

## Место системной семейной психотерапии в полипрофессиональном комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при расстройствах шизофренического спектра

Медведев С.Э.<sup>1</sup>, Коцюбинский А.П.<sup>1</sup>, Бутома Б.Г.<sup>1</sup>, Задонская О.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»,

<sup>2</sup> СПбГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6 (стационар с диспансером)».

**Резюме.** В статье на основании биопсихосоциальной парадигмы в рамках системного подхода к семейной психотерапии рассматривается изоморфизм структуры отношений в семье идентифицированного пациента и специалистов помогающей службы с позиций бригадного полипрофессионального обслуживания больных. Психиатрическая служба организуется для помощи пациенту. Ее эффективность определяется улучшением состояния больных, проходящих лечение и реабилитацию, что способствует повышению адаптивных возможностей пациента и его возвращению в социум. Успешная адаптация пациента в социуме во многом определяется уровнем его социальной компетентности (СК). В исследование были включены 23 женщины и 21 мужчина в возрасте от 18 до 30 лет, участвовавшие в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее 12 месяцев. Пациенты из семей, принявших участие в психотерапевтической работе, продемонстрировали рост социальной компетентности в виде повышения социального коэффициента (SQ) более чем на 15% через три месяца и более чем на 32% через 12 месяцев после начала реабилитационной программы, по сравнению с исходным уровнем.

Результаты работы позволяют сформулировать ряд рекомендаций, по реализации эффективной программы, включающей психотерапевтические интервенции и социотерапевтические мероприятия, а также адекватное соотношение удельных весов различных форм специализированной медицинской помощи в зависимости от этапов течения психических расстройств, что в настоящее время рассматривается в рамках персонализированной медицины.

**Ключевые слова:** биопсихосоциальный подход, расстройства шизофренического спектра, изоморфизм, системная семейная психотерапия, идентифицированный пациент, социальная компетентность, помогающие службы.

### Systemic family therapy in multiprofessional complex of treatment and rehabilitation of schizophrenia spectrum disorders

Medvedev S.E.<sup>1</sup>, Kotsiubinsky A.P.<sup>1</sup>, Butoma B. G.<sup>1</sup>, Zadonskaya O.Yu.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> The Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

<sup>2</sup> The Saint-Petersburg State Psychiatric Hospital No6 (in-patient department with early treatment center)

**Summary.** The article based on systemic approach to family therapy presents the isomorphism of relationship structure in the family of identified patient and multiprofessional team of caring service professionals. Mental health service is organized to help the patient. Its effectiveness is determined by the improvement of the patient undergoing treatment and rehabilitation, thereby increasing the adaptive capacity of the patient and his return to society. Successful social integration of the patient largely depends on the level of his social competence. The study includes 23 women and 21 men aged from 18 to 30 participating in the biopsychosocial rehabilitation program for at least 12 months. Patients from the families, which took part in the psychotherapeutic work, showed an increase of social competence with Social Quotient (SQ) escalation for more than 15% in three months and more than 32% in 12 months after the start of the rehabilitation program compared to the baseline. The results of the work allow formulating recommendations for carrying out the effective program which includes psychotherapeutic interventions, sociotherapeutic events, as well as the appropriate balance of the various forms of specialized medical care, depending on the current stage of mental disorders. This is currently considered to be a personalized medicine.

**Keywords:** biopsychosocial approach, schizophrenia-related disorders, isomorphism, systemic family psychotherapy, identified patient, social competence, care service.

В настоящее время получает все большее распространение идея полипрофессионального бригадного обслуживания больных с психическими расстройствами. В связи с тем, что в полипрофессиональную бригаду входят специали-

сты с разными способностями и занимающие различные места в управленческой иерархии, вопросы лидерства, подчиненности и подотчетности нередко приводят к потере эффективности осуществляемой ею работы. Не случайно В.С. Ястре-

бов с соавт. [23] отмечают, что в практической психиатрической деятельности имеют место проблемы взаимодействия специалистов внутри полипрофессиональных бригад. Высказывается также точка зрения, что члены бригады должны придерживаться таких форм поведения, чтобы несопадающие взгляды не вели к межперсональным конфликтам [7].

Сказанное требует решения ряда вопросов, связанных с необходимостью построения эффективного междисциплинарного взаимодействия участников полипрофессиональной бригады, общей целью которых является оптимальный выбор соответствующей программы реабилитации, одновременно учитывающей области профессиональной деятельности каждого ее члена. Как считают В.С. Ястребов с соавт. [23], «в качестве необходимого условия оказания психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами все больше утверждается холистический подход, который предполагает проведение комплексных мер, дифференцированных на разных уровнях воздействия — индивидуальном, семейном, институциональном или общества в целом», причем «решению этой проблемы может способствовать использование системного подхода, который широко применяется в различных отраслях науки и практики».

Исходя из сказанного, программа лечения и реабилитации должна быть разработана для «каждого больного в каждом конкретном случае» [1] и базироваться на анализе индивидуальной структуры системы психической адаптации пациента с выявлением её проблемных областей («терапевтических мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума.

Это помогает сформулировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента, истоки представлений о которой можно обнаружить в формулировании Г.А.Захарьиным [9] необходимости использования при терапевтических мероприятиях двойственного диагноза — *diagnosis morbid et diagnosis egroti*, то есть диагноза болезни и диагноза больного — но и разграничить области компетенции каждого из членов бригады [19]. Последнее обстоятельство актуализирует проблему организации работы различных профессионалов психического здоровья с пациентом и его семьей, а именно — интеграции и одновременно целевой координации их усилий.

Современный формат лечебно-реабилитационных мероприятий благодаря интеграции профессионалов на основе биопсихосоциального (холистического) подхода позволяет добиваться «восстановления» и ресоциализации больных с психическими расстройствами [3; 4; 6-8; 14; 28-32].

Высокий уровень квалификации достигается посредством специализации, а современный уровень оказания помощи в психиатрии — координации усилий помогающих специалистов.

При создании команды как функциональной системы ответственность специалиста должна определяться его функциональной ролью. В то же время, если у какой-либо из членов бригады обладает более широким спектром компетенций, он может реализовать свои знания в смежных областях на всех этапах ведения случая, однако, только при обсуждении программы реабилитационных мероприятий [19; 22].

В рамках бригадного полипрофессионального обслуживания больных актуальным становится вопрос о месте, роли и значении психотерапевтических форм помощи.

В середине XX века применение общей теории систем положило начало развитию системной семейной психотерапии (ССТ) — первой психотерапевтической модели, концепция которой была сформулирована на материале семейных шизофрений. Появление ССТ хронологически совпало с началом психофармакотерапевтической эры. Этот факт послужил причиной возникновения конкуренции между упомянутыми подходами.

Первопроходцы ССТ [2; 24; 25] первоначально прямо заявляли об открытии более эффективного метода лечения психических расстройств по сравнению с применением лекарственных средств, противопоставляя свои радикальные воззрения столь же односторонней альтернативной точке зрения о сугубо биологической природе психических заболеваний. Этот дискурс альтернативности при обосновании системно ориентированных и сетевых моделей лечения и реабилитации в психиатрии сохранился, по сути, вплоть до настоящего времени [32].

Системный подход в психотерапии представляет собой применение общей теории систем к описанию процессов, происходящих в семье, которая определяется как открытая самоорганизующаяся система. Члены семьи взаимодействуют друг с другом, и одновременно с этим, вся система находится во взаимодействии с окружающей средой и другими социальными системами (школа, помогающие службы, окружение). При этом семья постоянно развивается, реагируя на изменение среды как целое, одновременно стремясь к сохранению гомеостаза [19-22]. Развитие семьи предполагает последовательное прохождение ею этапов жизненного цикла, на каждом из которых возникают новые для нее задачи и новые возможности. Переход такой системы от одного этапа жизненного цикла к другому сопровождается кризисом, во время которого каждая семья может стать дисфункциональной, сохраняя, однако, способность восстановить и наладить свое функционирование. Функциональная подсистема взрослых членов семьи (супругов) стабилизируется общими целями и интересами, а дисфункциональная — проблемами, болезнями и детьми [3; 14; 22]. Функциональная родительская подсистема в период сепарации способна к гибкому реагированию и сотрудничеству, позволяющему решать текущие задачи и выстраивать долгосрочные стратегии пе-

реходя к стадии «опустевшего гнезда». Дисфункциональные семьи представляют собой ригидные системы, которые, вопреки изменениям внешних и внутренних условий, пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия как между элементами своих подсистем (членами семьи), так и с внешними по отношению к семье системами. Дисфункциональная родительская подсистема определяет торможение в развитии семейных взаимоотношений, что особенно сказывается в период сепарации — психологического отделения от семьи повзрослевшего сына или дочери. Это обусловлено тем обстоятельством, что тенденции гомеостаза (константность) и развития (динамика) в наибольшей степени начинают противодействовать друг другу [3].

Опосредованность коммуникаций между родителями идентифицированного пациента (И.П.)<sup>\*</sup> препятствует их сотрудничеству и его успешной сепарации. Выстраиваются так называемые «вертикальные» коалиции с И.П. с обоснованием своей правоты выраженностью его дисфункций. В дисфункциональной семье складываются коалиции между представителями разных поколений (родители, прародители), в каждой из которых участвует пациент. Участники коалиции обозначаются как инсайдеры, а объект приложения их усилий — как аутсайдер [3; 18; 22]. Функционированию и развитию системы в данном случае препятствует именно «вертикальный» характер этих коалиций [16].

«Горизонтальные» отношения в дисфункциональных семьях, в силу их опосредованности через «идентифицированного пациента», не позволяют выработать долговременные стратегии сотрудничества членов семьи между собой. Родители лишь кратковременно объединяются для решения экстренных и сиюминутных задач.

При этом нередко идентифицированный пациент становится дисфункциональным стабилизатором диадных отношений родителей между собой или отношений между ним и его родителями, что в семейной психотерапии обозначается понятием «треугольник»<sup>\*\*</sup>.

В этих случаях в роли медиатора может выступить психотерапевт, от которого требуется контакт с обеими сторонами конфликта.

В работе помогающей службы периоду сепарации аналогично психологическое отделение от семьи успешно реабилитированного объекта заботы

(пациента), стремящегося к построению собственной отдельной и функциональной жизни, что порождает дисфункциональность семьи. При этом следует отметить, что система семьи и система помогающей службы, исходя из их общих потребностей и задач, изоморфны и, в силу этого, сопоставимы [22]. Изоморфизм буквально означает эквивалентность или сходство форм (isomorphism). В математике изоморфизм двух систем означает, что между их элементами существует взаимное однозначное соответствие (то есть, каждому элементу одной системы соответствует один элемент другой системы и наоборот), при этом структура связей между элементами в этих двух системах аналогична. В психотерапии взаимное однозначное соответствие между элементами различных систем не является необходимым условием для признания их изоморфности, структурное же сходство систем необходимо [11]. В этом случае принцип изоморфизма или принцип параллельных процессов [17] позволяет сопоставлять процессы, происходящие в системе семьи, с процессами, имеющими место в системе помогающей службы. Важно подчеркнуть, что в случае отсутствия контакта и сотрудничества между профессионалами, характер складывающихся внутрибригадных взаимоотношений фактически воспроизводит «треугольники», наблюдаемые в семьях пациентов [14; 19; 25].

Примеры подобных взаимодействий — это и критика терапевтических назначений других членов бригады, и сомнения в профессиональной компетентности друг друга, высказываемые специалистами пациенту и его семье, и «перенаправление» больного от психиатра к психотерапевту [25] вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом и его семьей<sup>\*\*\*</sup>, и отказ специалиста (психиатра/психотерапевта) от контакта с представителем смежной помогающей профессии с попыткой объединения всех функций в одном лице.

Психиатрическая служба организуется для помощи пациенту. Ее эффективность определяется улучшением состояния больных, проходящих лечение и реабилитацию, что способствует повышению адаптивных возможностей пациента и его возвращению в социум. Успешная адаптация пациента в социуме во многом определяется уровнем его социальной компетентности (СК).

Понятие «социальная компетенция» все еще остается слабо разработанной научной конструкцией, несмотря на растущее признание ее значимости практически во всех областях жизнедеятельности человека. В психиатрии под социальной компетенцией понимается имеющаяся у индивидуума потенциальная способность к эффективному взаимодействию с социальной средой [31], способность и готовность, на основании совокупности знаний, умений и способов деятельности, к разрешению теоретических и практических задач, реализации личностью жизненных планов, соотносимых с потребностями общества.

\* «Идентифицированный пациент» — член семьи, отклоняющееся поведение которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту. «Идентифицированный пациент или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом [16-22].

\*\* По М. Боуэну треугольник — это минимальная система стабильных отношений. Система, состоящая из двух человек нестабильна, и в ситуации стресса стремится сформировать треугольник. Более трех человек образуют систему, состоящую из пересекающихся треугольников [18].

\*\*\* «Реактивное направление» по М. Боуэн [18].

Начало	3 мес.		12 мес.	
SQ	SQ	P	SQ	P
81,61±1,33	94,09±1,22	<0,0001	108,14±1,54	0,001

Таким образом, в широком смысле этот термин отражает соотношение субъектности и социальности личности как имманентно присущих ему характеристик в системе взаимодействия с различными агентами социума. Иными словами, социальная компетентность — это способ эффективного взаимодействия индивида с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Для этого требуется умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы поведения при контакте с ними. В качестве главных составляющих социальной компетентности выделяют: социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуациях фрустрации [12; 13].

Нами проведен анализ динамики социальной компетентности 44 пациентов, страдающих шизотипическим расстройством. Оценивался объем освоенных социальных навыков, позволяющих адекватно выполнять нормы и правила жизни в обществе в сопоставлении со средневозрастными показателями, то есть совокупностью социальных навыков, осваиваемых большинством здоровых и адаптированных в социуме людей. С целью стандартизации и количественной оценки была избрана Шкала измерения социальной компетентности Э. Долла [5; 27]. Оценка «социального возраста» (СВ) идентифицированных пациентов (И.П.) и последующее вычисление социального коэффициента (СК или SQ), выражающего соотношение СВ с хронологическим возрастом (ХВ) пациента определялись по формуле  $СК = СВ / ХВ \cdot 100$ . Одним из преимуществ метода в работе с семьей является экспертный характер оценки. О наличии социального навыка можно судить по материалу фактических наблюдений референтного родственника.

В исследование были включены 23 женщины и 21 мужчина в возрасте от 18 до 30 лет, участвовавшие в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее 12 месяцев.

Пациенты из семей, принявших участие в психотерапевтической работе, продемонстрировали рост социальной компетентности в виде повышения социального коэффициента (SQ) более чем на 15% через три месяца и более чем на 32% через 12 месяцев после начала реабилитационной программы, по сравнению с исходным уровнем (таблица 1).

Результаты работы позволяют сформулировать следующие выводы и рекомендации:

Начало психотерапевтической работы на госпитальном этапе лечения способствует формированию психотерапевтического альянса и комплайенса, обеспечивая дополнительные возможности исследования паттернов взаимодействия идентифицированного пациента (И.П.) с референтным родственником (Р.Р.) между собой и с внешним окружением (соседи по палате, родственники других пациентов, сотрудники среднего и младшего медперсонала).

Психотерапевт должен проявлять активность, синтонную интенсивности семейного взаимодействия, при сохранении эмоционально нейтральной позиции.

Постепенное увеличение интервала между встречами, на этапах реконструкции и завершения психотерапии, способствует мобилизации собственных ресурсов системы.

Необходимо сотрудничество специалистов помогающих профессий (психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, врачей-интернистов).

В целом, биопсихосоциальный подход позволяет разработать и реализовать эффективную программу, включающую психотерапевтические интервенции и социотерапевтические мероприятия, а также адекватное соотношение удельных весов различных форм специализированной медицинской помощи в зависимости от этапов течения психических расстройств, что в настоящее время рассматривается в рамках персонализированной медицины [10].

### Литература

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. — М.: Изд-во ГОЭТАР-Медиа. — 2007. — 720 с.
2. Бейтсон Г. *Экология разума: избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии*: пер. с англ. — М.: Смысл. — 2000. — 476 с.
3. Варга А.А. *Введение в системную семейную психотерапию* / А.А. Варга. — М.: Когито-центр. — 2009. — 182 с.
4. Вилкен Ж.П., Холландер Д. *Восстановление и реабилитация*. Пер с англ. И. Темирбулатова, Д. Шукурова. — Глобальная инициатива в психиатрии. — 2011. — 296 с.
5. Гордеев, В.И., Александрович Ю.С. *Качество жизни (QOL) — новый инструмент оценки развития детей*. — СПб.: Речь. — 2001. — 200 с.
6. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. *Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery»*. // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2008. — Т. 18. — № 2. — С. 7-14.
7. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я. *Сторожакова Я.А. Recovery (личностно-*

- социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т. 23. — С. 89-95.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова А.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: Медпрактика. — 2004. — 492 с.
  9. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи — 2-е доп. изд. Е.П. Захарьиной / под ред. В.Ф. Снигерева. — М. — 1910.
  10. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Волчек И.В. Персонализированная фармакотерапия эндогенных психических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2014. — № 3. — С. 52-59.
  11. Лачинс Эб., Лачинс Э. Изоморфизм в гештальт-терапии. Ч.1 // [Электронный ресурс]. — URL: [www.metaphor.narod.ru/lichins-iso1](http://www.metaphor.narod.ru/lichins-iso1) (дата обращения: 02. 10. 2015).
  12. Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 2. Эмпирическое исследование / [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. — 2010. № 4 (12). URL: <http://psystady.ru> (дата обращения: 02. 10. 2015).
  13. Левикова Е.В. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М. — 2011. — 21 с.
  14. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии / Психотерапия и психокоррекционная работа в психиатрии: материалы науч.-практ. конф. с международным участием. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. — СПб.: Издательство «Таро». — 2013. — С. 9-13.
  15. Мель Ю.А. Социальная компетентность как цель психотерапии: проблемы образа Я в ситуации социального перелома // Вопросы психологии. — 1995. — № 5. — С. 61-68.
  16. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии / Пер. с англ. А.Д. Иорданского. — М.: Независимая фирма «Класс». — 1998. — 304 с.
  17. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи: традиции и современное состояние / Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская, И.В. Добряков [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2014. — N. 6 (29) [Электронный ресурс]. — URL: <http://mprj> (дата обращения: 02. 10. 2015).
  18. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика / под ред. К. Бейкер, А.Я. Варга. — М.: Когито-Центр. — 2005. — 496 с.
  19. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики / А.В. Черников. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Класс. — 2010. — 208 с.
  20. Шлиппе А. фон, Швайтцер Й. Системные интервенции. — СПб.: Издательство Вернера Регена. Немецкая школа коучинга и медиации; Gera: VWR-Verlag. — 2013. — 184 с.
  21. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — 4-изд. СПб.: Питер. — 2008. — 672 с.
  22. Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. — СПб.: Речь. — 2012. — 207 с.
  23. Ястребов В.С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В.С. Ястребов, В.Г. Митихин, Т.А. Солохина, И.И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — Т. 108. — Вып. 6. — С. 4-10.
  24. Bateson, G. Towards a theory of schizophrenia / G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley // Behav. Science. — 1956. — No. 1. — P. 251-264.
  25. Bowen M. A Family Concept of schizophrenia / M. Bowen.; ed. D.D. Jackson. — N.Y: Basic Books. — 1960. — 370 p.
  26. Bressi C. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness / C. Bressi, S. Manenti, P. Frongia // Psychother. Psychosom. — 2008. — Vol. 77. — № 1. — P. 43-49.
  27. Doll E.A. Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale/ E.A. Doll // Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers. — 2011. — P. 698.
  28. Medvedev S. Psychothérapie familiale et schizophrénie. Dynamique des indices systémiques d'adaptation et de psychopathologie // Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. — 2013. — № 1. — P. 105-118.
  29. Schizophrenia. Core interventions on treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update addition): National clinical guideline number 82 / ed. Kuipers E. et al. — G.B.: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. — 2010. — 494 p.
  30. Schmidt-Kraepelin C., Janssen C.B., Gaebel W. Prevention of re-hospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. — 2009. — Vol. 259. — P. 205-212.
  31. Schröder H., Vorweg M. Sozial W. Kompetenz als Zielgröße für Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensmodifikation / M. Vorweg (Hrsg.). — Probleme der Persönlichkeitsforschung. — Leipzig. — 1978.
  32. Seikkula J., Olson M.E. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics // Family process. — 2003. — Vol 42, № 3. — P. 403-418.

## References

1. Aleksandrovsky Yu.A. Borderline mental disorders. — М.: Izd-vo GOETHAR-Media. — 2007. — 720 p.
2. Bateson G. Steps to an Ecology of Mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution a epistemology: per. s angl. — М.: Smysl. — 2000. — 476 p.

3. Varga A.YA. *Introduction to systemic family psychotherapy* / A.YA. Varga. — M.: Kogito-tsentr, 2009. — 182 p.
4. Wilken J.P., Hollander D. *Rehabilitation and Recovery. A comprehensive approach: per s angl. I. Temirbulatova, D. Shukurova.* — *Global'naya initsiativa v psikiatrii.* — 2011. — 296 p.
5. Gordeev V.I., Aleksandrovich Yu.S. *Quality of a life (QOL)—the new scale of an estimation of development of children.* — SPb.: Rech', 2001. — 200 p.
6. Gurovich I.Ya., Lyubov E.B., Storozhakova Ya.A. *The concept of «recovery» // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.* — 2008. — Vol.18. — P. 7-14.
7. Gurovich I.Ya., Shpashkova N.G., Visnevskaya L.Ya., Storozhakova Ya..A. *The recovery model of psychiatric care users with schizophrenia (personal and social empowerment): discussions of the concept and its perspectives // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.* — 2013. — T. 23 — № 2. — P. 89-95.
8. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova A.Ya. *Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation.* — M.: Medpraktika, 2004. — 492 s.
9. Zakhar'in G.A. *Clinical lectures and selected articles—2-e dop. izd. E.P. Zakhar'inoj / pod. red. V.F. Snigereva.* — M., 1910.
10. Kotsyubinsky A.P., Butoma B.G., Elichev A.N., Volchek I.V. *Personalised pharmacotherapy of endogenic mental disorders // Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva.* — 2014. — № 3. — S. 52-59.
11. Lachins E.B., Lachins E. *Isomorphism in gestalt-therapy. Part. 1 // [Electronic resource].* — URL: [www.metaphor.narod.ru/luchins-iso1](http://www.metaphor.narod.ru/luchins-iso1) (date of the reference: 02. 10. 2015).
12. Levikova E.V. *Social competence in adolescents with schizophrenia. Part 2 // Psikhologicheskije issledovaniya: ehlektron. nauch. zhurn.* — 2010. № 4 (12). URL: <http://psystady.ru> (date of the reference: 02. 10. 2015).
13. Levikova E.V. *Social competence in adolescents with schizophrenia: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk.* — M., 2011. — 21 s.
14. Medvedev S.E., Kotsyubinsky A.P. *Rehabilitation and recovery in domestic psychiatry / Psikhoterapiya i psikhokorreksionnaya rabota v psikiatrii: materialy nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym ucha-stiem. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina.* — SPb.: Izdatel'stvo «Taro», 2013. — S. 9-13.
15. Mel' Yu.A. *Social competence as a goal of psychotherapy: problems of Self-image in a situation of social crisis // Voprosy psikhologii—1995.* — № 5. — S. 61-68.
16. Minuchin S., Fichman H.C. *Family Therapy Techniques / Per. s angl. A.D. Iordanskogo.* — M.: Nezavisimaya firma «Klass», 1998. — 304 s.
17. *Family psychotherapy and clinical psychology of family: traditions and a modern condition / E.G. Edemiller, I.M. Nikol'skaya, I.V. Dobryakov [i dr.] // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn.* — 2014. — № 6 (29) [Electronic resource]. — URL: <http://mprj> (date of the reference: 02. 10. 2015).
18. *The theory of family systems by Murray Bowen: the basic concepts, methods and a clinical practice / pod red. K. Bejker, A. YA. Varga.* — M.: Kogito-Tsentr, 2005. — 496 c.
19. Chernikov A.V. *Systemic family therapy: integrative model of diagnostic / A.V. Chernikov.* — 3-e izd., ispr. i dop. — M.: Klass, 2010. — 208 s.
20. Shlippe A. fon, Schweitzer J. *Systematic Interventions (Systemische Interventionen).* — SPb.: Izdatel'stvo Vernera Regena. Nemetskaya shkola kouchinga i mediatsii; Gera: VWR—Verlag, 2013. — 184 s.
21. Edemiller E.G., Yustitskis V. *Psychology and psychotherapy of the famaly.* — 4-izd. Spb.: Piter, 2008. — 672 s.
22. Edemiller E.G., Medvedev S.E.. *Analytic-systemic family psychotherapy in schizophrenia.* — SPb.: Rech', 2012. — 207 s.
23. Yastrebov V.S. *Systemic-oriented model of psychosocial rehabilitation / V. S. Yastrebov,*
24. V.G. Mitikhin, T.A. Solokhina, I.I. Mikhajlova // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii.* — 2008. — T. 108. — S. 4-10.

#### Сведения об авторах

**Медведев Сергей Эрнстович** — кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт отделения биопсихосоциальной реабилитации и ихически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [sem2001@bk.ru](mailto:sem2001@bk.ru)

**Коцюбинский Александр Петрович** — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [ak369@mail.ru](mailto:ak369@mail.ru)

**Бутома Борис Георгиевич** — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [butbor08@gmail.com](mailto:butbor08@gmail.com)

**Задонская Ольга Юрьевна** — врач-психиатр СПбГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6 (стационар с диспансером)». E-mail: [blindwind@list.ru](mailto:blindwind@list.ru)