

УДК 616.895.8+615.851.4

*Е. М. Денисов***ПРИНЦИПЫ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: параноидная шизофрения, психосоциальная реабилитация, психообразовательная терапия, качество жизни, социальное функционирование.

Концепция психосоциальной реабилитации хронически психических больных, разработанная в последние годы отечественными и зарубежными исследователями, оказывает возрастающее влияние на клиническую и социальную психиатрию, качество жизни (КЖ) и социальное функционирование (СФ) пациентов, а также на систему организации психиатрической помощи населению [1,2,7,8,12].

Анализ литературы показывает, что психосоциальная реабилитация больных параноидной шизофренией (ПШ) направлена не только на достижение максимально возможной ремиссии, предупреждение инвалидности, повышение личного и социального статуса, но и на восстановление когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, социальных навыков, знаний и умений противодействовать остаточным психотическим и дефицитарным симптомам [14,17,19].

Организация лечения больных ПШ, находящихся в стационаре, предусматривает, помимо использования биологической терапии, применение различных психосоциальных программ. Этот комплекс включает в себя как традиционные реабилитационные мероприятия, так и современные подходы, отражающие тенденцию к гармонизации и более глубокому правовому регулированию психиатрической помощи [2,9,17].

В настоящее время для достижения положительного терапевтического эффекта при лечении больных ПШ в условиях психиатрического стационара применяют многочисленные психотерапевтические подходы: когнитивно-поведенческая терапия, телесно-ориентированная тера-

пия, психодинамически-ориентированная (эксплоративная) терапия, суппортивная терапия, семейная терапия, социальный тренинг, а также психообразовательная и обучающая терапия [4,15,18,20].

Особое место в структуре психосоциальной реабилитации занимает психообразовательная терапия, как система психотерапевтического воздействия, направленная на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлением заболевания [10,11,13].

Некоторые авторы указывают на предпочтительность возможно более раннего включения больных в психообразовательную терапию как на этапе становления терапевтической ремиссии после первого психотического эпизода, так и на последующих этапах заболевания, в том числе и в случае его рецидивирования [4,13,16].

Одновременно высказываются суждения, что больные, страдающие шизофренией, способны усваивать и понимать информацию, касающуюся их психического состояния, распознавать ранние субъективные признаки рецидива заболевания и осуществлять меры по нормализации своего состояния [5,9,15].

В то же время, в отечественной литературе отсутствуют работы, посвященные этому разделу психосоциальной реабилитации психических больных.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности психообразовательной терапии, влияния ее на частоту рецидивирования психотической симптоматики в катамнестическом периоде, на КЖ и СФ больных ПШ.

Материал и методы исследования

В основную терапевтическую группу для проведения психообразовательной терапии вошли 25 больных ПШ с различным типом течения, после выхода из острой фазы психоза и невыра-

женной прогрессивностью шизофренического процесса, которые параллельно принимали традиционные (галоперидол - 15-20 мг/сут., трифтазин - 15-30 мг/сут., флюанксол 1-5 мг/сут.) или

атипичные антипсихотики (азалептин 75-200 мг/сут., rispoleпт 2-4 мг/сут., зипрекса – 5-10 мг/сут). Согласно МКБ-10 у 10 (40%) пациентов диагностировали эпизодическое течение ПШ с нарастающим дефектом (F20.01), у 3 (12%) – непрерывное течение ПШ (F20.00), и 12 (48%) – ПШ, период наблюдения менее года (F20.09). Абсолютным противопоказанием для проведения психобразовательной терапии являлись: острая психотическая симптоматика, грубопрогредиентное злокачественное течение заболевания, выраженные дефектные состояния, постпсихотическая депрессия.

Контрольная группа состояла из 30 больных ПШ, получавших только медикаментозную терапию традиционными (галоперидол - 15-20 мг/сут., трифтазин – 15-30 мг/сут., флюанксол 1-5 мг/сут.) или атипичными антипсихотиками (азалептин 75-200 мг/сут., rispoleпт 2-4 мг/сут., зипрекса – 5-10 мг/сут). Согласно МКБ-10 - 15 (50%) больным ставили диагноз: ПШ, эпизодическое течение с нарастающим дефектом (F20.01), 3 (10%) – ПШ, непрерывное течение (F20.00), 12 (40%) - ПШ, период наблюдения менее года (F20.09).

Задачи при проведении психобразовательной терапии были следующими:

1. Восполнение имеющегося у больных и членов их семей информационного специфического (медицинского) дефицита знаний.
2. Обучение пациентов и членов их семей умению опознавать первые признаки обострения заболевания.
3. Обучение больных навыкам совладания с болезнью.
4. Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.
5. Уменьшение возможности рецидивирования заболевания.
6. Снижение у членов семьи эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания у родственника.
7. Снижение у пациентов уровня самостигматизированности и стигматизированности.

Основными методами при проведении занятий были следующие: консультирование, преподавание (минилекции), варианты коммуникативной терапии и проблемно ориентированные дискуссии в группах, а также - методы улучшения семейных коммуникаций.

Проведение психобразовательных и обучающих занятий с больными проводилось в стационаре в виде регулярных групповых встреч с

больными с частотой 1 раз в неделю на протяжении 50-60 минут. Общее количество занятий колебалось от 6 до 8 (в среднем 7) и состояло из трех этапов: включение пациентов в психобразовательную группу, начальный этап работы в группе, проведение психобразовательных сессий. Занятия проводились в закрытых группах по 8-10 человек.

Психобразовательная терапия включала в себя набор информационных занятий: повышение уровня специфического (медицинского) образования пациента, его семьи, формирование умения управлять медикаментозной терапией, выработка навыков в решении жизненных проблем, снижение у больных и членов семьи эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания, тренинг коммуникативных навыков, улучшение психологических характеристик, имеющих существенное значение для формирования стиля жизни, тренинг навыков совладания.

Оценку эффективности психобразовательной терапии изучали при помощи шкалы общего клинического впечатления (CGI-I).

Изучение КЖ больных ПШ проводили при помощи русской версии опросника КЖ, разработанного ВОЗ [3]. Данная шкала оценивала 6 ядерных модулей (сфер): физические функции (PH), психологические функции (PS), уровень независимости (LI), социальные взаимоотношения (SR), окружающая среда (EN), духовная сфера (SS), а также напрямую измеряла восприятие пациентами своего КЖ и здоровья в целом (G). Внутри каждой из сфер выделялись несколько составляющих ее субсфер (F) – более узких и конкретных аспектов жизни, связанных с состоянием здоровья пациента и терапевтическими вмешательствами. Анализ уровня качества жизни осуществлялся по 20-балльной шкале (4-6 баллов – очень плохое, 7-10 баллов – плохое, 11-13 баллов – удовлетворительное (среднее), 14-17 баллов – хорошее, 18-20 баллов – очень хорошее).

Успешность СФ в различных социальных сферах и его параметры, отражающие характеристику 10 сфер жизнедеятельности, фиксировались в опроснике СФ В.В. Зайцева (1999) [6]. Количественная сторона СФ характеризовала уровень успешности функционирования в различных сферах: производственная (учебно – трудовая), межличностных отношений, родительская семья, родственных отношений, организация быта повседневной жизни, проведение досуга, сексуальные отношения (в том числе и в

семье), а также оценивал способность ухаживать за собой, внешний вид, а также физическую сферу, сферу работоспособности (дневной активности). Уровень СФ в каждой сфере оценивался: 0-1 балла (высокий), 1-2 балла (хороший), 2 – 3 балла (сниженный), 3-4 балла (низкий).

Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета «STADIA 5,0». Для оценки независимых совокупностей применяли непараметрические критерии различия Манна-Уитни (U) и достоверность различий (p).

Результаты и обсуждение

Эффективность психообразовательной терапии по шкале общего клинического впечатления,

проводимых в основной терапевтической и контрольной группах, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Эффективность психообразовательной терапии по шкале общего клинического впечатления (CGI-I)

Клинический эффект	Основная группа n=25		Контрольная группа n=30		Достоверность различий
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
Очень значительное улучшение	4	16,0	3	10,0	p<0,01
Значительное улучшение	16	64,0	6	20,0	p<0,001
Минимальное улучшение	3	12,0	12	40,0	p<0,05
Без изменений	1	4,0	5	16,6	p<0,05
Минимальное ухудшение	1	4,0	3	10,0	p<0,05
Значительное ухудшение	0	0	1	3,4	p>0,05
Очень значительное ухудшение	0	0	0	0	p>0,05

Таким образом, в основной терапевтической группе достоверно чаще в 92% случаев наблюдалась различной степени положительная динамика (очень значительное улучшение у 16% , значительное улучшение - у 64%, минимальное улучшение - у 12% пациентов) психического состояния, и только в 8% случаев психические нарушения продолжали удерживаться (в 4% случаев - без изменений и в 4% - минимальное ухудшение).

В группе больных, получавших только антипсихотические средства, достоверное улучшение психического состояния отмечено у 63,3% пациентов (в 10% случаев – очень значительное, в 20% - значительное, в 40,0% - минимальное улучшение). В то же время у 16,6% больных этой группы достоверно чаще обнаруживалось отсутствие позитивной динамики редукции психического расстройства, а у 13,4% пациентов - минимальное и значительное ухудшение психического состояния.

При катамнестическом обследовании больных на протяжении 6-12 месяцев были выявлены достоверные различия частот рецидивирования психического расстройства в основной те-

рапевтической и в контрольной группах. Так, только в 12% случаев в катамнестическом периоде в группе больных, проходивших психообразовательную терапию, было выявлено возобновление психотической симптоматики в отличие от группы больных, не вовлеченных в психотерапевтические мероприятия, у которых в 26,6% отмечалось рецидивирование симптомов шизофрении (p<0,001).

Оценка КЖ больных ПШ после проведения психообразовательной терапии показала достоверное повышение среднего показателя в большинстве сфер и субсфер шкалы ВОЗКЖ-100, что отражено на рисунке 1.

Обращает на себя внимание, что после проведения психообразовательной терапии отмечался достоверный рост средних показателей до уровня хорошего КЖ в сферах «психологические функции» с 13,2±1,27 до 14,1±1,31 балла (p<0,01), «уровень независимости» - 12,2±1,25 до 14,2±1,30 балла (p<0,001), «социальные отношения» - 10,7±1,10 до 13,9±1,26 балла (p<0,001), «окружающая среда» - 12,1±1,26 до 13,8±1,24 балла (p<0,01), «общее восприятие

качества жизни» - $10,1 \pm 1,12$ до $13,5 \pm 1,24$ балла ($p < 0,001$). В противоположность этому рост средних значений в физической и духовной сфе-

рах с $11,7 \pm 1,11$ до $12,4 \pm 1,23$ балла и $16,8 \pm 1,39$ до $17,0 \pm 1,45$ балла оказывался незначительным ($p > 0,05$).

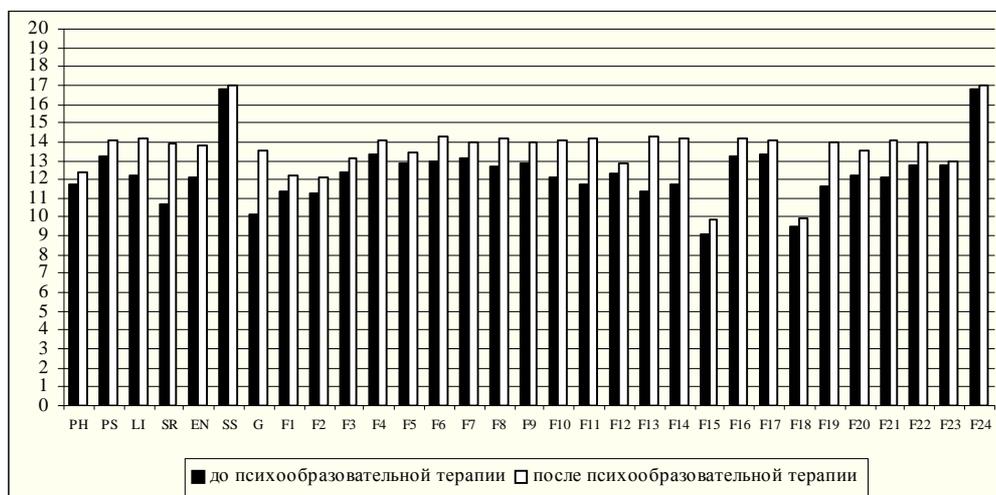


Рис. 1. Средние показатели сфер и субсфер КЖ больных ПШ до и после психообразовательной терапии по шкале ВОЗКЖ-100

Условные обозначения сфер и субсфер: PH - физические функции, PS - психологические функции, LI - уровень независимости, SR - социальные взаимоотношения, EN - окружающая среда, SS - духовная сфера, G - восприятие пациентами своего КЖ и здоровья в целом, F1-«физическая боль и дискомфорт»; F2-«жизненная активность, энергия, усталость»; F3-«сон и отдых»; F4-«положительные эмоции»; F5-«познавательные функции»; F6-«самооценка»; F7-«образ тела и внешность»; F8-«отрицательные эмоции»; F9-«подвижность»; F10-«способность выполнять повседневные дела»; F11-«зависимость от лекарств и лечения»; F12-«способность к работе, работоспособность»; F13-«личные отношения»; F14-«практическая социальная поддержка»; F15-«сексуальная активность»; F16-«физическая безопасность и защищенность»; F17-«окружающая среда дома»; F18-«финансовые ресурсы»; F19-«медицинская и социальная помощь»; F20-«возможности для приобретения новой информации и навыков»; F21-«возможность для отдыха и развлечений и их использование»; F22-«окружающая среда вокруг»; F23-«транспорт»; F24-«духовность/религия, личные убеждения».

Достоверно значимым было обнаруженное после психообразовательной терапии улучшение средних значений субсфер «положительные эмоции» - $13,3 \pm 1,28$ до $14,1 \pm 1,31$ балла ($p < 0,01$) и изменение «самооценки» в положительную сторону - $13,0 \pm 1,25$ до $14,3 \pm 1,33$ балла ($p < 0,001$), показатели которых увеличивались до хорошего уровня КЖ. Параллельно перечисленным изменениям, достоверно повышалась средняя оценка субсфер «образ тела и внешность» - $13,1 \pm 1,24$ до $14,0 \pm 1,32$ балла ($p < 0,05$) и «отрицательные эмоции» - $12,8 \pm 1,20$ до $14,2 \pm 1,35$ балла ($p < 0,001$), уменьшались проявления эмоциональной напряженности, раздражительности, тревоги и вины.

Показательным является тот факт, что во время психообразовательной терапии пациенты достоверно выше ($p < 0,001$) оценивали свои способности справиться с болезненными переживаниями, могли контролировать свои поступки и самостоятельно могли справиться с остаточной психотической симптоматикой. В то же время после терапии существенно увеличились по-

казатели, характеризующие способность к повседневной работе - $12,1 \pm 1,20$ до $14,1 \pm 1,28$ балла ($p < 0,05$), в то время как рост средней оценки субсферы «способность к работе, работоспособность» был незначительным - $12,3 \pm 1,12$ до $12,9 \pm 1,31$ балла ($p > 0,05$). Уровень «зависимость от лекарств и лечения» находился в диапазоне хорошего качества жизни ($14,2 \pm 1,35$ балла), при этом больные ни в одном случае самовольно не прекращали прием антипсихотика, что свидетельствовало о достаточно высоком терапевтическом комплаенсе ($p < 0,001$).

Особенно статистически значимыми в ходе психообразовательных занятий по улучшению коммуникативных навыков было улучшение в субсферах «личные отношения» - $11,4 \pm 1,19$ до $14,3 \pm 1,41$ балла ($p < 0,001$) и «практическая социальная поддержка» - $11,7 \pm 1,19$ до $14,2 \pm 1,35$ балла ($p < 0,001$), достигавшие хорошего уровня качества жизни. При этом практически все пациенты отмечали улучшение семейных, родственных, дружественных взаимоотношений, а также повышение коммуникативных способно-

стей в общении с другими людьми.

Необходимо отметить, что после психообразовательной терапии достоверным являлось также улучшение субъективной оценки в субсферах «физическая безопасность» - $13,2 \pm 1,20$ до $14,2 \pm 1,25$ балла ($p < 0,05$), «окружающая среда дома» - $13,3 \pm 1,24$ до $14,1 \pm 1,26$ балла ($p < 0,05$), «медицинская и социальная помощь» - $11,6 \pm 1,14$ до $14,0 \pm 1,29$ балла ($p < 0,001$), «возможность для отдыха и развлечений» - $12,2 \pm 1,28$ до $14,1 \pm 1,30$ балла ($p < 0,05$) и «окружающая среда» - $12,8 \pm 1,23$ до $14,0 \pm 1,29$ балла ($p < 0,05$). Средняя оценка данных субсфер свидетельствовала о хорошем уровне КЖ.

В то же время рост средних значений субсфер «сон и отдых» - $12,5 \pm 1,19$ до $13,1 \pm 1,14$ балла ($p < 0,01$), «познавательные функции» - $12,9 \pm 1,20$ до $13,4 \pm 1,23$ балла ($p < 0,01$), «возможности для приобретения новой информации и навыков» - $12,2 \pm 1,18$ до $13,5 \pm 1,20$ балла ($p < 0,01$) были незначительными и соответствовали среднему (удовлетворительному) уровню КЖ.

Применение психообразовательной терапии не оказывало достоверного влияния на улучшение уровня КЖ в субсферах «физическое благополучие» - $11,6 \pm 1,11$ до $12,2 \pm 1,21$ балла ($p > 0,05$), «жизненная активность» - $11,5 \pm 1,12$ до $12,1 \pm 1,17$ балла ($p > 0,05$), «сексуальная активность» - $9,2 \pm 1,07$ до $9,9 \pm 1,18$ балла ($p > 0,05$), «финансовые ресурсы» - $9,5 \pm 1,09$ до $10,0 \pm 1,12$ балла ($p > 0,05$) и «транспорт» - $12,8 \pm 1,26$ до $13,0 \pm 1,23$ балла ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о значительном положительном влиянии психообразовательной терапии на субъективное восприятие КЖ. При этом, в первую очередь происходило улучшение социальных отношений: межличностных, родительских, родственных, отношений с друзьями, сексуальных; повышение удовлетворения больных от социальной поддержки. Во-вторых, улучшение способности к самообслуживанию и независимости действий, личностной и духовной реализации приводило к повышению общего восприятия КЖ. В-третьих улучшение психологических функций больных приводило к адекватной самооценке и оценке своего психического состояния. Они правильно соотносили свои субъективные впечатления с объективной реальностью окружающей среды. В-четвертых, повышение удовлетворенности от качества медицинской и социальной помощи приводило к долговременному приему антипсихотиков, что свидетельствовало об устойчивом терапевтическом комплаенсе.

Однако применение психообразовательной терапии не оказывало значительного влияния на физическое благополучие больных, финансовые ресурсы, удовлетворенность сексуальной жизнью больных шизофренией.

Средняя оценка СФ больных ПШ, прошедших психообразовательную терапию, свидетельствовала о достоверной положительной динамике в 8 социальных сферах функционирования. (Рис.2)

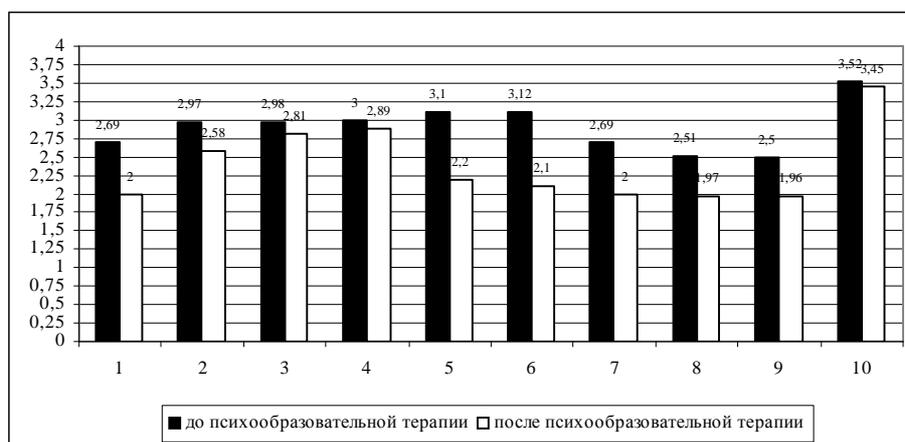


Рис. 2. Средние показатели сфер СФ больных ПШ до и после психообразовательной терапии по шкале уровня СФ Зайцева В.В.

Условные обозначения сфер СФ: 1 – «способность следить за собой (внешний вид)», 2 – «физическая», 3 – «работоспособность (дневная активность)», 4 – «учебно-трудовая (производственная)», 5 – «межличностных отношений», 6 – «родительской семьи», 7 – «родственных отношений», 8 – «организация быта в повседневной жизни», 9 – «проведение досуга», 10 – «сексуальные отношения».

Успешность социального функционирования после психообразовательных занятий, включающих в себя коммуникативные и общественные занятия, достоверно была выше ($p < 0,001$) в сферах «межличностные отношения», «взаимоотношения с родителями», «родственные отношения», «организация быта в повседневной жизни» и «проведение досуга». Это свидетельствовало о хорошем уровне функционирования и совпадало с данными о влиянии поведенческой терапии на успешность социальной адаптации больных шизофренией, полученными Т.В. Гончарской и Н.Р. Мальковым (1984).

При этом обучающие занятия по соблюдению личной гигиены оказывали достоверное влияние ($p < 0,05$) на способность следить за своим внешним видом. Напротив, психообразовательная терапия не оказывала достоверного влияния на функционирование пациентов в физической сфере ($p > 0,05$), сфере «работоспособность (дневная активность)» ($p > 0,05$), производственной сфере ($p > 0,05$) и в сфере «сексуальных взаимоотношений» ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии психообразовательной терапии на межличностные взаимоотношения, отношения с родителями, родственные отношения, характеризующиеся в катамнестическом периоде достаточной содержательностью, гармоничностью, с формированием оптимальной эмоциональной дистанции между пациентом и членами семьи. В то же время происходило сохранение или восстановление социальных связей семьи.

После того как достигался достаточный уровень адаптации членов семьи к психическому заболеванию родственника, обычная среда становилась «психотерапевтической». В этом случае больные начинали чувствовать, что обладают прежней автономией, как и до болезни, что существующие социальные ограничения носят временный и действительно обоснованный характер, что его заболевание не приносит чрез-

мерного ущерба никому из его родных, что он в любой момент может надеяться на помощь и поддержку. В такой ситуации факт заболевания постепенно терял свою катастрофичность, и больные получали возможность шаг за шагом создавать эффективные стратегии совладания с заболеванием и постепенно адаптироваться к социальной среде.

Обеспечение родственников информацией, касающейся психических расстройств, приводило к улучшению понимания членами семьи болезни и усилению их эмоциональной толерантности к больному, а также способствовало более адекватному использованию имеющихся в распоряжении семьи поведенческих навыков.

Кроме этого, проведенные в стационаре психообразовательные и обучающие занятия способствовали лучшей адаптации больных ПШ в домашней среде с нормированной организацией быта и досуга. В результате этого они могли самостоятельно вести домашнее хозяйство, осуществлять необходимый контроль семейных расходов (в том числе при незначительной помощи со стороны). При этом пациенты проводили работу и ведение домашнего хозяйства с интересом, на достаточном уровне, однако иногда плохо переносили длительные физические нагрузки.

Необходимо отметить положительное влияние психообразовательных занятий, включающих в себя обучение больных общественным навыкам. Больные адекватно оценивали интерес к своему внешнему виду, чистоте одежды, причёске и макияжу.

Таким образом, использование психообразовательной терапии является необходимым компонентом реабилитационного процесса в условиях психиатрического стационара, помогая больному и членам его семьи стать более активными участниками лечебного процесса, что, безусловно, способствует более полному восстановлению пациента и подготавливает его к дальнейшему возвращению в сообщество.

ПРИНЦИПИ ПСИХООСВІТНЬОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦИОНАРУ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Нами використовувалася у 25 хворих на параноїдну шизофренію техніка психоосвітньої психотерапії, яка була заснована на навчальних та психоосвітніх підходах.

Нами досліджувалася ефективність психоосвітньої терапії, вплив на рецидив захворювання, якість життя та соціальне функціонування. Оцінку ефективності психоосвітньої психотерапії вивчали за допомогою шкали загального клінічного враження (CGI-I), якості життя за допомогою шкали ВООЗ ЯЖ-100, соціального функціонування за допомогою шкали соціального функціонування в різноманітних сферах Зайцева В.В.

В ході лікування була показана висока ефективність психоосвітньої терапії та був виявлений позитивний вплив на численні сфери якості життя та соціального функціонування (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 49-55)

E. M. Denisov

THE PRINCIPLES OF PSYCHOEDUCATION THERAPY OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL

Donetsk State Medical University n.a. M. Gorkiy

Were was used of methods psychoeducation psychotherapy of the 25 patients with paranoid schizophrenia, based on the teaching and education approaches. Was studied clinical efficiency of the psychoeducation psychotherapy by used the scale clinical global impression (CGI), quality of life with used scale WHO QOL –100 and social functioning by used scale social functioning by names Zaitsev V.V. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 49-55)

Литература

1. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк: «Донеччина», 2004. - 272 с.
2. Абрамов В.А., С.И. Табачников, В.С. Подкорытов. Основы качественной психиатрической практики. Донецк: «Каштан», 2004. - 248 с.
3. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. С-Пб., 1998.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении С-Пб: «Питер»,-2001 г., - 432 с.
5. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия.-2003.-Т.13, №3.-С.26-30.
6. Зайцев В.В. Влияние семейных параметров на социальную адаптацию больных шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед. наук.-С-Пб, 1999, с.52.
7. Влох І.Й., Гофман Г. Психосоціальна реабілітація. Принципи, результати в Україні та Австрії //Архів психіатрії.-2001.-№3 (26).-С.115-118.
8. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия.-2001.-№1.-С.22-27.
9. Карлинг Пол Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Сфера. Киев, 2001.- 418 с.
10. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Архипова Е.Л. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией в небольничных условиях // Социальная и клиническая психиатрия.-2002. Т.12, №1.- С.48-53.
11. Семенова Н.Д. Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия.-1998. Т.8, №4. – С.30-39.
12. Anthony W.A. The psychosocial rehabilitation. Boston, 2001.- 256 p.
13. Anderson C. A psychoeducational program for patients with schizophrenia. London.- 2000.-p.135.
14. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in clinical. Neuroscience Schizophrenia: Specific Topics –2001 – Volume 3 –No.2 – P.136-137.
15. Crow S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms. Br. J. Psychiat.-2001. v.215.-p.253-272.
16. Dixon L. Adams C. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. –2000.-Vol.26, N 1.-P.5-20.
17. Fenton WS, Blyler SR. Determinants of medical compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophr. Bull.-1997.-v.23., № 4.-p.637-651.
18. Glass L., Katz H., Schnitzer R. Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome.- Am. J. Psychiat.-1999.-v.231.-p.523-541.
19. Goldstein M.J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medication for schizophrenia and mood disorder // Psychopharmacol. Bull.-1992. –Vol. 28, N 3.- P.237-240.
20. Mosher L., Keith S. Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches. Schizophr. Bull.-1997.-v.24., № 3-p.635-649.

Поступила в редакцию 18.10.2005