



УДК 616.895.8-08

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИЗНАННЫХ СУДОМ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ

**В.А. РУЖЕНКОВ**  
**Ю.С. МИНАКОВА**

*Белгородский  
государственный  
национальный  
исследовательский  
университет*

*e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

Клинико-психопатологическим и психометрическим методами обследовано 180 больных шизофренией в возрасте от 16 до 87 ( $48,7 \pm 1,1$ ) лет (77 человек женского и 103 мужского пола), признанных судом в установленном законом порядке недееспособными. Установлено, что основными дезадаптирующими факторами в микросоциальном окружении являются клинические (ранее начало эндогенного процесса, коморбидный алкоголизм и наркотическая зависимость, гетероагрессивное поведение) и социальные – конфликты с родными и опекунами, отсутствие, неспособность и нежелание опекунов обеспечить должный уход за пациентами. Обсуждаются подходы к психосоциальной терапии и реабилитации.

Ключевые слова: больные шизофренией, недееспособность, социальная дезадаптация, психосоциальная терапия, реабилитация.

Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических расстройств, болезненность в мире составляет 0,8-1%, а заболеваемость – 15 на 100 000 населения [3]. Несмотря на большие экономические расходы на лечение, исследования и реабилитацию, шизофрения сокращает продолжительность жизни больного в среднем на 10 лет [4] и входит в десятку ведущих причин инвалидности [9]. Считается [10], что нарастание дефекта при шизофрении может быть связано не только с болезнью, но и с равнодушным отношением окружения к больному, а тесное внутрисемейное взаимодействие, активное вовлечение пациентов в социальную деятельность сохраняют удовлетворительный уровень социальной адаптации. Из-за социальной дезадаптации больных шизофренией, необходимости рационально расходовать их денежные средства, защищать имущественные права, ухаживать, контролировать лечение, невозможности совместного проживания по мотивам «психологической несовместимости» родственники пациентов обращаются в суд с иском о признании пациентов недееспособными и установления над ними опеки [1].

**Целью исследования** была разработка дифференцированных подходов к психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией, признанных судом недееспособными, в зависимости от преобладающих дезадаптирующих клинических и социальных факторов.

**Материал и методы исследования.** В течение 2010-2012 гг. нами обследовано 180 больных шизофренией в возрасте от 16 до 87 ( $48,7 \pm 1,1$ ) лет (77 человек женского и 103 мужского пола), признанных судом в установленном законом порядке недееспособными. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический: шкала позитивных и негативных симптомов PANSS, «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» [2], «Шкала социальной поддержки» (MSPSS) Зимета в адаптации Н.А.Сироты [6] и В.М.Ялтонского [8]. Диагностика шизофрении проводилась на основании критериев, принятых в отечественной психиатрии [5, 7], и сопоставлялась с рубриками F20 МКБ-10.

В ходе исследования применялись статистические методы (критерий Стьюдента  $t$ , критерий  $\chi^2$  для таблиц сопряженности  $2 \times 2$ ) обработки базы данных при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.

Сравнительный анализ проводился в двух группах – первую составили 88 (46 мужчин и 42 женщины) пациентов, проживающих в домашних условиях, а во вторую группу вошли 92 (57 мужчин и 35 женщин) пациента, находящиеся преимущественно в условиях психиатрической клиники на этапе подготовки к помещению в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

**Результаты исследования и обсуждение.** На период обследования больные первой и второй группы по возрасту не различались – соответственно: от 21 до 77 ( $48,7 \pm 1,4$ ) лет и от 19 до 87 ( $48,8 \pm 1,6$ ) лет. В совокупности по уровню образования больные первой и второй группы между собой не отличались: 17% и 23% высшее и неоконченное высшее образование соответственно.



Сравнительный анализ гендерных различий уровня образования пациентов первой группы показал, что высшее и неоконченное высшее образование у лиц женского пола было статистически достоверно у большего количества обследованных – 13 (31%) случаев, чем у мужского – 2 (4,3%) пациента ( $\chi^2=8,653$   $p=0,003$ ). Во второй группе высшее и неоконченное высшее образование было у 19,3% лиц мужского и 28,6% – женского пола (различия статистически не значимы).

В совокупности, по уровню занимаемого социального положения до выхода на инвалидность больные обеих групп не различались. Тем не менее, обращает на себя внимание определенный диссонанс между значительным числом пациентов с высоким уровнем образования и незначительным числом занятых на должности ИТР и служащих. Данное обстоятельство связано с тем фактом, что начало эндогенного процесса выпало на возраст периода учебы, и к моменту окончания учебного заведения, в силу личностных изменений в результате эндогенного заболевания, социальная адаптация была затруднена.

В первой группе лица женского пола занимали должности ИТР и служащих в 13 (31%) случаях, а лица мужского пола – только в 3 (6,5%) случаях ( $\chi^2=7,243$ ,  $p=0,007$ ). Данное обстоятельство связано с более высоким их образовательным уровнем и более поздним началом эндогенного процесса. Во второй группелица мужского пола занимали должности ИТР и служащих в 8,8% случаев, а лица женского пола, хотя и чаще в 2,6 раза (22,8% случаев), однако эти различия статистически не значимы.

В первой группе более чем в половине случаев – 52 (59,1%) начало эндогенного процесса выпало на возрастной диапазон 21-30 лет, а во второй – у 33 (35,9%) человек ( $\chi^2=8,822$ ,  $p=0,003$ ). Обращает на себя внимание тот факт, что значительное число дебютов шизофрении в первой и второй группе выпало на возраст до 20 лет: соответственно 27,2% и 45,6% ( $\chi^2=5,775$ ,  $p=0,016$ ). Во второй группе у части больных, в связи с более ранним началом эндогенного процесса, произошла семейная дезадаптация, что послужило причиной отказа от них родственников и решение вопроса о помещении в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Продолжительность заболевания шизофренией больных первой и второй группы в 68,8% случаев была более 21 года, что в силу личностных изменений привело к выраженной социальной дезадаптации. Пациенты признавались судом недееспособными начиная преимущественно с шестого года заболевания, практически равномерно распределенным по его длительности. Продолжительность периода недееспособности до момента настоящего исследования у большинства пациентов первой и второй группы была до 5 лет (соответственно 72,7% и 79,3%). Во второй группе пациенты госпитализировались более 15 раз статистически достоверно чаще ( $\chi^2=4,037$ ,  $p=0,045$ ), чем в первой (соответственно 50% и 34,1% случаев).

Причинами госпитализации пациентов в психиатрический стационар при настоящем осмотре в первой группе были: ухудшение психического состояния пациента, коррекция поддерживающей антипсихотической терапии, побочные действия лекарственных веществ и значительно реже – отъезд опекуна и других родственников, ухаживающих за пациентом, а во второй – сбор необходимых документов для оформления в интернат.

Типология эндогенного процесса по форме у больных первой и второй группы представлена в табл. 1.

Таблица 1

Типология эндогенного процесса по форме, у больных первой и второй групп

№ п/п	Форма	Первая группа		Вторая группа		Всего	
		п	%	п	%	п	%
1	Параноидная	83	94,3	80	87	163	90,6
2	Недифференцированная	2	2,3	3	3,3	5	2,8
3	Резидуальная	0	0	4	4,3	4	2,2
4	Простая	3	3,4	5	5,4	8	4,4
<b>ИТОГО</b>		88	100	92	100	180	100

Как видно из табл. 1, в подавляющем большинстве случаев – более 90% в обеих группах доминировала параноидная шизофрения.

Типология эндогенного процесса по типу течения у больных первой и второй группы представлена в табл. 2.



Таблица 2

**Типология эндогенного процесса по типу течения больных первой и второй групп**

№ п/п	Тип течения	Первая группа		Вторая группа		Всего	
		n	%	n	%	n	%
1	Непрерывно-прогредиентный	64	72,7	76	82,6	140	77,8
2	Эпизодический с нарастающим дефектом	18	20,6	13	14,1	31	17,2
3	Эпизодический со стабильным дефектом	6	6,8	3	3,3	9	5
ИТОГО		88	100	92	100	180	100

Как видно из табл. 2, в большинстве случаев у пациентов обеих групп был наиболее неблагоприятный тип течения заболевания – непрерывно-прогредиентный.

Характеристика ведущего психопатологического синдрома на период обследования больных представлена в табл. 3.

Таблица 3

**Ведущий психопатологический синдром на период госпитализации недееспособных больных шизофренией**

№ п/п	Ведущий синдром	Первая группа		Вторая группа	
		n	%	n	%
1	Психопатоподобный	17	19,3	24	26
2	Аффективно-бредовый	19	21,6	17	18,5
3	Параноидный	45	51,1	36	39,1
	Бредовый вариант	26	29,5	20	21,7
	Галлюцинаторный вариант	19	21,6	16	17,4
4	Парафренный	7	8,0	15	16,3
ИТОГО		88	100	92	100

Как видно из таблицы 3, в большинстве случаев у больных обеих групп преобладал параноидный синдром, причем в первой группе несколько чаще, чем во второй, хотя различия статистически не достоверные.

В первой и во второй группе более чем у половины пациентов наблюдался коморбидный алкоголизм – соответственно 51,1% и 58,7% случаев; причем у лиц мужского пола чаще, чем у женского: в первой группе – 62,5% и 35,7% ( $\chi^2=6,513, p=0,011$ ) и во второй – 75,4% и 31,4% ( $\chi^2=15,557, p=0,001$ ). Злоупотреблению алкоголем способствовало асоциальное окружение, наблюдающееся у 76,1% пациентов мужского пола первой группы и у 93% – второй ( $\chi^2=4,561, p=0,033$ ).

Психометрическое обследование (шкала позитивных и негативных симптомов PANSS) показало следующее (таблица 4).

Таблица 4

**Результаты шкалы PANSS больных первой и второй группы**

N п/п	СИМПТОМЫ	Первая группа		Вторая группа		t>	p<
		M	m	M	m		
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ</b>							
1	Бред	5,1	0,1	5,0	0,1	Различия не достоверны	
2	Галлюцинации	4,6	0,2	4,5	0,2		
3	Расстройство мышления	5,9	0,1	5,8	0,1		
4	Возбуждение	4,4	0,2	4,4	0,1		
5	Идеи величия	3,9	0,2	3,7	0,2		
6	Подозрительность, идеи преследования	4,2	0,1	4,3	0,1		
7	Враждебность	3,8	0,1	3,8	0,1		
8	Общая оценка в сумме	31,9	1,0	31,5	0,9		
<b>НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ</b>							
1	Пritупленный аффект	4,9	0,1	5,0	0,1	Различия не достоверны	
2	Эмоциональная отгороженность	5,1	0,1	5,1	0,1		
3	Трудности в общении	4,6	0,1	4,5	0,1		
4	Пас.-апат. социальная отгороженность	5,0	0,1	4,9	0,1		
5	Нарушение абстракт. мышления	5,7	0,1	5,8	0,1		
6	Наруш. спонтанности и плавности речи	4,9	0,1	4,7	0,1		
7	Стереотипное мышление	4,8	0,1	4,8	0,1		
8	Общая оценка в сумме	35,0	0,7	34,8	0,7		



Окончание табл. 4

ОБЩИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ							
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Соматическая озабоченность	3,6	0,2	3,5	0,1	Различия не достоверны	
2	Тревога	3,1	0,2	3,3	0,2		
3	Чувство вины	2,3	0,2	2,3	0,1		
4	Манерность и позирование	2,7	0,2	2,8	0,2		
5	Напряженность	3,7	0,1	4,0	0,1		
6	Депрессия	3,0	0,2	3,0	0,2		
7	Моторная заторможенность	4,0	0,1	4,2	0,1		
8	Малоконтактность	4,2	0,1	4,1	0,1		
9	Необычное содержание мыслей	4,8	0,1	4,9	0,1		
10	Дезориентированность	3,7	0,1	3,6	0,1		
11	Нарушение внимания	4,4	0,1	4,5	0,1		
12	Снижение критичности	5,7	0,1	5,7	0,1		
13	Расстройство воли	5,7	0,1	5,6	0,1		
14	Ослабление контроля импульсивности	4,0	0,1	3,7	0,1	2,1	0,05
15	Загруженность псих. переживаниями	4,7	0,1	4,8	0,1	Не достоверно	
16	Активная социальная устранимость	5,6	0,1	6,1	0,1	2,9	0,01
17	Общая оценка в сумме	65,2	2,1	66,1	1,9	Не достоверно	

Как видно из таблицы 4, позитивная симптоматика эндогенного процесса в обеих группах была умеренно и сильно выраженной (наличие многочисленных бредовых идей, отражающихся в поведении и социальных отношениях пациентов, частые галлюцинаторные переживания с бредовой интерпретацией, непоследовательность, расплывчатость мышления, в ряде случаев разорванность, периоды психомоторного возбуждения, в ряде случаев переоценка собственной личности, идеи величия, умеренно выраженные бредовые идеи преследования, раздражительность с тенденцией к враждебности), а негативная – выражена в сильной степени (притуплен аффект, эмоциональная отгороженность от людей, больные отчужденные, держат дистанцию с собеседником, пассивны в общении, не проявляют интереса к окружающему, выражены расстройства ассоциативного процесса, ригидность и стереотипность мышления). Общепсихопатологические симптомы были в диапазоне от слабой до сильной выраженности. В первой группе несколько выше, чем во второй, было ослабление контроля импульсивности, что связано с нерегулярным приемом медикаментов пациентами в домашних условиях. У пациентов второй группы была более выраженная, чем в первой, активная социальная устранимость, обусловленная преимущественным пребыванием в условиях психиатрического стационара.

Многомерная шкала социальной поддержки Зимета показала, что у больных первой группы средний балл по шкале «социальная поддержка семьи» в совокупности составляет  $2,0 \pm 0,1$  балла. Лишь 10,2% пациентов, проживающих в домашних условиях, считают, что могут рассчитывать на поддержку семьи. Во второй группе средний балл составил  $0,68 \pm 0,07$  балла ( $t > 10,8p < 0,001$ ). Лишь 7,6% пациентов считали, что родные придут на помощь в трудной ситуации, у остальных какая-либо поддержка отсутствовала, и они не верили, что родственники действительно хотят им помочь.

Средний балл по шкале «социальная поддержка друзей» больных первой группы составила  $0,7 \pm 0,08$  балла. Более половины пациентов – 56,8%, отмечают, что могут поговорить о своих проблемах с друзьями, но не уверены, что они действительно придут им на помощь в трудной ситуации. Во второй группе у пациенты не имели друзей, оказывающих социальную поддержку.

Средний балл по шкале «социальная поддержка значимых других» первой группы составила  $0,98 \pm 0,1$  балла. Лишь немногим более трети пациентов – 38,6% – считают, что могут поговорить о своих проблемах с социальными работниками, сотрудниками психиатрической больницы и другими пациентами, хотя и не рассчитывают на их помощь. Пациенты второй группы отмечают, что им не к кому обратиться в сложной ситуации, а к сотрудникам больницы и другим пациентам они испытывают недоверие.

Выраженная социальная дезадаптация пациентов второй группы обусловила решение о помещении их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения. Поводом для этого служило: со стороны опекуна (70,6%) – нежелание ухаживать, стесненные жилищные и материальные условия, плохое состояние здоровья, со стороны пациента (18,5%) – агрессивное поведение и отсутствие родственников – 10,9%, которые могли бы взять на себя функцию опеки (см. рис.).



Для повышения уровня социальной адаптации пациентов и обеспечения максимально возможных сроков проживания их в домашних условиях, нами разработана дифференцированная программа психосоциальной терапии и реабилитации. Программа состоит из трех разделов:

1. Психообразовательная работа:
  - для родственников и опекунов;
  - для пациентов.
2. Тренинг утраченных социальных навыков (для пациентов).
3. Индивидуальная психотерапия – гармонизация взаимоотношений пациента с опекунами и психотерапевтическая коррекция гетероагрессивного поведения.

Психообразовательная работа для родственников и опекунов проводилась врачами-психиатрами стационара (если больной находился в стационаре) и диспансерного отделения – если пациент проживал в домашних условиях. Основной целью данной работы было повышение осведомленности в области психических расстройств, стимуляция на более активную помощь родственников и опекунов пациентам в социальной адаптации пациентов, активизация сотрудничества с участковым врачом-психиатром. Проводилось всего 5 занятий по 45 минут по следующей тематике:

1. Психические расстройства – не приговор. Виды и распространенность психических расстройств. Гениальность и помешательство.
2. Особенности социального функционирования больных психическими расстройствами. Роль родственников в повышении уровня социальной адаптации больных шизофренией.
3. Законодательство в области психиатрии: Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Дееспособность и недееспособность. Роль родственников в оказании помощи больным, признанным недееспособными.
5. Взаимодействие родственников и психиатрической службы в социально-психологической реабилитации больных, признанных недееспособными.
6. Социально-бытовая помощь в домашних условиях. Тренинг утраченных социальных навыков в домашних условиях.
7. Социально-психологическая помощь при переводе пациента в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Психообразовательная работа для пациентов проводилась 2 раза в неделю, всего 7 занятий по 45 минут. Основной целью данной работы было повышение ответственности пациента за свою социальную адаптацию, поведение и мобилизация адаптивных ресурсов. Тематика занятий была следующей:

1. Психические расстройства: их сущность, распространенность, влияние на социальную адаптацию. Роль пациента в преодолении дезадаптирующего влияния психического расстройства.



2. Критичность и некритичность пациента к психическому расстройству. Влияние лекарственного лечения на социальное функционирование пациента.
3. Дееспособность и недееспособность при психических расстройствах. Роль симптомов заболевания и нарушений в поведении пациента в признании пациента судом в установленном законом порядке недееспособным.
4. Права недееспособных. Роль лечения в социальной адаптации пациента.
5. Конфликты пациентов в микросоциальном окружении и методы их разрешения. Роль симптомов заболевания в возникновении конфликтов.
6. Способы поиска работы и адаптации в микросоциальном окружении при недееспособности. Уход за собой и жилищем.
7. Недееспособность и качество жизни. Способы улучшения качества жизни.

Психологическая коррекция агрессивного поведения проводилась с пациентами индивидуально и реализовывалась в три этапа.

1 этап – установочный:

1. Установление терапевтического контакта с пациентом, разъяснение целей и задач терапии, получение согласия.
2. Выбор метода психосоциальной терапии и психологической коррекции.
3. Определение режима и расписания терапии.

2 этап – терапевтический:

1. Осознание причин агрессии.
2. Осознание эмоционального, когнитивного и поведенческого компонента агрессии.
3. Диссоциация-ассоциация с агрессией.
4. Редукция агрессивности, в том числе и аверсивными методами.

3 этап – завершающий:

1. Семейная психосоциальная терапия и психокоррекция (коррекция деструктивных внутрисемейных отношений).
2. Заключение договора с опекуном.
3. Проверка эффективности психосоциальной терапии и коррекции.

Для коррекции гетероагрессивного поведения нами на основе гештальттерапии и нейролингвистического программирования (НЛП) разработана технология осознания и редукции гетероагрессии (ТОРГ), техника аверсивной редукции гетероагрессии (ТАРГ) и техника дезактуализации конфликтных отношений в микросоциальном окружении (ТДКО).

Техника осознания и редукции гетероагрессивного поведения (ТОРГ) заключалась в следующем.

1. На первом шаге у пациента выясняли, в каких конкретно ситуациях и по отношению к кому лично у него возникают гетероагрессивные тенденции. Предлагалось буквально вспомнить одну из таких ситуаций, «увидеть человека, по отношению к которому проявлялась гетероагрессия», вспомнить позу, одежду, мимику этого человека, как звучал его голос. В тот момент, когда пациент полностью погружался в переживание прошлого опыта гетероагрессии, данное состояние якорилось кинестетическим и аудиальным якорем (визуальным и пространственным якорем служило место визуализации объекта гетероагрессии – часто пустой стул).

2. На втором шаге выяснялось, «как пациент узнавал о том, что у него возник гетероагрессивный импульс», какие ощущения в теле (и где именно) были у пациента в период проявления гетероагрессии.

3. На третьем шаге пациенту предлагали визуализировать объект гетероагрессии на пустом стуле и в буквальном смысле этого слова «высказать воображаемому оппоненту все свои претензии и недовольства». После этого пациенту предлагалось разместиться на стуле и от имени своего оппонента – буквально вжившись в его образ, ответить вербально на обвинения. В этот момент актуализировали якорь гетероагрессивного импульса (для редукции аверсивной реакции на гетероагрессию). Затем вновь пациенту предлагали разместиться на своем прежнем месте, визуализировать оппонента и ответить ему. Далее вновь разместиться на кресле и с позиции оппонента ответить на обвинения. И так действия шага 3 повторяются до тех пор, пока конфликт не разрешится.

4. На 4-м шаге вырабатывались конструктивные способы разрешения конфликта с использованием НЛП-технологий (актуализация имеющихся ресурсов, генератор нового поведения, использование ресурсов других людей и др.).

4. На 5-м шаге пациенту предлагали визуализировать своего оппонента в любой другой ситуации в будущем и выясняли, наблюдая за невербальными признаками гетероагрессии, как он будет вести себя по отношению к оппоненту и актуализировали якорь конструктивного способа разрешения конфликта.



При выполнении данной техники в другом варианте после шага 5 можно применять из психотехнологий НЛП «Технику взмаха».

Техника аверсивной редукции гетероагрессии (ТАРГ) основывалась на бихевиоральных приемах редукции поведения и заключалась в том, что при присоединении к триггеру, запускающему гетероагрессию отрицательного стимула, происходит своего рода подавление гетероагрессии, она ассоциируется в чем-то неприятным для пациента, неприемлемым. Сущность метода заключалась в следующем.

1. На первом шаге вырабатывается мощный аверсивный стимул. Для этого используется личный опыт пациента из прошлого, когда имели место неприятные ситуации, вещества, испорченные продукты, продукты жизнедеятельности (вид, запах), вызывающие рвотный рефлекс и отвращение. Используется модифицированная техника «многократного ресурсирования» для создания стабильно мощной аверсивной реакции. Выработанная аверсивная реакция фиксируется при помощи кинестетического якоря. После этого пациент отвлекается. На данном шаге можно использовать в качестве якоря вытянутую перед собою левую руку пациента, ладоней вверх и на ладони визуализировать требуемые объекты.

2. На втором шаге выяснялось, «как пациент узнавал о том, что у него возник гетероагрессивный импульс», какие ощущения в теле (и где именно) были у пациента в период проявления гетероагрессии. Далее, используя метод гештальттерапии «амплификация», проводится усиление этого чувства и в дальнейшем проводится его структуризация: четко определяется место локализации, форма, размер, консистенция, и в момент полного погружения пациента в переживание гетероагрессивного импульса он фиксируется при помощи кинестетического якоря. После этого пациент отвлекается. На данном шаге можно использовать в качестве якоря вытянутую перед собою правую руку пациента, ладонью вверх.

3. На третьем шаге актуализируется второй якорь и визуализируется гетероагрессивный импульс. После того, как по невербальным признакам будет видно, что пациент полностью погрузился в переживания гетероагрессии, актуализируется первый якорь. В результате произойдет в определенной степени нивелировка гетероагрессивного импульса (в зависимости от мощности выработанной аверсивной реакции).

4. После шага 3 можно применять из психотехнологий НЛП «Технику взмаха».

Техника дезактуализации конфликтных отношений в микросоциальном окружении (ТДКО) основывалась на бихевиоральных техниках в реализации их методами гештальттерапии и заключалась в следующем.

Шаг 1. Идентификация и изучение конфликтных отношений. Выделение объекта и субъектов конфликта.

Шаг 2. Последовательное проигрывание пациентом ролей субъектов конфликта и изучение их точки зрения на объект конфликта.

Шаг 3. Принятие взвешенного решения по объекту конфликта.

Шаг 4. Примирение пациента с субъектами конфликта. Фактически на этом этапе проводилась семейная психотерапия, так как субъектами конфликта чаще всего были родные и близкие пациента, с которыми он проживал в одном доме.

Разработанная программа апробирована на 24 пациентах. В результате реализации программы отмечалось улучшение межличностных взаимоотношений пациента в семье, расширение сферы общения, появление приятельских отношений с другими пациентами. Социальная поддержка семьи также значительно улучшилась.

Таким образом, в результате исследования установлено, что позитивная симптоматика эндогенного процесса в обеих группах была умеренно и сильно выраженной, негативная – выражена в сильной степени, а общепсихопатологические симптомы в диапазоне от слабой до сильной выраженности.

Симптомами-мишенями для психосоциальной терапии и реабилитации пациентов являются агрессивное поведение пациента (требующее адекватной психофармакотерапии и психотерапии), нежелание или отказ опекуна ухаживать за пациентом (являющегося предметом семейной психотерапии), а также активизация ресурсов пациента, направленная на некоторое восстановление утраченных социальных навыков.

Кроме того, для повышения уровня социальной адаптации пациентов и повышения шансов проживания их в домашних условиях под наблюдением опекуна в первой группе целесообразно проводить психообразовательную работу с опекунами, увеличение физической и социальной активности пациентов. Для сохранения возможности проживания пациентов второй группы в домашних условиях симптомами-мишенями могут являться «нежелание опекуна ухаживать за пациентом» и «агрессивное поведение пациента», а также тренинг утраченных социальных навыков. Важное значение в обеих группах играет лечение коморбидных алкоголизма и наркомании.



### Литература

1. Бойко, Е.О. О факторах, влияющих на динамику количества недееспособных лиц в г. Краснодаре [Текст] / Е.О. Бойко, П.В. Ситчихин, А.В. Солоненко // Психическое здоровье. – 2013. – № 1. – С. 61-66.
2. Гурович, И.Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных [Текст] / И.Я.Гурович, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35-40.
3. Психиатрия [Текст]: справочник практ. врача ; под ред. А.Г. Гофмана. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 608 с.
4. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда [Текст] : докл. о состоянии здравоохранения в мире / Всемирная организация здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2001. – 216 с.
5. Руководство по психиатрии [Текст]: в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.
6. Сирота, Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте : дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Сирота – Бишкек, 1994. – 283 с.
7. Шизофрения [Текст]: мультидисциплинарное исслед. / Акад. мед.наук ; под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – 398 с.
8. Ялтонский, В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией : дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1995. – 396 с.
9. Tandon, R. Schizophrenia, «Just the Facts» What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology [Text] / R. Tandon, M.S. Keshavan, H. A. Nasrallah // Schizophr. Res. – 2008. – Vol. 102, № 1. – P. 1-18.
10. Woods, B.T. Meta-analysis of the time-course of brain volume reduction in schizophrenia: implications for pathogenesis and early treatment [Text] / B.T. Woods, K.E. Ward, E.H. Johnson // Schizophr. Res. – 2005. – Vol. 73, № 2-3. – P. 221-228.

## DIFFERENTIAL APPROACHES TO PSYCHOSOCIAL TREATMENT AND REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC FOUND LEGALLY INCOMPETENT BY COURT

**V.A. RUZHENKOV**  
**Yu. S. MINAKOVA**

*Belgorod  
National  
Research  
University*

*e-mail:*  
**ruzhenkov@bsu.edu.ru**

180 schizophrenics at the age from 16 to 87 ( $48 \pm 1,1$ ) including 77 women and 103 men found legally incompetent by court were surveyed by the clinical-psychopathological and psychometrical methods. It was found the main deconditioning factors in milieu were clinical (early start of the endogenetic processes, comorbide alcoholism and reliance on drugs, hetero-aggressive behaviour) and social factors: conflicts with relatives and guardians, the lack attendance or guardians' unwillingness or inability to provide such attendance. Some approaches to psychosocial therapy and rehabilitation were discussed.

Key words: schizophrenics, incapability, social maladjustment, psychosocial therapy, rehabilitation.