100 тыс. населения [Костюк Г.П., 2023; Шпорт С.В., 2025]. Биопсихосоциальная модель заболевания [Коцюбинский А.П. с соавт, 2005-2017; Лутова Н.Б, 2019; Незнанов Н.Г., 2009, 2021; Сорокин М.Ю, Лутова Н.Б., Вид В.Д., Хобейш М.А., Макаревич О.В, Вид В. Д, 2021] является фундаментом и основой развития психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией и задает направление развития отечественной психиатрии.¹ Она позволяет реализовать полипрофессиональное взаимодействие в процессе лечения и психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра [Кабанов М.М, 1998; Холмогорова А. Б., 2007; Гурович И. Я., 2010, 2012, 2015; Лутова Н. Б. 2013; Стародубцев С. В, 2018; Солохина Т. А., 2019; Казаковцев Б. А., О. А. Макушкина О. А., Шпорт С. В., 2023; Шмуклер А. Б., 2024; Rummel-Kluge C., 2008].

Современные исследования в области психосоциальной реабилитации при психических расстройствах фокусируются на выявлении факторов персонализированного подхода и их включения в интегративные программы медико-психологического сопровождения пациентов с РШС.^{2,3} Среди важных

¹ Палин, А. В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / А. В. Палин // Консультативная психология и психотерапия. – 2024. – № 3(32). – С. 96–115.

² Палин, А. В. Применение современных подходов медико-психологической реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи / А. В. Палин, Н. А. Сирота // Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – № 4(34). – С. 57-75.

³ Палин, А. В. Медико-реабилитационное отделение в системе психиатрической помощи: совершенствование структуры и содержания работы / А. В. Палин, А. В. Нарышкин, О. О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Том 4(25). – С. 60-64.

параметров следует отметить такие, как восприятие болезни, стигматизацию и самостигматизацию, комплаентность к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации [Бабин С. М., 2006,2020; Бурьгина Л. А.,2023;Лутова Н. Б.,2019; Митихин В. Г.,2022; Солохина Т. А, 2017, 2024;Сорокин М. Ю.,2021;Leventhal Н.,1980;2020]. Несмотря на успехи проводимых исследований, задача медико-психологической реабилитации целевой группы пациентов с РШС с длительностью заболевания более 5 лет болезни остается весьма актуальной.^{4,5,6}

Цель исследования

Создание программы медико-психологического сопровождения пациентов с расстройствами шизофренического спектра 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 расстройствами шизофренического спектра 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.

⁴ Семенова, Н. Д. Комплексный подход к ведению пациента с шизофренией в амбулаторной практике: психофармакотерапия, психосоциальные вмешательства и мотивация к лечению / Н. Д. Семенова, Л. А. Бурьгина, А. В. Палин, М. И. Матросова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. –Том 29. N 3. – С. 45-49.

⁵ Папсуев, О. О. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией /О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, Н. Д. Семенова, А. В. Палин А.В // Социальная и клиническая психиатрия. –2015. –Том 25 №.1. – С. 36-44.

⁶ 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. N 2. – С. 96-103.

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

Объект исследования – процесс медико-психологической реабилитации пациентов с РШС на стационарном этапе оказания психиатрической помощи.

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 занятостью. 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 определены 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 расстройствами шизофренического спектра 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 к 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 на стационарном этапе оказания помощи.

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 исследования

Теоретическая значимость работы. Данное исследование расширяет представления о 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.

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 расстройствами шизофренического спектра. Применение ПМПСПС способствует стабилизации ремиссии, поддержанию контакта пациентов со специалистами, снижению частоты повторных госпитализаций.

Разработанная оригинальная скрининговая шкала оценки комплаентности к реабилитации позволяет в практике оценить готовность пациентов с РШС к участию в мероприятиях психосоциальной терапии и реабилитации.

Внедрение результатов исследования.

Результаты диссертационного исследования внедрены в учебный процесс кафедры клинической психологии НОИ социальных, гуманитарных и экономических наук им. А. П. Чехова ФГБОУ ВО «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 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы».

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 эффективна в отношении информированности о своем заболевании, его симптомах и стратегиях совладания с ними, снижения стигматизации и самостигматизации, социального

дистресса, повышение комплаентности к психофармакотерапии и к мероприятиям психосоциальной реабилитации по сравнению с неструктурированной программой терапией занятию.

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 психосоциальной реабилитации пациентов с РШС на стационарном этапе оказания психиатрической помощи.

Степень достоверность и апробация работы

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.

Апробация диссертации состоялась на совместном заседании кафедры клинической психологии, кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии НОИ социальных, гуманитарных и экономических наук им. А. П. Чехова, кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии НОИ непрерывного профессионального образования им. Н. Д. Ющука ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России. Результаты диссертации обсуждались на 15 научно-практических конференциях с международным участием. Наиболее значимые из них: XVII съезд психиатров России: Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств

на пути к интегративному лечению, Москва, 2021; 2-й международная научно-практическая конференция «Зейгарниковские чтения, клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы», Москва, 2025. По теме диссертационного исследования опубликовано 18 научных работ, в том числе 8 – в журналах, включенных в перечень периодических научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов диссертационного исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработан дизайн исследования, сформулированы цель и задачи исследования, подготовлен аналитический обзор литературы по теме диссертации и с консультативной помощью научного руководителя разработана и обоснована программа медико-психологического сопровождения пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи. Им самостоятельно проводилась групповая работа с пациентами с РШС, проведен математико-статистический анализ внесенных в базу данных, проанализированы и сформулированы результаты, выводы, написан текст диссертации и разработаны практические рекомендации. Автор лично участвовал в разработке опросника по комплаентности к реабилитации и доказал его валидность в открытом сравнительно-сопоставительном исследовании, доказал эффективность ПМПСПС.

Объём и структура работы: 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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В исследовании приняли участие 162 пациента из числа госпитализированных на стационарное лечение в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» в период 2022-2024 г.г. **Критерии включения:** возраст 18-55 лет; диагноз, кодируемый в

рубриках F20 – F21 (МКБ-10); добровольное информированное согласие на участие в исследовании; согласие лечащего врача-психиатра на участие пациента в исследовании; психофармакотерапия в условиях стационара; способность выполнить необходимые психологические методики и принимать участие в реабилитационных мероприятиях, согласованных специалистами полипрофессиональной бригады. **Критерии не включения:** признаки острого психоза, квалифицируемых в том числе на основании данных PANSS (значение по шкале PANSS ≥ 80); признаки формирующихся исходных состояний (слабоумие с речевой спутанностью, псевдоорганический вариант слабоумия и др.); пациенты в период госпитализации, находящиеся на режиме усиленного наблюдения; наличие у пациентов выраженных когнитивных расстройств, коморбидных психических и соматических заболеваний (ЧМТ, эпилептиформных приступов, наркологических заболеваний, ВИЧ-инфекции), симптомов физической ослабленности, выраженных негативных эффектов психофармакотерапии (по Шкале SAS Симпсона-Ангуса) (исключены 35 человек). **Критерии исключения:** отказ от участия в исследовании на любом этапе, неполное заполнение бланков опросников (выбыло 10 респондентов). Окончательная выборка включала 117 пациентов (Табл. 1).

Таблица 1 – Характеристики пациентов обследованной выборки

Диагноз по МКБ-10.	Основная группа N=66		Группа сравнения 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	
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

Продолжение таблицы 1

Диагноз по МКБ-10.	Основная группа N=66		Группа сравнения N=51	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
F 21.4 Псевдопсихопатическая шизофрения	7	3	1	3
Число предшествовавших госпитализаций	3,91 ± 3,15		3,51 ± 2,8	

Эмпирическая выборка была поделена на основную группу и группу сравнения. Пациенты основной группы принимали участие в специализированной ПМПСПС⁷; для лиц группы сравнения проводились занятия с использованием терапии занятостью. По завершении программы и стационарного лечения проводилась повторная оценка клинических и психометрических характеристик пациентов. Завершили программу и включены в основную группу и группу сравнения - 66 и 51 пациент соответственно (см. Табл. 2).

Таблица 2. –Организационная схема исследования

	<i>Этап исследования</i>	<i>Обследованные группы</i>	<i>N</i>
1	Первичная оценка клинических и психометрических характеристик	Пациенты с диагностированными РШС на этапе отбора в группу исследования	162
2	Проведение интервенций с пациентами клинической выборки	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	1. Пациенты основной клинической группы	66
		2. Пациенты группы сравнения	51
4	Катамнестическое наблюдения (период 6 месяцев после завершения лечения)	1. Пациенты основной клинической группы	58
		2. Пациенты группы сравнения	43

Методы и методики исследования

Методы исследования: 1. Клинико-психопатологический 2. Клинико-психологический (психометрический), 4. Клинико-катамнестический (оценка через 6 месяцев после выписки из психиатрического стационара); 5. Математико-

⁷ 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. – Том 20. №4 – С.3-13.

статистический (пакеты прикладных статистических программ Microsoft Office Excel 2010, IBM SPSS Statistics 25.0).

Методики исследования включали три блока:

I. Блок оценки социально-демографических параметров и клинической симптоматики: (1) Анкета социально-демографических характеристик для пациента; (2) Карта оценки состояния и социального статуса пациентов; (3) Шкалы позитивных и негативных расстройств - PANSS (Kay S.R. et al., 1987; Мосолов С.Н., 2001); (4) Шкала клинической оценки тяжести симптомов психоза – CRDPSS (Berendsen S. et al., 2020, 2021; Morozova et al., 2019); (5) Шкала общего клинического впечатления – CGI (ECDEU Assessment Manual..., 1976; Busner J., Targum S.D., 2007); (6) Шкала SAS Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов (Hawley C. et al., 2003).

II. Блок оценки отношения к заболеванию и комплаентности к фармакотерапии и психосоциальной реабилитации: (7) Краткий опросник восприятия болезни – B-IPQ (Brief Illness Perception Questionnaire - Revised) (Broadbent E. et al., 2006, Ялтонский В.М. с соавт., 2017); (8) Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам - DAI-10 (Drug Attitude Inventory – 10) (Nielsen R.E. et al., 2012); (9) разработанная в рамках данного исследования скрининговая шкала «Комплаентность к психосоциальной реабилитации».

III. Блок оценки динамики параметров социального стресса, стигматизации и самостигматизации пациентов: (10) Шкала социального избегания и дистресса - SADS (Social avoidance and distress scale) (Watson D., Friend R., 1969; Краснова В.В., 2013); (11) Шкала самостигматизации - ISMI-29 (Internalized Stigma of Mental Illness) (Ritsher J., Otilingam P., Grajales M., 2003; Лутова Н.Б. с соавт., 2019).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты сравнительного исследования динамики клинических симптомов пациентов с РШС до и после лечения. Полученные результаты приведены в Табл. 3. Результаты исследования свидетельствуют о том, что проводимая в двух группах психофармакотерапия достоверно снизила интенсивность бреда, галлюцинаций, дезорганизованной речи, аномального

психомоторного возбуждения, нарушения когнитивных функций, проявлений депрессии, мании, уровня шкалы CGI.

Таблица 3 – Результаты сравнительного исследования динамики клинических симптомов пациентов с расстройствами шизофренического спектра до и после лечения с использованием ранних психосоциальных вмешательств

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
	Сравнения	0,61 ± 1,12	0,43 ± 0,90	p < 0,05
Галлюцинации	Основная	2,09 ± 1,12	1,38 ± 0,97	p < 0,001
	Сравнения	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
	Сравнения	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
	Сравнения	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
	Сравнения	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
	Сравнения	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
	Сравнения	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
	Сравнения	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
	Сравнения	4,39 ± 0,98	3,90 ± 1,03	p < 0,001

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

Негативная симптоматика достоверно снизилась в основной группе. В группе сравнения достоверных различий не получено. По нашему мнению, позитивная динамика клинического состояния обусловлена прежде всего проводимой психофармакотерапией в сочетании с психосоциальными вмешательствами.⁸

Результаты сравнительного исследования динамики восприятия болезни и комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации до и после лечения.

⁸ Палин, А. В. Динамика личностных установок пациентов с шизофренией вследствие лечения с использованием психосоциальных вмешательств на стационарном этапе/ А. В. Палин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2025. – №2(59). – С.78-89.

Полученные результаты произошедших изменений исследуемых показателей свидетельствуют о том, что участие в программе специализированной ПМПСПС сопровождалось достоверным увеличением баллов по шкалам «Идентификация болезни по её симптомам», «Личный контроль», «Контроль лечения», «Понятность болезни», «Комплаентность к психофармакотерапии» и «Комплаентность к психосоциальной реабилитации». (Таблица 4).

Таблица 4 – Результаты сравнительного исследования динамики восприятия болезни и комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации до и после лечения с использованием ранних психосоциальных вмешательств

Параметры восприятия болезни, комплаентности психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации	Группы	До лечения Mean ± SD	После лечения Mean± SD	P
1. Последствия болезни (B-IPQ)	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 (DAI-10)	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

Примечание: Mean – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение

Необходимо отметить, что динамика достоверных изменений в восприятии пациентами заболевания, после участия в ПМПСПС, свидетельствует о том, пациенты стали эффективнее идентифицировать симптомы, заболевание стало восприниматься ими как более продолжительное, в отличие от группы сравнения.

Комплаентность к психосоциальной реабилитации в основной группе стала выше, чем в группе сравнения.

Результаты сравнительного исследования динамики параметров социального стресса, стигматизации и самостигматизации пациентов до и после лечения. Как видно из Табл. 5 обе программы оказали дестигматизирующий эффект, при этом в основной группе снизился уровень отчуждённости, опыт дискриминации и увеличилось сопротивление стигматизации. Высокий уровень социального дистресса оказался достоверно резистентным к воздействиям в двух группах, а в основной группе уровень социального избегания достоверно не изменился в отличие от группы сравнения, где этот показатель имел тенденцию к повышению.

Таблица 5 – Результаты сравнительного исследования динамики параметров социального стресса, стигматизации и самостигматизации пациентов до и после лечения с использованием ранних психосоциальных вмешательств

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 (ISMI-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. Интернализованная 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

Результаты оценки эффективности ранних психосоциальных вмешательств. Индикаторы эффективности и резистентные мишени.

Оценка эффективности сравниваемых программ выявила как мишени

«Индикаторы эффективности», так и мишени, резистентные к эффектам программ. «Индикаторы» эффективности программы – показатели шкал, по которым наблюдается достоверно положительная динамика клинико-психологических параметров в основной группе и группе сравнения до и после проведения в стационаре психосоциальных вмешательств. Резистентные к эффектам программ мишени – показатели шкал, по которым не наблюдается достоверно положительной динамики клинико-психологических параметров.

Как видно из таблиц 4 и 5 четырнадцать из двадцати мишеней ПМПСПС свидетельствовали о достоверных позитивных изменениях и эффективности воздействий. Из них пять индикаторов эффективности выявлены среди шкал восприятия болезни: 1. воспринимаемое течение болезни; 2. идентификация болезни по его симптомам; 3. воспринимаемая контролируемость болезни; 4. воспринимаемая контролируемость лечения болезни и реабилитации; 5. понятность болезни, а также 6. комплаентности к психофармакотерапии и 7. комплаентности к психосоциальной реабилитации. Семь индикаторов эффективности выявлено среди шкал стигматизации и самостигматизации: 8. одобрение стереотипов; 9. опыт дискриминации; 10. отчужденность; 11. социальная самоизоляция; 12. сопротивление стигматизации; 13. интернализованная стигма; 14. общий показатель стигмы. Как видно из таблиц 4 и 5 только восемь из двадцати мишеней в программе терапия занятостью свидетельствовали об эффективности психосоциальных интервенций: 1. течение болезни; 2. понятность болезни; 3. одобрение стереотипов; 4. опыт дискриминации; 5. социальная самоизоляция; 6. интернализованная стигма, 7. общий показатель стигмы; комплаентность к психосоциальной реабилитации. В сравнении с программой ПМПСПС интенсивность достигнутых позитивных изменений в данной программе была достоверно более низкой.

Только шесть мишеней программы ПМПСПС оказались резистентными к эффектам программы: 1. клинические симптомы; 2. воспринимаемые последствия болезни; 3. обеспокоенность болезнью; 4. эмоциональная реакция на болезнь; 5. социальный дистресс; 6. социальное избегание. В программе терапии занятостью

двенадцать мишеней оказались резистентными к эффектам программы: 1. клинические симптомы; 2. воспринимаемые последствия болезни; 3. беспокойность болезнью; 4. эмоциональная реакция на болезнь; 5. социальный дистресс; 6. социальное избегание. Темой дополнительного исследования является анализ причин резистентности схожих мишеней в двух программах и внедрения адекватных индикаторов эффективности.

Результаты катamnестического наблюдения пациентов с РШС обследованных групп (6 месяцев после завершения лечения). Для уточнения и оценки отдаленных эффектов был использован клинико-катamnестический метод, основанный на сборе объективных сведений о состоянии пациентов через 6 месяцев после окончания лечения (таблица 6). За период наблюдения суммарное число госпитализаций в стационар 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); в группе сравнения таких 60%.

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

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

ВЫВОДЫ

1. Программа медико-психологического сопровождения для пациентов с РШС на стационарном этапе лечения (ПМПСПС) – краткосрочная целевая эффективная программа для проведения в психиатрическом стационаре психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра 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 пациентов целевой группы широкого круга мероприятий на последующих этапах амбулаторной помощи.

2. Под влиянием психосоциальных интервенций в целевой группе значимо изменились клинико-психологические характеристики.

2.а. Укрепились адаптивные представления пациентов с РШС (восприятие болезни) о том, что они совместно с персоналом своими действиями способны влиять на проявления болезни (воспринимаемая контролируемость болезни), что проводимое лечение и психосоциальная реабилитация могут помогать управлять проблемами с психическим здоровьем (воспринимаемая контролируемость лечения). Болезнь стала более понятной им, представления о ней стали более согласованными, им стало легче идентифицировать симптомы и другие проявления болезни. Программа терапии занятостью не привела к аналогичным изменениям параметров восприятия РШС.

2.б. Умеренный уровень стигматизации и самостигматизации выявлен в двух группах. Дестигматизирующая направленность ПМПСПС 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.

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

2.г. Сравнительно - сопоставимая динамика клинико-психопатологических симптомов у пациентов с РШС основной группы и группы сравнения, участвующих в 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.

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

3. Измерение до и после проведения программы динамики результативности психосоциальных вмешательств ПМПСПС на области нарушенного восприятия болезни, лечения и реабилитации, стигматизации и самостигматизации, комплаентности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации выявило индикаторы эффективности и резистентные к программам мишени.

3.а. Выявлены 14 значимых индикаторов эффективности данной программы: достоверные позитивные изменения параметров восприятия РШС (пять индикаторов), стигматизации и самостигматизации (семь индикаторов), двух индикаторов комплаентности к психофармакотерапии и комплаентности к психосоциальной реабилитации. Выявлено 8 индикаторов эффективности программы терапии занятостью; интенсивность достигнутых позитивных изменений в данной программе была достоверно более низкой.

3.б. 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 психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра 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 психосоциальной реабилитации, способствует повышению воспринимаемой контролируемости болезни, терапии и реабилитации, понятности расстройства и его идентификации, формированию более активной позиции в лечебно - реабилитационном процессе, вовлеченности пациентов в программу, и укреплению терапевтического альянса.
3. Рекомендуется при проведении программы психосоциальной реабилитации сочетать определение комплаенса к психофармакотерапии с измерением приверженности психосоциальной реабилитации методикой «Комплаентность к психосоциальной реабилитации».
4. Предлагаемая к внедрению программа медико-психологического сопровождения пациентов на стационарном этапе оказания психиатрической помощи может быть эффективной, если при ее проведении она сфокусирована на саморегуляцию адаптивных представлений о болезни и психическом здоровье пациентов с расстройствами шизофренического спектра, дестигматизирующем влиянии психосоциальных интервенций и усилении приверженности к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации в сочетании с лечением психотропными препаратами.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

В изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России:

1. Палин, А. В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра/ А. В. Палин//Консультативная психология и психотерапия. – 2024. – № 3(32). – С. 96–115.
2. Палин, А. В. Динамика личностных установок пациентов с шизофренией вследствие лечения с использованием психосоциальных вмешательств на стационарном этапе/ А. В. Палин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2025. – №2(59). – С.78-89.
3. Палин, А. В. Применение современных подходов медико-психологической реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи / А. В. Палин, Н. А. Сирота //Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – № 4(34). – С. 57-75.
4. Палин, А. В. Медико-реабилитационное отделение в системе психиатрической помощи: совершенствование структуры и содержания работы/А. В. Палин, А. В. Нарышкин, О. О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Том 4(25). –С. 60-64.
5. Папсуев, О. О. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией /О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, Н. Д. Семенова, А. В. Палин А.В // Социальная и клиническая психиатрия. –2015. –Том 25 №.1. – С. 36-44.
6. Семенова, Н. Д. Комплексный подход к ведению пациента с шизофренией в амбулаторной практике: психофармакотерапия, психосоциальные вмешательства и мотивация к лечению / Н. Д. Семенова, Л. А. Бурыгина, А. В. Палин, М. И. Матросова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. –Том 29. N 3. – С. 45-49.
7. 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. N 2. – С. 96-103.

8. 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. – Том 20. №4 – С.3-13.

В других научных изданиях:

1. Палин, А. В. К вопросу о психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы / А. В. Палин, Н. Д. Семенова // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. – Санкт-Петербург, 2017. – Вып. IV. – С. 167–173.

2.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.

3.Палин, А. В. Раннее вмешательство при шизофрении за пределами клиники первого эпизода: какова аргументация? / А. В. Палин, О. В. Рычкова // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. – Санкт-Петербург, 2019. – Вып.VI. – С. 188–189.

4. 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.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ПМПСПС - программа медико-психологического сопровождения пациентов стационара

РШС - расстройства шизофренического спектра

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

ISMI-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.

Подписано в печать: 25.03.2026
Тираж: 100 экз. Заказ № 015156
Отпечатано в типографии «Реглет»
127550, г. Москва, Дмитровское шоссе, д. 45 корп. 2
+7(495) 973-28-32 www.reglet.ru