



К. О. Стаханов

УДК 616.895.8-06;616.89-008.454

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ

К. О. Стаханов

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Анотація.

Шизофренія є одним із поширених захворювань, вважається, що від неї потерпає до 1 % населення світу; при цьому більше ніж у половини хворих діагностуються коморбідні депресії, тривожні розлади, хвороби залежності. У статті розглянуто найрізноманітніші погляди до застосування психотерапії у лікуванні як самої шизофренії, так і постшизофренічної депресії, відзначено дискусійність цього питання на різних етапах розвитку медицини та визначено сучасні тенденції комплексного підходу до лікування захворювання. Наголошується на необхідності використання психофармакотерапії у сполученні з різними методами психосоціального лікування та психосоціальної реабілітації. У роботі розкрито деякі особливості реабілітації осіб, хворих на шизофренію та постшизофренічні депресії, з огляду на міжнародний досвід. Зазначено, що завдяки розвитку мережі психоневрологічних диспансерів сьогодні з'явилася можливість застосування амбулаторного лікування та скорочення термінів перебування психічно хворих у стаціонарі.

Ключові слова:

шизофренія, шизофренічні розлади, постшизофренічні депресії, психотерапія, реабілітація, індивідуальна та сімейна психотерапія.

Шизофренія – одне з найчастіших психічних захворювань, яке характеризується поступово зростаючими змінами сприйняття, мислення, соціальної активності, мови, почуттів і мотивацій. Дані про поширеність депресій при шизофренії в літературі досить суперечливі: за результатами досліджень, проведених різними авторами, коморбідні депресії зустрічаються у 10–70 % пацієнтів зі встановленим діагнозом шизофренія. Серед цієї категорії хворих відзначається підвищений ризик самогубства, зниження тривалості життя на 10–12 років порівняно з середньостатистичним показником, ймовірність рецидиву гострого психозу, зниження адаптивних можливостей та рівня соціального функціонування [1].

Сучасними авторами вважається, що маніфест психічного захворювання впливає на всі аспекти життя сім'ї та є важким психоемоційним стресом, пов'язаним із початком захворювання, втратою короткострокових і довгострокових планів на майбутнє, з труднощами догляду за пацієнтом, збільшенням фінансового навантаження, зменшенням соціальної мережі [1–8].

Останнім часом завдяки розвитку мережі психоневрологічних диспансерів з'явилася можливість амбулаторного лікування психічно хворих, скорочення термінів їх перебування в стаціонарі. Стало реальним надання кваліфікованої медико-соціальної допомоги

протягом усього життя з дотриманням послідовності лікувальних і реабілітаційних заходів лікарнею та диспансером. Зникла необхідність соціальної ізоляції, відриву від повсякденного життя. Сучасні спостереження за амбулаторними пацієнтами внесли корективи в наукові уявлення про динаміку психічних хвороб – виявилось, що більшість хворих протягом ремісії не потребують госпіталізації, залишаються в суспільстві та за наявності сприятливих умов можуть довго зберігати працездатність.

Психотерапія шизофренії та постшизофренічних депресій розглядалася і розглядається у сучасній літературі через призму прогредієнтності ендогенного процесу, методик безпосередньо та мети психотерапії зокрема. Поки не існує єдності у поглядах щодо дієвості того чи іншого методу; думки, що висловлюються, часто протилежні, тому й до сьогодні роль та місце психотерапії в лікуванні шизофренічних розладів і постшизофренічних депресій залишаються не визначеними.

За статистичними даними, в Україні, як і в інших країнах світу, діагноз «постшизофренічна депресія» лікарі використовують не часто, вважаючи за краще відносити його до рубрики «Шизофренія» [9; 10]. У зв'язку з цим виникає питання про диференційну діагностику шизофренії та депресивного розладу як необхідної умови для впроваджен-

ня специфічних заходів медико-соціального супроводу цієї категорії хворих, включаючи питання адаптації та реабілітації, підвищення якості їхнього життя та соціального функціонування.

Більшість клініцистів розглядають шизофренію як органічний мозковий процес і визнають значення спадкових факторів в її походженні. Однак клінічна картина цього захворювання складається не тільки з симптоматики, яка визначається самим патологічним процесом, а й включає в себе (більшою чи меншою мірою) різні феномени особистісно-психологічної природи. Все чіткіше проявляється при малопрогредієнтній шизофренії. Саме при цьому варіанті перебігу хвороби психотерапія показана найбільше; при злоякісних формах вона використовується головним чином в періоди ремісії або її становлення, а також при постпроцесуальних станах з відносно неглибоким дефектом (резидуальна шизофренія).

Хоча основи вітчизняної психіатрії були закладені ще в земський період, їх реалізація в державному масштабі сталася лише в 20–30-ті роки ХХ століття. Це ознаменувалося не тільки реконструкцією вже наявних психіатричних лікарень, а й організацією в нашій країні позалікарняної психіатричної служби (психоневрологічних кабінетів, диспансерів) і формуванням системи соціального та трудового влаштування хворих.

Зазначимо, що довгі роки існування психіатрії вважалося, що хворим на шизофренію психотерапія не може надавати належного лікувального впливу. Певний час була дуже популярною думка про те, що шизофренію можна лікувати за допомогою гіпнозу. Але дослідження показали неефективність такого методу.

З 50-х років минулого століття почали з'являтися роботи, що вивчали роль сім'ї в походженні шизофренії [10–12]. На пострадянському просторі ідею необхідності сімейної психотерапії в родинах хворих на шизофренію та постшизофренічну депресію став розвивати Е. Г. Ейдемільер [13]. Мета групової психотерапії шизофренічних розладів вбачається ним у ліквідації гострих психотичних симптомів, відновленні внутрішніх захисних механізмів через розуміння підсвідомих переживань, а також у реконструкції особистості через пом'якшення болючості проблем і, нарешті, у поновленні соціального контакту з навколишнім середовищем.

Л. Александер [12] стверджував, що психотерапія дає найкращий ефект у тих хворих, рівень IQ яких вищий за середній та високий. Взагалі психотерапія при постшизофренічних депресіях спрямована не лише на створення найбільш комфортних умов та режиму, також вона має навіювати в реальності логічно обумовлену терапію та застосування гіпнозу. Суттєвих зрушень при лікуванні шизофренічних розладів можна досягти лише тоді, коли будуть використовуватися всі методи в комплексі [14].

В. М. Воловик та співавт. [8] виділяють при малопрогредієнтних формах шизофренії кілька рівнів завдань і відповідних їм форм групової психотерапії. Розв'язання завдань першого рівня (стимулювання емоційності, соціальна активація і налагодження комунікації) здійснюється за допомогою груп творчої активності (арттерапія, музикотерапія, проєктивний малюнок тощо). Для вирішення завдань другого рівня (вироблення адекватних форм поведінки, тренування спілкування і підвищення впевненості в собі) поряд з вищевказаними використовуються методи функціонального тренування поведінки. На третьому рівні (досягнення правильного уявлення про хворобу і порушення поведінки, корекція установок і відносин та оптимізації спілкування) використовуються складніші варіанти комунікативної психотерапії та проведення проблемно-орієнтованих дискусій. Нарешті, четвертому рівню завдань (розкриття змістовної сторони конфліктних переживань, перебудова системи відносин і знаходження адекватних форм психологічної компенсації) більшою мірою відповідає методика вільних вербальних дискусій. Різні її форми можуть застосовуватися послідовно, одночасно або вибірково, що визначається всією сукупністю клінічних, психологічних і соціальних уявлень про хворого та його захворювання.

В. Д. Вид [2] до числа мішеней психотерапевтичної корекції при малопрогредієнтній шизофренії відносить спотворення сприйняття найважливіших мотиваційних структур, дезадаптивні психологічні установки, феномени порушення внутрішньої картини хвороби. Як основні типи втручання в індивідуальному та груповому варіантах реконструктивної психотерапії відзначаються емоційна підтримка, стимуляція, уточнення, конфронтація, об'єктивація, інтерпретація.

Більш сучасні теоретичні та емпіричні дослідження впливу психотерапії на шизофренію та постшизофренічну депресію підкреслюють вплив сімейних факторів на розлади афективного спектру. На необхідність застосування родинної психотерапії при постшизофренічній депресії вказують роботи А. Г. Головіна, А. В. Голенищенко, В. Д. Вид, А. В. Солоненко, І. В. Хлопіна тощо [15–17]). Дані дослідження розглядають сімейну психотерапію в рамках психодинамічного підходу або наголошують на психосоціальних методах, об'єднуючи інші підходи сімейної терапії.

На наш погляд, основним завданням психотерапії щодо хворих при постшизофреній депресії є:

- запобігання ізоляції у суспільстві й аутизації;
- соціальна активація і пом'якшення реакцій у відповідь на ситуації, пов'язані з хворобою та лікуванням;
- формування критичного ставлення до власного стану і дезактуалізація психотичних переживань;
- потенціація антипсихотичної дії біологічних методів лікування;
- підготовка до виписки і профілактика явищ внутрішньолікарняного госпіталізму тощо.

Зазначимо, що деякі зарубіжні психіатри надають психотерапії провідне значення в лікуванні цього захворювання. У зв'язку з цим були спроби застосування індивідуальної аналітичної психотерапії (психоаналізу). Але трудомісткість, тривалість, висока вартість і недостатня ефективність не зробили цей метод популярним. При шизофренії та постшизофренічних депресіях частіше використовуються групові форми психотерапії: груповий психоаналіз, психодраму; недирективну, поведінкову, раціонально-емоційну психотерапію та ін.

Лікування хворих на шизофренію може здійснюватися в терапевтичних групах, в яких беруть участь пацієнти з іншими психозами і пограничними станами (включаючи хворих з неврозами, депресіями).

Групи можуть бути неоднорідні не тільки за нозологічним складом, а й за віком, статтю, освітою, тривалістю хвороби та «психотерапевтичним досвідом». Гетерогенність груп за всіма зазначеними ознаками в деяких випадках може надавати дуже позитивний вплив на хворих з постшизофренічною депресією.

У разі необхідності максимального скорочення часу перебування хворого в стаціонарі в багатьох випадках доцільною виявляється короткострокова психотерапія, яка ставить перед собою реалістичні цілі. Зокрема, йдеться про роз'яснення пацієнтові причин і механізмів погіршення його стану та надання порад у набутті досвіду, який дозволить краще впоратися з важкою ситуацією в майбутньому. Позиція психотерапевта в цих випадках має бути активною, директивною і разом з тим відповідати можливостям адаптації пацієнта поза лікарнею.

Цікавим є досвід лікування хворих із хронічними психозами, які тривалий час перебували в закритих психіатричних стаціонарах (метод групової психотерапії, проведеної поза лікарнею – рухлива психотерапія). Наприклад, хворих виводять на прогулянку в парк і просять вести себе таким чином, щоб їх поведінка не давала підстав оточуючим бачити в них пацієнтів психіатричної лікарні. Така форма групової психотерапії дозволяє пацієнтам виявити потенційні можливості зміни власної поведінки й іноді виявляється досить ефективною.

У багатьох європейських країнах сформувалася розгалужена соціореабілітаційна система, націлена на поетапну реінтеграцію психічно хворих у суспільство. Завданнями установ, які входять до неї, є надання такому контингенту тимчасового місця проживання, можливості навчання та здобуття навичок, необхідних у повсякденному житті, а також поліпшення їх соціальної та трудової пристосованості. З цією метою були створені спеціальні гуртожитки, готелі, так звані будинки на півдорозі, в яких хворі не тільки проживають та забезпечуються психіатричним наглядом, а й отримують допомогу в професійно-трудовому проєктуванні.

Виписані зі стаціонару пацієнти в деяких країнах мають можливість вступати до позалікарняних установ (out-patient clinic) і реабілітаційних центрів з обмеженим терміном перебування в них. Так, у Франції він не перевищує 18 місяців, а наприкінці цього періоду оцінюються набуті хворим навички і визначається, чи може він повернутися до роботи на загальних підставах або ж краще обмежитися рівнем лікувально-трудова установ. Дедалі більшого поширення набуває працевлаштування пацієнтів на виробництво зі звичайними умовами, але з неодмінним постійним спостереженням психіатрів і соціальних працівників, що, в свою чергу, сприяє реа-

білітації хворих та надає можливість попереджувати постшизофренічні депресії. Але, на жаль, ця форма реабілітації багато в чому залежить від роботодавців.

Останнім часом для хворих на шизофренію з метою запобігання постшизофренічних депресій впроваджуються спеціальні тренінгові програми, спрямовані на досягнення автономності в стилі життя, поліпшення соціальних зв'язків і профілактику повної ізоляції. У реабілітації особливе значення має індивідуалізований підхід, що враховує вид і ступінь вираженості наявної у хворого дисфункції (недостатність ініціативи й емоцій, соціальний і когнітивний дефект). Відносно недавно з'явилися спеціальні комп'ютерні програми, які діють за принципом діалогу. Вони призначені для тренування концентрації уваги та інших когнітивних функцій і можуть використовуватися хворими самостійно. Найбільш поширені тренінгові методики, орієнтовані на корекцію соціальної поведінки пацієнтів, використовують стратегію копіювання правильної поведінки в повсякденному житті. Окрім корекції властивих хворим на шизофренію емоційно-вольових і когнітивних порушень, вони допомагають виробити необхідні для вирішення повсякденних проблем і ведення самостійного життя навички, включаючи використання соціальних пільг, фінансових ресурсів.

Ефективність групової психотерапії при гострих психотичних станах вельми сумнівна, а у новоприбулих до стаціонару хворих її результати, як правило, негативні. Однак впровадження групової психотерапії під час постшизофренічних депресій відзначається її позитивний вплив.

Таким чином, сучасна психотерапія та реабілітація націлені насамперед на особистість хворого, відновлення й розвиток втрачених навичок і активацію компенсаторних механізмів. Якщо ж ступінь неспроможності хворого пацієнта не дозволяє

йому функціонувати без сторонньої допомоги, турботу беруть на себе держава й суспільство. У зв'язку з цим значно збільшується значення реабілітаційних програм, але, на жаль, навіть в економічно розвинених країнах з високим рівнем життя відчуваються значні труднощі, пов'язані з їх фінансовим забезпеченням. Слідом за періодом оптимізму і неспраджених надій на швидку реалізацію концепції відновлення та оздоровлення прийшло більш зважене розуміння реального стану речей. Стало зрозуміло, що реабілітація психічно хворих – це не обмежена певним часом програма, а процес, який повинен починатися в стадії ініціальних проявів хвороби і тривати практично все життя, що вимагає великих зусиль з боку суспільства в цілому і органів охорони здоров'я зокрема. Недостатнє фінансове забезпечення, частково обумовлене й відволіканням матеріальних ресурсів на вирішення більш насущних питань, призвело до згорання в багатьох країнах реабілітаційних програм, в результаті чого багато психічно хворих стали повертатися в психіатричні стаціонари.

Оскільки діагноз постшизофренічної депресії не завжди встановлюється вчасно, на нашу думку, для успішного лікування як шизофренії так і постшизофренічних депресій необхідно впровадження комплексного підходу. Він має включати не лише фармакотерапію, а й психотерапію та методи психологічного впливу, а також формування соціально-трудова навичок. У сукупності це сприятиме досягненню кінцевої мети – поверненню хворого в суспільство. Для виконання будь-яких реабілітаційних програм потрібна активна взаємодія громадських, благодійних організацій із різними державними та відомчими структурами, причетними до освіти, медичного обслуговування, життєзабезпечення та надання соціальних пільг психічно хворим і розумово відсталим.

Література

1. Mueser K. T. Psychosocial treatments for schizophrenia / K. T. Mueser, F. Deavers, P. L. Penn // *Annu Rev Clin Psychol.* – 2013. – № 9. – Р. 465-497. Гажа А. К. Психообразовательная работа с родственниками больных с первым психотическим эпизодом в Тамбовской психиатрической больнице / А. К. Гажа, С. М. Краснянская // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 46–47.
2. Жариков Н. М. Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н. М. Жариков, Е. Д. Соколова // *Журн. невропатол. и психиатр.* им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 5. – С. 63–66.
3. Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции»: пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / [под редакцией проф. В. С. Ястребова]. – М. : МАКС Пресс, 2009. – 118с.
4. Юрьева Л. Н. Клинические и психологические особенности психической дезадаптации у родственников больных с первым психотическим эпизодом / Л. Н. Юрьева, Т. И. Шустерман // *Социальная и клиническая психиатрия.* – М. : Медпрактика-М, 1991. – Т. 19, № 2 – С.26–31

5. Clinical outcome of an early psychosis intervention program: evaluation in a real-world context. / [L. Nash, J. Gorrell, A. Cornish et al.] // Austral N. Z. J. Psychiat. – 2004. – № 38. – P. 694–701.

6. Fenton W. S. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings / W. S. Fenton, C. R. Blyler, R. K. Heinssen // Schizophr. Bull. – 1997. – Vol. 23, № 4. – P. 637–652

7. Geddes J. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis / J. Geddes, N. Freemantle, P. Harrison // Br. Med. – 2000. – P. 321–371.

8. Ахмедов Т. Принципи нового теоретичного погляду на психотерапію при шизофренії / Т. Ахмедов, І. Кутько, А. Мартиненко, С. Мартиненко // Шизофренія: нові підходи к терапії: збірник наукових робіт Українського НІІ клінічної і експериментальної неврології і психіатрії і Харківської городської клінічної психіатричної лікарні № 15 (Сабурової дачі) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Х., 1995. – Т. 2. – С. 12–14.

9. Assessment Research Group in Schizophrenia [NEDES]: Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients / [J. Usall, S. Araya, S. Ochoa et al.] // Compr. Psychiatry. – 2001. – P. 301–305.

10. Александровский Ю. А. Психиатрия и психофармакотерапия / Ю. А. Александровский. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 430 с.

11. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз / А. П. Слободяник. – К., 1982. – 376 с.

12. Alexander L. Hypnotically Induced Hallucinations / L. Alexander. – 1971. – 75 с.

13. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2008. – 4-е изд., перераб. и доп. – 668 с.

14. Compton M. T. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and sexual dysfunction / M. T. Compton, A. H. Miller // Psychopharmacology. – 2002. – Vol. 36. – P. 143.

15. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении: краткое руководство / В. Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб. : Питер, 2008. – 512 с.

16. Головина А. Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией / А. Г. Головина // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1998. – № 1. – С. 16–20.

17. Солоненко А. В. К вопросу о значении психообразовательных программ в формировании правильного восприятия болезни родственниками больных с первым психотическим эпизодом / А. В. Солоненко, И. В. Хлопина // Материалы XIV Съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 84.

References

1. Mueser K. T., Deavers F., Penn P. L. Psychosocial treatments for schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol., 2013, no. 9, p. 465-497. Gazha A. K., Krasnyanskaya S. M. Psikhooobrazovatel'naya rabota s rodstvennikami bol'nykh s pervym psikhoticheskim epizodom v Tambovskoy psikhiatricheskoy bol'nitse [Psychoeducational work with relatives of patients with a first psychotic episode in Tambov psychiatric hospital]. XIV s'ezd psikhiatrov Rossii : materialy s'ezda [XIV Congress of Russian psychiatrists: congress materials]. Moscow, 2005, pp. 46-47. (In Russ.)

2. Zharikov N. M., Sokolova E. D. Vliyanie sotsial'nykh faktorov na rasprostranennost' shizofrenii i ee techenie [The impact of social factors on the prevalence of schizophrenia and its course]. Zhurn. nevropatol. i psikiatr, im. S. S. Korsakova [Zh. nevropatol. and psychiatrist, im. S. S. Korsakov], 1989, no. 5, pp. 63-66. (In Russ.)

3. Organizatsionnye i metodicheskie aspekty proekta «Patsient i ego sem'ya: ot psikhiatricheskogo prosveshcheniya k sotsial'noy integratsii» [posobie dlya professionalov, rabotayushchikh v sfere psikhicheskogo zdorov'ya] [pod redaktsiyey prof. V. S. Yastrebova] [Organizational and methodological aspects of the project «The patient and his family, from a psychiatric education to social inclusion» [manual for professionals working in the field of mental health] [Edited by prof. VS Yastrebova]]. Moscow, MAKS Press Publ., 2009, 118 p. (In Russ.)

4. Yur'eva L. N., Shusterman T. I. Klinicheskie i psikhologicheskie osobennosti psikhicheskoy dezadaptatsii u rodstvennikov bol'nykh s pervym psikhoticheskim epizodom [Clinical and psychological features of mental maladaptation in relatives of patients with a first psychotic episode]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and clinical psychiatry]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 1991, vol. 19, no. 2, pp. 26-31. (In Russ.)

5. Nash L., Gorrell J., Cornish A. [et al.] Clinical outcome of an early psychosis intervention program: evaluation in a real-world context. Austral N. Z. J. Psychiat., 2004, no. 38, pp. 694-701.

6. Fenton W. S., Blyler C. R., Heinssen R. K. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. Schizophr. Bull., 1997, vol. 23, no. 4, pp. 637-652.

7. Geddes J., Freemantle N., Harrison P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. Br. Med., 2000, pp. 321-371.

8. Ahmedov T., Kut'ko I., Martynenko A., Martynenko S. Prynцыpy novogo teoretychnogo pogljyadu na psyhoterapiyu pry shyzofrenii' [The principles of a new theoretical perspective on psychotherapy in schizophrenia]. Shizofreniya: novye podkhody k terapii : sbornik nauchnykh rabot Ukrainykogo NII klinicheskoy i eksperimental'noy nevrologii i psikiatrii i Khar'kovskoy gorodskoy klinicheskoy psikhiatricheskoy bol'nitsy № 15 (Saburovoy dachi) [pod obshch. red. I. I. Kut'ko, P. T. Petryuka] [Schizophrenia: New Approaches to Therapy: collection of scientific works of Ukrainian Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry and the Kharkiv City Clinical Psychiatric Hospital № 15 (Aloetic cottages) [under the total. Ed. I. I. Kutko, P. T. Petryuk]]. Kharkiv, 1995, vol. 2, pp. 12-14. (In Ukr.)

9. Usall J., Araya S., Ochoa S. [et al.] Assessment Research Group in Schizophrenia [NEDES]: Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. Compr. Psychiatry, 2001, pp. 301-305.

10. Aleksandrovskiy Yu. A. Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. Moscow, GEOTAR-MED Publ., 2004, 430 p. (In Russ.)

11. Slobodyanik A. P. Psikhoterapiya, vnushenie, gipnoz [Psychotherapy, suggestion, hypnosis]. Kiev, 1982, 376 p. (In Russ.)

12. Alexander L. Hypnotically Induced Hallucinations. 1971, 75 с.
13. Eydemiller E. G., Yustitskis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i [Psychology and psychotherapy family]. St. Petersburg, Peter Publ., 2008, 4th ed., Revised and enlarged, 668 p. (In Russ.)
14. Compton M. T., Miller A. H. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and sexual dysfunction. *Psychopharmacology*, 2002, vol. 36, pp. 143.
15. Vid B. D. Psikhoterapiya shizofrenii: Kratkoe rukovodstvo [Psychotherapy of Schizophrenia: Quick Guide]. 3rd ed., St. Petersburg, Peter Publ., 2008, 512 p. (In Russ.)
16. Golovina A. G. Osobennosti semeynogo statusa bol'nykh shizofreniy [Features marital status of patients with schizophrenia]. *Zhurn. nevropatol. i psikiatr.*, im. S. S. Korsakova [Zh. nevropatol. and psychiatrist, it. S. S. Korsakov], 1998, no. 1, pp. 16-20. c
17. Solonenko A. V., Khlopina I. V. K voprosu o znachenii psikhoobrazovatel'nykh programm v formirovaniy pravil'nogo vospriyatiya bolezni rodstvennikami bol'nykh s pervym psikhoticheskim epizodom [To the question about the meaning of psychoeducational programs in the formation of the correct perception of the disease by relatives of patients with a first psychotic episode]. Moscow, 2005, p. 84. (In Russ.)

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

К. О. Стаханов

Одесский национальный медицинский университет,
г. Одесса, Украина

Аннотация. Шизофрения является одним из распространенных заболеваний в мире, считается, что им болеет до 1% населения мира, при этом более чем у половины больных диагностируются коморбидные депрессии, тревожные расстройства, болезни зависимости. В статье рассматриваются самые разнообразные взгляды относительно применения психотерапии при лечении как шизофрении, так и постшизофренической депрессии, акцентирует внимание на дискуссионности данного вопроса на разных этапах развития медицины и раскрываются современные тенденции комплексного подхода в лечении данного заболевания. Подчеркивается необходимость использования психофармакотерапии и различных методов психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации. В работе раскрыты некоторые особенности реабилитации лиц, страдающих шизофренией и постшизофренической депрессией, с учетом международного опыта. Отмечено, что благодаря развитию сети психоневрологических диспансеров сегодня появилась возможность амбулаторного лечения психически больных и сокращение сроков их пребывания в стационаре.

Ключевые слова: шизофрения, шизофренические расстройства, постшизофренической депрессии, психотерапия, реабилитация, индивидуальная и семейная психотерапия.

IMPORTANCE OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION

K. O. Stakhanov

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Summary. Schizophrenia is one of the most common diseases in the world, it is believed that it is suffered by 1% of the population of the world at the same time, more than half of them are diagnosed with comorbid depression, anxiety disorders, depending on the disease. The author in the article examines a variety of views as for the use of psychotherapy in the treatment of both schizophrenia and post-schizophrenic depression; it focuses on the discussion of this issue in different historical periods. The current trends in a comprehensive approach to the treatment of this disease are outlined. The paper underscores the need to use different methods of pharmacotherapy and psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation. The paper revealed some features of rehabilitation of persons suffering from schizophrenia and post-schizophrenic depression given the international experience. It was noted that thanks to development of a network of psychoneurological dispensaries now we have the opportunity of outpatient treatment of mental patients, reducing the time of hospital stay.

Key words: schizophrenia, schizophrenic disorder, post-schizophrenic depression, psychotherapy, rehabilitation, individual and family therapy.

Стаханов Кирил Олегович – ассистент кафедры, Одесский национальный медицинский университет, м. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Стаханов Кирил Олегович – ассистент кафедры, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Kiril Stakhanov – Assistant, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.