

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8-036.4-08-039.76:316

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова***СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ
РАННИХ СТАДИЙ ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ (СООБЩЕНИЕ 3)**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: ранние стадии шизофрении, биопсихосоциальный подход, психосоциальная реабилитация

Основные направления психосоциальной реабилитации на ранних стадиях шизофрении.

Современный стандарт оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствии этапу развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив, этап хронизации), потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [1, 2]. Поэтому особую актуальность приобретают исследования эффективности подобных вмешательств в целевых группах больных.

Одной из таких целевых групп с позиции ресурсных возможностей пациента для достижения оптимальных результатов социального восстановления являются больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания [3 – 6].

Несмотря на исторический пессимизм в отношении прогноза шизофрении, результаты многих исследований говорят о том, что раннее вмешательство на начальных этапах может улучшить результаты антипсихотической терапии, а также долгосрочный прогноз заболевания [7].

Для обеспечения раннего вмешательства были созданы многочисленные продромальные клиники, а также клиники первого психотического эпизода [8 – 12]. Однако является ли начало терапии при первом психотическом эпизоде своевременным или запоздалым реагированием на болезнь? Можно ли считать манифестный приступ шизофрении истинным началом болезни? Всегда ли первая обращаемость за психиатрической помощью соотносится с дебютом заболевания? Ответы на эти вопросы находятся в плоскости концептуальных представлений о динамике шизофренического процесса, в частности, о его начальных (доманифестных) стадиях.

Предлагая различать при шизофрении понятия ранней и поздней реабилитации, Н. Gastager [13] имел в виду дифференциацию методов восстановительного лечения больных, поступающих в больницу и еще сохраняющих естественные социальные связи, и хронических обитателей психиатрических заведений. Однако, с нашей точки зрения, раннюю реабилитацию больных шизофренией не следует связывать с какой-либо конкретной фазой заболевания или первичной госпитализацией. Неправомерно рассматривать ее и просто как начальный этап реабилитации. Суть ранней реабилитации принципиально отличается от целей и задач ее последующих этапов. Она состоит не только в сохранении у больного доболлезненного уровня социальной адаптации, но и в оптимизации приспособительных механизмов, адаптивных ресурсов и реабилитационного потенциала, не выходящей за рамки естественной приспособляемости больного. При хроническом системном заболевании, каковым является шизофрения, своевременное (на инициальном этапе) проведение мероприятий, ослабляющих его прогрессивность, способствующих предотвращению обострений и дезадаптации больного и сохраняющих его социальные связи, становится формой их ранней реабилитации. Воздействие на приспособительные механизмы в этом периоде болезни может оказать решающее влияние на ее последующее течение. В этом смысле ранняя реабилитация смыкается с задачами профилактики шизофрении, как ее понимали В.А. Гиляровский (1931) и Н.П. Татаренко (1956) [цит. по 14].

Т.В. Корнева [15] центральным моментом ранней реабилитации больных малопродвинутой шизофренией, особенно возникающей в первое двадцатилетие жизни, считает целенаправленное участие в формировании новых лич-

ностных образований, противостоящих шизофреническому диатезу и имеющих мощное профилактическое действие. Это связано с происходящим в этом возрасте интенсивным формированием социальных, иерархически наиболее сложных личностных компонентов, обуславливающих выбор и усвоение системы социального ролевого поведения.

Аналогичную точку зрения высказывают А.С. Дороднова [16] и И.Я. Гурович [17], подчеркивая, что социальные потери и социальное снижение более чем у половины больных шизофренией отмечаются уже в фазе продрома еще до начала первого манифестного приступа и продолжают нарастать в период активного течения процесса. С учетом преимущественно молодого возраста больных с инициальными стадиями заболевания, у них еще не завершается личностное и социальное становление [18], поэтому целью их реабилитации является не только восстановление социальных позиций, но и осуществление личностного и социального развития. Из этого со всей очевидностью вытекает необходимость берегающей-превентивной психосоциальной реабилитации [19], обеспечивающей личностный рост пациентов [20].

Многими исследователями доказано прогностическое значение первых пяти лет заболевания шизофренией, так как именно в данный период происходят наиболее значительные биологические, психологические и социальные изменения, а патологические процессы максимально динамичны [21, 22]. Установлено, что раннее выявление и своевременное медикаментозное и психосоциальное вмешательство способствуют более благоприятному течению заболевания, минимизации негативных социальных последствий для пациента и его окружения [23 – 30], предупреждению первичных общественно-опасных действий, совершаемых чаще всего на инициальных этапах болезни [31].

В.М. Воловик [32] выделяет четыре этапа ранней реабилитации больных шизофренией: 1) этап привлечения к лечению и формирования терапевтических установок (энергичная индивидуальная психокоррекционная работа с больным и его близкими, подбор препаратов, снижение аффективного напряжения, налаживание сна, психологическая подготовка к активному лечению, разрешение кризисных профессиональных ситуаций); 2) этап активной фармакотерапии и регресса (дезактуализации) основных расстройств; 3) этап социальной активации и оптимизации компенсаторно-приспособительных

процессов (со смещением центра тяжести лечебно-восстановительных мероприятий на различные формы групповой психо- и социотерапевтической работы с больным и членами его семьи); 4) этап реадaptации и восстановления трудовой активности (возвращение к профессиональной деятельности или учебе в условиях повседневного контроля и регулирования психического состояния больного).

М.В. Горбунова и др. [33], С.В. Lincoln et al. [34], Р. McGorry [35] к основным направлениям ранней реабилитации больных шизофренией относят медикаментозную терапию, образовательные программы для пациентов и их семей, когнитивный тренинг социальных навыков.

А.С. Bellack et al. [36] рекомендуют раннюю реабилитацию больных шизофренией фокусировать в четырех ключевых сферах: необходимость комплексной и долгосрочной терапии; специально разработанные лечебные программы, учитывающие индивидуальные потребности; активное участие в процессе лечения самого пациента и членов его семьи; возможные ограничения, которые пациент может испытывать как непосредственный результат его болезни. Цель в данном случае заключается в том, чтобы максимально использовать сильные стороны пациента и помочь его восстановлению. Учитывая положительную корреляцию между социальной изоляцией и увеличением частоты рецидивов, важное место отводится тренингу социальных навыков.

Доказано, что для предупреждения рецидивов огромное значение имеют различные виды воздействий на семью. Чаще всего предлагается использовать обучение больного и членов его семьи, улучшение общения, решение проблем «здесь и теперь» и помощь в переработке эмоций внутри семьи [37].

Отмечается, что комбинация тренинга социальных навыков с образованием членов семьи и лекарственной терапией может существенно снизить частоту рецидивов в дальнейшем по сравнению с какой-либо другой комбинацией [38, 39].

Данные большинства последних литературных обзоров в этой области подтверждают, что один из лучших путей снижения показателей болезненности и госпитализации у больных с впервые диагностированной шизофренией – это раннее распознавание рецидива [40, 41]. Поэтому в медицинских учреждениях особую значимость приобретает интеграция лекарственной терапии и методов психосоциальной коррекции,

что должно улучшить качество общения и в случаях необходимости дать возможность использования более активных методов лечения.

На основе гипотезы о принадлежности продромов заболевания к негативной шизофрении, А.Б. Смулевич [42] предложил две модели терапии шизофрении: моноцелевую и двухцелевую. Начало моноцелевой модели приурочено ко времени полного развертывания позитивных расстройств, а ее задачей является купирующая антипсихотическая терапия приступов (включая ППЭ) либо эксацербаций эндогенного заболевания. Двухцелевая модель основывается на представлении о соответствии негативных симптомокомплексов медленному поступательному движению процесса, начиная с продрома. Исходя из такой оценки, терапия не может ограничиваться купированием ППЭ (моноцелевая модель); наряду с этой целью, другой, не менее важной, становится замедление прогрессивности на доманифестном (продромальном) этапе заболевания, клиническая картина которого ограничена стертыми негативными проявлениями.

Необходимо подчеркнуть, что раннее начало лечения не только замедляет прогрессивную динамику негативных расстройств. Как свидетельствуют данные Р. McGorry et al. [43], курсовое лечение, начатое в продромальном периоде, способствует более успешному проведению купирующей терапии, предотвращая или, по крайней мере, «отодвигая» сроки манифестации позитивных расстройств.

В контексте ранней реабилитации больных шизофренией наиболее предпочтительным, практически осуществимым и прогностически благоприятным является период первого психотического эпизода. Именно на этом этапе предоставляется оптимальная возможность не только уменьшения вероятности дальнейшей «шизофренизации» болезненного состояния и стигматизации больного, но и сохранения его социальных связей и улучшения социального функционирования.

Большинство исследователей проблемы первого психотического эпизода при шизофрении посвящено вопросам медикаментозного лечения и профилактики рецидивов [44 – 51]. Такая тактика чаще всего обозначается как раннее вмешательство (интервенция) в психоз [35, 52 – 54], предполагает сугубо биологический (деперсонифицированный) характер организации помощи и как бы исключает проведение психосоциальных реабилитационных мероприятий, апеллирующих к личности заболевшего. Поэтому только

«вмешательства в психоз» крайне недостаточно с точки зрения целей ранней реабилитации больного и его эффективной социальной интеграции после перенесенного первичного психотического эпизода.

Более конструктивную позицию в этом вопросе занимает Н.А. Марута [55]. Она обращает внимание на необходимость своевременного и эффективного лечебно-реабилитационного вмешательства на этапе ППЭ, которое может существенно изменить течение заболевания и его исходы.

Первая госпитализация в психиатрическую больницу при наличии выраженной негативной установки больного предопределяет в дальнейшем активное избегание помощи и дезадаптивные формы поведения больных на протяжении значительного отрезка времени. Особенности терапевтической тактики при впервые диагностированной шизофрении определяют течение заболевания, благополучие психического состояния и социального положения пациента в последующие годы [21, 44, 56, 57]. Раннее выявление и лечение первых приступов шизофрении уменьшает «биологическую токсичность» процесса, позволяет влиять на нейрокогнитивный дефицит, способствует ускорению наступления ремиссии, уменьшению социальных потерь и социальному восстановлению больных [51]. С другой стороны, при неправильной организации и неадекватной терапевтической тактике при манифестном приступе болезни значительно возрастает риск формирования неблагоприятных последствий в сфере социального функционирования больных [58, 59].

Во многих работах показана возможность улучшения клинического и социального прогноза у этой категории больных, в том числе и за счет комплексного подхода с сочетанием медикаментозного и психосоциального лечения [60 – 64].

По данным Л.Г. Мовиной [65], использование программы групповых и индивидуальных психосоциальных вмешательств в комплексном лечении больных в клинике первого психотического эпизода, по данным 2-летнего катамнеза, повышает число ремиссий, улучшает комплаенс, снижает число госпитализаций, положительно влияет на социальные исходы, способствует достижению более высокого уровня социального функционирования и качества жизни, обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими, усиливает чувство поддержки референтной группы, уменьшает

бремя семьи. Наиболее выражено влияние психосоциального вмешательства на комплаентность больных с первым психотическим эпизодом, что опосредованно способствует повышению качества ремиссий, своевременному выявлению признаков обострения и расширяет возможности получения необходимой помощи в наименее ограничительных условиях, предотвращая социальные потери.

J. Cullberg et al. [66] сообщают о более высоком рейтинге по шкале общей оценки функционирования и меньшей продолжительности госпитализаций в основной группе больных через год после включения в программу реабилитации, по сравнению с катамнестической контрольной группой. По данным годового катмнеза проекта OPUS в Дании [63, 67, 68], комплексное лечение способствует более выраженной редукции психотических симптомов и уменьшению чувства безнадежности.

Особого внимания заслуживает исследование R.M.G. Norman et al. [64], установившее взаимосвязь между более высоким уровнем социальной поддержки больных с ППЭ, с одной стороны, и уменьшением выраженности позитивных симптомов и снижением частоты госпитализаций в течение 3-х летнего периода наблюдения, с другой стороны. При этом не было обнаружено влияния на данную корреляцию таких составляющих как пол, возраст, уровень преморбидного приспособления и длительность нелегального психоза.

Для оптимизации реабилитационного вмешательства при ППЭ подчеркивается необходимость уточнения специфических (категориальных) диагностических признаков (критериев) психоза, создание стандартизованных инструментов для определения факторов риска неблагоприятной динамики заболевания, решение этических проблем, создание центров и разработка программ ранней интервенции [69, 70]. В соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с ППЭ [71], с первого дня лечения предусматривается обязательное проведение психообразовательной работы с их семьями, а также когнитивно-поведенческой и иных форм психотерапии с больными с целью осознания ими болезни, сущности терапевтического процесса и восстановления социального функционирования. В качестве критериев качества лечения, помимо степени редукции психопатологической симптоматики, рекомендуется использовать социальный критерий – степень способности к автономному социаль-

ному функционированию.

Помощь таким больным должна оказываться во внебольничных условиях, за исключением случаев явной опасности для пациента и его окружения и невозможности создания надлежащих условий лечения во внебольничных условиях. Во многих странах с этой целью активно создаются специализированные клиники первого психотического эпизода, основной задачей которых является программно-целевое обслуживание больных полипрофессиональной бригадой специалистов. В этих клиниках предпочтительнее отдается полустационарной и амбулаторной формам оказания психиатрической помощи. Они имеют доказанные преимущества в сравнении с традиционной системой психиатрической помощи по числу положительных клинических и социальных результатов [72 – 77]. Из числа отечественных авторов аналогичной точки зрения придерживается Е.В. Гузенко [78]. Им показана целесообразность расширения группы пациентов с ППЭ, которые могут получать помощь в менее стигматизирующих вне стационарных условиях. Преимущества амбулаторной и полустационарной (дневной стационар) форм медицинской помощи заключаются в том, что они способствуют достижению более качественных и длительных ремиссий, уменьшению количества рецидивов, улучшают комплаенс, обеспечивают более регулярное следование поддерживающей терапии, своевременное обращение за помощью при первых признаках обострения, а также способствуют сохранению уровня социального функционирования и уменьшению показателя инвалидизации.

Одной из важных задач ранней реабилитации больных шизофренией является предотвращение рецидива и терапевтической резистентности [79, 80]. В стратегиях, направленных на достижение этих целей, важное место занимает психотерапия, направленная на оптимизацию отношений с микросоциумом, понимание симптомов болезни, тренинг когнитивных и социальных навыков, устранение коморбидных состояний. Целью семейной психотерапии является облегчение чувства утраты и отрицательных переживаний у членов таких семей в процессе ухода за больным на ранней стадии психоза, что способствует формированию «теплого» климата в семье, устраняет враждебность и агрессию [53].

Оценка эффективности психосоциальной реабилитации больных шизофренией

Многочисленными исследованиями за последние десятилетия показана эффективность пси-

хосоциальных вмешательств при различных психических расстройствах. Они оказывают положительное влияние на снижение уровня госпитализаций, выраженность психопатологических нарушений, социальное функционирование, в том числе, и в отношении трудоспособности, возможности независимого проживания.

Существует достаточно много подходов к определению понятия «результат реабилитации». Это могут быть объективные результаты, касающиеся различных сторон жизни (жильё, работа, учёба, социальные контакты), но могут быть и субъективные индивидуальные результаты типа «роста уверенности в себе и чувства идентичности пациента» или оценка эффективности реабилитационных программ [81, 82].

Разработаны стандартизованные инструменты для кросс-национальных исследований психосоциальной помощи больным шизофренией. Показатели выхода из болезненного состояния (показатели повторных обострений, госпитализации, социального функционирования, ролевого поведения и т.п.) оценивают при помощи самых разнообразных инструментов, среди которых наиболее популярны: SCL-90R, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Adjustment Scale II, Global Assessment Scale (GAS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Quality of Life Scale (QLS) и др.

Одним из критериев эффективности медицинской, в том числе психиатрической и психосоциальной, помощи является своевременность её оказания.

Однако клиническая практика свидетельствует о том, что далеко не всегда больные попадают в поле зрения психиатрической службы сразу же после возникновения первого психотического эпизода, и многие из них не получают своевременного лечения. Длительность нелеченного психоза, определяемая как время с момента появления психотической симптоматики до обращения за специализированной помощью и начала адекватной антипсихотической терапии, по оценкам различных исследователей варьирует в широких пределах и составляет от 30 до 130 недель [69, 83 – 90], а по данным R.J. Drake и др. [91] – от 4 до 624 недель.

Продолжительность отсрочки от обращения за психиатрической помощью зависит от уровня преморбидного функционирования, степени социальной интеграции, личностных характеристик пациентов, а также образовательного, профессионального, экономического статуса и культуральных особенностей пациентов и их бли-

жайшего окружения [57, 91 – 96].

Немаловажное значение имеют низкая осведомленность общества о психических заболеваниях, определенные предубеждения, и, как следствие, высокая степень стигматизации, малая доступность психиатрической помощи, недостаточная подготовленность врачей первичного звена в области психиатрии и, особенно, в области ранней диагностики психических расстройств [89, 97].

R.J. Wyatt et al. [51], проанализировав более 60 литературных источников, определили не только худший прогноз при длительном периоде нелеченного психоза, но и пришли к выводу о его «биологической токсичности». Нейротоксический эффект длительно нелеченного первого психотического эпизода негативно отражается на когнитивном функционировании [94], которое является важным предиктором социального функционирования [98] и степени выздоровления после лечения [99].

По данным мета-анализа были обнаружены корреляции между большей длительностью нелеченного психоза и выраженностью нейрокогнитивного дефицита [100 – 103]. E.C. Joyce et al. [103] приводят данные об ухудшении функции префронтальной коры ещё до манифестации психоза и тем значительнее, чем больше период нелеченного психоза. Однако другие исследователи [104, 105] подвергают сомнению концепцию нейротоксичности начальных этапов шизофрении и считают недоказанной связь между показателем «длительность нелеченного психоза» и нейрокогнитивным дефицитом.

Важное значение имеет оценка влияния длительности нелеченного психоза на долгосрочный прогноз, эффективность лечения, качество и сроки ремиссии, частоту последующих обострений. Более длительный период продромальных признаков и психической симптоматики до начала лечения служит прогностическим признаком более низкого качества ремиссии, а большая длительность психотической симптоматики до начала лечения имеет связь с увеличением времени, необходимого для достижения ремиссии [90, 106]. Имеются данные о том, что пациенты с многочисленными приступами шизофрении в прошлом имели более раннее начало заболевания и большую длительность нелеченного психоза [107]. Другими исследователями была установлена втрое более высокая частота повторных обострений в двухлетнем катамнезе у больных с отсроченностью лечения первого психотического эпизода свыше одного года [97, 108].

При этом длительность нелеченного психотического состояния оказалась наиболее сильным предиктором повторных обострений, независимо от факта последующего применения поддерживающей терапии [109].

Было также показано, что длительность нелеченного психоза прямо коррелирует со степенью редукции психопатологической симптоматики под влиянием антипсихотической терапии [110]. Даже короткая отсрочка вмешательства (менее 7 дней) ухудшает функциональные исходы [111]. Это положение справедливо не только для медикаментозной, но и для психосоциальной терапии. Показано, что при средней длительности нелеченного психоза от 1 до 6 месяцев более благоприятные исходы наблюдались у пациентов, получавших помощь в соответствии с фазоспецифической моделью её оказания, в отличие от тех, кто получал традиционную помощь [112]. По данным L. de Naan et al. [113], отсрочка в психосоциальной терапии явилась более важным предиктором тяжести дефицитных симптомов в исходе по сравнению с запоздалой антипсихотической терапией.

Особую ценность представляют катанестические исследования, изучавшие влияние длительности нелеченного психоза на долговременные исходы заболевания. В большей части работ, охватывающих многолетний (до 20 лет) катанестический период, была выявлена связь более длительного периода нелеченного первого психотического эпизода с более низким социальным функционированием больных [114].

Помимо показателя «длительность нелеченного психоза», в литературе также используется показатель «длительность нелеченного заболевания», который охватывает все время психоза, включая продромальный период [115]. Так, по данным различных авторов, средняя длительность нелеченного заболевания составляет приблизительно 12 месяцев, а среднее время от начала возникновения продромальных симптомов до обращения – 36 месяцев [86, 89, 90]. Следует также иметь в виду, что длительность продромального периода шизофрении колеблется в широких пределах – от 0,2 года до 35 лет; средние значения – 2-5 лет [86, 116, 117].

Причинами длительного существования нелеченного заболевания чаще всего являются монотонный и малопрогрессирующий характер дефицитной симптоматики, ее медленное «вызревание», которое не привносит существенных изменений ни в поведение больных, ни в их социальное функционирование, а также от-

сутствие четких клинических и нормативно-правовых критериев диагностики шизофрении на доманифестном этапе.

В целом, пролонгация начала лечения больных с инициальными формами шизофрении, независимо от ее продолжительности, ассоциируется с неблагоприятными последствиями как для клинико-динамических и функциональных характеристик, так и в отношении социального прогноза и качества их жизни. Длительные сроки необращаемости за психиатрической помощью и терапевтического невмешательства при наличии психических расстройств сопровождаются значительным ухудшением терапевтической перспективы, социальными и экономическими потерями. Из этого следует необходимость принятия мер, направленных на активное выявление больных с ранними проявлениями психических расстройств и своевременное оказание им медикаментозной и психосоциальной помощи.

Большое количество исследований подтверждает эффективность психосоциальных подходов, основанных на обучении. Речь идет о когнитивно-поведенческой терапии, тренинге социальных навыков (ТСН). Последний признан валидизированным психосоциальным подходом к лечению шизофрении [118 – 121]. Американской психиатрической ассоциацией рекомендовано использование этих методов, а тренинг социальных навыков включен во все практические руководства по лечению шизофрении. Тренинг социальных навыков определяется как система скоординированных общественных, психотерапевтических, воспитательных и медицинских тренинговых занятий, которые дают пациентам с хроническими психическими расстройствами возможность достаточно самостоятельного существования и общественной интеграции [122, 123]. Одной из важнейших реабилитационных задач, которую решает ТСН, является преодоление социальной изоляции больного и включение его в более широкую социальную сеть.

R.K. Heinseen et al. [119], опираясь на обширный обзор эмпирических исследований по тренингу навыков, показывают широкую клиническую эффективность данного метода, возможность оценки активных ингредиентов когнитивно-поведенческой терапии, а также лучшее понимание интеракций данного подхода с конкурирующими психосоциальными и психофармакологическими методами.

R.P. Liberman et al. [124] считают, что эффективность использования тренинга социальных

навыков находится в прямой зависимости от строгого соблюдения принципа индивидуального подхода. Так, пациентам, способным усваивать стратегии решения проблем, касающихся социального поведения, они рекомендуют тренинг, ориентированный на оптимизацию процесса переработки информации. В соответствии с этапами переработки информации в тренинге выделяются 3 стадии: 1) обработка способов приема информации; 2) выбор ответной реакции; 3) выбор подходящей формы ответа. На всех стадиях терапевт стимулирует наводящими вопросами анализ проблемной ситуации и дает пациенту постоянную обратную связь, поощряя любое правильное действие.

Обобщая результаты более 50 исследований, описанных в соответствующих обзорах [124 – 126], можно сделать вывод, что, во-первых, социальный тренинг является эффективным средством оптимизации социального поведения у психотических больных и, во-вторых, в результате тренинга редуцируются клинические симптомы и уменьшается вероятность эксацербации заболевания. В то же время, тренинг социальных навыков улучшает социальные навыки, но не имеет большого влияния на превенцию обострений, психопатологию и статус занятости [127].

Нарушения социального функционирования у больных шизофренией тесно связаны с когнитивными дисфункциями. Из этого логически вытекает идея совмещения тренинга когнитивных функций и социальных навыков. Первыми ее осуществили швейцарские исследователи. Они разработали многоступенчатую программу IPT (Integratives Psychologisches Therapieprogramm) – интегративную психологическую терапевтическую программу [128], объединяющую тренинг когнитивных функций и социальных навыков. Программа включает пять ступеней: 1) когнитивная дифференциация; 2) социальное восприятие; 3) вербальная коммуникация; 4) социальные навыки; 5) решение межличностных проблем.

Апробация программы тренинга когнитивных функций и социальных навыков у больных с первым психотическим эпизодом шизофрении, разработанной А.Б. Холмогоровой и др. [129], показала положительную динамику коммуникативной направленности мышления (у больных возрастала ориентация на другого человека, уменьшалось число латентных признаков, повышалась самооценка своей способности к общению, улучшалось распознавание эмоций другого человека); возрастание активности и улучше-

ние произвольной регуляции когнитивных функций (пациенты активнее использовали различные стратегии запоминания, показатели памяти улучшились примерно у половины из них, более чем у половины больных повысилась скорость работы в заданиях на внимание, более половины больных отметили снижение истощаемости в процессе интеллектуальной деятельности); улучшение эмоционального состояния (уменьшилась выраженность симптомов депрессии и тревоги) и повышение уровня социальной поддержки.

Об эффективности когнитивно-поведенческой терапии существуют противоречивые данные, однако в большинстве рандомизированных исследований получены данные о редуцировании позитивных и негативных симптомов и улучшении социального функционирования больных шизофренией [130, 131].

Одним из важнейших направлений психосоциального лечения больных с различными психическими заболеваниями является психообразовательная работа с их семьями и ближайшими родственниками [132 - 137].

Психообразование (ПО) в широком смысле определяется как обучение психически больных и их родственников всему, что может быть полезным с точки зрения терапии и реабилитации [138]. Целью психообразования является вовлечение пациента в процесс активного изменения собственного поведения. Эта цель конкретизируется в виде профилактики рецидивов, повышения комплайенса или достижения максимально возможной степени независимости пациента от психиатрических служб.

Анализ результатов клинического изучения эффективности ПО у больных шизофренией, проведенный на основе рандомизированных исследований [139 – 143], показал, что этот метод, в сравнении со стандартной медикаментозной терапией, значительно повышает комплайенс, уменьшает число рецидивов (в среднем на 40%, то есть почти в два раза, при 9 – 18 месяцах катамнеза) и госпитализаций (в среднем на 15%). Есть также данные о том, что под влиянием ПО уменьшается выраженность негативных симптомов шизофрении [144, 145].

Одной из ключевых целей семейной формы ПО является снижение эмоциональной экспрессивности у родственников больных. Было показано, что риск рецидива заболевания после успешного лечения первого эпизода шизофрении положительно связан с уровнем эмоциональной экспрессивности семьи пациента [146]. У зна-

чительной части семей участие в программе ПО приводит к снижению уровня эмоциональной экспрессивности [147, 140], и это снижение является важным опосредующим фактором уменьшения частоты рецидивов и госпитализаций больных [38, 39, 129].

Р. McGorry [148] была выдвинута гипотеза о том, что эффективность ПО тем выше, чем раньше после возникновения заболевания данное вмешательство подключается. Было показано, что позднее (запоздалое) начало психосоциальных мероприятий ухудшает последующую негативную симптоматику пациентов независимо от времени начала фармакотерапии [113].

Важное место в системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией занимает терапевтическое семейное вмешательство.

Изучение с позиций мета-анализа вмешательства на уровне семьи показывает необходимость всесторонних «лечебных пакетов», в которых эти вмешательства являлись бы одним из основных компонентов [149]. F.M. Pharoah et al. [150] поставили цель оценить эффекты семейных психосоциальных вмешательств, проводимых в условиях сообщества, в сравнении со стандартной помощью. Отбирались только рандомизированные и квази-рандомизированные исследования, в которых вмешательства включали не менее пяти сессий. Оказалось, что семейные вмешательства значительно снижают показатель повторных обострений и госпитализаций в течение 1 года, улучшают комплаенс, снижают общее социальное неблагополучие и уровень эмоциональной экспрессивности в семьях больных.

Некоторые исследователи, изучавшие семейные вмешательства, ориентируются на две основные концепции. Одна из них связана с представлениями об отрицательном влиянии «чрезмерной эмоциональной экспрессивности» в семье на поведение больного и частоту повторных обострений заболевания [151, 152]. Вторая – учитывает «бремя семьи» или нагрузку на семью, ухаживающую за психически больным родственником [153].

Важнейшим критерием эффективности методов семейной терапии является снижение уровня выражаемых эмоций. В исследованиях по изучению семей с высоким уровнем эмоциональной экспрессивности больные, у которых рецидивы заболевания не развивались, чаще жили в семьях, в которых за период лечения уровень выражаемых эмоций снизился [154, 38, 39]. Отмечено, что семейная терапия и настойчивое лечение в сообществе (assertive community

treatment) имеют яркий эффект влияния на превенцию повторных психотических обострений и регоспитализаций [127].

Терапевтическое семейное вмешательство в основном использует поведенческую и психообразовательную техники. Первое исследование эффективности семейной формы ПО было опубликовано М. Goldstein et al. [155]. Авторы обследовали 104 больных в острой фазе заболевания. Курс занятий с родственниками больных состоял всего из шести сеансов. Контрольная группа получала стандартную медикаментозную терапию без каких бы то ни было психосоциальных включений. В течение полугода после занятий по программе ПО у пациентов было зарегистрировано достоверно меньше ($p < 0,05$) рецидивов в сравнении с пациентами группы контроля.

J. Fallon et al. [154] провели значительно более интенсивный курс терапии, включавший почти ежедневные сеансы в течение 3 месяцев, а также дополнительные, более редкие сеансы в ходе последующих 6 месяцев. Эта работа стала своего рода стандартом, на который ориентировались последующие исследователи [156, 157]. L. Dixon и A. Lehman [158] выделили 467 работ по семейной терапии больных шизофренией, большинство из которых относятся к сфере ПО. Программы этих вмешательств чрезвычайно многообразны, они варьируют от шести дней [159] до двух лет [38, 39]. Разброс содержания программ так же широк как и их длительность и интенсивность. Это и прямое обучение, и формирование навыков общения, и выработка копинг-стратегий против стресса, тренинг решения проблем, обучение целенаправленному поведению (включая способность к самостоятельной постановке цели) и выработка положительного отношения к лечению.

В ряде исследований [160, 140, 153, 161, 162] показана эффективность семейной терапии в отношении уровня обострений и регоспитализаций (их количество, например, уменьшается более чем в 2,5 раза по сравнению с обычным обслуживанием). Отмечен благоприятный эффект долгосрочного вмешательства (более 9 месяцев), причем этот эффект сохраняется до 2 лет и дольше. Обращается внимание на то обстоятельство, что семейная терапия оказывается эффективной в тех случаях, когда уровень обострений высокий; напротив, когда уровень обострений низкий, например, за счет полноценной программы лечения, эффект вмешательства может не выявляться [127]. Есть данные, указывающие

на то, что эффективность семейной терапии проявляется независимо от применяемой техники. Так, относительно простой психообразовательный подход оказывает значительное влияние на эффективность терапии. Как результат этого вмешательства отмечается также уменьшение семейного бремени, использование знаний о психическом заболевании, овладение новыми копинг-стратегиями.

Наконец, имеются исследования стоимостной эффективности метода. Отмечено значительное сокращение затрат на каждого больного [163]. Есть данные в пользу того, что многосемейные модели вмешательства могут быть даже более эффективными, чем вмешательство, проводимое одной отдельно взятой семьей в плане снижения уровня повторных обострений и предоставления возможности расширения социальной сети [144]. Тем не менее, многие исследователи обращают внимание на то, что семейная терапия еще не стала стандартом обслуживания в сообществе [127, 37, 164].

Важным аспектом при оценке эффективности психосоциальных подходов является их длительность (общее количество занятий или сессий), которая позитивно коррелирует с терапевтическим успехом. Так, G. Pitschel-Wolz et al. [165], изучив 25 метааналитических интервенционных исследований касательно эффекта включения родственников в стандартное лечение шизофрении, показали, что только продолжающиеся свыше 3-х месяцев программы совместного вмешательства показывают ощутимый результат, что может свидетельствовать о том, что микро-результаты отдельных сессий аккумулируются, приводя к макро-результатам.

J.S. Brekke и J.D. Long [166] в течение трех лет наблюдали 172 пациента в условиях различных моделей помощи, основанной на сообществе. Данные были проанализированы с использованием иерархического линейного моделирования и факторного анализа. Установлено, что лучшие результаты для пациентов с шизофренией (клинические улучшения и улучшения в плане субъективного опыта пациентов) связаны с интенсивностью, специфичностью и длительностью психосоциальных мер, основанных на сообществе. Они приводят к более выраженному улучшению исходов у больных шизофренией (социальные, трудовые исходы, сокращение госпитализаций, независимое проживание). Так, большое количество часов психосоциального лечения в неделю сопровождалось более высоким уровнем улучшения клинических показате-

лей и показателей социального функционирования. Для улучшения результатов важно, чтобы психосоциальное вмешательство было специфическим, то есть нацеленным на определенные области социального функционирования.

В связи с повышением роли пациента в решении проблем, относящихся к его здоровью, наиболее важным представляется оценка показателей субъективного опыта (уровня самооценки и удовлетворенности жизнью) как критериев эффективности психосоциальной реабилитации. А.М. Абдраязкова и др. [167] в качестве критериев оценки эффективности психосоциальной реабилитации у больных шизофренией использовали методы, направленные на измерение их психологического благополучия, самореализации и качества жизни.

В результате эффективного психосоциального вмешательства у пациентов повышается самооценка и удовлетворенность жизнью [168]. Однако некоторые авторы [169, 166] пришли к выводу, что изменения показателей субъективного опыта больше связаны с динамикой клинических показателей, чем с показателями социального функционирования.

Исходя из биопсихосоциальной парадигмы психических расстройств, психосоциальное лечение не может осуществляться автономно, в отрыве от медикаментозного лечения. Предиктором максимально возможной эффективности лечения является интегративная модель оказания психиатрической помощи, дифференцированная в зависимости от стадии заболевания и индивидуальных особенностей пациента.

Во многих работах говорится о недопустимости фрагментирования, искусственного разделения лечебных модальностей, психосоциальных и биологических подходов в психиатрии [170]. Это косвенно подтверждается таким фактом, что показатели качества жизни при шизофрении имеют более сильные связи с психосоциальными факторами, нежели с факторами, связанными с болезнью [171].

R.E. Drake и K.T. Mueser [172] противопоставляют традиционные сепаратные службы интегративным лечебным программам. J.R. McQuaid et al. [173] разработали новый интегративный подход, комбинирующий когнитивно-поведенческую терапию с тренингом социальных навыков, и ориентированный преимущественно на пожилых пациентов.

Лечение шизофрении требует множества специфических вмешательств. В настоящее время в психиатрической практике все более домини-

руют интегративные подходы, использующие биологические и психосоциальные вмешательства. Именно они определяют современный стандарт помощи больным шизофренией [174]. За счет этого достигается существенное снижение показателей повторных обострений, минимизируется социальная и профессиональная несостоятельность больного, что позволяет максимально приспособить его к проживанию в открытом обществе.

Комплексное использование психофармакологических и психо-социальных методов при лечении больных шизофренией обусловлено, главным образом, двумя моментами [175]: необходимость длительного приёма медикаментов требует высокого уровня сотрудничества больного с врачом, выполнения терапевтических рекомендаций (комплаенс); решение вопросов социально-психологического порядка связано с необходимостью реабилитации и ресоциализации больного. Психосоциальное и фармакологическое лечение потенцируют эффект друг друга [173]: лекарственное лечение влияет на симптомы, тогда как психосоциальное – на социальные переменные и, прежде всего, на социальное функционирование. Однако для достижения оптимального терапевтического результата не менее важно взаимодействие и взаимное потенцирование и в рамках самих методов психосоциального вмешательства.

Современные интегративные психосоциальные программы успешно используют опыт различных классических подходов. Так, в модели Н. Kanas [176] из образовательного подхода в программу входят обучение совладанию с психическими симптомами с большим вниманием к психосоциальным, а не медицинским методам, обеспечение безопасности группы за счёт большей структурированности. Из психодинамического – открытые дискуссии, инициаторами которых становятся сами пациенты, возможность обсуждения конфликтов и проблем, лежащих в основе неадекватного поведения. Из интерперсонального – внимание к групповому взаимодействию. Такая технология способна помочь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями справиться с психотическими симптомами, улучшить тестирование реальности, научиться противостоять стрессам, улучшить межличностное взаимодействие, справиться с изоляцией [177].

Негативные симптомы устойчивы к когнитивному тренингу, так как связаны с плохим социальным функционированием и качеством жизни пациентов. Модификация нестандартно-

го социального когнитивно-бихевиорального тренинга и дополнение его взаимодействием пациентов в группе помогает активировать пациентов, усилить их мотивацию и связи между членами группы, оказывая тем самым влияние на устойчивые к традиционной когнитивной терапии негативные симптомы [178].

М. Herz et al. [179] сочетали психообразование (в форме крупноформатных семинаров с последующими семейными группами) с активным мониторингом продромальных симптомов обострения, интенсивной психосоциальной терапией в случае появления таких продромальных состояний, а также поддерживающую терапию с обучением социальным навыкам. Комбинированная программа, проводившаяся в течение 6 месяцев, привела к двукратному снижению числа рецидивов (с 34% до 17%) и госпитализаций (с 39% до 22%). Кроме того, в экспериментальной группе удалось снизить дозу медикаментов с 665мг аминазин-эквивалента в день до 425мг, тогда как в контрольной группе доза оставалась неизменной.

С. North et al. [180] сообщили о работе по программе психообразования, сопровождавшейся эмоциональной поддержкой, но без элементов формальной психотерапии. Основной проблемой пациентов была выраженность негативных симптомов. Двухлетний катамнестический период показал, что количество дней госпитализации уменьшилось с 84 в год до прохождения курса до 76 в год после его окончания.

Отмечен положительный результат когнитивно-поведенческой терапии, проводившейся в индивидуальном формате и включавшей следующие компоненты: вовлечение больных в совместную работу; мероприятия, направленные на нормализацию их самооценки; развитие навыков совладания со стрессом; работа, способствующая пониманию пациентами своих психотических переживаний; развитие навыков самоконтроля мышления; развитие умения работать с собственным настроением и с негативным образом Я. Сочетание этих техник способствовало снижению выраженности психотической симптоматики [181, 182], а также уменьшению числа рецидивов и регоспитализаций [183].

А. Zygmont et al. [184] пришли к выводу, что психообразование в чистом виде недостаточно эффективно. Успех достигается только в тех случаях, когда этот метод сочетается с поведенческой терапией, различными тренингами (тренинг принятия решений, развития навыков преодоления кризисных ситуаций, тренинг социальных

навыков, тренинг социальной компетентности) или интенсивной семейной терапией. Обширное исследование, охватившее 547 больных, участвовавших в «интегративной» психосоциальной программе, состоявшей из групповой формы психообразования, тренинга социальных навыков и навыков решения проблем с помощью ролевых игр, элементов психодрамы и когнитивной терапии, показало существенные различия между экспериментальной и контрольной группами по таким показателям как позитивные симптомы, общий уровень когнитивного и аффективного функционирования больных, и, в особенности, негативные симптомы (эмоциональное уплощение, алогия, апатия, ангедония и расстройства внимания).

Особую роль интегративные программы психосоциального вмешательства играют при тяжелых психических расстройствах, специфика которых делает затруднительным достижение лечебно-реабилитационных целей в рамках лишь одного подхода. Такие программы обозначаются как движение от более структурированных форм к менее структурированным, от информационных, когнитивных задач к большему вниманию к чувствам, переживаниям и взаимодействию [185]. Это отражает тенденцию к комплексности психотерапевтических подходов с нарастанием психодинамически-ориентированных методов. При этом психосоциальное реабилитационное направление понимается не просто как дополняющее медикаментозную терапию, но и как оказывающее влияние на общую эффективность лечения. Оценивая в целом эффективность комбинированных психосоциаль-

ных вмешательств, можно отметить существенное противоречие между большим числом реабилитационных программ, комбинирующих разные когнитивные и поведенческие техники [186 – 188], и недостаточным количеством высококачественных контролируемых исследований, на основании которых можно делать уверенные выводы о действенности таких программ и адекватности их сочетанного использования.

Обобщая приведенные данные, следует отметить, что стратегии психосоциальной реабилитации и подходы к оценке ее эффективности должны базироваться не на устранении симптомов заболевания, а на необходимости улучшения функционирования пациента. Соответственно формируются и цели психосоциального лечения, учитывающие социальный (социально-психологический) контекст пациента (улучшение социальной компетентности, жизнедеятельности и т.п.), в отличие от целей медикаментозного лечения, ориентирующихся на нормализацию его клинического состояния.

Таким образом, анализ литературных источников подтверждает актуальность внедрения биопсихосоциальной модели ранней реабилитации, что в значительной степени гуманизирует процесс оказания психиатрической помощи, повышает ее качество и создает основу для ее существенной реорганизации путем создания современных центров ранней реабилитации, направленных на преодоление функциональной недостаточности пациентов, превенцию их стигматизации, интеграцию их в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения и расширение их реальных полномочий.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

СУЧАСНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ РАННІХ СТАДІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ (ЧАСТИНА 3)

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У третій частині наукового огляду проведено аналіз літератури щодо основних напрямків психосоціальної реабілітації на ранніх стадіях шизофренії та оцінки ефективності психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію. Доведено актуальність впровадження біопсихосоціальної моделі ранньої реабілітації для підвищення якості надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 52-66).

THE MODERN THEORETIC-METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF THE SCHIZOPHRENIA EARLY STAGES AND PATIENT'S PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (PART 3)

Donetsk National medical university named after M.Gorkiy

In the third part of the scientific review the analysis of main directions of the psychosocial rehabilitation in the early stages of schizophrenia and evaluating the effectiveness of psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients are presented. The relevance of the early rehabilitation biopsychosocial model implementing for improvement of the psychiatric care quality to patients with schizophrenia has been proved. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 52-66).

Литература

1. Harrigan S. M. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? / S. M. Harrigan, P. D. McGorry, H. Krstev // Psychol. Med. " 2003. " Vol. 33, № 1. " P. 97-110.
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
3. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении) : метод. рек. / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Е. Б. Любов [и др.]. — М., 2003. — 23 с.
4. Cullberg J. First-episode schizophrenia / J. Cullberg // Schizophr. Res. " 2000. " Vol. 7, № 1. - P. 21-22.
5. Thompson K. N. Recovery style and outcome in first-episode psychosis / K. N. Thompson, P. D. McGorry, S. M. Harrigan // Schizophr. Res. " 2003. " Vol. 62, № 1-2. " P. 31-36.
6. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms / P. D. McGorry, A. R. Yung, L. J. Phillips [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2002. — Vol. 59, № 10. — P. 921-928.
7. Liberman R.P. Rehab Rounds: Drug and Psychosocial Curricula for Psychiatric Residents for Treatment of Schizophrenia: Part II / R.P. Liberman // Psychiatr. Serv. — 2005. - Vol. 56, N 1. — P. 28-30.
8. Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study / S. Friis, P. Vaglum, U. Haahr [et al.] // Br. J. Psychiatry Suppl. " 2005. " № 48. " P. S29-32.
9. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis / J. O. Johannessen, T. H. McGlashan, T. K. Larsen [et al.] // Schizophr. Res. " 2001. " Vol. 51, № 1. " P. 39-46.
10. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders / D. Linszen, P. Dingemans, J. W. Van der Does [et al.] // Psychol. Med. " 1996. " Vol. 26, № 2. " P. 333-342.
11. Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment / A. K. Malla, R. M. Norman, R. Manchanda [et al.] // Psychiatr. Serv. " 2002. " Vol. 53, № 4. " P. 458-463.
12. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management / P. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos [et al.] // Schizophr. Bull. " 1996. — Vol. 22, № 2. — P. 305-326.
13. Gastager H. Die rehabilitation des schizophrener / H. Gastager. " Bern-Stuttgart, 1965. " 276 p.
14. Руководство по психиатрии / под. ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — 783 с.
15. Корнева Т.В. О некоторых вопросах социально-психологических исследований в клинике малопрогредиентной шизофрении / Т.В. Корнева // Ранняя реабилитация психически больных. — Л., 1984. — С. 33 — 39.
16. Дороднова А. С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами : автореф. дис. на соиск ученой степ. канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия». — М., 2006. — 23 с.
17. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
18. Оудсхорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия / Д. Н. Оудсхорн ; пер. с нидерланд. — М., 1993. — 319 с.
19. Гурович И. Я. Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация / И. Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия. — 2007. — № 1. — С. 5-9.
20. Anthony W. A. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base / W. A. Anthony, R. P. Liberman // Schizophr. Bull. — 1986. — Vol. 12, № 4. — P. 542-559.
21. McGlashan T. H. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale / T. H. McGlashan, J. O. Johannessen // Schizophr. Bull. " 1996. — Vol. 22, № 2. — P. 201-222.
22. Jablensky A. The epidemiology of schizophrenia / A. Jablensky // Aust. N. Z. J. Psychiatry. " 2006. — Vol. 40, № 5. — P. 503.
23. Приб Г. А. Анализ социальной фрустрации при реабилитации психично хворих / Г. А. Приб // Арх. психіатрії. — 2007. — № 4. — С. 32–38.
24. Bachrach L. L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia - what are the boundaries? / L. L. Bachrach // Acta Psychiatr. Scand. - 2000. — Vol. 407, Suppl. — P. 6 - 10.
25. О международном опыте социальной реинтеграции пациентов с хроническими психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Рыполова [и др.] // Міжнар. психіатр. психотерапевт. та психоаналіт. журнал. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 8–14.
26. Бурковский Г. В. Личностный смысл госпитализации и терапевтической активности психически больных в условиях реабилитационного отделения / Г. В. Бурковский // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1990. — № 11. — С. 107-110.
27. Гурович И. Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социал. и клинич. психиатрия. — 2001. — № 3. — С. 5-13.
28. Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия. — 2004. — Т. 14, № 1. — С. 81-86.
29. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomized trial. UK 700 Group / T. Burns, F. Creed, T. Fahy [et al.] // Lancet. — 1999. — Vol. 353, № 9171. — P. 2185-2189.
30. Denton W. H. Issues for DSM-V: Relational Diagnosis: An Essential Component of Biopsychosocial Assessment / W. H. Denton // Am. J. Psychiatry. — 2007. — Vol. 164, № 8. — P. 1146 — 1147.
31. Шумаков В. М. Первичная профилактика опасных действий психически больных на основе реабилитационных мероприятий / В. М. Шумаков // Ранняя реабилитация психически больных. — Л., 1984. — С. 26-33.
32. Воловик В. М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией / В. М. Воловик, А. П. Кошобинский, Н. С. Шейнина // Ранняя реабилитация психически больных. — Л., 1984. — С. 39-46.
33. Горбунова М. В. Применение программы тренинга когнитивных и социальных навыков у больных шизофренией в отделении первого психотического эпизода / М. В. Горбунова, В. Г. Бузда // Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 48.
34. Lincoln C. V. Who cares? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis / C. V. Lincoln, P. McGorry // Psychiatr. Services. — 1995. — Vol. 46, № 11. — P. 1166-1171.
35. McGorry P. Early psychosis: detection and intervention / McGorry P. // Treatment in psychiatry: an update : book of abstracts of international congress of WPA. — Florence, 2004. — P. 1.
36. Bellack A. S. Psychosocial treatment for schizophrenia / A. S. Bellack, K. T. Mueser // Schizophr. Bull. — 1993. " Vol. 19, № 2. — P. 317-336.
37. Family interventions in schizophrenia: an analysis of non-adherence / I. Montero, A. P. Asencio, I. Ruiz, I. Hernándeiz // Acta Psychiatr. Scand. " 1999. " Vol. 100, № 2. " P. 136-141.
38. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group / G. E. Hogarty, C. M. Anderson, D. J. Reiss [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. " 1991. " Vol. 48, № 4. " P. 340-347.
39. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion / G. E. Hogarty, C. M. Anderson, D. J. Reiss [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1986. " Vol. 43, № 7. — P. 633-642.
40. Carpenter W. T. Maintenance therapy of persons with schizophrenia / W. T. Carpenter, W. T. Jr. Carpenter // J. Clin. Psychiatry. — 1996. " Vol. 57, Suppl. 9. — P. 10-18.

41. Birchwood M. Early intervention in schizophrenia / M. Birchwood, P. McGorry, H. Jackson // Br. J. Psychiatry. " 1997. " Vol. 170, № 4. – P. 2-5.
42. Смулевич А. Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 3-7.
43. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management / P. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos [et al.] // Schizophr. Bull. " 1996. – Vol. 22, № 2. – P. 305-326.
44. Birchwood M. Early intervention in schizophrenia / M. Birchwood, P. McGorry, H. Jackson // Br. J. Psychiatry. " 1997. " Vol. 170, № 4. – P. 2-5.
45. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування) : метод. рек. / Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України, Укр. центр наук.-мед. інформації і патентно-ліцензійної роботи ; уклад. : Н. О. Марута, А. М. Бачериков. – Х., 2001. – 20 с.
46. Пишель В. Я. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным с первым психотическим эпизодом / В. Я. Пишель, М. Ю. Польвяная, К.В. Гузенко // Тавр. журн. психиатрии. – 2007. – №3. – С.81–85.
47. Первый психотический эпизод: особенности терапии оланзапином / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, М. В. Магомедова [и др.] // Социал. и клинич. психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 62-67.
48. Remington G. Pharmacotherapy of first episode schizophrenia / G. Remington, S. Kapur, R. B. Zipursky // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172, Suppl. 33. – P. 66-70.
49. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment / T. J. Crow, J. E. MacMillan, A. L. Johnson [et al.] // Br. J. Psychiatry. " 1986. – Vol. 148, № 5. – P. 120-127.
50. Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistical models to predict psychiatric service utilisation / G. Thornicroft // Br. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 158, № 4. – P. 475-484.
51. Wyatt R. J. First-episode schizophrenia / R. J. Wyatt, L. M. Damiani, I. D. Renter // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172, Suppl. 33. – P. 77-83.
52. Юрьева Л. Н. Концепция ранней интервенции в психоз / Л. Н. Юрьева // Арх. психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 2 (37). – С. 13-16.
53. Todd P. Early intervention in psychosis / P. Todd, C. Jackson / Ibid. – 1998. – Vol. 111, Suppl. 33. – P. 53-59.
54. Lester H. Early intervention for first episode psychosis / H. Lester, D. Shiers // Br. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 328, № 6. – P. 1450-1452.
55. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, № 1 (50). – С. 21-24.
56. Travis M. J. Pharmacological treatment of the newly diagnosed patient with schizophrenia / M. J. Travis, R.W. Kerwin // Adv. Psychiatric Treatment. – 1997. " Vol. 3, № 6. – P.331-338.
57. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study / M. G. Harris, L. P. Henry, S. M. Harrigan [et al.] // Schizophr. Res. " 2005. – Vol. 179, № 1. " P. 89-93.
58. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial / L. Petersen, M. Nordentoft, P. Jeppesen [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 187, Suppl. – P. s98-s103.
59. Helgason L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? / L. Helgason // Acta Psychiatr Scand. – 1990. – Vol. 81, № 3. – P. 231-235.
60. Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment / A. K. Malla, R. M. Norman, R. Manchanda [et al.] // Psychiatr. Serv. " 2002. " Vol. 53, № 4. " P. 458-463.
61. Addington J. Social outcome in early psychosis / J. Addington, J. Young, D. Addington // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33, № 6. – P. 1119-1124.
62. Can patients at risk for persistent negative symptoms be identified during their first episode of psychosis? / A. K. Malla, R. M. G. Norman, J. Takhar [et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 2004. – Vol. 192, № 7. – P. 455-463.
63. OPUS study: suicidal behavior, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomized controlled trial / M. Nordentoft, P. Jeppesen, M. Abel [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181, № 43. – P. s98-s106.
64. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis / R. M. Norman, A. K. Malla, R. Manchanda [et al.] // Schizophr. Res. – 2005. – Vol. 80, № 2-3. – P. 227-234.
65. Мовина Л. Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания / Л. Г. Мовина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007 – Т. 17, Вып. 3. – С. 48 – 55.
66. One year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project / J. Cullberg, S. Levander, R. Holmqvist [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 106, № 4. – P. 276-285.
67. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia / D. I. Velligan, C. C. Bow-Thomas, C. Huntzinger [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157, № 8. – P. 1317-1323.
68. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis - results from the Danish OPUS trial / A. Thorup, L. Petersen, P. Jeppesen [et al.] // Schizophr. Res. " 2005. " Vol. 79, № 1. " P. 95-105.
69. Larsen T. K. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters / T. K. Larsen, T. H. McGlashan, L. C. Moe // Schizophr. Bull. " 1996. " Vol. 22, № 2. " P. 241-256.
70. Orsucci F. Early psychosis: prevention and rehabilitation / F. Orsucci, M. Marza, S. D. Risio // Treatment in psychiatry: an update book of abstracts of international congress of WPA. – Florence, 2004. – 163 p.
71. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» № 59 від 05.02.2007р. <http://zakon.nau.ua/doc/?code=%76%30%30%35%39%32%38%32%2D%30%37>.
72. Дороднова А. С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами / А. С. Дороднова // В кн.: Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 51.
73. Lehtinen V. Integrated treatment model for first-contact patients with schizophrenia-type psychosis: the Finnish API project / V. Lehtinen, J. Aaltonen, T. Koffert // J. Nordisk Psychiat. – 1996. – Vol. 50, № 2. – P. 281-287.
74. Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service / S. P. Singh, T. Croudace, S. Amin [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2000. " Vol. 176, № 6. – P. 210-216.
75. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation / I. Melle, T. K. Larsen, U. Haahr [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. " 2004. – Vol. 61, № 2. – P. 143-150.
76. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management / P. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos [et al.] // Schizophr. Bull. " 1996. – Vol. 22, № 2. – P. 305-326.
77. Morgan V. Modifiable risk factors for hospitalization among people with psychosis: evidence from the National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders / V. Morgan, A. Korten, A. Jablensky // Aust. N. Z. J. Psychiatry. " 2006. – Vol. 40, № 8. – P. 683-690.
78. Гузенко Е. В. К вопросу оптимизации психиатрической помощи пациентам с первым психотическим эпизодом / Е. В. Гузенко // Арх. психіатрії. – 2007. – № 1-2 (48-49). – С. 34-37.
79. Gaebel W. Results of the German Research Network of schizophrenia (GRNS): prodrome-based treatment in first episode schizophrenia / W. Gaebel, M. Riesbeck // 15th AEP Congress : abstract book. " Madrid, 2007. – P. 76.
80. Emsley R. A. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: a double-blind multicenter study. Risperidone Working Group / R. A. Emsley // Schizophr. Bull. – 1999. – Vol. 25, № 4. – P. 721-729.
81. Blankertz L. Choosing and using outcome measures / L. Blankertz, J. A. Cook // Psychiatric Rehab. J. – 1998. " Vol. 22, № 2. – P. 167-174.
82. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации / Й. Друес // Соц. и клин. психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 100–104.
83. Напресенко О. К. Эффективність та переносимість рисперидону при лікуванні шизофренії з супутньою екзогенно-органічною патологією / О. К. Напресенко, В. О. Проник, Г. О. Немилостива // Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 2 (31). – С. 129-130.
84. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении) : метод. рек. / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Е. Б. Любов [и др.]. – М., 2003. – 23 с.
85. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis / T. R. Barnes, S. V. Hutton, M. J. Chapman [et al.] // Br. J. Psychiatry. " 2000. " Vol. 177, № 3. " P. 207-211.
86. Establishing the onset of psychotic illness / M. Beiser, D. Erickson, J. A. Fleming, W. G. Iacono // Am. J. Psychiatry. " 1993. " Vol. 150, № 9. " P. 1349-1354.
87. Haas G. L. Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness / G. L. Haas, L. S. Garratt, J. A. Sweeney // J. Psychiatr. Res. " 1998. " Vol. 32, № 3-4. " P. 151-159.
88. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia / H. Hdfner, K. Maurer, W. Lffler, A. Riecher-Russler // Br. J. Psychiatry. " 1993. " Vol. 162, № 1. " P. 80-86.
89. Larsen T. K. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care / T. K. Larsen, J. O. Johannessen, S. Opjordsmoen // Br. J. Psychiatry Suppl. " 1998. " Vol. 172, № 33. – P. 45-52.
90. Duration of psychosis and outcome in first-episode

- schizophrenia / A. D. Loebel, J. A. Lieberman, J. M. Alvir [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 149, № 9. – P. 1183-1188.
91. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia / R. J. Drake, C. J. Haley, S. Akhtar, S. W. Lewis // *Br. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 177, № 6. – P. 511-515.
92. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia / G. P. Amminger, J. Edwards, W. J. Brewer [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2002. – Vol. 54, № 3. – P. 223-230.
93. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain / O. Kalla, J. Aaltonen, J. Wahlström [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 106, № 4. – P. 265-275.
94. Duration of untreated psychotic illness: the role of premorbid social support networks / V. Peralta, M. J. Cuesta, A. Martínez-Larrea [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 40, № 5. – P. 345-349.
95. Premorbid functioning by gender and its relationship with duration of untreated psychosis in first psychotic episode / A. Fresan, R. Apiquian, R. E. Ulloa [et al.] // *Actas Esp Psiquiatr.* – 2003. – Vol. 31, № 2. – P. 53 – 58.
96. Verdoux H. Have the times come for early intervention in psychosis? / H. Verdoux // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 103, № 2. – P. 321 – 322.
97. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I: Presentation of the illness and problems relating to admission / E. G. Johnstone, T. J. Crow, A. L. Johnson, J. F. MacMillan // *Br. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 148, № 2. – P. 115-120.
98. Green M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? / M. F. Green // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153, № 3. – P. 321-330.
99. Cognitive dysfunction at baseline predicts symptomatic 1-year outcome in first-episode schizophrenics / S. Moritz, M. Krausz, E. Gottwalz [et al.] // *Psychopathology.* – 2000. – Vol. 33, № 1. – P. 48-51.
100. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis / D. O. Perkins, H. Gu, K. Boteva [et al.] // *American Journal of Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162, № 10. – P. 1785-1804.
101. Addington J. Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome / J. Addington, S. Van Mastrigt, D. Addington // *Psychol. Med.* – 2004. – Vol. 34, № 2. – P. 277-284.
102. Untreated Initial Psychosis: Relation to Cognitive Deficits and Brain Morphology in First-Episode Schizophrenia / B. - C. Ho, D. Alicata, J. Ward [et al.] // *American Journal of Psychiatry.* – 2003. – Vol. 160, № 1. – P. 142-148.
103. Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study / E. Joyce, S. Hutton, S. Mutsatsa [et al.] // *Br. J. Psychiatry Suppl.* – 2002. – Vol. 43. – P. S38-44.
104. The course of neurocognitive functioning in first-episode psychosis and its relation to premorbid adjustment, duration of untreated psychosis, and relapse / B. R. Rund, I. Melle, S. Friis [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 91, № 4. – P. 132 – 140.
105. Galinska B. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: clinical and cognitive correlates / B. Galinska, A. Sculc, A. Czernikiewicz // *Psychiatr. Pol.* – 2005. – Vol. 39, № 5. – P. 859-868.
106. Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia / S. R. Szymanski, T. D. Cannon, F. Gallacher [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153, № 4. – P. 519-525.
107. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A. C. Altamura, R. Bassetti, F. Sassella [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 52, № 1-2. – P. 29-36.
108. Determinants of the extremes of outcome in schizophrenia / E. C. Johnstone, C. D. Frith, F. H. Lang, D. G. Owens // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 167, № 5. – P. 604-609.
109. Two-Year Effects of Reducing the Duration of Untreated Psychosis / I. Melle, T. K. Larsen, U. Haahr [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 65, N 6. – P. 634 - 640.
110. Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia / A. Uzoq, A. Polat, A. Genz [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2004. – Vol. 38, № 2. – P. 163-168.
111. Desjarlais R. Word mental health: problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, A. Kleinman. – NY, Oxford : Oxford University Press, 1995. – 505 p.
112. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: the impact of treatment approach / S. Carbone, S. Harrigan, P. D. McGorry [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1999. – Vol. 100, № 2. – P. 96-104.
113. Duration of untreated psychosis and outcome of schizophrenia: delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication / L. de Haan, D. H. Linszen, M. E. Lenior [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2003. – Vol. 29, № 2. – P. 341-348.
114. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia / R. Bottlender, T. Sato, M. Jager [et al.] // *Schizophr Res.* – 2003. – Vol. 62, № 1-2. – P. 37-44.
115. Norman R. M. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance / R. M. Norman, A. K. Malla // *Psychol. Med.* – 2001. – Vol. 31, № 3. – P. 381-400.
116. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia / H. Häfner, A. Riecher-Rüssler, M. Hambrecht [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1992. – Vol. 6, № 3. – P. 209-223.
117. Gourzis Ph. Symptomatology of the initial prodromal phase in schizophrenia / Ph. Gourzis, A. Katrivanou, S. Beratis // *Schizophr. Bull.* – 2002. – Vol. 28, № 3. – P. 415-429.
118. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia / S. M. Glynn, S. R. Marder, R. P. Liberman [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159, № 5. – P. 829-837.
119. Heinssen R. K. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory / R. K. Heinssen, R. P. Liberman, A. Kopelowicz // *Schizophr. Bull.* – 2000. – Vol. 26, № 1. – P. 21-46.
120. McCann E. Recent developments in psychosocial interventions for people with psychosis / E. McCann // *Issues Ment. Health Nurs.* – 2001. – Vol. 22, № 1. – P. 99-107.
121. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia / V. Roder, P. Zorn, D. Müller, H. D. Brenner // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52, № 11. – P. 1439-1441.
122. Marder S. R. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia / S. R. Marder // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* – 2000. – Vol. 102, № 407. – P. 87-90.
123. Stanley S. Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers (A Study from India) / Stanley S., Shwetha S. // *Intern. J. Psychosoc. Rehab.* – 2006. – Vol. 10, N 2. – P. 113 - 128.
124. Liberman R. P. Social skills training and the nature of schizophrenia / R. P. Liberman, K. H. Nuechterlein, C. J. Wallace // *Social Skills Training: A Practical Handbook for Assessment and Treatment* / J. P. Curran, P. M. Monti (eds.). - NY: Guilford Publishing Co, 1982. – P. 5 - 56.
125. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up / N. Tarrier, A. Wittkowski, C. Kinney [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174, № 6. – P. 500-504.
126. Wallace C. J. Cognitive factors in to social skill of schizophrenic patients / C. J. Wallace, S. E. Boone // *Theories of schizophrenia in psychosis* / W. D. Spaulding, J. K. Cole (eds.). – Lincoln : University of Nebraska Press, 1984. – P. 283-318.
127. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J. Bustillo, J. Lauriello, W. Horan, S. Keith // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158, № 2. – P. 163-175.
128. Wykes T. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor / T. Wykes, C. Steel, B. Everitt, N. Tarrier // *Schizophr. Bull.* – 2008. – Vol. 34, N 3. – P. 523 – 537.
129. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКЧН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова, А. Б. Шмуклер // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67 – 77.
130. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up / G. Buchkremer, S. Klingberg, R. Holle [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 96, № 6. – P. 483-491.
131. London-east Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, I: effects of treatment phase / E. Kuipers, P. Garety, D. Fowler [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 171, № 4. – P. 319-327.
132. Ландышев М.А. Психосоциальная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями / М.А. Ландышев // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 99 – 103.
133. Еричев А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А. Н. Еричев // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 2007. – № 3. – С. 43- 47.
134. Денисов Е. М. Использование психообразовательных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией / Е. М. Денисов // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* – 2009. – № 2(22). – С. 53 - 58.
135. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia / C. Barrowclough, N. Tarrier, S. Lewis [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174, № 6. – P. 505-511.
136. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психообразовательная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М., 2004. – 492 с.
137. Grunebaum H. Biopsychosocial Psychiatry / H. Grunebaum // *Am. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 160, № 1. – P. 186.
138. Семенова Н. Д. Проблема образования психически больных / Н. Д. Семенова, Л. И. Сальникова // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30-39.
139. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life / J. M. Atkinson, D. A. Coia, W. H. Gilmour, J. P. Harper // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 168, № 2. – P. 199-204.
140. Merinder L. B. Patient education in schizophrenia: a review / Merinder L. B. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102, № 2. – P. 98-106.

141. Macpherson R. A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia / R. Macpherson, B. Jerrom, A. Hughes // *Br. J. Psychiatry*. " 1996. " Vol. 168, № 6. – P. 709-717.
142. Razali M. S. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country / M. S. Razali, H. Yahya // *Acta Psychiatr. Scand.* " 1995. " Vol. 91, № 5. " P. 331-335.
143. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome / N. Tarrier, R. Beckett, S. Harwood [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. " 1993. " Vol. 162, № 4. " P. 524-532.
144. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia / W. R. McFarlane, B. Link, R. Dushay [et al.] // *Fam. Processes*. " 1995. " Vol. 34, № 2. " P. 127-144.
145. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups / D. G. Dyck, R. A. Short, M. S. Hendryx [et al.] // *Psychiatr. Serv.* " 2000. " Vol. 51, № 4. – P. 513-519.
146. Kavanagh D. J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia / D. J. Kavanagh // *Br. J. Psychiatry*. " 1992. " Vol. 160, № 5. " P. 601-620.
147. Bauml J. Psychedukative gruppen für schizophrene patienten: einfluss auf wissenstand und compliance / J. Bauml, W. Kissling, G. Pitschel-Walz // *Nervenheilkunde*. " 1996. " Vol. 15, № 1. " P. 145-150.
148. McGorry P. D. Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process / P. D. McGorry // *Psychiatry*. " 1995. " Vol. 58, № 4. – P. 313-328.
149. Diamond G. Current status of family intervention science / G. Diamond, L. Siqueland // *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* " 2001. " Vol. 10, № 3. " P. 641-661.
150. Pharoah F. M. Family intervention for schizophrenia / F. M. Pharoah, J. J. Mari, D. Streiner. " *Cochrane Database Syst. Rev.* " 2000. " № 2. " CD000088.
151. The family in clinical psychiatry / S. Bloch, J. Hafner, R. Harari, G. I. Szmukler. " N. Y. : Oxford University Press, 1994. " 296 P.
152. Patterson P. Expressed emotion as an adaptation to loss. Prospective study in first-episode psychosis / P. Patterson, M. Birchwood // *Br. J. Psychiatr.* – 2005. – Vol. 187 Suppl. – P. s59-s64.
153. Szmukler G. I. Family involvement in the care of people with psychoses. An ethical argument / G. I. Szmukler, S. Bloch // *Br. J. Psychiatry*. " 1997. " Vol. 171, № 5. " P. 401-405.
154. Falloon I. R. H. Cognitive-behavioral family and educational interventions for schizophrenic disorders / I.R.H.Falloon // *Treating Chronic and Severe Mental Disorders* / S. G. Hofmann, M. C. Tompson. - N. Y. : Guilford press, 2002. – 430 p.
155. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics / M. J. Goldstein, E. H. Rodnick, J. R. Evans [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. " 1978. " Vol. 35, № 10. " P. 1169-1177.
156. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment / N. R. Schooler, S. J. Keith, J. B. Severe [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. "1997. " Vol. 54, № 5. " P. 453-463.
157. Family management of schizophrenia: a comparison of behavioral and supportive family treatment / T. R. Zastovny, A. F. Lehnem, R. E. Cole, C. Kane // *Psychiatr. Q.* – 1992. – Vol. 63, № 2. – P. 159-186 .
158. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition / A. F. Lehman, J. A. Lieberman, L. B. Dixon [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161, N 2, Suppl. – P. 1–56.
159. Gender and schizophrenia outcome: a clinical trial of an inpatient family intervention / G. L. Haas, I. D. Glick, J. F. Clarkin [et al.] // *Schizophr. Bull.* " 1990. " Vol. 16, № 2. " P. 277-292.
160. Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives? / L. Magliano, G. Fadden, A. Fiorillo [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* " 1999. " Vol. 99, № 1. " P. 10-15.
161. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis / L. Tennakoon, D. Fannon, V. Doku [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. " 2000. " Vol. 177, № 6. " P. 529-533.
162. Ряполова Т. Л Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // *Арх. психиатрии*. – 2008. – № 4. – С. 15–21.
163. Chien W. T. A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong / W. T. Chien, K.-F. Wong // *Psychiatr. Serv.* – 2007. – Vol. 58, № 7. – P. 1003-1006.
164. Thornicroft G. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia / G. Thornicroft, E. Susser // *Br. J. Psychiatry*. " 2001. " Vol. 178, № 1. " P. 2-4.
165. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis / G. Pitschel-Walz, S. Leucht, J. Bauml [et al.] // *Schizophr. Bull.* " 2001. " Vol. 27, № 1. " P. 73-92.
166. Brekke J. S. Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia / J. S. Brekke, J. D. Long // *Schizophr. Bull.* " 2000. " Vol. 26, № 3. " P. 667-680.
167. Абдраязкова А. М. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации / А. М. Абдраязкова, В. Г. Булыгина // *Рос. психiatr. журн.* – 2006. – № 3. – С. 54-58.
168. Carling P. J. Return to community: building support systems for people with psychiatric disabilities / P. J. Carling. " N. Y. : Guilford Press, 1995. " 348 p.
169. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation / S. R. McGurk, K. T. Mueser, T. J. DeRosa, R. Wolfe // *Schizophr. Bull.* " 2009. " Vol. 35, № 2. " P. 319-335.
170. Gabbard G. O. The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? / G. O. Gabbard, J. Kay // *Am. J. Psychiatry*. " 2001. " Vol. 158, № 12. " P. 1956-1963.
171. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients / M. Ritsner, I. Modai, J. Endicott [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. " 2000. " Vol. 61, № 11. " P. 880-890.
172. Drake R. E. Psychosocial approaches to dual diagnosis / R. E. Drake, K. T. Mueser // *Schizophr. Bull.* " 2000. " Vol. 26, № 1. " P. 105-118.
173. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia / J. R. McQuaid, E. Granholm, F. S. McClure [et al.] // *J. Psychother. Pract. Res.* " 2000. " Vol. 9, № 3. " P. 149-156.
174. Fenton W. S. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia / W. S. Fenton, N. R. Schooler // *Schizophr. Bull.* " 2000. " Vol. 26, № 1. " P. 1-3.
175. Гурович И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // *Соц. и клин. психиатрия*. – 2007. – № 4. – С. 78–85.
176. Kanas N. Group therapy and schizophrenia: an integrative model / N. Kanas // *Psychosis: Psychological Approaches and Their Effectiveness* / B. V. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, F. Margison (ed.). - London, Gaskell, 2000. - P. 120-133.
177. Schizophrenia: problems of separation in families / J. Jungbauer, K. Stelling, S. Dietrich, M. Angermeyer // *J. of advanced nursing*. – 2004. – Vol. 47, № 1. " P. 605-613.
178. Physical health and health risk factors in a population of long-stay psychiatric patients / I. Cormac, M. Ferriter, R. Benning, C. Saul // *The Psychiatrist*. - 2005. – Vol. 29, № 1. " P. 18 - 20.
179. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study / M. I. Herz, J. S. Lamberti, J. Mintz [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. " 2000. " Vol. 57, № 3. " P. 277-283.
180. The family as caregiver: a group psychoeducation model for schizophrenia / C. S. North, D. E. Pollio, B. Sachar [et al.] // *Am. J. Orthopsychiatry*. " 1998. " Vol. 68, № 1. " P. 39-46.
181. Choice of Outcome In Cbt for psychoses (CHOICE): The Development of a New Service User–Led Outcome Measure of CBT for Psychosis / K. E. Greenwood, A. Sweeney, S. Williams [et al.] // *Schizophr. Bull.* " 2010. " Vol. 36, № 1. " P. 126-135.
182. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia / N. Tarrier, C. Kinney, E. McCarthy [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* " 2000. " Vol. 68, № 5. " P. 917-922.
183. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial / Ph. A. Garety, D. G. Fowler, D. Freeman [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. " 2008. " Vol. 192, № 6. " P. 412-423.
184. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia / A. Zygmont, M. Olfson, C. A. Boyer, D. Mechanic // *Am J Psychiatry*. – Vol. 159, № 9. " P. 1653 - 1664.
185. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements / L. B. Dixon, F. Dickerson, A. S. Bellack, [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2010. – Vol. 36, № 1. " P. 48-70.
186. Becker T. Daily living: does this matter for people with mental illness? / Becker T., Kilian R. // *International review of psychiatry*.- 2008. – Vol. 20, № 6. – P. 492 - 497.
187. Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis / R. Kilian, I. Lindenbach, U. Lubig [et al.] // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. - 2001. - Vol. 36, № 11. " P. 545-552.
188. Lobban F. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia / F. Lobban, C. Barrowclough, S. Jones // *Psychol. Med.* " 2004. " Vol. 34, № 7. " P. 1165-1176.

Поступила в редакцию 18.07.2011