

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/238805>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Психология (другое)

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 2

Глава 1. Теоретические основы применения психообразования как современного метода лечения шизофрении 6

1.1. Проблема шизофрении и ее современная интерпретация 6

1.2. Медикаментозные и немедикаментозные подходы к лечению шизофрении 12

1.3. Психообразование и его место в лечении шизофрении 32

Глава 2. Экспериментальная работа по оценке эффективности применения психообразования в лечении шизофрении 41

2.1. Организация и методы исследования 41

2.2. Содержание психообразования в лечении шизофрении 51

2.3. Оценка эффективности проведенной работы 59

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 74

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 76

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения - одно из самых распространенных психических расстройств, характеризующийся полиморфизмом психопатологических проявлений, в основном в сфере мышления, эмоций и воли, а также нарушением единства психических процессов и приводит к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям. (Билоус В. С., [1, с. 17-23] Денисенко М. М., [2, с. 36-40]).

Больные шизофренией занимают до 50% коек психиатрических стационаров и дают один из наиболее высоких процентов нетрудоспособности.

Современный этап развития психиатрии характеризуется широким использованием атипичных нейролептиков, которые достаточно быстро купируют продуктивную и отрицательную психопатологическую симптоматику, компенсируют когнитивный дефицит и имеют минимальные побочные эффекты. Чрезвычайно важным фактором также является возможность быстрого восстановления качества жизни и социального функционирования больных на шизофрению. (Коровина Л. Д., [3, с. 11-14], Марута Н. А., Билоус В. С., [4, с. 81-85], Carvalho J., Freitas P.P., Leuschner A., Olson D.H., [5, с. 3-11]).

Современная стратегия развития отечественной психиатрии подчеркивает необходимость развития форм помощи, основу которых составляют психосоциальные вмешательства.

Содержательно это означает развитие и совершенствование форм и методов психосоциальной реабилитации больных расстройствами психики и поведения. В общем смысле целью психосоциального подхода является обеспечение равновесия между психической жизнью пациента и социальными отношениями, которые влияют на его жизнедеятельность.

Такой подход отражает биопсихосоциальную модель психического заболевания, помимо биологической терапии, предполагает использование специальных методов, направленных на сохранение и восстановление социального функционирования пациента, нивелирование негативных эмоциональных проблем в семье, совершенствование навыков адекватного поведения, и, в конечном смысле, улучшения качества жизни больных с психическими и поведенческими расстройствами (Кожина А. М., Сухоиванова Е. И., [6, с.163-167], Юрьева Л. Н. [7, с. 2-14], Ranning A., Munk Laursen T., Thorup A., Hjorthoj C., Nordentoft M. [8, с. 953-961]).

Реабилитация больных с психическими и поведенческими расстройствами не ограничивается устранением психопатологической симптоматики и должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности - в современных условиях эта проблема приобретает особую важность. (Никитин Л. Н.,

Маркова М. Н., [9, С. 212-214], Дрюченко М. А., [10, С. 10-17], Ling Y., Watanabe M., Yoshii H., Akazawa K. [11, с. 258-260]).

С целью быстрой и успешной реинтеграции больного в общество, повышение его психофизической активности, расширение контактов с окружающими необходимо использование комплексного подхода к терапии шизофрении, включает сочетание психофармакотерапии, психотерапии и психообразовательных тренингов. (Абрамов В. А., Осокина О. И., [12, С. 15-22], Carvalho J., Freitas P.P., Leuschnerb A., Olsonc D.H., [13, с. 3-11]).

Актуальность использования психообразовательных программ в структуре реабилитационных мероприятий у больных шизофренией обусловлена необходимостью улучшения коммуникативных способностей пациента, потенцирование активности в решении собственных проблем, расширение полномочий и более успешного и эффективного приспособления к требованиям реального окружения, что в свою очередь позволит достичь сокращения сроков и частоты госпитализаций, улучшения семейного микроклимата, уменьшения нагрузки на членов семьи больных шизофренией. (Белоус В. С., [14, С. 15-18], Choi S., Lee S.H., Park H.J., [12, с. 259- 269]).

Вышеупомянутое обуславливает необходимость проведения данной работы.

Объект исследования-психосоциальное функционирование и качество жизни больных на шизофрению.

Предмет исследования: влияние психообразования на психосоциальное функционирование и качество жизни больных шизофренией.

Цель исследования: изучить роль психообразования в структуре комплексной терапии больных шизофренией и разработать оптимальные подходы ее применения.

Исходя из цели нами были поставлены следующие задачи исследования:

1. Изучить клинико-психопатологические особенности больных параноидной шизофренией
2. Научно обосновать и разработать психообразовательные мероприятия для больных шизофренией и членов их семей.
3. Разработать принципы и алгоритм проведения психообразовательной программы в комплексном лечении и реабилитации больных шизофренией на первичном, вторичном и третичном уровнях медицинской помощи.
4. Изучить особенности динамики клинической картины шизофрении под влиянием психообразовательной программы в комплексном лечении.
5. Изучить динамику уровня социального функционирования, особенностей отношения к болезни и качеству жизни больных шизофренией под влиянием психообразовательной программы.
6. Изучить динамику семейного функционирования под влиянием психообразовательной программы.

Методы исследования: клинико-психопатологический, анамнестический, психодиагностический, статистический.

Научная новизна полученных результатов. разработана и научно обоснована психообразовательная программа в комплексном лечении больных шизофренией на основе исследования их клинико-психопатологических особенностей.

Представлены научно обоснованные данные об эффективности применения психообразовательной программы для прогноза дальнейшего социального функционирования и качества жизни больных шизофренией.

Разработан комплекс психообразовательных и психотерапевтических мероприятий, внедрение которых наряду с фармакотерапией шизофрении, позволяет оптимизировать психосоциальную реабилитацию больных шизофренией, направленную на достижение социальной реинтеграции больного.

Установлена высокая результативность психообразования по сравнению с традиционным комплексным лечением по редукции психопатологической симптоматики, восстановление социальной активности и успешной ресоциализации больных шизофренией.

Доказана положительная динамика уровня социального функционирования, особенностей отношения к болезни и качеству жизни больных шизофренией под влиянием психообразовательной программы.

Определена положительная динамика семейного функционирования-преобладание адекватного отношения родственников к болезни в сочетании с высоким уровнем показателей шкалы семейной поддержки больных шизофрению.

Впервые разработана система дифференцированных психообразовательных программ в комплексном лечении и реабилитации больных шизофренией для заведений, где оказывают первичную, вторичную и третичную медицинскую помощь.

Глава 1. Теоретические основы применения психообразования как современного метода лечения шизофрении

1.1. Проблема шизофрении и ее современная интерпретация

Шизофрения представляет собой одну из наиболее актуальных проблем нейронауки: ее распространенность составляет от 0,3 до 2,0%, а около 90 % больных составляют лица в возрасте от 15 до 55 лет. Прямые экономические издержки, связанные с ней, составляют 0,2-0,25 % валового внутреннего продукта, косвенные оцениваются по меньшей мере втрое больше (Абрамов В. А., Лихолетова О. И., Путятин Г. Г., [16, С. 15-29], Билоус В. С., [17, с. 48-50], (Васюков С. А., Аносова Н.И., [18, С. 85-98]).

Под дефиницией "шизофрения" в современном научном понимании объединяются хронические психические расстройства (вероятно, группа расстройств), характеризующиеся существенными и неадекватными искажениями мышления и восприятия, а также неадекватными аффектами; при этом сознание и интеллектуальные способности обычно сохраняются, хотя со временем может иметь место определенное снижение когнитивных возможностей. Гуменюк Л. Н., [19, С. 6-9], Белоус В. С., [20, С. 69-73], Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., [21, С. 51-57]).

Шизофрения занимает одно из ведущих мест в глобальном бремени психических заболеваний, определяя общий уровень психического здоровья в популяции (Данилов Д. С., [22, с. 188]), (Зайченко А. А., [23, С. 384-389]).

60-80% в структуре заболеваемости шизофренией ставят параноидная шизофрения; при этой форме в клинической картине доминирует относительно устойчивый, часто параноидный бред, обычно сопровождающийся галлюцинациями, преимущественно слуховыми, и расстройствами восприятия. Параноидная шизофрения отличается более поздней манифестацией (критический возраст – около 30 лет), стабильным малопрогрессирующим течением и полиморфностью клинических проявлений. В зависимости от превалирования расстройств восприятия или мышления различают галлюцинаторный и бредовый варианты. Для галлюцинаторного варианта типичны вербальные иллюзии на фоне несистематизированных идей отношений, преследования или ревности, что постепенно трансформируются в вербальные галлюцинации (чаще угрожающего или императивного характера). Для этой формы шизофрении характерно наличие синдрома Кандинского-Клерамбо (сочетание вербального псевдогаллюциноза, бредовых идей воздействия и явлений психического автоматизма). Стержневым синдромом при этом является вербальный псевдогаллюциноз, а бредовые расстройства имеют вторичный относительно галлюцинаций характер и отражают их содержание. (Гурович И. Я., Шмуклера А. Б., [24, С. 54-64], Данилов Д. С., Тювина Н.А., Морозов В. Д., [25, С. 64-71], Buka S.L., Seidman L.J., Tsuang M.T., Goldstein J.M., [26, с. 653-60], Davidsen K.A., Harder S., MacBeth A., Lundy J.M., Gumley A., [27, с. 1785-1798]).

В последние годы актуальными являются вопросы патоморфоза шизофрении. Современные авторы отмечают, что в структуре клинко-психопатологической картины шизофрении отмечаются нарастания аффективных расстройств при уменьшении выраженности аффективных депрессивных расстройств, определяемых уменьшением удельного веса бредовых идей самообвинения и самоуничтожения. Также отмечается уменьшение выраженности моторного компонента психических автоматизмов, снижение частоты обонятельных и вкусовых иллюзий и галлюцинаций, которые можно рассматривать как свидетельство перехода к более доброкачественным формам с тенденцией к преобладанию психопатологических расстройств менее деструктивных и более поверхностных регистров.

Авторы отмечают, что принципиальные изменения в социальных ориентирах на современном этапе развития общества служат пусковым механизмом развития социального патоморфоза психопатологии шизофрении. (Жданова М. П., Коллякова А. М., Зинченко Е. Н., [28, С. 346-354], Зайцева Ю. С., [29, С. 82-89], Иржевская В. П., [30, С. 212], Liu C.H., Keshavan M.S., Tronick E., Seidman L.J., [31, с. 801-816]).

Изучение клинической симптоматики шизофрении удобно проводить с точки зрения дименсионального подхода. Именно этот подход доминирует в современных зарубежных исследованиях при описании клиники шизофрении, в противоположность традиционному категориальному подходу. Если благодаря категориальному подходу можно классифицировать синдромальные варианты шизофрении, которая легла в основу выделения основных ее форм, то дименсиональный подход позволяет рассматривать болезнь с позиции выделения независимой размерности-дименсий. К таким дименсиям относят положительные, отрицательные, когнитивные, аффективные расстройства, симптомы дезорганизации, психомоторные и неспецифические нарушения в картине шизофрении. (Марута Н.А., Абрамов В. А., Осокина А. И., [32 С. 10-15], Антохин Е. Ю., Будза В. Г., Шлафер М. И.,

[33, С. 184-194], Кобзова М. П., [34, С. 10], любовь Е. Б., [35, С. 43-51], Hatam S., Lea Baranovich D., [36, с. 632-633]).

Решающее значение в диагностике шизофрении принадлежит отрицательным симптомам. Негативные симптомокомплексы – это обусловленная эндогенным процессом психическая дефицитарность или "редукция энергетического потенциала": эмоциональные нарушения, к которым относят потерю эмоциональной экспрессивности, обеднение, притупления эмоций - апатия, эмоциональная холодность (черствость) к близким, бедность речи и жестов, отсутствие аффективного отклика, недостаток голосовой модуляции, неспособность испытывать удовольствие; волевые нарушения-амбигуэнтность, импульсивность, недостаток мотивации, снижение активности вплоть до бездействия и бессмысленного хождения по квартире с удовлетворением только биологических потребностей, отсутствием ухода за собой, неряшливости.

Эмоциональные и волевые нарушения объединяются в апато-абулический синдром; нарушения влечений) проявляются в прожорливости пациентов с выраженным дефектным состоянием, поедании несъедобных предметов, нарушений сексуальной сферы, аутоагрессии (нанесении себе телесных повреждений и попытки суицидов); аутизм (уменьшение социальной активности, социальная отчужденность, замкнутость). (Марута Н.А., Билоус В. С., [37, С. 145-146], Осокина А. И., [38, с. 12-15]).

Другим важным признаком болезни является расщепление психических процессов, интрапсихическая атакия или «схизис» по Э. Блейлеру, проявляющаяся в диссоциации между различными психическими процессами (аналогия с «игрой оркестра без дирижера») и внутри психических процессов (сосуществование двух разных по полюсу эмоций - амбивалентность, наличие двойственности в сфере движений-амбигуэнтность, переживание, одновременно, отчуждение своей психической жизни с отнесением к своему «я» чужих мыслей и чувств в рамках деперсонализации, расщепления психических актов в сознании пациентов на свои и чужие, с возможностью воздействия на свои акты из вне –психические автоматизмы, своеобразное сочетание эмоциональной тупости с ранимостью эмоций и так далее).

Схизис, также, проявляется в неравномерном нарушении психических функций, при котором одни функции грубо нарушены (например, мышление), а другие на их фоне достаточно сохранены (например, интеллект или память). (Любовь Э. Б., [39, с. 66-75], Марута Н. А., [40, С. 21-25], Медведев В. Э., [41, с. 12-17], Healy S.J., Lewin J., Butler S., Vaillancourt K., Seth Smith F.A., [42, с. 113-124]).

К положительным симптомам при шизофрении относят галлюцинации, иллюзии, бредовые идеи, деперсонализацию, дереализацию, психические автоматизмы, кататонию, сенестопатии. Хотя, некоторые из продуктивных симптомов характерны в основном для шизофрении, большинство других положительных симптомов могут встречаться и при других заболеваниях, что не позволяет их считать основными для диагностики шизофрении. Наиболее специфический для шизофрении бред реформаторский (убеждение пациента в наделении его миссией реформировать уклад жизни (в политике, образовании, медицине и др.) с появлением планов и малопродуктивных идей по этому поводу), чужих родителей (двойника или Капгра), отношения (любые не связанные с пациентом сигналы (взгляды или разговоры посторонних людей) и информация (из прессы, телевидения, интернета) воспринимаются как тайные послания, относящиеся к пациенту, знаки, предупреждения), особого значения, психического действия (понимания того, что из вне можно влиять, контролировать и управлять психикой, самочувствием, работой внутренних органов и движениями пациента). (Марута н. а., [43, С. 83-90], Минутко В. Л., [44, с. 142-143], Павлюченко А. В., [45, С. 22-26], Петрюк П. Т., [46, с. 122-123], Плотникова О. В., [47, с. 7-10], Попадопулос Т. Ф., [48, с. 69-73], Choi K.H., Wykes T., Kurtz M.M., [49, с. 172-178]).

Для шизофрении характерны в основном псевдогаллюцинации, чаще всего слуховой модальности (так называемые «голоса», выходящие из головы или других частей тела), по содержанию-комментирующие, угрожающие, осуждающие, императивные, антагонистические и др. Также встречаются зрительные (чаще псевдо) галлюцинации, обонятельные (ощущение неприятного запаха-горелого мяса, фекалий и др.), вкусовые, тактильные, висцеральные. (Прибытков А. А., [50, С. 27-29], Désaméricq G., Schurhoff F., Meary A., [51, с. 127-134]).

Характерные для шизофрении сенестопатии отличаются разнообразной, нехарактерной для соматической патологии локализацией ощущений, спонтанным характером появления и исчезновения, насильственной окраской их возникновения и зависимостью от психического состояния пациентов. (Краснова В. Н., Гуровича И. Я., Мосолова С. Н., Шмуклера А. Б., [52, с. 45 - 46], Тиганов А. С., [53, с. 78-83]).

Считается, что в основе развития положительных симптомов лежит дофаминовая мезолимбическая

гиперактивность, реагирующая на антипсихотическую терапию. Еще одной дименсией при шизофрении является дезорганизация мышления и поведения. Нарушение мышления является нарушением логического компонента и целеустремленности умственной деятельности и может проявляться в относительно мягкой форме (тангенциальное мышление) к выраженной разорванной, инкогерентности, паралогичности, разноплановости, резонерства, символичности с наличием неологизмов, ответов не в плоскости вопроса, а также обеднения мышления.

Мышление становится объектом внимания больных, теряет автоматический характер. При этом, дезорганизация поведения в виде несоответствующего ситуации внешнего вида, неадекватных ситуаций поведенческих реакций, часто сопровождает нарушения формального мышления. (Аведисова А. С., Ястребов Д. В., Касимова Л. Н., [54, с. 4-10], Семке А. В., Зинчук М. С., [55, с. 29-33], Hamm J.A., Hasson Ohayon I., Kukla M., Lysaker P.H., [56, с. 45-54]).

Для больных свойственны неуклюжесть, неловкость, необычность движений, изменение мимики (гипомимия, амимия, парамимия – гримасничанье), странности и чуждающееся поведение, абсурдные привычки (коллекционирование использованных проездных билетов и выброшенных колпачков от ручек, потому что им плохо»; хождение в самодельном шлеме для защиты от облучения»). Также к нарушению психомоторной сферы относят психомоторную заторможенность или возбуждение, кататонию (люцидную, что протекает наиболее злокачественно, или онейроидное, имеющее более благоприятное течение). (Марута Н. А., Абрамов В. А., Осокина О. И., [57, с. 1-24], Сергеева О. Е., [58, с. 31-35], Синайко В. М., Коровина Л. Д., [59, с. 71-76]).

Таким образом психосоциальная реабилитация является одной из важных и актуальных проблем психиатрии, имеющей большое социальное и медицинское значение в силу своей распространенности и тяжести последствий.

1.2. Медикаментозные и немедикаментозные подходы к лечению шизофрении

Шизофрения – это хроническое, прогрессирующее эндогенное заболевание, характеризующееся расстройствами психических процессов и приводит к специфическим изменениям личности. Конечно, такое определение не охватывает всех проявлений заболевания из-за большого разнообразия его форм и видов, ведь в клинической практике не всегда можно заметить прогрессирующую или изменения личности. Достаточно заметить, что на основании преобладания той или иной симптоматики различают такие формы болезни, вернее формы ее проявления: кататоническую, параноидную, то есть бредовую, галлюцинаторно-параноидную, гебефреничную и простую [3; с. 62].

Шизофрения представляет собой довольно распространенную болезнь. По данным различных авторов ее частота составляет от 0,1-0,3% до 1-3%. В среднем считают, что на нее болеет до 1% населения мира. Следовательно, шизофрения является центральной проблемой психиатрии, поэтому, естественно, что вокруг ее основных вопросов никогда не прекращаются дискуссии, отражающие самые разные взгляды. Это касается также и вопроса лечения этого заболевания, а особенно, места психотерапии в комплексном подходе к лечению шизофрении.

С докладом «Новые горизонты в лечении шизофрении» выступил один из чаще всего цитируемых ученых в области мировой психиатрии, д. мед. н., профессор медицины и молекулярной медицины Медицинской школы Доналда и Барбары Цукер в Хофстра/Нортвелл (Нью-Йорк, США), профессор кафедры детской и подростковой психиатрии медицинского университета Шарите (Берлин, Германия) Кристоф В. Коррелл. Он отметил, что шизофрения – это психическое заболевание, которое характеризуется наличием так называемых положительных (галлюцинации, бред, расстройства мышления, возбудимость, враждебность и тому подобное) и негативных симптомов расстройства психики (снижение эмоционального восприятия и реагирования, алогия, ангедония, отсутствие мотивации, асоциальность и т. п.). Также при шизофрении могут наблюдаться двигательные нарушения (моторная задержка, дискинезии, скованность, проблемы с координацией), аффективные симптомы (депрессия, тревожность, суицидальность) и расстройства когнитивной сферы (внимания, памяти, скорости обработки информации и др.).

Согласно данным J.A. Solomon et al. (2012), шизофрения является одним из самых тяжелых инвалидизирующих заболеваний, что по своему бремени превышает онкопатологию, инсульты, потерю обеих рук или ног. Такое высокое бремя шизофрении связано с ее дебютом в молодом трудоспособном возрасте и поражением ключевого качества человека – здоровой психики.

Издавна лечение шизофрении было направлено преимущественно на устранение положительных симптомов. Однако шизофрения – заболевание с разносторонним поражением психики. Докладчик

подчеркнул, что терапия должна по крайней мере не ухудшать негативных симптомов. Последнее часто имеет место при чрезмерной блокаде дофамина при интенсивной седации пациента, что наблюдается при применении антипсихотических препаратов первого поколения. Это, в свою очередь, может вызвать появление вторичных негативных симптомов и когнитивных нарушений.

У лиц с шизофренией в течение первых пяти лет после диагностирования заболевания часто развиваются депрессия и суицидальные мысли. Депрессия может снизить качество жизни пациентов даже больше, чем

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Магомедова М.В. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002. С. 98-108.
2. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78-85.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В., Дороднова А.С., Белокурова Е.А., Мовина Л.Г. Помощь больным шизофренией с первыми психотическими эпизодами: применение кветиапина // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 3. С. 69-72.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
5. Денисенко М.К. Работа с семьями больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rabota-s-semyami-bolnyh-shizofreniey> (дата обращения: 17.03.2022).
6. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 2005.
7. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 2005.
8. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 43-47.
9. Косенко В.Г., Солоненко Андрей Владимирович, Матарова Н.А., Бойко Е.О., Серобьян Н.Н. Влияние психообразования родственников пациентов с первым психотическим эпизодом на некоторые показатели социального функционирования больных // Российский психиатрический журнал. 2008. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-psihoobrazovaniya-rodstvennikov-patsientov-s-pervym-psihoticheskim-epizodom-na-nekotorye-pokazateli-sotsialnogo> (дата обращения: 17.03.2022).
10. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 99-103.
11. Мадорский В.В. Использование стратегической семейной психотерапии в комплексном лечении и социальной реабилитации больных шизофренией // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М.: Медпрактика-М, 2007. С. 189.
12. Мадорский В.В. Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении. Современная терапия психических расстройств, 2012; (4): 27.
13. Мадорский В.В. Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении. Современная терапия психических расстройств 2012; (4): 27.
14. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48-55.
15. Празднова В.А., Зеленкова Т.В. Системная психотерапия родственников лиц, страдающих психическими расстройствами психотического уровня // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М.: Мед-практика-М, 2007. С. 195.
16. Ривкина Н.М., Мовина Л.Г. Групповая работа с родственниками пациентов в системе комплексной помощи больным с первым психотическим эпизодом // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М.: Медпрактика-М, 2007. С. 454-455.
17. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 65-75.
18. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности

- психообразовательной программы // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002. С. 109-111.
19. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002. С. 76-97.
20. Самойлова Д. Д., Барыльник Ю. Б., Янушко П. С. Психообразование как составляющая процесса психореабилитации пациентов с шизофренией // БМИК. 2015. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihooobrazovanie-kak-sostavlyayuschaya-protsessa-psihereabilitatsii-patsientov-s-shizofreniey> (дата обращения: 17.03.2022).
21. Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике. Обзор психиатрии и медицинской психологии 2012; (1): 37.
22. Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике. Обзор психиатрии и медицинской психологии 2012; (1): 37.
23. Солохина Т.А., Шевченко Л.С. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье преодолении болезни. В кн.: Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. Под редакцией проф. В.С. Ястребова. 2-е изд. М.: МАКС Пресс, 2008: 8.
24. Солохина Т.А., Шевченко Л.С. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье преодолении болезни. В кн.: Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. Под редакцией проф. В.С. Ястребова. 2-е изд. М.: МАКС Пресс, 2008: 8.
25. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. СПб.: Питер Пресс, 1996. 448 с.
26. Холмогорова А.Б. Семейная психотерапия: история, основные школы, концептуальный аппарат // Современная терапия психических расстройств. 2007. № 2. С. 19-29.
27. Цапенко А.И., Шанаева Д.М. Некоторые психологические проблемы семей, в которых родственники страдают тяжелым психическим заболеванием. Пути их решения // Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. В помощь родственникам / Под ред. В.С.Ястребова. М., 2005. 176 с.
28. Шадрина И.В., Альшина Е.Н. Психообразование психически больных и их родственников (сексологический аспект). Вестник психиатрии и психологии Чувашии 2008; (4): 69.
29. Association between neurological soft signs, temperament and character in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives / L. Galindo, F. Pastoriza, D. Berge [et al.] // Peer Journal. 2016. № 4. P. 1651—1653.
30. Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial / S. Vaghee, A. Salarhaji, N. Asgharipour, H. Chamanzari // Journal of Evidence Based Care. 2015. Vol. 5, Issue 3. P 63—76.
31. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin 2006; 32: S1-S9. (doi: 10.1093/schbul/sbl017)
32. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin 2006; 32: S1-S9. (doi: 10.1093/schbul/sbl017)
33. Shamsaei F., Cheraghi F., Bashirian S. Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia // Iranian Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 10(4). P 239—245.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/238805>