

На правах рукописи

ЖДАНОК
Дмитрий Николаевич

**КЛИНИКО-КОММУНИКАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ
ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Специальность: 14.01.06 — психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск, 2013

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии.

Научный руководитель:

д-р мед. наук, профессор

Овчинников Анатолий Александрович
ГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный
Медицинский Университет» Минздрава России

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук, профессор

Семке Аркадий Валентинович
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор

Зотов Павел Борисович
ГБОУ ВПО «Тюменская государственная
медицинская академия» Минздрава России


Ведущая организация: ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет
Минздрава России (Томск).

Защита состоится 17 декабря 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 15 ноября 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 исследования. Проблематика шизофрении и расстройств шизофренического спектра продолжает оставаться актуальной как в плане выработки адекватных этиопатогенетических концепций и определения нозографических границ эндогенных заболеваний, так и в плане разработки эффективных терапевтических и реабилитационных стратегий (van Os J., Karug S., 2009, Мосолов С.Н., 2010). Эндогенная процессуальная патология на сегодняшний день остаётся нозологической группой с высокой частотой инвалидизации и значительной, зачастую грубой, деформацией социального функционирования. Акцент терапевтических интервенций постепенно смещается из области мероприятий по купированию патологической психопродукции к более константным и облигатным проявлениям шизофрении – негативным расстройствам и так называемому нейрокогнитивному дефициту, определяющим социотоксичность эндогенной патологии (Цыганков Б.Д., 2009, Семке А.В., Зинчук М.С., 2012). Следствием дефицитарных нарушений являются различные клинико-коммуникативные нарушения как вербального, так и невербального характера, приводящие к социальной дисфункции и изоляции пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (Самохвалов В.П., 1984, Красильников Г.Т., 1996, Семке В. Я., Логвинович Г. В., Семке А. В., 1999). Немаловажным аспектом социальных коммуникаций является такая их характеристика, как ситуация когнитивной неопределённости (Голдберг Э., 2003), не предполагающая каких-либо ригидных, детерминированных поведенческих схем и стратегий. Вследствие этого в коммуникативных актах задействованы процессы, входящие в состав так называемого «социального интеллекта» - адекватное распознавание чужих эмоций и намерений, идентификация объективных и субъективных причин тех или иных явлений и событий повседневной жизни (Рычкова О.В., Сильчук Е.П., 2010). Показано, что данные процессы уязвимы при расстройствах шизофренического спектра, что приводит к коммуникативному дефициту у пациентов с эндогенной процессуальной патологией (Лоскутова В.А., 2009).

В связи с этим, представляется актуальным улучшение стандартизации, валидации и моделирования клинико-коммуникативных нарушений и социальной дисфункции (дезадаптации) для разработки новых и дополнения уже имеющихся теоретических концепций и коррекционных подходов при параноидной шизофрении.

Цель исследования. Изучение и анализ клинико-коммуникативных нарушений и социальной дисфункции, разработка путей оптимизации психореабилитационных мероприятий у пациентов с параноидной формой шизофренией.

Задачи исследования:

1. Изучение клинико-коммуникативных нарушений в ситуации когнитивной неопределённости при параноидной шизофрении.
2. Анализ и изучение социальной дезадаптации при параноидной шизофрении на модели ситуации когнитивной неопределённости.
3. Оценка социального функционирования пациентов с параноидной шизофренией при различных вариантах клинико-коммуникативных нарушений.
4. Оценка результатов психофармакотерапии и её влияния на клинико-коммуникативные нарушения при параноидной шизофрении.
5. Разработка мероприятий по повышению эффективности социальной реабилитации посредством коррекции клинико-коммуникативных нарушений при параноидной шизофрении.

Положения, выносимые на защиту.

1. Параноидная шизофрения сопровождается клинико-коммуникативными нарушениями вербального и невербального характера, варьирующими в зависимости от продолжительности, типа течения расстройства и ведущего синдрома.
2. Степень выраженности клинико-коммуникативных нарушений при параноидной шизофрении связана с глубиной и типологией социальной дисфункции, реализующейся в ситуации когнитивной неопределённости.
3. Тест Роршаха за счёт слабоструктурированного стимульного материала позволяет моделировать деятельность пациентов с параноидной шизофренией в социальных коммуникациях, характеризующихся когнитивной неопределённостью.
4. Проективные методики могут быть использованы в качестве инструмента в программах психосоциальной реабилитации при параноидной шизофрении для коррекции коммуникативных аномалий, дополняя тренинг социальных навыков и рациональную психофармакотерапию.

Научная новизна исследования. В диссертационном исследовании впервые изучены и систематизированы взаимосвязи и взаимодействия клинико-коммуникативных нарушений и

социальной дезадаптации при параноидной шизофрении в контексте ситуации когнитивной неопределённости, смоделированной в проективной методике Роршаха. Показана высокая корреляционная взаимосвязь коммуникативных нарушений, реализуемых в ситуации когнитивной неопределённости, с социальной дисфункцией у больных параноидной шизофренией. Комплексная оценка социального функционирования и типологических вариантов клинко-коммуникативных нарушений при шизофрении позволила определить направления по оптимизации психосоциальной реабилитации пациентов.

Практическая значимость работы. Разработаны критерии оценки клинко-коммуникативных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией на модели ситуации когнитивной неопределённости и их взаимосвязь с социальной дисфункцией. Сформулирована и реализована программа психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией. Определены направления по оптимизации психосоциальной реабилитации пациентов, что позволило повысить её эффективность.

Внедрение результатов в практику. Результаты диссертационной работы внедрены в практику государственных профильных лечебно-профилактических учреждений: г. Новосибирска: ГБУЗ НСО ГНКПБ №3, ОГУЗ «Новосибирская областная психиатрическая больница №5»; г. Омска: ГУЗ Омской области "Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой" и в программах преподавания на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО Новосибирского государственного медицинского университета Минздрава России.

Апробация работы. Фрагменты диссертационной работы представлены на международной научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект)» 23 марта 2011г. в г. Кемерово («Саккады как неврологические маркеры шизофрении: обзор проблемы»), научно-практической конференции с международным участием «Вопросы теории и клинической практики в психиатрии, наркологии и психотерапии» («Эндофенотипы шизофрении: состояние вопроса и перспективы»), XV научной отчётной сессии НИИ Психического здоровья СО РАМН 6-7 сентября 2011г., г. Томск («Коморбидность шизофрении и алкогольной зависимости (патоморфоз нозологий, психопатологический и терапевтический аспекты)»), Школе молодых учёных в г. Суздаль 28

сентября — 1 октября 2011г. в числе победителей конкурса работ молодых учёных в области психического здоровья («Использование теста Роршаха для моделирования ситуации когнитивной неопределённости у пациентов с шизофренией»), VII Международной конференции «Перспективные разработки науки и техники – 2011», г. Пшемысль, Польша («Клинико-коммуникативные нарушения у пациентов с шизофренией на примере ситуации когнитивной неопределённости»), международной Интернет-конференции в г. Казань, 27-29 Марта 2011 г. («Эволюция дофаминовой гипотезы шизофрении»), Медицинском форуме "Здравоохранение Сибири 2012" в рамках программы XXII международной медицинской выставки "МедСиб 2012" («Динамика ауто- и гетеронозогнозии у пациентов с параноидной шизофренией в процессе антипсихотической терапии», «Парадоксальность, психотическая тревога и самоорганизация при параноидной шизофрении»), конференции «Актуальные проблемы возрастной наркологии» 15-16 ноября в г. Челябинск («Расстройства шизофренического спектра и химические аддикции: точки соприкосновения патогенетических путей и клинических проявлений (обзор проблемы)»), региональной научно-практической конференции «Современные направления в оказании психиатрической помощи населению Омской области». Аprobация диссертации состоялась на заседании Аprobационного Совета при ФГБУ НИИ психического здоровья Сибирского отделения РАМН 22 мая 2013г. (г. Томск).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 работ, в том числе 4 статьи в ВАК-рецензируемых журналах.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 157 страницах машинописного текста и включает в себя введение, обзор литературы, основную часть (пять глав), заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и приложение. Приложение включает в себя стандартизованную карту обследования пациента. В тексте диссертации содержится 16 таблиц, 12 графических иллюстраций. Представлен анализ 4 клинических наблюдений.

Материалы и методы исследования. Характеристика объекта исследования. Для данного исследования в период с 2010 по 2012 гг. было отобрано в случайном порядке 120 пациентов с диагнозом “параноидная шизофрения” (согласно критериям МКБ-10) в возрастном диапазоне от 18 до 56 лет (средний возраст 39 ± 5.4), из них 65 мужчин и 55 женщин,

находящихся на лечении в психиатрическом стационаре общего типа (ГБУЗ НСО ГНКПБ №3 и ГБУЗ НСО «Новосибирская областная психиатрическая больница №5»).

Критериями исключения являлись: наличие острой психопродуктивной симптоматики (галлюцинаторно-бредовой, кататонической), выраженных поведенческих нарушений, значительных дефицитарных расстройств (разорванность мышления по типу «словесной окрошки»), затрудняющих проведение обследования, тяжёлые сопутствующие соматические заболевания, выраженные проявления нейролепсии.

Каждому пациенту предоставлялась стандартная форма информированного согласия на участие в научном исследовании с разъяснением целей, задач и используемых методов. В случае если пациент лишён дееспособности, аналогичная по содержанию форма предлагалась официальному опекуну пациента.

В ходе сбора анамнестических сведений и работы с архивными историями болезней было обнаружено, что 18 пациентов не соответствуют диагностическим критериям параноидной шизофрении. 10 из них нозологически отнесены к «органическому бредовому расстройству (F 06.2)», 5 – «шизотипическое расстройство (F 21)», 2 – «шизоидное личностное расстройство (F 60.1)» и 1 – «хронический алкогольный галлюциноз (F 10.75)».

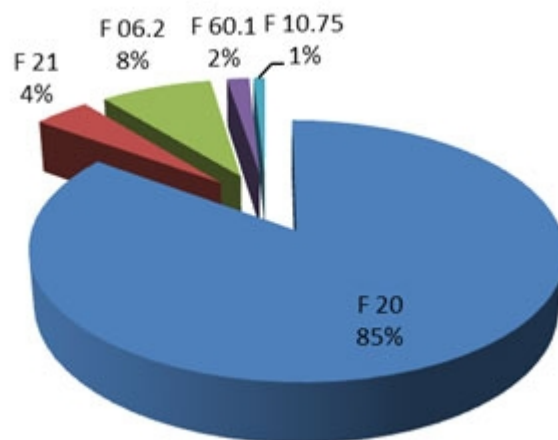


Рисунок 1 Нозологическая характеристика изначальной выборки пациентов

Исходя из подобной характеристики изначальной выборки пациентов психиатрического стационара, можно говорить о сохраняющемся тренде в сторону некоторой гипердиагностики шизофренического процесса.

Оставшиеся 102 пациента психиатрического стационара с параноидной формой шизофренией согласно критериям МКБ-10, в возрастном диапазоне от 18 до 54 лет (средний

возраст 38 ± 6.4 , таблица №3), из них 61 мужчина и 41 женщина (таблица №3) имели следующие типы течения заболевания (таблица №1): непрерывный ($N=82$), эпизодический с нарастающим дефектом ($N=18$), период наблюдения менее года ($N=2$), продолжительность заболевания составила от 6 месяцев до 31 года (средняя продолжительность заболевания 11 ± 5.1), возраст начала заболевания (дебюта) от 15 до 29 лет (средний возраст клинической манифестации составил 22 ± 3.4), продолжительность текущей госпитализации от 1 до 4 месяцев. Столь малая представленность подгруппы пациентов с параноидной шизофренией, периодом наблюдения менее года (2 случая) может быть объяснена относительно поздним попаданием большинства пациентов с шизофренией в поле зрения психиатров, что сопряжено с высокими показателями стигматизации психиатрических пациентов и низким уровнем медицинской грамотности среди населения. В последующем изложении результатов нашего исследования данная подгруппа рассматривается вместе с подгруппой параноидной шизофрении с непрерывным типом течения и продолжительностью заболевания менее пяти лет.

Таблица 1

Клиническая характеристика материала исследования

Диагноз по МКБ-10	Шифр по МКБ-10	Обследованные	
		Абс.	%
Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения	F 20.00	82	80,4
Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом	F 20.01	18	17,6
Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года	F 20.09	2	2

Таблица 2

Распределение пациентов по возрасту

Возрастной диапазон	Непрерывный тип течения		Эпизодический тип течения с нарастающим дефектом		Период наблюдения менее года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
18-25	3	2,9	5	4,9	2	1,7
26-35	13	12,7	11	10,8	0	0
36-45	31	30,4	3	2,9	0	0
46-54	35	34,3	0	0	0	0

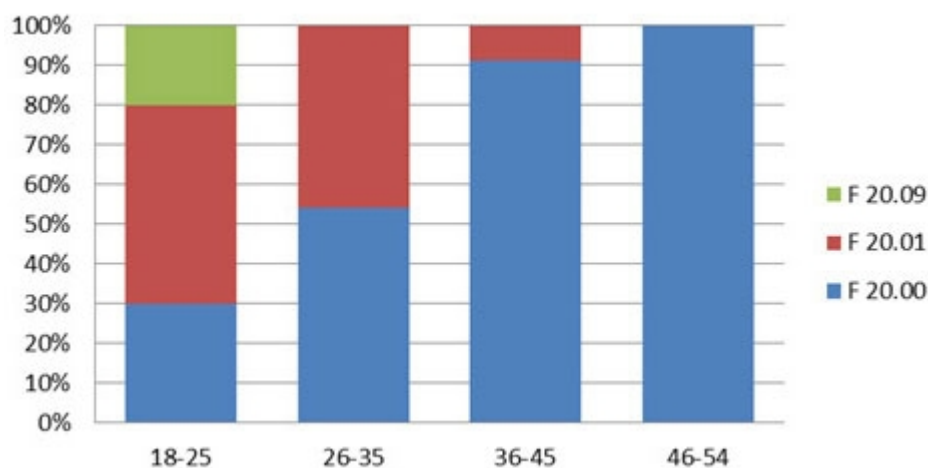


Рисунок 2 Возрастные характеристики обследуемой группы

Таблица 3

Гендерная характеристика обследуемой группы

Тип течения	Мужчины	Женщины
Непрерывный	52 (50,9%)	30 (29,4%)
Эпизодический с нарастающим дефектом	7 (6,8%)	11 (10,8%)
Период наблюдения менее года	2 (1,9%)	-

Ведущим синдромом (таблица №4) на момент поступления в стационар был галлюцинаторно-параноидный (61 пациент), депрессивно-параноидный (18 пациентов), парафренный (14 пациентов) и психопатоподобный (9 пациентов), у 12 пациентов в общей клинической картине отмечались кататонические включения в виде гримасничанья, «мимического калейдоскопа», стереотипий и негативизма в остром периоде заболевания.

Все обследованные пациенты госпитализированы в добровольном порядке.

Пять пациентов лишены дееспособности и имеют официального опекуна из числа родственников. 44 пациента имели вторую, 15 – третью группы инвалидности.

Социально-демографические характеристики обследуемых пациентов. 56 пациентов имели средне-специальное образование, 10 – среднее, 31 – высшее, 5 – неоконченное высшее образование (таблица №5).

Таблица 4

Синдромальная характеристика обследованных пациентов

Ведущий синдром	Непрерывный тип течения		Эпизодический тип течения с нарастающим дефектом		Период наблюдения менее года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
галлюцинаторно-параноидный синдром	49	48,0	11	10,8	1	0,9
депрессивно-параноидный синдром	13	12,7	4	3,9	1	0,9
парафренный синдром	12	11,7	2	1,9	0	0
психопатоподобный синдром	8	7,8	1	0,9	0	0

Таблица 5

Уровень образования обследованных пациентов

Образование	Непрерывный тип течения		Эпизодический тип течения с нарастающим дефектом		Период наблюдения менее года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
среднее	9	8,8	1	0,9	0	0
средне-специальное	43	35,8	13	12,7	0	0
неполное высшее	2	1,9	3	2,9	0	0
высшее	28	27,4	1	0,9	2	1,9

По трудоустройству обследованные пациенты распределились следующим образом (таблица №6): 50 были безработными, 46 выполняли низкоквалифицированный труд, часто физического характера, 6 были заняты в узкоспециализированной трудовой деятельности, преимущественно умственного характера.

Семейный статус (таблица №7): 50 пациентов никогда не состояли в браке, 29 были разведены, 11 состояли в единственном браке, 12 состояли в браке и были до этого женаты/замужем более одного раза.

Таблица 6

Характеристика трудовой деятельности обследованных пациентов

Характер трудовой деятельности	Непрерывный тип течения		Эпизодический тип течения с нарастающим дефектом		Период наблюдения менее года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
безработные	41	40,2	8	7,8	1	0,9
низкоквалифицированный труд	31	30,4	4	3,9	1	0,9
специализированная трудовая деятельность	10	9,8	6	5,9	0	0

Таблица 7

Характеристика семейного статуса обследованных пациентов

Семейный статус	Непрерывный тип течения		Эпизодический тип течения с нарастающим дефектом		Период наблюдения менее года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Не состоявшие в браке	39	38,2	9	8,8	2	1,9
Разведённые	23	22,5	6	5,9	0	0
Состоят в единственном браке	8	7,8	3	2,9	0	0
Состоят в браке повторно	12	11,7	0	0	0	0

У 6 пациентов в анамнезе отмечались деликты, совершённые преимущественно по негативно-личностному механизму (психопатоподобные процессуальные изменения личности согласно типологии Кондратьева В.Ф., 1985), по поводу которых 4 пациента проходили принудительное лечение в прошлом в стационарах общего и специализированного типов.

Таким образом, наиболее часто встречающийся социально-демографический профиль пациента в обследованной группе представлен средне-специальным образованием,

безработицей и отсутствием опыта семейных отношений, что подтверждает социотоксичность шизофрении и явления социального «дрейфа» [36].

Стоит также отметить, что из пациентов с высшим образованием (N=28) только 10 (35,7%) работают по полученной специальности, остальные либо безработные, либо задействованы в низкоквалифицированной трудовой деятельности.

Из соматических заболеваний, не достигающих по своей выраженности характеристик критериев исключения, у 42 пациентов отмечалась артериальная гипертензия, у 34 – хронический холецистит, панкреатит и гастрит, у 20 пациентов – ожирение различной степени тяжести.

Обследуемые пациенты на момент исследования находились в состоянии неполной медикаментозной ремиссии и получали терапию типичными (N=56) и атипичными антипсихотиками (N=46), что отражено в таблице №8. Типичные антипсихотики представлены галоперидолом в суточной дозировке от 15 до 20 мг (N=23), трифлуоперазином (трифтазином) в суточной дозировке от 10 до 15 мг (N=12) и зуклопентиксолом (клопиксолом) в суточной дозировке от 10 до 30 мг (N=21). Атипичные антипсихотики представлены рисперидоном (рисполепт, рисполокс, риссет) в суточной дозировке от 4 до 6 мг (N=23), кветиапином (сероквель, кетилепт) в суточной дозировке от 600 до 800 мг (N=16) и оланзапином (зипрекса) в суточной дозировке 10 мг (N=7). 28 пациентов из группы, получавшей типичные антипсихотики, принимали корректор (циклодол) в суточной дозировке от 4 до 6 мг.

Таблица 8

Характеристика антипсихотической терапии, получаемой пациентами

Антипсихотическая терапия	Непрерывный тип течения		Эпизодический тип течения с нарастающим дефектом		Период наблюдения менее года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
галоперидол	21	20,6	2	1,9	0	0
трифтазин	11	10,8	1	0,9	0	0
клопиксол	20	19,6	1	0,9	0	0
рисперидон	21	20,6	2	1,9	0	0
кветиапин	9	8,8	6	5,9	1	0,9
оланзапин	0	0	6	5,9	1	0,9

Экстрапирамидные побочные эффекты оценивались по шкале Симпсона-Ангуса, при общем балле более 20 проявления нейролепсии расценивались как выраженные и пациент исключался из исследования. В рассматриваемой выборке пациентов выраженность нейролепсии варьировала от 1 до 18 баллов по данной шкале, наибольшие значения в диапазоне от 8 до 18 баллов регистрировались в группе пациентов, получавших типичные нейролептики. Наиболее часто отмечались явления нейролептического паркинсонизма, акатизии, а также их сочетание.

С целью проверки рабочей гипотезы о различной терапевтической эффективности (к контексте качества социального функционирования) типичных и атипичных антипсихотических препаратов с психореабилитационными мероприятиями 72 пациента из основной группы обследованы повторно через 12 месяцев с использованием клинического интервью, шкалы количественной оценки социального функционирования, шкалы PANSS и теста Роршаха. Выбор данного временного интервала обусловлен этапностью проведения терапии шизофрении согласно стандартам оказания помощи больным шизофренией [Краснов В.Н., Гурович И.Я., 2006] с указанием на этап поддерживающей терапии, продолжающейся не менее года от начала острой фазы заболевания. Остальные пациенты изначальной группы отказывались от повторного обследования, либо самостоятельно прекратили рекомендуемое лечение, либо исчезли из поля зрения психиатра, либо временной интервал на момент обработки результатов составлял менее 6 месяцев.

24 пациента из числа повторно обследованных продолжали лечение после выписки из отделения в условиях дневного стационара, 48 пациентов обследовано амбулаторно.

62 пациента (86,1%) имели непрерывный тип течения параноидной шизофрении, из них у 52 (72,2%) стаж заболевания составлял более 5 лет, 8 пациентов (11,1%) имели эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, 2 пациента (2,8%) – период наблюдения менее года.

38 пациентов (52,7%) получали терапию типичными антипсихотиками в среднетерапевтических дозировках (галоперидол, трифтазин, клопиксол), 34 пациента (47,3%) – препараты атипичного ряда (рисперидон, кветиапин, оланзапин).

Характеристика методов исследования. В ходе данного исследования использовались следующие методы: клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, клинико-этологический, клинико-психологический - тест Роршаха, клинико-статистический - количественная шкала для оценки уровня социального функционирования, шкала PANSS для

оценки выраженности позитивных и негативных симптомов, шкала этологических признаков человека, шкала нейрорепсии Симпсона-Ангуса.

Клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы позволяют проследить динамику заболевания, оценить текущий психический статус и выделить ведущий синдром, а также верифицировать диагностическую рубрику. Клинико-психологический метод (тест Роршаха) направлен на моделирование ситуации когнитивной неопределённости и выявление возникающих в ней клинико-коммуникативных аномалий. Наконец, клинико-статистические методы позволяют количественно оценить уровень социального функционирования и выраженность психопатологических расстройств у пациента.

Клинико-анамнестический метод заключается в сборе субъективного и объективного анамнезов согласно традиционной схеме клинического психиатрического интервью, уточнение особенностей протекания заболевания, наличие коморбидной патологии, проведённых терапевтических вмешательств.

Клинико-психопатологический метод представляет собой полуструктурированное клиническое интервью с оценкой психического статуса.

Клинико-этологический метод позволяет изучить невербальное поведение и включает в себя два инструмента – глоссарий по исследованию невербального поведения человека и шкалу этологических признаков человека. Глоссарий по исследованию невербального поведения человека (I. Eibl-Eibesfeldt, 1989; В.П. Самохвалов, 1989, 1994; А.А. Коробов, 1991) описывает невербальные коммуникации через элементарные единицы невербального поведения (мимика, поза, область рук, туловища, плеч, головы, ног, невербальные компоненты речи), простые комплексы поведения, их динамика (жест, мимические комплексы, глазной контакт, приветствие на расстоянии, индивидуальное расстояние, ориентация при контакте, моторика головы, плеч, туловища, груминг, манипулирование) и сложные комплексы поведения (локомоция, поведение поддержания чистоты тела и одежды, комфортное поведение, сон, пищевое, исследовательское, имитационное, территориальное, агрессивное, сексуальное, родительское, игровое поведение). Шкала этологических признаков человека (Human Ethological Signs Scale – HESS, Гильбурд О.А., 2007) включает в себя 174 признака с оценкой их выраженности, в данном исследовании использовалось три условных балла: 0 – отсутствие признака, 1 – признак имеется, но выражен умеренно и/или периодически, 2 – признак выражен постоянно и интенсивно.

Тест Роршаха относится к проективным методикам и характеризуется слабоструктурированным материалом с минимальными инструкциями и практически

неограниченным количеством вариантов ответов [Белый Б.И., 2005]. Стимульный материал, состоящий из десяти стандартных цветных и чёрно-белых симметричных таблиц, играет роль своеобразного «экрана», на который проецируются психические процессы испытуемого. В ходе анализа полученных результатов оценивались следующие показатели: общее количество ответов, показывающее общую активность, вовлечённость в обследование; количество ответов на каждую таблицу, отражающее колебания работоспособности, зависимость активности от характера, степени структурированности таблицы; количество целостных ответов (включающих значительную часть пятна), характеризующих организационную активность, эффективность аналитико-синтетических процессов и интеллектуальный уровень; форма ответа (соответствие предлагаемого испытуемым образа структуре пятна), отражающая характер перцепции; количество ответов по цвету и по движению (так называемые кинестетические ответы), характеризующих соответственно показатели экстраверсии и интроверсии; количество популярных ответов, показывающее конформность, ригидность мышления; наличие так называемых «особых феноменов» процессуального характера; невербальные характеристики испытуемого в ходе тестируемого. К процессуальным «особым феноменам» относятся как ссылки на себя либо на предыдущую таблицу; конфабуляторные ответы – интерпретации с плохой формой, при которых содержание, основанное на восприятии небольшой части пятна, приписывается всему пятну; расширенная фабулизация – избыточная аффективная разработка образов; диссоциация симметрии – приписывание различных характеристик симметричным участкам пятна за счёт акцентирования внимания на небольших фрагментах пятен; абсурдные ответы с грубым игнорированием формы пятна; фабулизованные комбинации – нереалистичная связь между перцепциями только на основании их пространственной смежности; феномен прозрачности – сочетание в одном ответе различных по глубине расположения частей без какого-либо обоснования такой структуры образа; аутистическая логика и ответы по положению; странные вербализации, цветовая символика и абстракции. Данные феномены относятся к патологическим с учётом клинического контекста и разделяются на аномалии, обусловленные преимущественно перцептивными нарушениями (текучесть, неустойчивость перцептивных границ) – смешение фигуры и фона, диссоциация симметрии, и аномалии, связанные с преимущественной патологией ассоциативного процесса – фабулизованные комбинации, феномен прозрачности, символика, абстракции, аутистическая логика, абсурдные ответы, ответы по положению, амбивалентность, принудительный цвет, ссылки на себя и предыдущую таблицу, неадекватная активность персонажей.

Таким образом, методика Роршаха позволяет за счёт слабой структурированности материала смоделировать в эксперименте ситуацию когнитивной неопределённости и оценить деятельность испытуемого в подобных условиях.

Количественная шкала для оценки уровня социального функционирования, составленная на основе **опросника Шмуклера** [Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 1998], включает в себя вопросы, касающиеся общего благополучия, здоровья, работоспособности, дневной активности, материально-бытовой сферы, семьи и социальных контактов, общего благополучия. Общая оценка уровня социального функционирования (подсчёт баллов в 32 вопросах с количественной оценкой): крайне низкий (138 - 120 баллов), низкий (103 – 120 баллов), удовлетворительный (64 – 102 баллов), высокий (32 – 63 балла).

Шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) позволяет проводить стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и проследить динамику состояния в процессе терапии. PANSS состоит из 33 признаков, оцениваемых по 7 градациям выраженности, что позволяет вычислить тяжесть продуктивной симптоматики по шкале позитивных синдромов (7 признаков), тяжесть негативной симптоматики по шкале негативных синдромов (7 признаков), композитный индекс (позитивная симптоматика минус негативная), выраженность других психических нарушений по общей психопатологической шкале (16 признаков) и риск возможной агрессии (3 дополнительных признака вместе с анамнестическими данными).

Шкала нейролепсии Симпсона-Ангуса содержит 10 пунктов, позволяющих оценить степень выраженности экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии (Simpson G.M., Angus J.W.S. A rating scale for extrapyramidal side effects. Acta Psychiatr Scand. 1970;212 (suppl 44):11-19).

Математико-статистический анализ и обработка данных производились с использованием параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием пакета MS “Excel”. Взаимосвязь качественных признаков исследовалась с помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона (r). [Гурман В.Е., 2000; Сидоренко Е. В., 2000].

Результаты собственных исследований. В ходе исследования с помощью комплексного инструментария (клинико-анамнестический, клинико-психопатологический методы, проективная методика Роршаха, шкала выраженности продуктивных и негативных симптомов PANSS, количественная шкала для оценки уровня социального функционирования) в период с

2010 по 2012гг. в психиатрическом стационаре общего типа (ГБУЗ НСО ГНКПБ№3 и ГБУЗ НСО «Новосибирская областная психиатрическая больница №5») было обследовано 120 пациентов с клиническим диагнозом параноидной шизофрении согласно критериям МКБ-10 на этапе становления медикаментозной ремиссии, с продолжительностью текущей госпитализации от 1 до 4 месяцев. В ходе изучения анамнеза и проведения клинического интервью 18 из них (15 % от общего количества пациентов в исходной выборке) были отнесены к иным диагностическим рубрикам, а именно: органическое бредовое расстройство (F 06.2 – 10 пациентов), шизотипическое расстройство (F 21 – 5 пациентов), шизоидное личностное расстройство (F 60.1 – 2 пациента) и хронический алкогольный галлюциноз (F 10.75 – 1 пациент). Выявленная гетерогенность изначально нозологически однородной группы пациентов свидетельствует о сохраняющихся на сегодняшний день тенденциях к некоторой гипердиагностике шизофренического процесса и несовершенстве диагностических и классификационных систем.

К общим критериями исключения относилось наличие острой психопродуктивной симптоматики (галлюцинаторно-бредовой, кататонической), выраженных поведенческих нарушений, значительных дефицитарных расстройств (разорванность мышления по типу «словесной крошки»), затрудняющих проведение обследования, а также тяжёлые сопутствующие соматические заболевания и выраженные проявления нейрорепсии.

Оставшиеся 102 пациента с верифицированным диагнозом параноидной шизофрении согласно критериям МКБ-10 были разделены на три подгруппы в зависимости от типа течения заболевания – непрерывный тип течения (F 20.00 – 82 пациента), эпизодический тип течения с нарастающим дефектом (F 20.01 – 18 пациентов) и период наблюдения менее года (F 20.09 – 2 пациента). Незначительная представленность диагностической рубрики параноидной шизофрении с периодом наблюдения менее года объясняется относительной поздней обращаемостью категории пациентов с параноидной шизофренией за специализированной помощью и низким уровнем медицинской грамотности среди населения, что приводит к госпитализации пациентов с уже клинически оформленной симптоматикой и установившимся типом течения шизофренического процесса.

Для определения динамики состояния в ходе проведения фармакотерапии и мероприятий по психосоциальной реабилитации с использованием проективных методик 36 пациентов из изначальной группы обследовано повторно через 6-месячный интервал с использованием клинического интервью, опросника социального функционирования Шмуклера и теста Роршаха. Остальные пациенты изначальной группы отказывались от повторного обследования,

либо исчезли из поля зрения психиатра, либо временной интервал на момент обработки результатов составлял менее 6 месяцев.

Инициально обозначенная выше группа пациентов обследована с помощью клинико-психопатологического метода, включающего в себя как клиническое интервью, направленное преимущественно на выявление вербальных клинико-коммуникативных феноменов в речевой продукции испытуемых, так и метод наблюдения, позволяющий выявить невербальные клинико-коммуникативные особенности – элементы мимики, пантомимики, позы, локомоции.

В подгруппе пациентов с непрерывным типом течения параноидной шизофрении отдельно рассмотрены пациенты со стажем заболевания менее пяти лет и более пяти лет в связи с различиями в характеристиках клинико-коммуникативных нарушений. Подгруппа пациентов с продолжительностью заболевания менее пяти лет презентует многочисленные клинико-коммуникативные аномалии как вербального характера – изменения самого ассоциативного процесса мышления в виде разноплановости и паралогичности и патологической продукции преимущественно персекуторного характера, так и невербального – манерность, бедная, стереотипная мимика, преимущественно статичные позы. В свою очередь, подгруппа пациентов с продолжительностью параноидной шизофрении непрерывного типа течения более пяти лет выявляет более глубокие и стойкие клинико-коммуникативные аномалии: стойкие бредовые идеи парафренного характера, обеднённую мимику и пантомимику, эмоциональную неадекватность, неестественный тембр речи, утратившей коммуникативные функции.

Подгруппа пациентов с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом демонстрирует вербальные клинико-коммуникативные нарушения, наилучшим образом объективизируемые в экспериментально-психологических методиках, в виде единичных соскальзываний и инкапсулированных бредовых идей по типу «двойной бухгалтерии». Невербальные нарушения представлены в данной подгруппе элементами диссоциированной улыбки и статичными позами. В целом, клинико-коммуникативные аномалии в подгруппе пациентов с эпизодическим типом течения параноидной шизофрении можно рассматривать в качестве своеобразного «следа» перенесённого острого психотического состояния.

В подгруппе пациентов с параноидной шизофренией, периодом наблюдения менее года невербальные клинико-коммуникативные нарушения представлены особенностями мимики (гипомимия, хоботковая, полухоботковая, диссоциированная улыбка, нарушение зрительного контакта), позы (преобладание статичных поз), локомоции (походка с элементами вычурности,

манерности), вербальными клинико-коммуникативными нарушениями, выражающимися в искажении ассоциативного процесса (разноплановость, разорванность мышления, ассоциативные шпёррунги) и его патологической продукции (бредовые идеи персекуторного характера).

Далее обследование было направлено на моделирование так называемой ситуации когнитивной неопределённости – то есть создание условий, в которых пациенты с параноидной шизофренией наиболее уязвимы в процессах социального функционирования и социальных интеракций. Для создания подобных условий использована проективная методика Роршаха, требующая от испытуемых многоэтапной аналитико-синтетической деятельности в ответ на слабодифференцированные, новые стимулы, конструирование интерпретаций различной степени реалистичности, что относится к первоочередным задачам в ходе многочисленных коммуникативных актов. Моделирование ситуации когнитивной неопределённости позволяет более полно охарактеризовать клинико-коммуникативные аномалии при параноидной шизофрении и определить реабилитационный потенциал данной категории пациентов.

В подгруппе пациентов с непрерывным типом течения параноидной шизофрении с продолжительностью заболевания менее пяти лет характерна относительная сохранность организационной активности при работе со слабоструктурированным материалом теста Роршаха в ситуации когнитивной неопределённости, возможность продуцировать популярные, социально приемлемые интерпретации стимульного материала, в том числе завершённые человеческие образы, что позволяет говорить об определённых компенсаторных резервах в данном временном промежутке шизофренического процесса.

При продолжительности заболевания более пяти лет отмечается обеднение интерпретационной продукции стимульного характера и её преимущественно стереотипный, псевдоорганический характер, что отражает низкие компенсаторные возможности и низкий реабилитационный потенциал данной подгруппы пациентов.

В подгруппе пациентов с эпизодическим типом течения параноидной шизофрении деятельность в ситуации когнитивной неопределённости при тестировании методикой Роршаха напоминает таковую в подгруппе с непрерывным типом течения с продолжительностью заболевания менее пяти лет со значительным увеличением оригинальных ответов, высокой креативно-исследовательской деятельностью и, следовательно, достаточным реабилитационным потенциалом.

Наконец, подгруппа пациентов с параноидной шизофренией, периодом наблюдения менее года в ситуации когнитивной неопределённости демонстрирует обилие патологических процессуальных феноменов, высокую творческую активность, вовлечённость в процесс тестирования, что свидетельствует о достаточных компенсаторных ресурсах.

Обобщая полученные в ходе тестирования проективными методами данные, следует отметить, что деятельность в модели ситуации когнитивной неопределённости искажается со снижением количества популярных ответов, увеличением ответов с плохой формой и появлением так называемых «особых феноменов» - необычных вербализаций, контаминаций, фабулизованных конфабуляций, диссоциации симметрии, символикой, абстракциями, анатомическими интерпретациями. Показано, что по мере прогрессирования процессуальной патологии репертуар клинико-коммуникативных аномалий сужается, не ослабевая в своей интенсивности, приобретая отчётливо дефицитарный, псевдоорганический характер с истощением компенсаторных резервов и стереотипизацией.

Подобное парадоксальное структурирование информации при параноидной шизофрении отражает специфические копинг-стратегии преодоления тревоги психотического регистра, её фрагментации и стабилизации с последующим функционированием на новом, сниженном по сравнению с преморбидным, уровнем.

Помимо диагностического аспекта, проективный инструментарий может быть использован в качестве метода психосоциальной реабилитации арт-терапевтической направленности, нацеленный на формирование навыков адекватной социальной атрибуции, выработку компетентности при социальных интеракциях, дополняя таким образом психофармакологические интервенции и способствуя более целостной ресоциализации пациентов с параноидной шизофренией, уменьшению числа повторных госпитализаций и интеграции пациентов в социум.

В ходе динамического наблюдения через 6 месячный интервал в подгруппе пациентов, получавших атипичные антипсихотические препараты в сочетании с психореабилитационными мероприятиями, большее количество пациентов продемонстрировало положительную динамику по сравнению с подгруппой пациентов, получавшей типичные антипсихотики, что подтверждает рабочую гипотезу о большей эффективности сочетания антипсихотических препаратов атипичного ряда с психосоциальной реабилитацией по сравнению с типичными антипсихотиками.

Выводы.

1. Среди обследованных пациентов с параноидной шизофренией (N=102) наблюдаются различные клинико-коммуникативные нарушения вербального и невербального характера в зависимости от типа течения, продолжительности заболевания и ведущего синдрома.

1.1. Подгруппа пациентов с непрерывным типом течения с продолжительностью заболевания менее пяти лет имеет наиболее выраженные клинико-коммуникативные нарушения при галлюцинаторно-параноидном и депрессивно-параноидном синдромах, проявляющиеся в виде разноплановости мышления (18,3%), бредовых идей преимущественно персекуторного характера (82,9%), редукцией визуального контакта (59,7%) и комплекса приветствия на расстоянии (65,8%), неестественной локомоцией (41,4%), амбивалентным поведением (60,9%).

1.2. Подгруппа пациентов с непрерывным типом течения с продолжительностью заболевания более пяти лет имеет наиболее выраженные клинико-коммуникативные нарушения при парафреническом и психопатоподобном синдромах, проявляющиеся в виде стойких бредовых идей парафренического характера (82,9%), разорванности мышления (79,2%), феноменов хоботка и полухоботка (74,4%), нарушения поведения поддержания чистоты тела и одежды (81,7%), позы наездника (30,5%).

1.3. Подгруппа пациентов с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом имеет клинико-коммуникативные нарушения наибольшей степени выраженности при галлюцинаторно-параноидном и депрессивно-параноидном синдромах в виде единичных соскальзываний (27,7%), инкапсулированных бредовых идей (11,1%), статичных поз (22,2%), диссоциированной улыбки (11,1%) и локомоции с элементами манерности (27,7%).

2. Параноидная шизофрения приводит к социальной дисфункции различного характера в зависимости от типа течения, продолжительности заболевания и связана с выраженностью клинико-коммуникативных нарушений.

2.1. Группа пациентов с непрерывным типом течения параноидной шизофрении характеризуется регрессивным и морбидным приспособительным поведением с низким и удовлетворительным уровнями социального функционирования. При продолжительности заболевания менее 5 лет выявлена достоверная сильная положительная корреляция ($r=0,74$, $p<0,05$) между вербальными клинико-коммуникативными нарушениями и социальной дезадаптацией, а также между невербальными клинико-коммуникативными нарушениями и социальной дезадаптацией ($r=0,74$, $p<0,05$). При продолжительности заболевания более 5 лет обнаружена достоверная сильная положительная корреляция ($r=0,75$, $p<0,05$) между

вербальными клинико-коммуникативными нарушениями и социальной дезадаптацией, корреляционная связь между невербальными клинико-коммуникативными нарушениями и социальной дезадаптацией оценивается как средняя ($r=0,47$, $p<0,05$).

2.2. Группа пациентов с эпизодическим типом течения параноидной шизофрении с нарастающим дефектом имеет гиперсоциальное, искажённо-деятельностное и защитно-ограждающее приспособительное поведение с удовлетворительным и средним уровнями социального функционирования. Между вербальными клинико-коммуникативными нарушениями и глубиной социальной дезадаптации имеется средняя корреляционная связь ($r=0,59$, $p<0,05$), между невербальными клинико-коммуникативными нарушениями и глубиной социальной дезадаптации выявлена сильная корреляционная связь ($r=0,72$, $p<0,05$).

3. У пациентов с параноидной шизофренией формируется определённый паттерн деятельности в проективной модели ситуации когнитивной неопределённости в зависимости от типа течения и продолжительности заболевания, что отражает специфику социальных коммуникаций.

3.1. Пациенты с непрерывным типом течения и стажем заболевания менее пяти лет сохраняют возможность продуцировать социально приемлемые интерпретации стимульного материала, проявляя элементы креативно-исследовательской деятельности.

3.2. При непрерывном типе течения и продолжительности заболевания более пяти лет интерпретации по своим характеристикам приближаются к таковым при органических поражениях головного мозга с чертами эмоциональной отгороженности и неадекватности.

3.3. При эпизодическом типе течения с нарастающим дефектом происходит значительное увеличение общего количества ответов и высокая вовлечённость в процесс тестирования с элементами исследовательской активности.

4. Наибольший реабилитационный потенциал имеется у пациентов с непрерывным типом течения параноидной шизофрении с продолжительностью заболевания менее пяти лет, а также с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом за счёт относительной сохранности организационной активности и возможности продуцировать социально приемлемые интерпретации стимульного материала наряду с оригинальными ответами.

5. Использование тренинга социальных навыков и методик реатрибуции, нацеленных на оптимизацию деятельности пациентов в ситуации когнитивной неопределённости, в сочетании с рациональной психофармакотерапией с акцентом на препаратах атипичного ряда позволяет модернизировать и повысить эффективность программ психосоциальной реабилитации при параноидной шизофрении и, как следствие, улучшить процессы реинтеграции данной категории

пациентов в социум. Тест Роршаха может использоваться не только в качестве диагностического инструмента, но и в дополнении к методикам реатрибуции.

5.1. В течение 12-ти месячного периода наблюдения в группе пациентов, получавших атипичные нейролептики в сочетании с психосоциальной реабилитацией в 35% случаев отмечен переход из низкого уровня социального функционирования в удовлетворительный. Сочетание психосоциальной реабилитации и нейролептиков типичного ряда показывает меньшую эффективность при коррекции социальной дисфункции у пациентов с параноидной формой шизофрении за счёт большего числа плохо переносимых побочных эффектов и низкого комплайенса, положительная динамика в виде перехода из крайне низкого в низкий уровень социального функционирования отмечена в 16% случаев.

5.2. Положительная динамика уровня социального функционирования подтверждается изменением показателей теста Роршаха, в частности, увеличением количества чётких человеческих образов по отношению к нечётким, активных движений по отношению к пассивным, ростом общего числа человеческих образов, снижением числа патологических процессуальных феноменов и индекса изоляции. Наиболее выраженная динамика данных показателей отмечается в подгруппе, получавшей атипичные нейролептики в сочетании с психосоциальной реабилитацией.

Практические рекомендации. По результатам проведённого исследования нами разработаны критерии оценки клинично-коммуникативных нарушений на модели ситуации когнитивной неопределённости в проективной методике (тест Роршаха), включающие в себя параметры организационной активности, количественную характеристику популярных ответов (P), ответов с хорошей формой (F+), представленность «особых феноменов» процессуального характера и репертуара невербального поведения в виде элементарных единиц поведения, простых и сложных поведенческих комплексов, отмечаемых в ходе процедуры тестирования (особенности мимики, пантомимики, праксемическая ориентация). Количественную характеристику уровня социального функционирования мы рекомендуем оценивать с помощью ряда параметров в кластере социального функционирования, определяемого по результатам тестирования методом Роршаха: соотношение чётких и искажённых человеческих образов GHR : PHR, соотношение активных и пассивных движений а:р в ответах по движению (кинестетических ответах), общее количество человеческих образов в протоколе N cont, индекс изоляции Isol (соотношение ответов в виде неодушевлённых предметов к общему количеству ответов в протоколе), совместные (COOP) и агрессивные (AG) движения.

Нами определены пути оптимизации программ психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией посредством использования социальных тренингов с методиками реатрибуции, улучшения распознавания человеческих образов в проективных методиках, повышение уровня реалистичности интерпретаций стимульного материала, в сочетании с рациональной психофармакотерапией. Последняя предполагает акцент на использование антипсихотиков атипичного ряда в адекватных дозировках с соблюдением необходимой экспозиции и режима монотерапии, не только способствующих редукции избыточной дофаминовой нейротрансмиссии в мезолимбическом тракте (феномен «дофаминового ливня»), но и восполнению дефицита дофамина в префронтальной области головного мозга (явления гипофронталитета), а также минимизации ятрогенной когнитивной неопределённости в технологиях психиатрического интервью, что особенно важно при первичном контакте пациента и врача. Подобная технология психиатрического интервью, рекомендуемая нами при беседе с пациентом, предполагает уделять особое внимание таким элементам беседы как приветствие и его невербальная часть, представление врачом самого себя, формулировка целей, ожиданий предстоящей беседы. К немаловажным аспектам нами отнесено и соблюдение оптимальной дистанции, выходящей за пределы личного пространства пациента, использование приёмов «присоединения» - конгруэнтное, пластичное поведение врача-психиатра, соответствие интонации, адекватный язык жестов, вербальное и невербальное следование рассказу пациента, мягкая эмоциональная манера и спокойная доброжелательная уверенность врача. Основная часть интервью должна, по нашему мнению, начинаться с открытых вопросов, лишённых суггестивного компонента и предполагающих развёрнутый содержательный ответ с отведением пациенту активной роли в беседе. Постепенно в ходе беседы происходит выделение области, в которой необходимо сконцентрировать вопросы врача (так называемая кларификация), с чередованием открытых и закрытых вопросов. Ближе к концу беседы используется техника прояснения с закрытыми вопросами с целью детализации психопатологических феноменов. С нашей точки зрения, немаловажной является техника слушания, которая может быть активной либо пассивной в зависимости от состояния пациента. Заключительным этапом беседы является «отсоединение» и резюмирование с предоставлением пациенту ясной и конкретной информации для пациента в отношении его психического состояния и дальнейшей тактики ведения. Соблюдение данных технологий психиатрического интервью позволяет устранить ятрогенную когнитивную неопределённость в коммуникативной диаде врач-пациент и наладить

качественный контакт, определяющий эффективность терапевтических и реабилитационных интервенций.

В ходе работы нами разработана многоступенчатая программа психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией, включающая в себя диагностический блок и блок терапевтических интервенций, позволяющая структурировать и повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий.

Нами разработана карта обследования пациента (см. приложение), позволяющая определить профиль социального функционирования, психопатологического состояния и клиничко-коммуникативных аномалий с помощью такого инструментария как опросник для оценки социального функционирования, шкалы PANSS и теста Роршаха соответственно. Данная карта может быть использована при работе с пациентами, страдающими параноидной шизофренией, психиатрами, клиническими психологами и социальными работниками, участвующими в программах психосоциальной реабилитации данной категории пациентов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Жданок, Д.Н. Эндофенотипы шизофрении: состояние вопроса и перспективы / Д.Н. Жданок, Д.А. Старичков, А.А. Овчинников // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – №1. – С. 8-9.
2. Жданок, Д.Н. Эндофенотипы шизофрении: обзор проблемы / Д.Н. Жданок // Авиценна-2011: тез. докл. ежегод. конф. молодых ученых и студентов. - Новосибирск: НГМУ, 2011. – С. 327-328.
3. Овчинников, А.А. Саккады как неврологические маркеры шизофрении: обзор проблемы / А.А. Овчинников, Д.Н. Жданок, Д.А. Старичков // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): тез. докл. межрегион. науч.-практ. конф. (Кемерово, 23.03.2011) / Под ред. Акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск: «Иван Фёдоров», 2011. – С. 184 – 186.
4. Жданок, Д.Н. Эволюция дофаминовой гипотезы шизофрении / Д.Н. Жданок // Молекулярные механизмы Шизофрении. Сборник трудов международной Интернет-конференции. Казань, 27-29 Марта 2011 г. - С. 50-53.
5. Жданок, Д.Н. Клиничко-коммуникативные нарушения у пациентов с шизофренией на примере ситуации когнитивной неопределённости / Д.Н. Жданок, А.А. Овчинников, М.Ю. Дробижев // Материалы VII Международной конференции «Перспективные разработки

- науки и техники». - 2011, Т. 40: Медицина. Nauka i studia Польша, г. Пшемьсль - 104 стр. - С.68-72.
6. Жданок, Д.Н. Использование теста Роршаха для моделирования ситуации когнитивной неопределённости у пациентов с шизофренией / Д.Н. Жданок // Сборник статей всероссийской школы молодых учёных в области психического здоровья, Суздаль, 28 сентября — 1 октября 2011г. - С. 96-99.
 7. Жданок, Д.Н. Клиническая типология дезадаптивных форм поведения при шизофрении в эволюционном контексте / Д.Н. Жданок // **Медицина и образование в Сибири [электронный ресурс]. - 2011. - №6. - Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=553**
 8. Жданок, Д.Н. Патологическая адаптация при психотической тревоге в контексте теории самоорганизующихся систем / Д.Н. Жданок // **Медицина и образование в Сибири [электронный ресурс]. - 2012. - №4. - Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=760**
 9. Жданок, Д.Н. Динамика ауто- и гетеронозогнозии у пациентов с параноидной шизофренией в процессе антипсихотической терапии. / Д.Н. Жданок, А.А. Овчинников, Д.А. Старичков, Т.Д. Сырчина, Е.В. Семенова // Медицинский форум "Здравоохранение Сибири 2012" в рамках программы XXII международной медицинской выставки "МедСиб 2012". – г. Новосибирск, 2012. - С. 98-102.
 10. Жданок, Д.Н. Парадоксальность, психотическая тревога и самоорганизация при параноидной шизофрении. / Д.Н. Жданок, А.А. Овчинников, Д.А. Старичков, А.М. Карпушкин, О.В. Латыпова // Медицинский форум "Здравоохранение Сибири 2012" в рамках программы XXII международной медицинской выставки "МедСиб 2012". – г. Новосибирск, 2012. - С. 102-106.
 11. Жданок, Д.Н. Клинико-динамические характеристики нарушений исполнительных функций и дезадаптивного поведения при параноидной шизофрении / Д.Н. Жданок // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. - №6. – С. 20-23.**
 12. Овчинников, А.А. Диагностические подходы к оценке дефицита социальных коммуникаций при параноидной шизофрении / А.А. Овчинников, Д.Н. Жданок // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – №1. – С. 86-90.**