

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т. Ф. Волчкова

*БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников», ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ*

Исторически реабилитация в психиатрии больше связана с работой по наиболее полному восстановлению положения в обществе хронически психически больных, хотя в последующем она приобрела тенденцию стать всеобъемлющим процессом, наравне с лечением [1, 2, 11]. Современные реабилитационные подходы направлены, прежде всего, на личность больного, развитие утраченных навыков и активацию компенсаторных механизмов [4].

Изучение глубинных структур мозга, явлений нейропластичности, развитие «когнитивной нейронауки» способствовали появлению патогенетического обоснования влияния реабилитационных воздействий на лиц, страдающих шизофренией [3]. Оказание помощи лицам с психическими расстройствами во внебольничных условиях с применением реабилитационных воздействий наиболее оправдано в связи с их реализацией в условиях, максимально приближенных к обычному функционированию индивида в социуме [2]. В связи с освоением новых подходов к оказанию психиатрической помощи меняется ее структура с развитием полустационарных отделений и внебольничных видов помощи, в том числе непосредственно в сообществе [2]. Внедрение в клиническую практику различных форм и методов психосоциального лечения и реабилитации требует разработки алгоритмов их внедрения с учетом местных особенностей организации психиатрической помощи и служб социальной защиты [6].

**Целью** настоящего исследования явились разработка и внедрение комплексных дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов к оказанию помощи пациентам с прогрессирующими формами шизофрении в условиях дневного стационара.

### Материалы и методы

Работа выполнялась на базе дневных стационаров БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им.Н.Н.Солодников».

Критериями включения в исследуемую группу служили: первичное поступление в дневные стационары в период с 01.01.2005 по 31.12.2007 год; трехкратное поступление в дневные стационары в период с 01.01.2005 по 31.12.2008 год; диагноз «Шизофрения», установленный в соответствии с критериями МКБ-10: F20.00x, F20.01x, F20.02x, F25.01, F25.11, F25.21; стаж болезни более 5 лет; возраст 18–60 лет; сроки лечения в дневном стационаре при каждом поступлении не менее 30 койко-дней; отсутствие выраженной неврологической и соматической отягощенности, влияющей на состояние пациентов.

Критериями исключения являлись: выписка из отделения дневного пребывания с ухудшением для продолжения лечения в круглосуточном стационаре (поступление в круглосуточный стационар в период между поступлениями в отделения дневного пребывания не являлось критерием для исключения); наличие сопутствующей наркологической патологии в виде синдрома зависимости (критерии МКБ-10 для F1x.2..); отсутствие комплаентности при вовлечении в мероприятия психосоциальной реабилитации. Рандомизация проводилась путем отбора пациентов, поступивших в каждый третий день месяца (3, 6, 9, 12 числа и т.д.).

С учетом критериев отбора, после рандомизации в исследуемую группу были включены 125 больных шизофренией: 67 человек вошли в основную группу (наряду с проведением адекватной психофармакотерапии, они включались в мероприятия психосоциальной реабилитации); 58 больных составили контрольную группу (получали лишь биологическую терапию), конгруэнтную по основ-

ным признакам по отношению к основной группе. На первом этапе все пациенты (125 чел.) были обследованы с помощью специально разработанной «Базисной карты пациента с шизофренией, включенного в реабилитационный процесс», содержащей данные о клинике заболевания и социальном функционировании пациентов (образование, профессиональная группа, степень сохранения трудоспособности, семейное положение, уровень доходов, широта круга общения и т.п.). Клиническая симптоматика оценивалась с применением клинико-психопатологического метода, а также с помощью шкал: 1) позитивных и негативных симптомов – PANSS [9]; 2) оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях [7]. Исследование когнитивных функций проводилось с использованием шкалы оценки нейрокогнитивных процессов [8]. Адаптационные возможности изучались на основании комплексной «Методики оценки социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией» [5]. Оценка качества жизни и социального функционирования пациентов проводилось на основе шкалы персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance scale – PSP) [9] и «Розы» качества жизни [10].

### Результаты

Анализ данных, полученных вследствие изучения клинической картины болезни, негативных и когнитивных нарушений, адаптационных возможностей, социального функционирования и качества жизни изучаемого контингента больных, позволил провести ранжирование наиболее значимых признаков – результатов шкал: PANSS (негативные и общепсихопатологические симптомы), PSP, нейропсихологической оценки; характера внешней, внутренней адаптации, типов адаптации и компенсаторно-приспособительной защиты; уровней качественных и количественных негативных нарушений в эмоциональной, волевой и ассоциативной сферах; адекватности оценки качества жизни; сохранности навыков независимого проживания; степени утраты трудоспособности. Все признаки были оценены в баллах от «минус» 3 до 14. При подсчете суммы баллов минимальный результат составил «минус» 3, максимальный – 62. В зависимости от полученного результата, были выделены пять «уровней социальной адаптации» у пациентов изучаемого контингента: высокая социальная адаптация (ВА), сниженная социальная адаптация (СА), нестабильная социальная адаптация (НА), выраженные нарушения социальной адаптации (ВНА), социальная дезадаптация (СД).

На следующем этапе исследования были разработаны и внедрены дифференцированные комплексные программы реабилитации, включающие в себя разнообразные формы психосоциальных воздействий, основанные на индивидуальных особенностях пациентов, в том числе учитывающие уро-

вень их социальной адаптации. Реализация реабилитационных программ осуществлялась полипрофессиональной бригадой специалистов в условиях активной терапевтической среды (табл. 1).

Основной задачей реабилитационных программ для пациентов с высоким уровнем социальной адаптации являлось сохранение имеющегося уровня социальной адаптации с обязательным проведением следующих вмешательств: психообразовательная групповая и индивидуальная работа с пациентом и родственниками; индивидуальная эмоциональная поддержка, тренинги коммуникативных навыков (высокоинтеллектуальный уровень); психологическое сопровождение после выписки. При необходимости пациенты с высоким уровнем социальной адаптации участвовали в семейной психотерапии, тренингах когнитивных навыков, получали консультации по трудовым и юридическим вопросам, вовлекались в высокоинтеллектуальные виды досуга (посещение культурно-развлекательных центров, театров и т.п.). Ведение случая приобретало особое значение после выписки из дневного стационара, принимая форму психологического сопровождения. При организации тренинговых программ пациенты объединялись в группы с больными, имеющими сниженный и нестабильный уровень социальной адаптации.

При реализации мероприятий психосоциальной реабилитации лиц, страдающих шизофренией, со сниженным уровнем социальной адаптации особое внимание уделялось предупреждению нарастания социальной дезадаптации. Реабилитационные программы включали: психообразовательную групповую и индивидуальную работу с пациентами и родственниками; помощь в трудоустройстве (в том числе трудоустройство с поддержкой); групповую и индивидуальную работу, направленную на сохранение прежнего места работы; тренинги коммуникативных навыков (высокоинтеллектуальный уровень); эмоциональную и инструментальную поддержку; психологическое сопровождение после выписки; тренинги когнитивных навыков. В ряде случаев проводилась семейная психотерапия. Пациенты вовлекались в интеллектуальные виды досуга. В качестве ведущего случая выступал психолог или специалист по социальной работе, что играло весомую роль во время пребывания в дневном стационаре в связи с частой необходимостью решать вопросы, связанные с трудовой деятельностью, наблюдением за посещением реабилитационных мероприятий, приемом лекарств.

Особенностью группы пациентов с неустойчивым уровнем социальной адаптации являлось отсутствие стабильности в психическом статусе в течение последнего года перед первичным поступлением в дневной стационар, обуславливающее нарушения социальной адаптации, в том числе снижение трудоспособности. Лечебно-реабилитационные мероприятия были направлены на стабилизацию психического состояния, решение вопросов

## Дифференцированные программы реабилитации больных шизофренией в условиях дневного стационара

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 т.ч. 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 настроения на регулярный прием лекарств и посещение реабилитационных программ	<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 (низко интеллектуального уровня)</li> <li>- вовлечение в трудовые процессы и организация досуга, в т.ч. посещение клуба пациентов</li> <li>- психообразовательная работа (индивидуальные беседы и элементарные тренинги)</li> </ul>
Социальная дезадаптация	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 т.ч. посещение клуба пациентов</li> <li>- психообразовательная работа с родственниками</li> <li>- социальное сопровождение после выписки</li> </ul>

трудовой занятости. Одной из ведущих проблем, требующих решения, являлось формирование настроения на регулярный прием лекарств и посещение реабилитационных программ. В качестве направлений реабилитационной работы были использованы: индивидуальная работа, направленная на мотивацию к вовлечению в лечебно-реабилитационный процесс с пациентом и родственниками; психообразовательная работа; семейная психотерапия; консультации по трудоустройству, решение вопросов об утрате трудоспособности; тренинги коммуникативных и когнитивных навыков; инструментальная поддержка; сопровождение после выписки. В ряде случаев присоединялись тренинги независимого проживания. Важным компонентом реабилитационной программы являлось вовлечение пациентов в разнообразные виды досуга, посещение клуба пациентов. При формировании групп для участия в тренингах, рекомендовано объединять пациентов с разным уровнем адаптации (от высокого до выражено нарушенного). В качестве ведущего случая, который занимал активную позицию наблюдения за действиями пациента во

время пребывания в дневном в стационаре, а при необходимости и после выписки, назначался специалист по социальной работе, реже психолог или социальный работник.

Реабилитационные программы для пациентов с выраженными нарушениями социальной адаптации были направлены на предупреждение формирования социальной дезадаптации пациентов. Как и в случаях неустойчивой адаптации, особую роль играло мотивирование пациентов. Основными направлениями работы являлись: тренинги независимого проживания; инструментальная поддержка; семейная психотерапия; тренинги коммуникативных навыков, вовлечение в трудовые процессы и организация досуга, в том числе посещение клуба пациентов; психообразовательная работа с пациентом (индивидуальные беседы и элементарные тренинги) и родственниками. Пациенты участвовали в тренингах когнитивных навыков. Ведение случая осуществлялось медицинской сестрой, социальным работником или специалистом по социальной работе. В целом работа была направлена на расширение круга общения, формирование более актив-

ной жизненной позиции, комплаенса, настроя на прием лекарств, посещение участкового психиатра.

Наличие выраженных негативных и когнитивных нарушений обуславливало низкий реабилитационный потенциал социально дезадаптированных пациентов, поэтому основной задачей при организации лечебно-реабилитационных программ являлось предупреждение обострений, уменьшение длительности пребывания в круглосуточном стационаре, стимуляция и поддержание навыков независимого проживания. В качестве ведущих мероприятий были использованы: тренинги независимого проживания с элементами психообразования; ведение случая, инструментальная поддержка; тренинги коммуникативных навыков (элементарного характера); вовлечение в трудовые процессы и организация досуга, в том числе посещение клуба пациентов; психообразовательная работа с родственниками; социальное сопровождение после выписки. В качестве ведущего случая выступали медицинская сестра, социальный работник или специалист по социальной работе. При необходимости оказывалось содействие в решении вопросов дееспособности, направлении в дома-инвалидов.

На заключительном этапе исследования была проведена оценка эффективности указанных лечебно-реабилитационных подходов путем повторного обследования пациентов (через 6–12 мес. по окончании наблюдения в период становления лекарственной ремиссии). Период наблюдения пациентов составил от 2,5 до 5 лет. Сравнивались результаты, полученные в основной и контрольной группах пациентов.

При сопоставлении полученных данных с исходными (до включения в исследование) было выявлено, что в основной группе больных число случаев самостоятельного обращения к участковому психиатру увеличилось с 29,9% до 61,2% ( $p < 0,001$ ), тогда как в контрольной группе динамика по данному показателю практически отсутствовала (36,2% до начала исследования, 33,3% – в итоге;  $p > 0,05$ ) (табл. 2).

При повторном обследовании среди больных основной группы значительно увеличилось число пациентов, достигших ремиссии продолжительностью более двух лет – с 7,5% до 13,4% ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе число больных с ремиссиями более двух лет уменьшилось с 8,6% до 6,9% ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Ремиссии, продолжительностью менее 6 месяцев, были наиболее характерны для лиц с неста-

бильной социальной адаптацией (53,6%), от 6 месяцев до года – для больных с СД (46,7%), от 1 года и более – для ВА (83,3%). Ремиссии продолжительностью от 6 месяцев до двух лет встречались в 80,0% случаев в группе больных с СА и в 64,9% случаев – среди пациентов с ВНА.

К концу исследования, число больных, поступавших в стационар на срок менее 30 дней, увеличилось в два раза за счет пациентов основной группы (в контрольной группе динамики не отмечено). Короткие госпитализации были более характерны для больных с высоким уровнем адаптации (ВА – 66,7% и СА – 33,3%). Госпитализации пациентов с низким уровнем адаптации длились, как правило, 1–3 месяца (ВНА – 94,8%, СД – 84,2%). Большая часть больных с нестабильной адаптацией (НА) находилась в стационаре в течение 61–90 дней (82,1%).

Одним из показателей, отражающим не только тяжесть психического расстройства, но и эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, является число больных, утративших трудоспособность. За время наблюдения по результатам МСЭ утратили трудоспособность 6,0% больных основной группы и 13,8% больных контрольной группы. При этом в основной группе на экспертизу направлялись лишь пациенты с НА, тогда как в группе сравнения – с СА и НА. При изучении катанеза, в основной группе число трудоустроенных больных несколько увеличилось (на 1,5%) и составило 20 человек (29,9%), тогда как в группе сравнения отмечалось значительное уменьшение данного показателя (с 27,6% до 8,6%;  $p < 0,05$ ) (табл. 2).

В ходе исследования была выявлена взаимосвязь между показателями когнитивного и социального функционирования пациентов, страдающих шизофренией. Снижение социальной адаптации (от ВА к СД) при первичном обследовании сопровождалось нарастанием нейрокогнитивного дефицита. При повторном обследовании было выявлено, что у пациентов основной группы отмечалась положительная динамика, тогда как в контрольной группе нейрокогнитивный дефицит нарастал независимо от уровня социальной адаптации. При сравнении динамики относительных показателей в основной и контрольной группах (рис. 1, 2) выявлено, что у пациентов с НА различия были достоверными ( $p < 0,05$ ), у пациентов со СА и ВНА они приближались к достоверным.

Таблица 2

Динамика показателей в основной и контрольной группах

Показатель (%)	Основная группа		Контрольная группа	
	Первое обследование	Второе обследование	Первое обследование	Второе обследование
Число случаев самостоятельного обращения к участковому психиатру	29,9	61,2	36,2	33,3
Число случаев достижения ремиссии продолжительностью более двух лет	7,5	13,4	8,6	6,9
Число трудоустроенных лиц	24,4	29,9	27,6	8,6



Рис. 1. Динамика нейрокогнитивных нарушений по результатам нейропсихологической шкалы у пациентов с разным уровнем социальной адаптации (в баллах)

Примечания: ВА – высокая социальная адаптация, СА – сниженная социальная адаптация, НА – нестабильная социальная адаптация, ВНА – выраженные нарушения адаптации, СД – социальная дезадаптация.

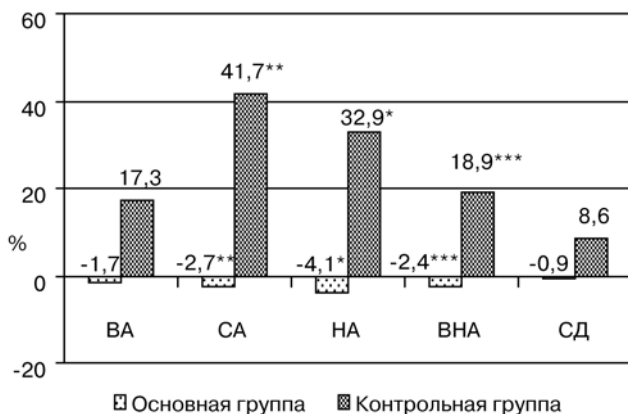


Рис. 2. Соотношение динамики относительных показателей нейрокогнитивных нарушений у пациентов с разным уровнем социальной адаптации

Примечания: см. рис. 1.

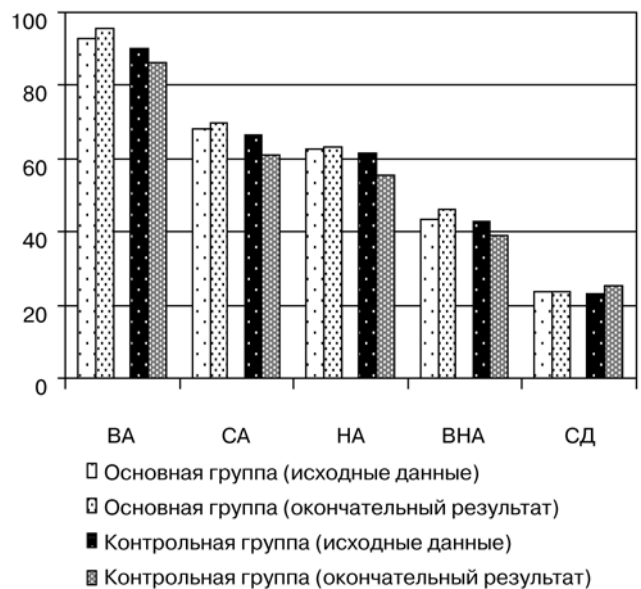


Рис. 3. Динамика социального функционирования по шкале PSP в основной и контрольной группах с учетом уровня социальной адаптации

Примечания: см. рис. 1.

Изучение показателей повседневного и социального функционирования по шкале PSP выявило положительную динамику в основной группе пациентов и отрицательную – в контрольной группе. Минимальная положительная динамика в основной группе получена у пациентов с НА (1,2%), а максимальная – с ВНА (4,8%). Отрицательная динамика в контрольной группе пациентов последовательно нарастала по мере ухудшения социальной адаптации (от ВА к СД) (рис. 3).

Повторное обследование качества жизни выявило преимущественно повышение удовлетворенности отдельными сферами в основной группе пациентов и снижение уровня качества жизни в контрольной группе. При оценке динамики показателей в группах пациентов с разным уровнем социальной адаптации было выявлено, что максимальные колебания получены в группах больных с СА и ВНА, а минимальные – в группах с ВА и СД. При этом среди лиц основной группы отмечалось появление более адекватных субъективных оценок (в основном у больных с ВНА и СД) (рис. 4).



Рис. 4. Динамика показателей «Розы» качества жизни в основной и контрольной группах больных по сравнению с первичным обследованием

Примечания: 1 – сексуальные отношения, 2 – душевный покой, 3 – семья, 4 – дети, 5 – здоровье, 6 – материальный достаток, 7 – жилищные условия, 8 – питание, 9 – условия в районе проживания, 10 – духовные потребности, 11 – общение с друзьями, 12 – развлечения, отдых, 13 – положение в обществе, 14 – работа.

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**: 1) проведение дифференцированных лечебно-реабилитационных программ с учетом индивидуальных особенностей пациентов способствует уменьшению числа и продолжительности госпитализаций, сохранению максимально возможного уровня трудоспособности на фоне сохранения или улучшения показателей когнитивных функций, социального и повседневного функционирования и качества жизни; 2) диагностированный исходный уровень социальной адаптации является фактором, определяющим степень поло-

жительного эффекта, который может быть получен вследствие проведения реабилитационных вмешательств; 3) отсутствие в структуре лечебного процесса адекватных мероприятий психосоциальной реабилитации сопровождается более частым отказом от посещения участкового психиатра, приема поддерживающего лечения, увеличением продолжительности госпитализаций, уменьшением продолжительности ремиссий, в сочетании с нарастанием нейрокогнитивного дефицита, ухудшением социальной адаптации и качества жизни пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–85.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
3. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2008. 288 с.
4. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 1. С. 22–27.
5. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Лечебно-профилактическая помощь больным приступообразной шизофренией на основе изучения их адаптационных возможностей: Методические рекомендации МЗ СССР. Томск, 1988. 22 с.
6. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 28 с.
7. Логвинович Г.В., Семке А.В., Бессараб С.П. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях. Томск: Изд-во Томского Ун-та, 1992. 170 с.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973. 374 с.
9. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 238 с.
10. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Томского Ун-та, 1999. С. 390.
11. Юровская Е.М. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией и шизотипическим расстройством (клинические, социальные и адаптационные аспекты): Дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. 183 с.
12. Morosini P.-L., Magliano L., Brambilla L. et al. Содержание, надежность и возможности широкого внедрения новой версии Шкалы Оценки Социального Функционирования (SOFAS) DSM-IV для оценки рутинного социального функционирования // Терапия психических расстройств. 2007. № 2. С. 13–18.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т. Ф. Волчкова

Изучение проблемы реабилитации больных шизофренией в условиях дневного стационара позволило предположить, что попытка разработки дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов для указанного контингента представляет несомненный научный интерес и является весьма приоритетной. В ходе исследования проведен детальный анализ клинико-динамических и социальных показателей пациентов дневного стационара, страдающих шизофренией, позволивший выделить пять уровней социальной адаптации изучаемого контингента. Особенности уровней социальной адаптации больных легли в основу

разработанных дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных подходов. В заключение был проведен повторный анализ с помощью инструментов и методов, используемых на инициальном этапе, который выявил лучшие показатели в группе больных, вовлеченных в реабилитационный процесс, по сравнению с пациентами контрольной группы, получавшими лишь биологическую терапию.

**Ключевые слова:** шизофрения, психосоциальная реабилитация, индивидуальная программа реабилитации, уровень социальной адаптации.

## DIFFERENTIATED REHABILITATION PROGRAMS FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN A DAY HOSPITAL

T. F. Volchkova

Investigation on schizophrenic patients' rehabilitation in a day hospital shows the importance of this subject, also in terms of development of evidence-based differentiated organizational, treatment and rehabilitation approaches. On the basis of a thorough analysis of clinical-dynamic and social parameters of schizophrenic patients in a day hospital, the author distinguishes five levels of social adjustment. Characteristics of these levels form the ground for differentiated orga-

nizational, treatment and rehabilitation forms of care. A second measurement made with the instruments and methods used at the initial stage of research, shows better scores in patients involved in rehabilitation process, in comparison with controls that receive only biological therapy.

**Key words:** schizophrenia, psychosocial rehabilitation, individual rehabilitation program, social adjustment level.

---

**Волчкова Татьяна Федоровна** – врач-психиатр реабилитационного дневного стационара БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодниковой», заочный аспирант кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ; e-mail: ptf\_y@mail.ru