

Роль психосоциальной терапии и реабилитации в социальной адаптации больных шизофренией

- РУЖЕНКОВ В.А.** д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета; e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru
- ЖИГУЛИНА О.В.** аспирант кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета
- МИНАКОВА Ю.С.** аспирант кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета
- ЕФРЕМОВА О.А.** д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии Белгородского государственного национального исследовательского университета
- ЗАХАРОВА Л.И.** к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии Курского государственного медицинского университета

Анализируются современные подходы к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных шизофренией. Обсуждаются их роль и эффективность в социальной адаптации.

Ключевые слова: шизофрения, адаптация, дезадаптация, психосоциальная терапия, психосоциальная реабилитация

Развитию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в психиатрической службе России в последние годы уделяется особое внимание [10], они становятся сегодня не только широко распространёнными, но и обыденными, повседневными компонентами психиатрической помощи. Если ранее психосоциальное лечение рассматривалось как альтернатива биологической терапии, то теперь они представляются как необходимые и взаимодополняющие терапевтические стратегии.

Психосоциальная реабилитация — это формирование или восстановление недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания, обеспечивающие интеграцию в общество психически больных с изъятиями социальной адаптации [9]. При этом целью психосоциального подхода является обеспечение равновесия между психической жизнью человека и социальными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность и социальную адаптацию.

Понятие *адаптация* используется для обозначения процесса, при котором организм приспосабливается к среде, как отношения установления равновесия между организмом и средой, как результат приспособительного процесса или в связи с «целью», к которой «стремится» организм» [31]. При всём многообразии классификационных моделей адаптации условно выделяют 3 формы адаптации человека к изменившимся условиям среды: биологическую, социальную и психологическую.

Биологическая адаптация: требует перестройки физиологических, биохимических и иных процессов и наблюдается в процессе эволюции.

Психическую адаптацию определяют [4] как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели при сохранении психического и физического здоровья, обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды. Адаптация человека к условиям жизни основана на взаимном изменении личности и её окружения и нередко описывается как процесс, направленный на эффективное преодоление трудностей посредством успешного принятия решений, проявления инициативы, ответственности и способности к антиципации последствий принимаемых решений.

Социальная адаптация — процесс эффективного взаимодействия с социальной средой, который сопровождается удовлетворением основных потребностей человека, оправдывающего ролевые ожидания группы, и проявляется в переживании состояния самоутверждения и свободы выражения творческих способностей. Неразрывно с социальной адаптацией связано и самоутверждение личности. Самоутверждением называется стремление человека к высокой оценке и самооценке своей личности и вызванное этим стремлением поведение. В литературе [2, 23] обсуждаются различные типологии самоутверждения личности. В частности [2] выделяют 3 основных способа (типа) самоутверждения личности:

- неуверенное поведение (характерна ориентация личности на конформность, тенденция скрывать собственное мнение и сдерживать эмоциональные реакции, выбор неопределённых и невыразительных форм речевого общения);

- ассертивное поведение (умение отвечать без заминки, говорить достаточно громко и естественным для себя тоном);

- агрессивный стиль поведения (стремление отвечать прежде, чем собеседник успел закончить свою мысль, громко говорить вызывающим тоном, смотреть на других свысока, пренебрежительно отзываться о предмете разговора (осуждать, порицать, принижать), навязывать собственное мнение, быть чрезмерным в выражении чувств).

Наряду с этой точкой зрения существует мнение [23, 28], что потенциально человек обладает разными стратегиями — неуверенной, конструктивной или доминантной и лишь акцентуация одной из них может рассматриваться в качестве критерия отнесения человека к какому-либо типу самоутверждения — самоподавлению, конструктивному самоутверждению или доминированию.

Адаптация и компенсация понимаются [15] как permanently существующие процессы, составляющие сущность жизнедеятельности любого организма и являющиеся составными элементами единого процесса — приспособления, направленного на выживание и развитие индивидуума. Авторы считают, что результатом процесса адаптации является социальная адаптация как характеристика особенностей взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Выделяют качественную характеристику стиля адаптации (биографически сложившийся и модифицированный болезнью способ взаимодействия с действительностью) и количественную характеристику (степени соответствия взаимоотношений с окружающей действительностью жизненным требованиям). На основе изучения приспособительного поведения больных шизофренией авторы выделили 3 типа приспособительного поведения: конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты); регрессивный (защитно-ограждающий, искажённо-деятельностный и зависимый варианты) и морбидный.

У больных шизофренией [27] на социальное функционирование оказывают влияние 3 группы факторов:

- социально-демографические (уровень образования, семья и внутрисемейные взаимоотношения, материально-бытовые и жилищные условия);

- клинические (наследственная отягощённость, преморбидные личностные характеристики, возраст начала заболевания, его форма, тип течения, структура психопатологической симптоматики);

- лечебно-реабилитационные (регулярность наблюдения и лечения во внебольничных условиях, час-

тота госпитализаций, продолжительность нахождения в стационаре).

Высокий уровень образования и профессиональной квалификации оказывают положительное влияние на социальную и трудовую адаптацию больных шизофренией [21, 45].

Относительно высокий уровень социального функционирования больных шизофренией связан с наличием выраженного стенического радикала в структуре преморбидной личности больных [30], при этом ведущая психопатологическая симптоматика ограничивалась аффективными и аффективно-бредовыми симптомами. В то же время больные с аффективно-бредовой симптоматикой и наличием интерпретативного бреда характеризовались низким уровнем социального функционирования. На роль психопатологической симптоматики в особенностях социальной адаптации больных шизофренией указывали также [22, 38].

Среди клинических показателей, оказывающих влияние на социальную адаптацию больных шизофренией, существенную роль играют наследственность, преморбидные личностные особенности, состояние соматического здоровья, возраст начала заболевания [1, 25, 47].

Важную роль в социальной адаптации больных шизофренией играют семья и внутрисемейные отношения [13, 41]. Негативное отношение в контексте социальной адаптации играют конфликтные семейные отношения [11, 39]. К факторам социальной дезадаптации больных шизофренией относятся одиночество, отсутствие близких родственников, длительное нахождение в психиатрическом стационаре [3, 19]. В то же время существует и противоположная точка зрения: с одной стороны, у одиноких больных уровень материальной обеспеченности может быть низким, а обширность социальных контактов и способность к трудовой деятельности наблюдаются на более высоком уровне [11].

На современном этапе к наиболее распространённым формам психосоциальной реабилитации относятся: психообразование пациентов и их родственников, ведение (менеджмент) индивидуального случая, интенсивное (настойчивое) лечение в сообществе, семейная терапия, тренинг социальных навыков, защищённое трудоустройство, «жильё с поддержкой» [10].

Под реабилитацией в социальной медицине понимают [8] расширение сферы жизнедеятельности больного при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий, конечной целью которых является полное или частичное восстановление личного и социального статуса больного [17]. В отечественной психиатрии были разработаны 4 принципа реабилитации психически больных [16, 17]:

1. Партнёрство врача и больного, предусматривающее обращение к личности последнего;

2. Разносторонность (разноплановость) усилий и мероприятий, направленных на разные стороны психосоциального функционирования больного;

3. Единство биологических и психосоциальных воздействий, направленных на восстановление (сохранение) личного и социального статуса больного;

4. Ступенчатость, переходность усилий и мероприятий, обуславливающих достижение конечной цели реабилитации, восстановления, сохранения личного и социального статуса больного.

Выделяются 3 этапа реабилитации психически больных:

1) восстановительная терапия, направленная на предупреждение формирования психического дефекта (инвалидизации), явлений «госпитализма», ликвидации или уменьшение этих явлений;

2) приспособление больного к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях;

3) восстановление индивидуальной и общественной ценности больного.

Расширение сфер жизнедеятельности реализуется через индивидуальную программу реабилитации, а столбовая дорога реабилитации проходит через личность больного. Основные аспекты индивидуальной программы реабилитации: медико-биологический, психологический, социальный. Считается [15] предпочтительной следующая схема построения реабилитационных программ:

1) создание терапевтической среды, терапевтических сообществ пациентов в стационаре;

2) работа, направленная на преодоление анозогнозии и повышение психологической грамотности пациентов;

3) индивидуальная и групповая психотерапия, направленная на осознание собственных личностных особенностей и психологических проблем;

4) индивидуальная и групповая работа с пациентами, направленная на повышение уровня их социальной адаптации, формирование ответственности за свое социальное поведение, обучение навыкам конструктивного общения, преодоление конфликтных ситуаций.

Одна из главных задач социотерапии — повышение компенсаторных возможностей индивида при межличностном взаимодействии, при этом расширение социореабилитационных мероприятий позволяет больным шизофренией лучше адаптироваться в микросоциальном окружении [51].

Наряду с этим [48] существенное значение в социальном функционировании имеет профессиональное переобучение больных шизофренией в группе, так как таким образом достигаются более высокие результаты. При низкой занятости больных шизофренией [40] наблюдается низкое качество жизни, а проводимые реабилитационные мероприятия позволяют максимизировать ежеднев-

ное функционирование, улучшают социальные взаимодействия и развивают перспективы занятости в трудовых процессах. Важную роль при этом играют социально-бытовая и материальная помощь, а также мероприятия по восстановлению социального положения пациентов [24], а достичь определённых результатов можно только при условии, что будут «гармонично сочетаться личностные черты пациента, система отношений и те социальные условия, в которых он оказался» [7].

Считается целесообразным в структуре комплексного лечения больных шизофренией применение методов психотерапии. По мнению Г.Т. Красильникова [20], больные шизофренией доступны психотерапевтическому воздействию в любом психическом состоянии, даже в остром, благодаря чему у них «улучшается психологическое и социальное функционирование, ослабевают психопатологические симптомы». Однако автор обращает внимание, что психотерапия данной группы больных должна быть гибкой и нешаблонной. В то же время интерес к психотерапии психозов как в нашей стране, так и за рубежом претерпевает сегодня заметный кризис. Связано это, по-видимому, с тем, что её действие, значительно более отдалённо, чем при применении медикаментозных средств [6].

Согласие с проводимой антипсихотической терапией играет важную роль в социальной адаптации больного, а отказ приводит к обострению симптоматики, социальной дезадаптации и повторной госпитализации [53]. Важен контроль за приёмом лекарств больными шизофренией [52], что приводит к сокращению сроков лечения и более качественным результатам. Что касается стационарного лечения, куда направляются больные с выраженной психопатологической симптоматикой, то важное значение имеет достаточная длительность пребывания больного в стационаре. Кратковременные госпитализации, как правило, приводят в последующем к повторным госпитализациям [46].

Неотъемлемой частью современной комплексной психиатрической помощи является психообразование [9, 10, 32, 35, 42, 49], широко внедряемое в отечественную психиатрическую практику [26] и имеющее большое значение в системе психосоциальной реабилитации больных и их родственников [34, 35, 43]. Считается, что психообразовательную работу целесообразно вести на разных этапах заболевания [33, 54], причём более высокие результаты достигаются при более раннем включении психообразовательных программ в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий [36, 50]. Психообразование способствует стимуляции активной позиции пациента в преодолении душевного заболевания и его последствий, повышению социальной компетентности, ответственности и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью [26]. Психообразовательные программы имеют две основные задачи [44, 55].

Первая — это «образование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании, чтобы правильное понимание своего состояния вело, если не к управлению своим заболеванием, его ходом и течением, то хотя бы к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов.

Вторая задача — это обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа для больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в защищённых, эмоционально безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями. Кроме того, посредством участия в группе удовлетворяются потребности в общении.

Психообразование оказывает существенное влияние на эффективность функционирования пациентов в производственной сфере и в меньшей степени — в сфере их межличностного функционирования [12].

Важной составляющей психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией является семейная психотерапия, которая играет существенную роль в социальной реабилитации больных, оказывая положительное влияние не только на семейные взаимоотношения пациентов, но и в некоторой степени смягчает течение болезни [13, 37, 41].

Не менее важным компонентом психосоциальной терапии и реабилитации является коррекция отношения к болезни как составной части самосознания [29]. Автором предложена технология коррекции критики к болезни — методика «условного двойника» в трех вариантах: «воображаемого двойника», «конкретного двойника» и «обобщённого двойника». Разработана технология психотерапевтической коррекции расстройств самосознания у больных шизофренией [18], а также использование юмора при лечении больных хронической шизофренией [5].

Список литературы

1. Абрамова Л.И. Об особенностях влияния эндогенного фактора на социально-трудовую адаптацию больных манифестно протекающей приступообразной шизофренией // Шестой Всероссийский съезд психиатров, Томск, 24—26 окт. 1990 г.: Тез. докл.: В 2 т. — М., 1990. — Т. 2. — С. 52—53.
2. Алберти Р.Э., Эммонс М.А. Самоутверждающее поведение: распрямись, выскажись, возрази! / Пер. с англ. — СПб.: Акад. проект, 1998. — 189 с. — (Б-ка популяр. психологии).
3. Бережная Н.И. Опека над больными шизофренией: клинико-катамнест. аспект: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н.: 14.00.18 / ВНИИ общ. и судеб. психиатрии. — М., 1985. — 23 с.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / АН СССР, Дальневост. отд-ние [и др.]. — Л.: Наука. Ленингр. отд-ние, 1988. — 269 с.: ил.
5. Брискин З.А., Лернер В.Е., Витцум Э. Использование юмора при лечении больных хронической шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Т. 9. — Вып. 3. — С. 71—75.

6. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. — 2-е изд-е, перераб. и доп. — СПб.: Питер [и др.], 2001. — 428 с. — (Краткое руководство).

7. Виноградова Р.Н., Логунова А.М. Новые организационные формы психосоциальной реабилитации больных в областном психоневрологическом диспансере // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т. 11. — Вып. 4. — С. 45—46.

8. Войтенко Р.М. Ограничение жизнедеятельности и современные концепции реабилитации в социальной психиатрии / Р.М. Войтенко, С.Н. Милютин // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии: к 90-летию С.-Петерб. гор. психиатр. больницы №1: Сб. науч. работ / Под общ. ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова. — Гатчина, 1999. — С. 65—79.

9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: Медпрактика-М, 2004. — 491 с.

10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. — 2006. — №2. — С. 61—64.

11. Друзь В.Ф., Олейников И.Н. Социальное функционирование и качество жизни одиноких пожилых больных шизофренией // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра: Сб. / Под ред. А.Б. Смулевича. — М., 1999. — С. 257—260.

12. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Т. 17. — Вып. 3. — С. 43—47.

13. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н.: 14.00.18 / М-во здравоохранения РФ, С.-Петерб. психоневрол. ин-т. — СПб., 1999. — 23 с.

14. Иванов В.Б. Принципы построения реабилитационных программ в условиях психиатрического стационара // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии: к 90-летию С.-Петерб. гор. психиатр. больницы №1: Сб. науч. работ / Под общ. ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова. — Гатчина, 1999. — С. 80—84.

15. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / С.-Петерб. н.-и. психоневрол. ин-т. — СПб.: Изд-во НИПНИ: Европ. Дом, 2008. — 286 с. — (Соврем. психоневрология).

16. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М-во здравоохранения России, С.-Петерб. н.-и. психоневрол. ин-т. — СПб.: Изд-во НИПНИ, 1998. — 255 с.

17. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни: к вопросу об охране психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т. 11. — Вып. 1. — С. 22—27.

18. Кафаров Т.А. Психотерапевтическая коррекция расстройств самосознания у больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. — 2000. — №3. — С. 52—53.

19. Корецкий В.С. Некоторые аспекты социальной адаптации одиноких больных шизофренией // Социально-правовые аспекты психиатрической помощи: Респ. сб. науч. тр. / Моск. НИИ психиатрии / Отв. ред. В.В. Ковалев. — М., 1990. — С. 108—111.

20. Красильников Г.Т. Психотерапия и медицинская психология: возможности психотерапевтических воздействий при шизофрении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2000. — №3. — С. 79—80.

21. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении / НИИ психич. здоровья Том. науч. центра Сиб. отд-ния РАМН. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995. — 212 с.

22. Незнанов Н.Г., Масловский С.Ю., Иванов М.В. Качество жизни больных шизофренией в процессе противорецидивной терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6, №5. — С. 213—215.

23. Никитин Е.П., Харламенкова Н.Е. Феномен человеческого самоутверждения. — СПб.: Алетейя, 2000. — 217 с.

24. Окунькова Ю.А., Потапова В.А. Об организации социальными работниками инструментальной социальной поддержки психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Т. 9. — Вып. 2. — С. 36—39.
25. Оруджев Я.С., Власов В.Н., Ивашев С.П. Клинико-эпидемиологическая оценка социальной адаптации больных шизофренией второй половины жизни // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра: Сб. / Под ред. А.Б. Смулевича. — М., 1999. — С. 320—323.
26. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8. — Вып. 4. — С. 30—39.
27. Султанов М.Г. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации: клин. и соц. аспекты: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н.: 14.00.18 / Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии; Клин. психиатр. больница №2 г.Баку. — М., 2005. — 22 с.
28. Харламенкова Н.Е., Никитин Е.П. Разработка валидной процедуры оценки самоутверждения личности // Психологический журнал. — 2000. — Т. 21, №6. — С. 66—75.
29. Чудновский В.С. Энергетический и архитектурный принцип понимания механизмов психических заболеваний // Неврологический вестник. — 1994. — Т. XXVI. — Вып. 3—4. — С. 49—52.
30. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н.: 14.00.18 / Гос. науч. Центр соц. и судеб. психиатрии. — М., 1999. — 45 с.
31. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психол. механизмы и закономерности динамики: Учеб. пособие / Кемер. гос. ун-т; Каф. психологии и соц. работы. — Кемерово: Изд-во КемГУ, 1999. — 84 с.
32. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients / J. Leff, L. Kuipers, R. Berkowitz et al. // Br. J. Psychiatry. — 1982. — Vol. 141. — P. 121—134.
33. 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.
34. Barbato A., D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials // Acta Psychiatr. Scand. — 2000. — Vol. 102, №2. — P. 81—97.
35. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. — 2000. — Vol. 26, №1. — P. 5—20.
36. Hinrichsen G.A., Lieberman J.A. Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first-episode schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. — 1999. — Vol. 100, №5. — P. 359—366.
37. Hogarti G.E., Anderson C. controlled study of family therapy, social skills training and maintenance chemotherapy in the after-care treatment of schizophrenic patients // Psychosocial Treatment of schizophrenia: multidimensional concepts, psychological, family, and self-help perspectives / Eds.: J.S. Strauss, W. Boker, H.D. Brenner. — Toronto [u.a.], 1987. — P. 132—145.
38. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in Psychiatry? // Quality of life in mental disorders / Eds. H. Katsching et al. — Chichester; New York, 1997. — P. 3—16.
39. Keitner G., Miller I.W. Family functioning and major depression: an overview // Am. J. Psychiatry. — 1990. — Vol. 147, №9. — P. 1128—1137.
40. Foraboniga A., Goracci A. The long term-maximising potential for rehabilitation in patients with schizophrenia // Eur. Neuropsychopharmacol. — 2007. — Vol. 17. — Suppl. 2. — P. S123—S129.
41. Freeman H. Relationship of schizophrenia to the environment // Br. J. Psychiatry Suppl. — 1989. — №5. — P. 90—99.
42. Lam D.H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies // Psychol. Med. — 1991. — Vol. 21, №2. — P. 423—441.
43. Merinder L.B. Patients education in schizophrenia: a review // Acta Psychiatr. Scand. — 2000. — Vol. 102, №2. — P. 98—106.
44. Miller T. Group Socioterapy: a psychoeducational Model for Schizophrenic Patients and their Families // Perspect. Psychiatr. Care. — 1989. — Vol. 25, №1. — P. 5—9.
45. Moriarty J.B., Walls R.T., MsLaughlin D.E. The Preliminary Diagnostic questionnaire (PDQ): functional assessment of employability // Rehabil. Psychol. — 1987. — Vol. 32, №11. — P. 5—15.
46. Patterns of psychiatric hospitalizations in schizophrenic psychoses within the Northern Finland 1966 Birth Cohort / J. Miettunen, E. Lauronen, J. Veijola et al. // Nord. J. Psychiatry. — 2006. — Vol. 60, №4. — P. 286—293.
47. Premorbid sociosexual functioning and long-term outcome in schizophrenia / R.S. Keefe, R.C. Mohs, M.F. Losonczy et al. // Am. J. Psychiatry. — 1989. — Vol. 146, №2. — P. 206—211.
48. Psycho-educational group treatment for the severely and persistently mentally ill: how much leader training is necessary? / G.M. Burlingame, D. Earnshaw, N.W. Ridge et al. // Int. J. Group. Psychother. — 2007. — Vol. 57, №2. — P. 187—218.
49. 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.
50. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu / M. Zhang, M. Wang, J. Li et al. // Br. J. Psychiatry Suppl. — 1994. — №24. — P. 96—102.
51. Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: a comparison of two national cohorts / A. Grinshpoon, M.Z. Abramowitz, Y. Lerner et al. // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2007. — Vol. 42, №5. — P. 355—359.
52. Segal S.P., Burgess P.M. Conditional release: a less restrictive alternative to hospitalization? // Psychiatr. Serv. — 2006. — Vol. 57, №11. — P. 1600—1606.
53. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment / J. Hamann, R. Cohen, S. Leucht et al. // J. Clin. Psychiatry. — 2007. — Vol. 68, №7. — P. 992—997.
54. Thornicroft G., Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 178, №1. — P. 2—4.
55. Walsh J. Psychoeducational program evaluation: one practical method // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. — 1987. — Vol. 25, №3. — P. 25—31.

The role of psychosocial therapy and rehabilitation in social adaptation of patients with schizophrenia

RUZHENKOV V.A., ZHIGULINA O.V., MINAKOVA Y.S., EFREMOVA O.A., ZAKHAROVA L.I.

Belgorod State National Research University, Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology

The current approaches to psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients are analyzed in the review. Their role and effectiveness of social adaptation is discussed.

Key words: schizophrenia, adaptation, deadaptation, psychosocial therapy, psychosocial rehabilitation