

*На правах рукописи*

**ВОЛЧКОВА**  
**Татьяна Федоровна**

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
БОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАМИ  
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

**Специальность: 14.01.06-Психиатрия**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**  
**д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Томск**

**2013**

Работа выполнена на кафедре психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

д-р мед. наук, профессор

**Дроздовский Юрий Викентьевич**  
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

**Рахмазова Любовь Демьяновна**  
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор

**Дресвянников Владимир Леонидович**  
ФКУ «Новосибирская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России


Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Защита состоится 14 июня 2013 года в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 8 мая 2013 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук

 **О. Э. Перчаткина**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Последние годы в нашей стране происходит активное преобразование психиатрических служб со смещением акцента на внебольничные звенья и внедрением современных форм психосоциального лечения и реабилитации (Гурович И. Я., 2005, 2007, 2010; Ястребов В. С. и др., 2009).

Исследования показали, что полустационары способствуют большей адаптации больных расстройствами шизофренического спектра (РШС) в обществе, в связи с отсутствием депривации, угрозы госпитализма и возможности создания оптимальных условий для реинтегративной терапии (Шендеров К. В., Шевченко В. А., Загиев В. В. и др., 2007; Расторгуева Н. И., 2011; Шендеров К. В., 2011; Mackenzie C. S., Rosenberg M., Major M., 2006).

Внедрение новых организационных форм психиатрической помощи позволило определить положительные тенденции в отношении частоты и длительности госпитализаций больных, уменьшения развития госпитализма, улучшения ряда социальных показателей (трудовое, семейное функционирование, навыки социального взаимодействия) (Краснянский Н. Л., 2003; Уткин А. А., 2009).

В основе ведения психически больных наиболее оптимальным и эффективным считается биопсихосоциальный подход с постановкой функционального диагноза на основе полипрофессионального бригадного ведения пациентов, проведением адекватных мероприятий психотерапии и психосоциальной реабилитации (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. и др., 2004; Сиденкова А. П., 2004; Шлафер М. И. и др., 2004; Иванова А. А., 2007; Вид В. Д., 2008; Петренко В. А., 2009; Mc Gurck S. R., 2002; Roder V., 2003; Kurtz M. M., 2003).

Многие авторы подчеркивают, что психосоциальные мероприятия более эффективны в случаях адресованности к личности больного, создания активной терапевтической среды, работы с ближайшим окружением, учета местных особенностей организации психиатрической помощи и служб социальной защиты (Кабанов М. М., 2001; Бабин С. М., 2003; Рихарц Б., Дворжак М., 2003; Карвасарский Б. Д., 2004; Тиганов А. С., 2005; Лиманкин О. В., 2007; Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Аристов Т. А. и др., 2010; Кадменская М. С., 2011).

Несмотря на высокую актуальность проблемы психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, современные исследования, посвященные проблеме комплексного

лечебно-реабилитационного подхода к ведению больных РШС во внебольничных условиях, немногочисленны. Поэтому имеются основания полагать, что попытка разработки и внедрения в условиях дневного стационара дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов для лиц, страдающих РШС, в зависимости от клинко-психопатологической структуры, этапа заболевания, индивидуальных особенностей адаптации и социального функционирования, а также с учетом социокультуральных, экономических и иных особенностей Сибирского региона, представляет несомненный научный интерес и является весьма приоритетным.

**Цель** исследования: разработка комплексных дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов в условиях дневного стационара (ДС) для пациентов, страдающих РШС, на основе изучения патогенетических факторов заболеваний, социального функционирования, особенностей адаптации, качества жизни пациентов.

### Задачи исследования:

1. Изучить различные патогенетические факторы (конституционально-биологические, социально-средовые и др.), имеющиеся у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся в дневных стационарах, и оказывающие влияние на особенности клинической картины болезни и индивидуальное функционирование больных.

2. Изучить социальное функционирование, особенности адаптации, качество жизни пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра и наблюдающихся в дневных стационарах (в сравнительном и динамическом аспектах).

3. Сопоставить основные клинко-патогенетические факторы, оказывающие влияние на течение психического расстройства, варианты нарушения адаптации, наиболее уязвимые стороны социального функционирования у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра и наблюдающихся в дневных стационарах.

4. Разработать, апробировать и внедрить в условиях дневного стационара психиатрической службы, дифференцированные организационные и лечебно-реабилитационные подходы к лицам с расстройствами шизофренического спектра, повышающие качество их жизни и социальное функционирование.

5. Оценить эффективность внедренных организационных и лечебно-реабилитационных подходов, примененных к пациентам, страдающим расстройствами шизофренического спектра, в условиях дневного стационара.

Положения, выносимые на защиту:

1. Больные расстройствами шизофренического спектра обнаруживают пять основных уровней социальной адаптации, которые определяют степень их отклика на лечебно-реабилитационные мероприятия.

2. Применение разработанного алгоритма обследования и скрининга больных расстройствами шизофренического спектра при поступлении в дневной стационар позволяет своевременно включать пациентов в лечебно-реабилитационный процесс.

3. Организация работы дневного стационара с опорой на активную терапевтическую среду на основе полипрофессионального бригадного ведения больных с применением программ «Индивидуальное ведение случая», «Сопровождение после выписки», «Переходные группы» достоверно повышает эффективность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Научная новизна.** В процессе выполнения работы, приоритетной для региона Сибири и Дальнего Востока, на основе комплекса методов исследования были получены и систематизированы сведения о клинико-динамических особенностях и адаптационных возможностях пациентов ДС с РШС в современных условиях. Изучены во взаимодействии различные факторы, оказывающие влияние на адаптацию больных, их когнитивное, социальное, повседневное функционирование и качество жизни. Полученные новые данные позволили дифференцировать изучаемый контингент больных, разработать алгоритм обследования и скрининг для своевременного начала в условиях активной терапевтической среды ДС адекватных реабилитационных программ, основанных на индивидуальном ведении больных полипрофессиональной бригадой специалистов.

Были разработаны, апробированы, внедрены и получили оценку дифференцированные организационные и лечебно-реабилитационные подходы, основанные на индивидуальных характеристиках пациентов, учитывающие социокультуральные, экономические и иные особенности Сибирского региона, с включением инновационных реабилитационных программ («Индивидуальное ведение случая», «Сопровождение после выписки», «Переходные группы»).

**Практическая значимость результатов.** Полученные сведения об особенностях клинической динамики, когнитивном, социальном, повседневном функционировании, адаптации и качестве жизни больных РШС в условиях крупного промышленного города Сибири использованы для разработки дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов при оказании помощи в условиях ДС изучаемому контингенту больных. Внедрение новых подходов позволило улучшить качество психиатрической помощи лицам, страдающим РШС, способствовало улучшению социального функционирования, качества жизни больных и их родственников.

Полученное доказательство эффективности разработанных подходов позволит оптимизировать работу внебольничных психиатрических служб региона, а также имеет значение для дальнейшего изучения проблемы повышения качества медицинской помощи лицам с психическими расстройствами.

На основе полученных результатов разработаны практические рекомендации для психиатров стационарной и амбулаторной служб; психотерапевтической службы, клинических психологов. Практическое внедрение результатов исследования проведено в виде публикаций в журналах и сборниках, сообщениях на съездах и конференциях, выпуска методических пособий.

**Внедрение результатов в практику.** Материалы диссертации использованы в учебных занятиях, проводимых на кафедре психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава РФ. В практику здравоохранения (БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова», Омск) осуществлено внедрение результатов диссертационной работы – разработанных организационных и лечебно-реабилитационных подходов к лицам, страдающим РШС, в условиях ДС.

**Апробация диссертации.** Основные материалы диссертационного исследования были доложены на международных (Новокузнецк, 2009), общероссийских (Кемерово, 2009; Москва, 2010; Омск, 2011), межрегиональных (Оренбург, 2011), региональных (Омск, 2010, 2011, 2012; Томск 2011, 2012) конференциях.

**Публикации.** По теме диссертационной работы опубликована 31 печатная работа, в том числе 7 – в реферируемых изданиях, включенных в перечень ВАК РФ. Список работ приводится в конце автореферата.

**Структура и объем работы.** Диссертационное исследование изложено на 250 страницах машинописного текста, из них 233 страницы основного текста. Работа представлена в следующем порядке: введение, обзор литературы, материалы собственных исследований, заключение, выводы, приложения. Работа иллюстрирована 42 таблицами, 28 рисунками, 5 клиническими наблюдениями. Библиографический указатель включает 333 литературных источника, из них 232 отечественных авторов и 101 зарубежных.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнялось на базе двух дневных стационаров БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова» – реабилитационного дневного стационара (РДС) и дневного стационара для взрослого населения (ДСВН).

Критериями включения в исследуемую группу служили: наличие установленного в соответствии с современной международной классификацией болезней (МКБ-10) диагнозов «Шизофрения» (F20.00+, F20.01+, F20.02+) и «Шизоаффективное расстройство» (F25.0+, F25.1+, F25.2+). Возраст обследуемых пациентов варьировал в диапазоне от 18 до 60 лет; стаж болезни составлял более 5 лет; зафиксировано трехкратное поступление в ДС (РДС или ДСВН) в период с 01.01.2005 по 31.12.2009 г. (первичное поступление в период с 01.01.2005 по 31.12.2007 г.); срок лечения при каждом поступлении в среднем составлял не менее 30 койко-дней. Кроме того, у всех пациентов отмечалось отсутствие неврологической и соматической патологии, влияющей на течение основного заболевания, наркологической патологии в виде синдрома зависимости (критерии МКБ-10 для F1x.2xx); выписка с улучшением на амбулаторный этап наблюдения; достижение ремиссии за период наблюдения (в соответствии со стандартизованными критериями «Рабочей группы по ремиссии при шизофрении» [2003]).

В итоге, в исследование были включены 125 человек, в том числе 104 пациента (83,2 %) страдали шизофренией (ШЗ) и 21 пациент (16,8 %) – шизоаффективным расстройством (ШАР).

Из общего числа больных 67 чел., которые вовлекались в мероприятия психосоциальной реабилитации, наряду с проведением адекватной психофармакотерапии (в условиях РДС БУЗ

ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова»), составили основную группу. Контрольная группа включала 58 больных, подобранных конгруэнтно основной группе и получавших только биологическую терапию (в условиях ДСВН БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова»).

Исследование проводилось в несколько этапов. На I этапе проводилось изучение клинико-социальных характеристик, адаптационных возможностей, качества жизни пациентов с ШЗ и ШАР, а также закономерности их взаимодействия. Этап II был посвящен разработке и внедрению дифференцированных лечебно-реабилитационных подходов у пациентов изучаемого контингента в условиях ДС. На этапе III осуществлялось определение эффективности проведенных мероприятий путем анализа динамики клинико-социальных показателей и адаптационных возможностей пациентов в изучаемой выборке по окончании наблюдения.

В ходе исследования в качестве основных нами были использованы клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, статистический методы.

Основным инструментом исследования выступала «Базисная карта пациента, страдающего расстройством шизофренического спектра, включенного в реабилитационный процесс», содержащая данные о клинике заболевания и социальном функционировании пациентов (образование, профессиональная группа, степень сохранения трудоспособности, семейное положение, уровень доходов, широта круга общения и т. п.). В Базисную карту были включены: шкала позитивных и негативных симптомов – PANSS (Kay S. R. et al., 1987); шкала оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях (Логвинович Г. В., Семке А. В., Бессараб С. П., 1992); нейропсихологическая шкала оценки когнитивных процессов (Лурия А. Р., 1973); «Методика оценки социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией» (Красик Е. Д., Логвинович Г. В., 1991); шкала персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale – PSP); «Роза качества жизни» (Гундаров И. А., 1995).

Данные о больных были получены в ходе клинического интервью с пациентами и их родственниками, при изучении медицинской документации (амбулаторных карт формы 025/у-04 медицинских карт стационарного больного формы 003/у и др.), обследовании на дому.

Был проведен анализ результатов первоначального тестирования с оценкой основных клинико-патогенетических факторов, оказывающих влияние на течение психического расстройства в обсле-

дуемой группе больных, особенностей клинической картины, вариантов нарушения адаптации, наиболее уязвимых сторон социального функционирования, качества жизни пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Проведенный анализ позволил провести ранжирование наиболее значимых признаков и создать специальную шкалу, позволяющую отнести каждого пациента изучаемого контингента к одному из 5 выделенных уровней социальной адаптации (УСА), которые впоследствии послужили основой для разработанных и внедренных в условиях РДС дифференцированных лечебно-реабилитационных подходов. Необходимость раннего начала реабилитационных программ обусловила разработку алгоритма обследования и скрининга, позволявших в течение первой недели пребывания в дневном стационаре сформулировать функциональный диагноз и уточнить УСА пациента с расстройствами шизофренического спектра.

На заключительном этапе исследования была проведена оценка эффективности реабилитационных программ путем повторного обследования пациентов (через 6–12 месяцев по окончании наблюдения в период становления лекарственной ремиссии) на основе использования описанных ранее методик. Нами сравнивались результаты, полученные в основной и контрольной группах больных, с учетом характера психического расстройства и УСА пациента

Для проверки достоверности результатов исследования полученные данные и статистические показатели были обработаны с помощью методов математической статистики (Зайцев В. М., Лифляндский В. Г., Маринкин В. И., 2003; Гудинова Ж. В., 2007; Glantz S. A., 1999). Расчеты производились с помощью пакета программ статистической обработки «Statistica 8.0» for Windows (Боровиков В., 2001).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ изучаемой группы показал, что средний возраст всех пациентов составил  $38,0 \pm 10,1$  года, пациентов с ШЗ –  $36,5 \pm 9,9$  года, пациентов с ШАР –  $38,3 \pm 10,2$  года. Мужчин было меньше, чем женщин, как в целом среди обследуемых ( $n=48$ ; 38,4 %), так и в каждой группе ( $p<0,01$ ).

Установлено, что более половины всех больных получили образование выше среднего ( $n=80$ ; 64,0 %). Основная масса пациентов, включенных в исследование, не имели места работы ( $n=105$ , 84,0 %), в том числе из числа больных ШЗ – 89 чел. (85,6 %), из числа больных

ШАР – 16 чел. (76,2 %). В обеих группах больные, имеющие II группу инвалидности, преобладали над остальными ( $p_{ШЗ}<0,001$ ). Больные, страдающие ШАР, чаще состояли в браке (47,6 %), чем пациенты, страдающие ШЗ (34,5 %).

Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям была выявлена более чем у половины больных, включенных в исследование. При сравнении двух групп достоверно чаще у родственников больных ШАР отмечены случаи аффективных нарушений ( $p<0,001$ ), суицидального поведения ( $p<0,001$ ), комбинации психических расстройств ( $p<0,001$ ), а также отсутствие наследственной отягощенности по психическим заболеваниям ( $p<0,001$ ).

Основная масса больных РШС, включенных в исследование, наблюдалась психиатрами более 10 лет (ШЗ – 56,7 %, ШАР – 42,9 %). При этом инициация болезни у лиц с шизофренией достоверно чаще происходила в возрасте после 25 лет ( $p<0,05$ ), а у лиц с ШАР – с 18 до 25 лет ( $p<0,05$ ). В большинстве случаев отмечался недостаток данных для выявления факторов, сопровождавших начало болезни (ШЗ – 29,8 %; ШАР – 33,3 %). В то же время выявлены достоверные различия в отношении большей частоты взаимосвязи начала ШЗ с психогениями ( $p<0,05$ ) и употреблением психоактивных веществ ( $p<0,001$ ) по сравнению со случаями инициации ШАР.

Среди выявленных неблагоприятных условий воспитания в родительской семье преобладающими в группе больных ШЗ являлись случаи неполной семьи (19,2 %), в группе пациентов с ШАР – появление в семье отчима и мачехи (23,8 %). Изучение деструктивных форм воспитания показало, что в группе пациентов с ШЗ чаще встречались случаи гипоопеки ( $p<0,001$ ), безнадзорности ( $p<0,01$ ) и воспитания по типу «золушка» ( $p<0,01$ ). Лица, страдающие ШАР, чаще были гиперопекаемы в родительской семье ( $p<0,05$ ).

Настрой на посещение участкового психиатра до поступления в отделения был различным в изучаемой группе лиц. В связи с этим мы выделили три подгруппы: 1-я подгруппа – больные, самостоятельно обращающиеся к участковому психиатру (35,2 %); 2-я подгруппа – пациенты, которые приходили на прием только по вызову (36,0 %); 3-я подгруппа – лица, отказывающиеся приходить на прием к врачу и принимать лечение (28,8 %). При этом отказ от лечения стал причиной последнего обострения болезни перед поступлением в дневной стационар у 66,4 % пациентов с ШЗ и у 57,1 % пациентов с ШАР.

До первичного поступления в дневной стационар практически все лица изучаемого контингента в среднем 2—4 раза проходили стационарное лечение (ШЗ – 41,3 %; ШАР – 38,1 %). В то же время обнаружено, что больные ШАР чаще направлялись в дневные стационары после 8-й госпитализации ( $p<0,05$ ).

В большинстве случаев срок пребывания в стационаре больных РШС составил 61–90 дней (62,4 %). Среди лиц, выписанных из стационара в срок до 30 дней, достоверно преобладали больные ШАР ( $p<0,001$ ); в срок от 61 до 90 дней – пациенты с ШЗ ( $p<0,05$ ). Лекарственная ремиссия у больных в анамнезе формировалась достаточно часто в обеих группах (ШЗ – 80,7 %, ШАР – 85,7 %). Продолжительность ремиссий у лиц изучаемого контингента часто составляла менее 6 месяцев (ШЗ – 29,8 %; ШАР – 33,3 %). На момент поступления в дневной стационар все пациенты находились на разном этапе течения болезни (рис. 1).

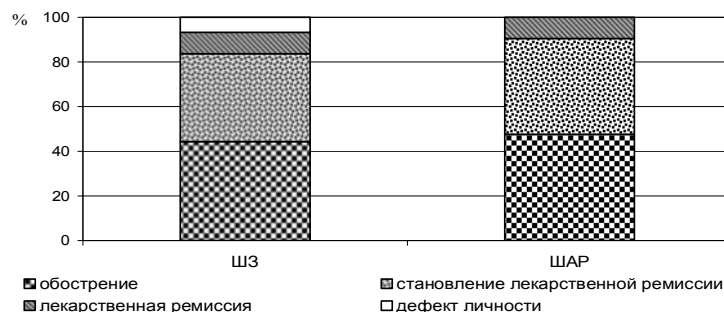


Рис. 1. Этапы заболевания у больных РШС при поступлении в ДС

Изучение характера психопродуктивной и негативной симптоматики выявило, что у больных ШЗ в клинической картине преобладала галлюцинаторно-бредовая ( $p<0,001$ ) и параноидная симптоматика ( $p=0,055$ ), а в группе лиц с ШАР – аффективная ( $p<0,01$ ) и аффективно-бредовая симптоматика ( $p<0,001$ ).

Независимо от характера течения болезни применение шкалы PANSS показало, что позитивные ( $M\pm\sigma_{ШЗ}=21,0\pm5,33$  балла;  $M\pm\sigma_{ШАР}=18,0\pm7,88$  балла) и негативные ( $M\pm\sigma_{ШЗ}=25,0\pm5,26$  балла;  $M\pm\sigma_{ШАР}=19,0\pm7,23$  балла) симптомы были выражены умеренно, что отражает особенности контингента дневных стационаров, когда обострение может быть купировано во внебольничных условиях. Негативные нарушения по шкале PANSS были более выражены у больных с ШЗ ( $U_{01}=158,0$ ;  $0,01\leq p\leq 0,05$ ;  $U_{01}=144,5$ ;  $0,01\leq p\leq 0,05$ ).

Всем больным РШС, поступившим в ДС, была назначена психофармакотерапия (в большинстве случаев комбинированная), с учетом структуры ведущего психопатологического синдрома. Корректоры экстрапирамидных нарушений и ноотропы назначались по мере необходимости. Доступность всех лекарственных препаратов, в том числе атипичных нейролептиков, в группах сравнения была одинаковой.

Согласно полученным нами данным, пациенты с ШЗ чаще нуждались в назначении пролонгированных форм нейролептиков ( $p<0,001$ ), а больные ШАР – в приеме нормотимиков ( $p<0,001$ ) и транквилизаторов ( $p<0,05$ ).

По мере стабилизации остроты процесса пациенты были обследованы с помощью шкалы оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях (Логвинович Г. В., Семке А. В., Бессараб С. П., 1992). Было выявлено, что у пациентов с ШЗ отмечалось преобладание равнозначно выраженных качественных и количественных нарушений I и II рангов во всех сферах (эмоциональная – 47,1 %, волевая – 61,5 %, ассоциативная – 35,6 %). В группе лиц с ШАР отмечалась схожая тенденция в волевой (42,9 %) и ассоциативной (47,6 %) сферах, а в эмоциональной сфере имело место преобладание симптомов «искажения» (47,6 %).

Обследование пациентов в отношении выраженности нейрокогнитивного дефицита проводилось по мере стабилизации психического состояния. У больных ШЗ, по сравнению с лицами, страдающими ШАР, были отмечены более выраженные нарушения слухоречевой памяти ( $p_{01}<0,05$ ;  $p_{01}<0,01$ ), тактильного гнозиса ( $p_{01}<0,05$ ), акустического невербального гнозиса ( $p_{01}<0,05$ ) и мышления ( $p_{01}<0,05$ ). Как следствие, были выявлены худшие показатели при подсчете общей суммы баллов у лиц с ШЗ ( $M\pm\sigma_{ШЗ}=14,0\pm5,80$  балла;  $M\pm\sigma_{ШАР}=10,0\pm5,86$  балла).

При изучении особенностей адаптации мы выявили, что у пациентов изучаемого контингента имело место преобладание пассивно-выжидательного (ШЗ – 49,0 %, ШАР – 42,9 %) и лояльного (ШЗ – 38,5 %, ШАР – 38,1 %) типов отношения к пациентам со стороны окружающих. У лиц с ШЗ ведущим являлся игнорирующий тип внутренней адаптации (46,2 %;  $p<0,001$ ). У больных ШАР ведущее значение имел адекватный (пластический) тип (42,9 %;  $p<0,001$ ). У больных ШЗ преобладающим являлся интравертный тип адаптации (51,0 %;  $p<0,001$ ), а у пациентов с ШАР – деструктивный тип адаптации (42,9 %;  $p>0,05$ ). Для изучаемого контингента больных было характерно преобладание типа компенсаторно-приспособительной защиты «экологическая ниша» (40,8 %). В группе лиц с ШАР данный тип встречался чаще (71,4 %;  $p<0,001$ ), тогда как при ШЗ

чаще отмечались типы «укрытие под опекой» (28,8 %;  $p < 0,01$ ) и «социальная оппозиция» (16,4 %;  $p < 0,001$ ).

С помощью шкалы PSP мы оценили персональное и социальное функционирование больных изучаемой выборки. Определено среднее значение результатов оценки по шкале PSP:  $M \pm \sigma_{\text{ШЗ}} = 46,0 \pm 13,87$  балла (от 16 до 91 балла),  $M \pm \sigma_{\text{ШАР}} = 63,0 \pm 12,02$  балла (от 38 до 96 баллов) ( $p_{\text{ог}} < 0,05$ ;  $p_{\text{кг}} < 0,01$ ).

Проведенная оценка качества жизни больных РШС с помощью «Розы качества жизни» (Гундаров И. А., 1995) показала, что наиболее выраженные различия между субъективной оценкой отдельных показателей качества жизни у лиц с разными психическими расстройствами были получены в сфере «душевный покой» (ШЗ – 40,0 %; ШАР – 70,0 %) ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, изучение набранной группы больных позволило дифференцировать изучаемый контингент пациентов и разработать специальную шкалу, по которой можно отнести каждого пациента к одному из 5 выделенных уровней социальной адаптации (УСА): высокая социальная адаптация (ВА) ( $\Sigma \leq 0$  баллов), сниженная социальная адаптация (СА) ( $\Sigma = 1-15$  баллов), нестабильная социальная адаптация (НА) ( $\Sigma = 4-22$  баллов), выраженные нарушения социальной адаптации (ВНА) ( $\Sigma \leq 23-49$  баллов), социальная дезадаптация (СД) ( $\Sigma = 50-62$  баллов) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

**Тест для оценки уровня социальной адаптации**

№	Признак	Характеристика признака	Баллы
1	Результат при оценке по шкале негативных симптомов PANSS	< 15	0
		16-25	1
		>26	2
2	Результат при оценке по шкале общепсихопатологических симптомов PANSS	<31	0
		32-60	1
		>61	2
3	Результат при оценке по шкале PSP	>85	0
		84-65	1
		64-55	2
		55-31	3
		<30	14
4	Результат при оценке по шкале нейропсихологической оценки	<7	0
		7-8	1
		9-12	2
		13-19	3
		>20	5
5	Тип внешней адаптации	Лояльный	0
		Пассивно-выжидательный	1
		Экстремистский	2

6	Тип внутренней адаптации	Адекватный	0
		Гиперболизированный	1
		Недифференцированный	2
		Игнорирующий	3
7	Тип адаптации	Интегративный	0
		Экстравертный	1
		Интравертный	2
		Деструктивный	3
8	Тип компенсаторно-приспособительной защиты	Гуттаперчевая защитная капсула	0
		Экологическая ниша	1
		Укрытие под опекой	2
		Социальная оппозиция	3
9	Уровень симптомов «искажения»	I ранг	0
		II ранг	1
		III ранг	5
10	Уровень симптомов «выпадения»	I ранг	0
		II ранг	1
		III ранг	5
11	Адекватность при оценке качества жизни	Оценки адекватны	0
		Число неадекватных оценок < 50%	1
		Большинство оценок неадекватны	2
12	Сохранность навыков независимого проживания	Сохранены полностью	0
		Частично утрачены	1
		Значительно или полностью утрачены	2
13	Степень утраты трудоспособности	Сохранена полностью	-3
		Инвалидность III гр.	0
		Инвалидность II гр.	11
		Инвалидность I гр.	11

Сравнительный анализ данных, полученных нами при изучении больных с разными уровнями социальной адаптации, позволил выявить следующие закономерности:

- средний возраст больных РШС, включенных в исследование, последовательно увеличивался по мере ухудшения УСА, при этом длительность течения болезни имела ту же закономерность, что выразилось в наличии корреляций между данными показателями ( $r = 0,876$ ;  $p < 0,01$ );

- сопоставление результатов, полученных при исследовании клинической картины у больных изучаемого контингента с помощью шкалы PANSS, выявило наличие корреляций между показателями выраженности негативных и общепсихопатологических симптомов и УСА. Результаты по шкале позитивных симптомов такой взаимосвязи не обнаружили;

- изучение негативных расстройств, обнаруживающихся у больных РШС по мере достижения ремиссии, выявило, что УСА взаимосвязан с выраженностью негативных изменений в ремиссиях: лучшие показатели отмечались у больных с высоким уровнем социальной адаптации;

- по мере ухудшения социальной адаптации у больных изучаемого контингента при исследовании по шкале PSP выявлено постепенное нарастание нарушений в различных сферах повседневного и социального функционирования;

- сохранение когнитивных функции более характерно для пациентов с высоким уровнем социального функционирования ( $r=-0,478$ ;  $p<0,01$ );

- наименее благоприятное сочетание разнообразных адаптационных реакций было обнаружено у больных с НА и СД;

- ухудшение адаптационных реакций, когнитивного и социального функционирования, нарастание негативных расстройств у лиц изучаемого контингента сопровождается постепенной утратой рабочих навыков, мотивации на трудоустройство, развитием иждивенческой позиции больных;

- больные с разными уровнями адаптации имели различия в отношении к процессу лечения: лица с ВА и СА имели настрой на лечение и регулярно посещали психиатра, у пациентов с НА отсутствовал настрой на посещение врача и прием поддерживающего лечения, у пациентов с ВНА и СД выявлено неоднозначное отношение к лечению;

- при исследовании качества жизни больных изучаемого контингента лучшие показатели по всем категориям, кроме «дети», получены у лиц с ВА. Больные со СА имели средние показатели, но хуже всего (по сравнению с остальными группами) оценили сферу «дети». Пациенты из групп ВНА и СД при оценке 7 из 14 сфер поставили одинаковые максимально низкие баллы («сексуальная жизнь», «душевный покой» «семья», «дети», «здоровье», «материальный достаток», «положение в обществе»).

Таким образом, сравнительная характеристика пациентов с разными уровнями социальной адаптации позволила выявить основные направления мероприятий в рамках дифференцированных лечебно-реабилитационных программ (табл. 2).

Реализация данных программ происходила в условиях РДС, где была создана активная терапевтическая среда, включавшая в себя следующие компоненты: бригадный способ ведения пациентов с ведущей ролью врача-психиатра; программа «Индивидуальное ведение больных»; структурирование режимов лечения, психосоциальной реабилитации, трудовой занятости и досуга; режим «открытых дверей»; внешний вид сотрудников и оформление основных помещений; программа «Сопровождение после выписки»; повышение самостоятельности и инициативы больных.

Т а б л и ц а 2  
**Дифференцированные программы реабилитации  
больных РШС в условиях ДС**

Уровень социальной адаптации	Цель программы	Содержание программы
Высокая социальная адаптация	Сохранение имеющегося уровня социальной адаптации	<ul style="list-style-type: none"> <li>- психообразовательная работа с пациентом и родственниками</li> <li>- индивидуальная эмоциональная поддержка</li> <li>- тренинги коммуникативных навыков</li> <li>- психологическое сопровождение после выписки</li> <li>- семейная психотерапия</li> <li>- тренинги когнитивных навыков</li> <li>- консультации по трудовым и юридическим вопросам</li> <li>- высокоинтеллектуальные виды досуга</li> </ul>
Сниженная социальная адаптация	Предупреждение социальной дезадаптации	<ul style="list-style-type: none"> <li>- психообразовательная работа с пациентами и родственниками</li> <li>- помощь в трудоустройстве (в том числе трудоустройство с поддержкой)</li> <li>- работа, направленная на сохранение прежнего места работы</li> <li>- тренинги коммуникативных навыков</li> <li>- эмоциональная и инструментальная поддержка</li> <li>- психологическое сопровождение после выписки</li> <li>- тренинги когнитивных навыков</li> <li>- семейная психотерапия</li> <li>- высокоинтеллектуальные виды досуга</li> </ul>
Нестабильная социальная адаптация	Стабилизация психического состояния, решение вопросов трудоспособности и трудовой занятости, формирование настроя на регулярный прием лекарств и участие в реабилитационных программах	<ul style="list-style-type: none"> <li>- индивидуальная работа, направленная на мотивацию к вовлечению в лечебно-реабилитационный процесс</li> <li>- психообразовательная работа</li> <li>- семейная психотерапия</li> <li>- консультации по трудоустройству, решение вопроса об утрате трудоспособности</li> <li>- тренинги коммуникативных и когнитивных навыков</li> <li>- инструментальная поддержка</li> <li>- сопровождение после выписки</li> <li>- тренинги независимого проживания</li> <li>- вовлечение пациентов в разнообразные виды досуга, посещение клуба пациентов</li> </ul>
Выраженные нарушения социальной адаптации	Предупреждение формирования социальной дезадаптации пациентов	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тренинги независимого проживания</li> <li>- инструментальная поддержка</li> <li>- семейная психотерапия</li> <li>- тренинги коммуникативных навыков (низкоинтеллектуального уровня)</li> <li>- вовлечение в трудовые процессы и организация досуга, в том числе посещение клуба пациентов</li> <li>- психообразовательная работа (индивидуальные беседы и элементарные тренинги)</li> </ul>

Социальная деадаптация	Предупреждение обострений, уменьшение длительности пребывания в круглосуточном стационаре, стимуляция и поддержание навыков независимого проживания	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тренинги независимого проживания с элементами психообразования</li> <li>- активный менеджмент</li> <li>- инструментальная поддержка</li> <li>- тренинги коммуникативных навыков (элементарного характера)</li> <li>- вовлечение в трудовые процессы и организация досуга, в том числе посещение клуба пациентов</li> <li>- психообразовательная работа с родственниками</li> <li>- социальное сопровождение после выписки</li> </ul>

При разработке индивидуального плана реабилитации для больных расстройствами шизофренического спектра, наблюдавшихся в РДС, использовались разнообразные виды индивидуальной и групповой работы (в том числе инновационные методики, такие как «Индивидуальное ведение случая», «Сопровождение после выписки», «Переходные группы»), позволявшие участникам полипрофессиональной бригады воздействовать на основные психические функции, разные психические процессы, сферы жизнедеятельности и социального функционирования.

Необходимость раннего начала реабилитационных программ обусловила создание алгоритма обследования и скрининга (рис. 2), позволявших в течение первой недели пребывания больного в дневном стационаре уточнить его УСА.

Применение скринингового метода позволило своевременно включать пациентов в адекватные реабилитационные мероприятия. По мере улучшения психического состояния больных и достижения ими ремиссии проводилось уточнение характера негативных и когнитивных расстройств, вносились дополнения в функциональный диагноз и план лечебно-реабилитационных мероприятий.

В ходе исследования мы дважды обследовали больных – во время начала наблюдения и через 6—12 месяцев после окончания лечения и/или индивидуальных реабилитационных программ в период становления лекарственной ремиссии. Катамнез составил от 2,1 до 5,2 года ( $4,0 \pm 0,91$  года). При сравнении в динамике результатов, полученных в основной и контрольной группах больных, с учетом характера психического расстройства и УСА мы выявили следующие изменения.

Установлено, что независимо от формы болезни число лиц, самостоятельно обращающихся к участковому психиатру, увеличилось (ШЗ – с 33,6 до 45,2 %; ШАР – с 42,9 до 66,7 %).

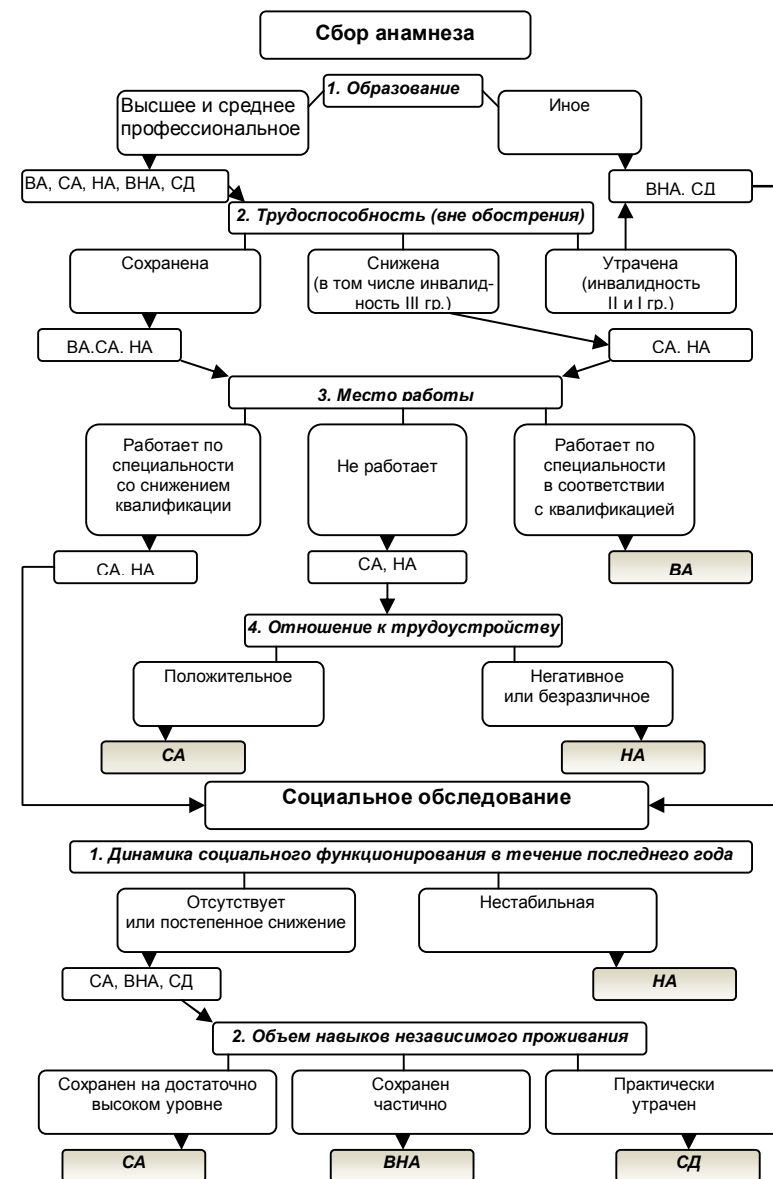


Рис. 2. Скрининговая методика для определения уровня социальной адаптации

Данный рост произошел за счет пациентов основной группы ( $p < 0,001$ , в том числе  $p_{ШЗ} < 0,001$ ;  $p_{ШАР} < 0,001$ ), в которой при повторном исследовании число самостоятельно обращающихся к врачу было значительно выше. Больные контрольной группы чаще отказывались от посещения врача ( $p < 0,001$ ).

Лица с ВА, СА, НА, ВНА в большинстве случаев обращались к психиатру самостоятельно (соответственно 100,0; 80,0; 46,4 и 49,1 %), а больные с СД, как правило, обращались к участковому психиатру по вызову (47,4 %) или совсем отказывались от посещений (42,1 %).

Соблюдение принципа регулярности наблюдения в амбулаторной сети и прием поддерживающей психофармакотерапии позволяют длительно поддерживать состояние ремиссии, своевременно выявлять обострение и, как следствие, предупредить госпитализацию в круглосуточный стационар. Число пациентов, достигших ремиссии продолжительностью более 6 месяцев, уменьшилось с 95,2 до 66,4 % за счет больных контрольной группы, у которых ремиссии длительностью менее 6 месяцев встречались значимо чаще ( $p < 0,001$ ). Ремиссии продолжительностью более 2 лет встречались чаще в основной группе больных изучаемого контингента ( $p < 0,01$ ). У больных ШАР получены лучшие показатели ( $p_{ог} < 0,001$ ;  $p_{кг} < 0,01$ ).

Для лиц с разными УСА были характерны свои особенности. Ремиссии продолжительностью менее 6 месяцев чаще отмечались у лиц с НА (53,6 %), от 6 месяцев до года – у больных с СД (46,7 %), от 1 года и более – у пациентов с ВА (83,3 %). Ремиссии продолжительностью от 6 месяцев до 2 лет встречались в 80,0 % случаев в группе больных с СА и в 64,9 % случаев среди пациентов с ВНА.

Продолжительность госпитализаций мы рассматривали как один из показателей, отражающих эффективность проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий. Независимо от характера психического расстройства пациенты контрольной группы чаще находились в стационаре более 61 дня ( $p < 0,001$ ). Больные ШАР чаще находились в стационаре менее 30 дней ( $p_{ог} < 0,001$ ;  $p_{кг} < 0,001$ ).

Госпитализации длительностью менее 30 дней были характерны для больных с ВА (66,7 %) и СА (33,3 %). Больные с ВНА в 94,8 % случаев и с СД в 84,2 % случаев находились в стационаре от 1 до 3 месяцев. Большая часть больных с НА (82,1 %) госпитализировалась на период 61-90 дней.

В ходе проведенного исследования мы изучили динамику показателей трудовой занятости и сохранения трудоспособности

больных изучаемого контингента. В основной группе были отмечены лучшие показатели в отношении числа трудоустроенных лиц ( $p < 0,001$ ), числа лиц сохранивших работу ( $p > 0,05$ ), числа работающих больных на конец исследования ( $p < 0,001$ ), числа лиц, сохранивших трудоспособность к концу исследования ( $p < 0,001$ ).

В ходе изучения набранной группы больных РШС нами была выявлена взаимосвязь между показателями когнитивных функций и социального функционирования пациентов. В динамике у больных РШС отмечалось нарастание нейрокогнитивного дефицита (всего: +1,5 балла; ШЗ: +3,0 балла; ШАР: +1,0 балла). При этом мы выявили положительную динамику в основной группе больных (всего: -0,5 балла; ШЗ: -0,5 балла; ШАР: -0,25 балла) и ухудшение результатов в контрольной группе (всего: +3,25 балла; ШЗ: +3,5 балла; ШАР: +1,5 балла). Худшие показатели в контрольной группе по окончании исследования были характерны для лиц, страдающих ШЗ ( $p < 0,01$ ). С течением времени нейрокогнитивный дефицит нарастал, независимо от УСА больных, хотя в группе лиц с ВА отрицательная динамика была минимальной.

Повседневное и социальное функционирование больных РШС, изученное нами по шкале PSP, не выявило изменений за время наблюдения. Однако к концу исследования у больных ШЗ наметилась тенденция к ухудшению данного показателя, а у лиц с ШАР – тенденция к его улучшению. Кроме того, в контрольной группе отмечена тенденция к ухудшению данного показателя, причем худшие результаты получены в группах лиц с СА ( $p < 0,05$ ), НА ( $p < 0,01$ ), и СД ( $p < 0,05$ ).

При изучении динамики показателей качества жизни больных РШС мы выявили значимые изменения в худшую сторону в контрольной группе больных. Обращала на себя внимание малая динамика показателей в группе больных ШАР, а также у социально-дезадаптированных пациентов.

Таким образом, полученные результаты позволяют нам сделать вывод об эффективности внедренных дифференцированных лечебно-реабилитационных и организационных подходов к больным расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара.

## ВЫВОДЫ

1. Изучение групп больных, страдающих ШЗ и ШАР, получавших лечение в условиях ДС психиатрической службы, выявило определенные различия.

1.1. При изучении особенностей наследственности при ШАР достоверно чаще были отмечены случаи аффективных нарушений ( $p<0,001$ ), суицидального поведения ( $p<0,001$ ), комбинации психических расстройств ( $p<0,001$ ) у родственников, а также отсутствие наследственной отягощенности по психическим заболеваниям ( $p<0,001$ ).

1.2. В результате изучения особенностей родительской семьи выявлена неблагоприятная структура семьи в целом: преобладающими при ШЗ являлись случаи неполной семьи (19,2 %), при ШАР – появление в семье отчима и мачехи (23,8 %); среди деструктивных форм воспитания в группе пациентов с ШЗ чаще встречались случаи гипоопеки ( $p<0,001$ ), безнадзорности ( $p<0,01$ ) и воспитания по типу «золушка» ( $p<0,01$ ), при ШАР чаще встречалась гиперопека родителей ( $p<0,05$ ).

1.3. При изучении количества госпитализаций в круглосуточный стационар до первичного поступления в ДС выявлено, что больные ШАР достоверно чаще направлялись в дневные стационары после 8-й госпитализации ( $p<0,05$ ).

1.4. При изучении длительности предшествующих госпитализаций установлено, что среди лиц, выписанных из стационара в срок до 30 дней, достоверно преобладали больные ШАР ( $p<0,001$ ); в срок от 61 до 90 дней – пациенты с ШЗ ( $p<0,05$ ); госпитализации длительностью более 90 дней были характерны только для больных ШЗ.

2. Особенности клинической картины у лиц с разными РСШ при поступлении в ДС проявились в следующем.

2.1. В характере синдромаобразования – при ШЗ в клинической картине преобладала галлюцинаторно-бредовая ( $p<0,001$ ) и параноидная ( $p=0,055$ ) симптоматика, а в группе пациентов с ШАР – аффективная ( $p<0,01$ ) и аффективно-бредовая ( $p<0,001$ ) симптоматика.

2.2. В степени выраженности позитивных ( $\sum_{ШЗ}=21,0\pm5,33$  балла;  $\sum_{ШАР}=18,0\pm7,88$  балла) и негативных ( $\sum_{ШЗ}=25,0\pm5,26$  балла;  $\sum_{ШАР}=19,0\pm7,23$  балла) симптомов по шкале PANSS при поступлении.

2.3. В выраженности негативных расстройств в ремиссиях – в эмоциональной сфере у лиц с ШЗ преобладали количественные нарушения II ранга ( $p<0,05$ ), а у пациентов с ШАР – количественные нарушения I ранга ( $p<0,001$ ); в волевой сфере при ШЗ – качественные нарушения II ранга ( $p<0,01$ ), при ШАР – качественные изменения I ранга ( $p<0,001$ ); в ассоциативной сфере у пациентов, включенных в исследование, преобладали количественные нарушения I ранга и качественные нарушения II ранга.

3. На особенности и результаты лечебно-реабилитационных мероприятий у изученной категории больных оказали влияние следующие факторы.

3.1. Показатели социального и персонального функционирования по шкале PSP –  $M\pm\sigma_{ШЗ}=46,0\pm13,87$  балла при диапазоне от 91 до 16 баллов;  $M\pm\sigma_{ШАР}=63,0\pm12,02$  балла при диапазоне от 38 до 96 баллов.

3.2. Характер адаптации – при ШЗ преобладал игнорирующий тип внутренней адаптации (46,2 %;  $p<0,001$ ), у больных ШАР ведущее значение имел адекватный (пластический) тип (42,9 %;  $p<0,001$ ); при ШЗ чаще был сформирован тип компенсаторной защиты «экологическая ниша» ( $p<0,001$ ), при ШАР достоверно чаще встречались типы «укрытие под опекой» ( $p<0,01$ ) и «социальная оппозиция» ( $p<0,001$ ).

4. Обследование выбранного контингента больных РШС позволило отнести изученных респондентов ( $n=125$ ) к одному из 5 выделенных уровней социальной адаптации: 4,8 % пациентов ( $n=6$ ) имели высокий уровень адаптации (ВА); 12,0 % ( $n=15$ ) – сниженный уровень адаптации (СА); 22,4 % ( $n=28$ ) – нестабильный уровень адаптации (НА); 45,6 % ( $n=57$ ) – выражено нарушенный уровень адаптации (ВНА); 15,2 % больных ( $n=19$ ) характеризовались наличием социальной дезадаптации. Наименее благоприятное сочетание разнообразных адаптационных реакций характерно для больных с нестабильной адаптацией и социальной дезадаптацией.

5. Определение уровня социальной адаптации больных позволило адекватно подобрать и реализовать задачи мероприятий психосоциальной реабилитации для изученного контингента.

6. Эффективная реализация дифференцированных лечебно-реабилитационных подходов для больных РШС в условиях ДС была обусловлена полипрофессиональным бригадным методом ведения пациентов с использованием разнообразных видов индивидуальной и групповой работы, позволяющих воздействовать на основные психические функции, разные сферы жизнедеятельности и социального функционирования.

7. Внедрение в условиях ДС дифференцированных лечебно-реабилитационных подходов для больных РШС с учетом их уровня социальной адаптации способствует улучшению клинических показателей и социальной адаптации у лиц данного контингента.

7.1. Изучение активности при посещении участкового психиатра показало, что больные контрольной группы чаще отказывались от посещения врача ( $p < 0,001$ );

7.2. Изучение длительности ремиссий выявило, что ремиссии длительностью менее 6 месяцев встречались достоверно чаще у лиц из контрольной группы ( $p < 0,001$ ).

7.3. Изучение длительности госпитализаций в круглосуточный стационар обнаружило, что больные основной группы достоверно чаще находились в стационаре 60 дней и менее ( $p < 0,001$ );

7.4. Выявлено сохранение трудовой занятости и трудоспособности – в основной группе были отмечены лучшие показатели в отношении числа трудоустроенных лиц ( $p < 0,001$ ), числа лиц сохранивших работу ( $p > 0,05$ ), числа работающих больных на конец исследования ( $p < 0,001$ ), числа лиц, сохранивших трудоспособность к концу исследования ( $p < 0,001$ ).

7.5. Изучение показателей когнитивных функций в динамике у больных РШС показало нарастание нейрокогнитивного дефицита (всего: +1,5 балла; ШЗ: +3,0 балла; ШАР: +1,0 балла). Худшие показатели в контрольной группе по окончании исследования были характерны для лиц, страдающих шизофренией ( $p \leq 0,01$ ).

7.6. Изучение показателей социального функционирования выявило, что в контрольной группе отмечена тенденция к ухудшению социального функционирования; худшие показатели получены в группах лиц с СА ( $0,01 \leq p \leq 0,05$ ), НА ( $p < 0,01$ ) и СД ( $0,01 \leq p \leq 0,05$ ).

7.7. При изучении качества жизни больных установлено, что наиболее значимая отрицательная динамика в контрольной группе выявлена в сферах «общение с друзьями» и «духовные потребности».

## Список работ, опубликованных по теме диссертации Тезисы докладов

1. Психосоциальная реабилитация лиц трудоспособного возраста, страдающих психическими расстройствами, в условиях дневного стационара / Т. Ф. Волчкова, Ю. В. Дроздовский // Охрана псих. здоровья работающего населения России: тез. докл. конф. / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. А. Корнилова. – Томск, Кемерово: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – С. 61–64.
2. Бригадный подход при психосоциальной реабилитации пациентов при шизофрении / Т. Ф. Волчкова, Ю. В. Дроздовский // Псих. здоровье населения – межведомственный подход: тез. докл. междунар. научно-практ. конф. / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск, Новокузнецк: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – С. 33–37.
3. Психосоциальная реабилитация пациентов с шизофренией / Т. Ф. Волчкова, Ю. В. Дроздовский // Санкт-Петербургские научные чтения – 2009: тез. докл. III междунар. молодежного медицинского конгресса. – СПб., 2009. – С. 234.
4. Психообразовательные программы в структуре лечебно-реабилитационного процесса / О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова, Е. В. Агафонова // Онтогенетические аспекты псих. здоровья населения Тез. докл. научно-практ. конф. (Омск, 19-20 апреля 2010 г.). – Томск, 2010. – С. 74–76.
5. Психосоциальная реабилитация лиц с органическими расстройствами / О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенет. асп.): тез. докл. межрегион. научно-практ. конф. / под ред. В. Я. Семке. – Томск, Кемерово, 2011. – С. 79–82.
6. Реабилитация больных шизофренией как метод третичной превенции / Т. Ф. Волчкова // Акт. вопр. психиатрии и наркологии: тез. докл. XV науч. отчет. сес. НИИ ПЗ СО РАМН / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – Вып. 15. – С. 121–122.
7. Инновационные методики реабилитации больных расстройствами шизофренического спектра / Т. Ф. Волчкова // Совр. пробл. псих. и сомат. расстройств: грани соприкосновения: сб. тез. докл. III регион. конф. молодых ученых и специалистов / под ред. В. Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 33–36.
8. Опыт работы реабилитационного психиатрического дневного стационара / Н. В. Бервинова, Т. Ф. Волчкова, Е. В. Агафонова, Ю. В. Лычкова, С. П. Шмидт // Совр. направления в оказании психиатр. помощи населению: сб. тез. докл. регион. научно-практ. конф. (Омск, 29–30 ноября 2012 г.) / под ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 22–24.

## Публикации в сборниках материалов:

9. Роль медицинской сестры в психосоциальной реабилитации / Т. Ф. Пульная, О. С. Галенко // Омская психиатрия: история и современность: Сб. научно-практических трудов, посвященный 110-летию Омской психиатрической клиники. – Омск, 2007. – С. 158–161.
10. Семья в процессе психосоциальной реабилитации / О. В. Дудкина, Т. Ф. Пульная // «Век психического здоровья»: сб. ст. юбил. научно-практ. конф., посвящ. 100-летию Ставропольской ККПБ № 1. – Ставрополь: СКСИ, 2007. – С. 172–174.
11. Инновационные методики психосоциальной реабилитации / О. Н. Степанова, О. В. Дудкина, Т. Ф. Пульная, Р. Ф. Привалова // Там же. – С. 195–198.

12. Психосоциальная реабилитационная работа с пациентами молодого возраста, страдающими шизофренией / Т. Ф. Волчкова, О. В. Дудкина, Ю. В. Дроздовский // Псих. здоровье молодого поколения: регион., социально-демограф., превент. аспекты: материалы межрегион. научно-практ. конф. с междунар. участием / под ред. В. Я. Семке. – Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. – С. 56—57.
13. Программа «case management» – опыт применения в России / О. В. Дудкина, О. Н. Степанова, Т. Ф. Волчкова // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при псих. расстройствах: материалы общерос. конф. – М., 2009. – С. 146—147.
14. Организация досуга в условиях «Клуба пациентов» / Р. Ф. Привалова О. В. Дудкина, Ю. А. Вьюшкова, Т. Ф. Волчкова // XV съезд психиатров России (материалы съезда). – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 56.
15. Состояние реабилитационной службы БУЗОО «КПБ им. Н. Н. Солодников» / О. Н. Степанова, О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова // Там же. – С. 60.
16. Влияние нейрокогнитивного дефицита при шизофрении на уровень социального функционирования / Т. Ф. Волчкова, Ю. В. Дроздовский // Там же. – С. 71.
17. Групповая работа психолога с пациентами, страдающими психическими расстройствами / Ю. В. Лычкова, О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова // Там же. – С. 313.
18. Сравнительная характеристика пациентов, страдающих прогрессивными формами шизофрении, получающих лечение в условиях дневных стационаров / Т. Ф. Волчкова // Акт. вопр. совр. психиатрии и наркологии : материалы регион. научно-практ. конф., посвящ. 85-летию каф. психиатрии ОмГА. – Омск, 2010. – С. 26—29.
19. Методы психосоциальных вмешательств при оказании медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, Т. Ф. Волчкова, О. В. Дудкина и др. // Опыт внедрения и функционирования моделей психосоц. лечения и реабилитации в условиях Омского региона: сб. статей и модульных практик для врачей-психиатров / под. ред. М. Б. Костенко и др. – Омск, 2011. – С. 5—12.
20. Психообразовательные модули для лиц с психическими расстройствами и их родственников / О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова, Е. В. Агафонова // Там же. – С. 17—19.
21. Организация работы реабилитационного психиатрического дневного стационара / О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова // Преобразование психиатр. службы Омской области: сб. статей и норм. документов для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатр. сервиса / под ред. М. Б. Костенко и др. – Омск, 2011. – С. 143—156.
22. Реабилитация больных шизофренией с учетом особенностей социальной реабилитации / Т. Ф. Волчкова // Повышение эффективности лечебно-реабил. помощи психически больным: материалы 4-го Нац. конгр. по соц. психиатрии, посвящ. 90-летию ФГБУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского» и Всерос. конф. / под ред. З. И. Кекелидзе и В. Н. Краснова. – М., 2011. – С. 15.
23. Усовершенствование психиатрической службы Омской области / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, Т. Ф. Волчкова // Там же. – С. 253.
24. Алгоритмы ведения больных шизофренией в дневном стационаре / Т. Ф. Волчкова // Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств: материалы научно-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2011. – С. 36—37.

## *Статьи в журналах, рекомендованных ВАК РФ*

25. Клинический пример применения сертиндола в комбинации с другими психотропными средствами / О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 5. – С. 30—33.
26. Уровни социальной адаптации пациентов дневного стационара, страдающих шизофренией / Т. Ф. Волчкова, Ю. В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и неврологии. – 2011. – № 3 (66). – С. 19—23.
27. Дифференцированные реабилитационные программы для пациентов дневного стационара, страдающих шизофренией / Т. Ф. Волчкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 34—39.
28. Влияние реабилитационных мероприятий на социальное функционирование больных шизофренией / Т. Ф. Волчкова // Сибирский вестник психиатрии и неврологии. – 2012. – № 1. – С. 16—19.
29. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией / Т. Ф. Волчкова // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 (108). – С. 13—16.
30. Показатели когнитивного функционирования больных расстройствами шизофренического спектра на фоне проведения реабилитационных мероприятий / Т. Ф. Волчкова // Сибирский вестник психиатрии и неврологии. – 2012. – № 5 (74). – С. 52—55.
31. Лечение и реабилитация больных шизофренией в условиях дневного стационара. Методические рекомендации / Т. Ф. Волчкова // Психическое здоровье. – 2012. – № 6. – С. 3—12.