

## СБЕРЕГАЮЩЕ-ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ\*

И. Я. Гурович

*Московский НИИ психиатрии Росздрава*

Реабилитация в психиатрии имеет давнюю историю и важные достижения, в частности в отечественной психиатрии, но и сегодня как в целом, так и в отдельных ее разделах остается развивающимся направлением, потенциал ее совершенствования далеко не исчерпан (4, 25). Остановимся на примере больных шизофренией на одной из сторон реабилитации, которую в связи с этим мы обозначим как сберегающе-превентивную. Акцент на определенной задаче в рамках реабилитационного процесса не является каким-то исключением. Так, например, хорошо известна концепция, во главу угла которой поставлен личностный рост пациентов (4, 15). Собственно и психосоциальная реабилитация, практически получившая всеобщее признание, относится к такого рода концепциям с акцентом на психосоциальных воздействиях с целью с самого начала восстановления у пациентов утраченных при шизофрении или ставших ущербными навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания, с целью вернуть адекватный уровень взаимодействия между психической жизнью человека и социальными отношениями, что делает возможным его активное участие в реабилитационном процессе (4). Естественно, это сочетается с использованием всех других путей социального восстановления психически больных. Но и в таком виде задачи специалистов, участвующих в процессе интеграции психически больных в общество, можно считать не полностью раскрытыми.

Исторически реабилитация в психиатрии больше связана с работой по возможно более полному восстановлению положения в обществе хронически психически больных, хотя в последующем она приобрела тенденцию стать всеобъемлющим процессом, наравне с лечением. Вместе с тем, она еще сохраняется в связи с этим некоторую односторонность, понятийную недостаточность. Так, уже давно стала очевидной необходимость возможно более раннего

начала реабилитационного процесса, однако введение понятия так называемой «ранней реабилитации» (1) не решает проблемы. Реабилитация часто не входит в арсенал задач специалистов, оказывающих помощь не только на начальных, но и на последующих этапах заболевания, и адресуется лишь к отставленным или отдаленным этапам, что существенно отражается на психиатрической практике. Вместе с тем, она представляет собой необходимый элемент оказания помощи на каждом ее этапе вслед за лечением на всем протяжении болезни.

Следует указать также на некоторый отрыв общих концепций реабилитации от социально-психологических характеристик каждого возрастного периода жизни пациента. Понятно, однако, что целью реабилитации, например, в подростковом, молодом возрасте, когда осуществляется личностное и социальное становление пациента (11), является не только восстановление его социальных позиций, но и обеспечение личностного, а также социального развития – окончания школы, ВУЗа, получения профессионального образования и пр. Хорошо известна особая чувствительность к социальным потерям в этот период, что может иметь долговременные последствия.

В пожилом возрасте приобретают значение другие факторы: психологическое сопротивление и стиль совладания с негативными последствиями старения, принятие новой в этом периоде жизни социальной идентичности, согласия с новыми социальными ролями, принятие позитивных Я-концепций и пр. (8).

Поскольку речь идет о психосоциальной реабилитации, это определяет интерес к данным исследований в области социальной психологии, значение которых еще мало учитывается в концепции психиатрической реабилитации и определении ее целей на каждом из возрастных этапов.

Установлено по данным многих авторов, в том числе полученным в нашей клинике (рис. 1), что социальные потери и социальное снижение более чем у половины больных отмечаются уже в фазе продрома еще до начала первого манифестного психоза шизофрении (6); они продолжают нарастать в период активного течения процесса.

\* Доложено на Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных», Москва, 11–13 октября, 2006 г.



Рис 1. Социальный статус и социальные потери пациентов в продроме первого эпизода шизофрении

Как известно, благодаря успехам нейропсихологических и нейровизуализационных исследований получены объективизированные сведения о прогрессирующих вместе с психозом структурных изменениях мозга (16, 17, 21, 22, 29, 35, 37, 38): уменьшение объема серого вещества лобной доли, гиппокампа и других отделов, а также объема мозга в целом, расширение желудочков мозга и пр. Причем, выраженность этих изменений коррелирует с нейрокогнитивным дефицитом, числом перенесенных приступов, негативной симптоматикой (30). Речь идет о так называемой «биологической токсичности» первых пяти лет шизофренического психоза (38). Высказывается положение, что терапия атипичными нейролептиками может оборвать этот процесс, что чрезвычайно важно и для социальных исходов болезни. Имеются данные о значимости для этого также последовательных психосоциальных воздействий (10, 24). Из табл. 1 следует (6), что по данным трехлетнего катамнеза при условии комплексной фармако- и психосоциальной терапии в наименее ограничительных условиях клиники первого психотического эпизода с индивидуальным в последующем ведением больных при продолжении психосоциальных реабилитационных мероприятий социальные показатели пациентов существенно отличаются от показателей (как клинических, так и социальных) у больных (группа контроля), получающих помощь в обычной

системе психиатрической службы; иными словами, многие пациенты не только восстанавливают социальные потери, возникавшие еще в продромальный период, но и повышают уровень социального функционирования.

В одном из документов ВОЗ указывалось, что профилактика по своим задачам смыкается с реабилитацией. Было бы неверно представлять это соединение задач в последовательности, а не во взаимодействии. Сбережение социальных достижений каждого больного и меры по предупреждению социальных потерь в дальнейшем – важнейшие задачи реабилитации на всех этапах течения болезни и оказания психиатрической помощи.

Известно, что каждый рецидив, несколько недель или месяцев болезненного состояния, тем более с госпитализацией, часто ведут к осложнениям в учебе, потере работы, разрушению отношений с окружающими, социальному отчуждению, в части случаев – инвалидизации. При этом реабилитационный процесс оказывается опаздывающим, возможности восстановления нередко упущенными, а социальные потери – невозможными. В то же время комплексная помощь с активным ведением психосоциальной работы в групповом и индивидуальном формате с использованием разработанных соответствующих модулей обуславливает часто сохранение социальных позиций пациентов на каждом из этапов, имеется нередко не используемая та или иная возможность предупреждения неблагоприятных вариантов социального снижения.

В ряде работ показано, например, что нарастание дефекта при шизофрении может быть связано не только с болезнью, но и с отношением окружения к больному, а тесное внутрисемейное взаимодействие, активное вовлечение пациентов в социальную деятельность предупреждает развитие негативной симптоматики (37), что причины формирования хронических состояний могут быть связаны не столько с самим болезненным процессом, сколько в большей степени являться следствием различных средовых и социальных факторов, взаимодействующих с личностью и болезнью.

Поскольку в реабилитации подход, опирающийся на психосоциальные воздействия, стал уже традиционным (23), следует отметить тенденцию к расширению лечебно-реабилитационного арсенала. Так, в последние годы особое развитие получили иссле-

Таблица 1

**Социальные показатели как результат комплексной терапии первых эпизодов шизофрении**

	Признаки	Клиника первого эпизода	Контроль	p
Социальный статус	Социальные достижения сохранены	74,3%	37,15%	<0,05
	Социальные достижения утеряны	25,7%	62,85%	<0,05
	Сужение круга общения	65,7%	74,1%	>0,05
Семейный статус	Прежняя семья	97,14%	97,14%	>0,05
	Семья распалась	2,86%	2,86%	>0,05
	Изменения положения в семье	45,45%	48,57%	>0,05
Получение группы инвалидности		2,8%	27,86%	<0,05

дования социальной когниции, идущие от достижений в области социальной психологии, в свете которых шизофрения определяется как «расстройство межличностного взаимодействия, при котором проблемы есть результат неверного представления о социальном окружении и о своем месте в нем» (23). Это направление исследований оценивается как имеющее уникальную перспективу; высказывается мнение, что это направление могло бы существенно дополнять другие исследования и предложить новые способы решения проблем в отношении лиц, страдающих шизофренией (32). Отмечается, что нарушения взрослого возраста зависят от возникших ранее, то есть серьезное влияние на нарушения социального познания при шизофрении оказывает неправильное функционирование познавательных процессов в более раннем возрасте, поэтому говорят о кумулятивном факторе, с одной стороны, и факторе актуального ухудшения – с другой. В определенной степени в связи с этим имеют место два подхода к лечению когнитивной сферы. Один идет от экспериментальной патопсихологии и нейропсихологической парадигмы и направлен на исправление (лечение) непосредственно нейрокогнитивного дефицита, «базовой» когнитивной недостаточности. Второй идет от моделей когнитивно-бихевиоральной терапии и стремится изменять когнитивную сферу через атрибуции, логические действия, проблемно-ориентированные решения (13).

В связи с этим следует иметь в виду, что в отличие от традиционных, атипичные нейролептики, то есть биологическая терапия согласно ряду исследований (31) обнаруживает терапевтическую эффективность в отношении когнитивных нарушений. Следовательно, направление психосоциальных воздействий здесь совпадает с направлением биологической терапии. В указанных модулях «Интегративная психологическая терапия – ИРТ» (18) и «Когнитивная улучшающая терапия – СЕТ» (27) имеет место акцент на упражнении специфических когнитивных способностей, но в первом предусматривается постепенный прогресс «молекулярных» познавательных функций, второй адресуется к существенным социальным когнициям. Считается, что целостная картина может возникнуть из относительно небольшого числа элементов информации (социальные роли, сценарии и т.п.), которые хранятся в памяти, и акцент в работе с больными делается в воздействии как бы на целостные когнитивные блоки в социальном функционировании, отмеченные указанными нарушениями. Исследования показали эффективность обоих подходов в повышении социальной компетентности (27). Отмечается, что спрос на подобную терапию растет. Одно из руководств Американской психиатрической ассоциации (1997) рекомендует подобный метод как стандартный вид лечения. Известен еще один вариант – «Когнитивно-ориентированная терапия психозов» (28), который характеризуется комплексным подходом, направленным на предотвращение состояния,

когда пациент окажется «затоплен» психозом, что уменьшит его самопрезентации, нарушит развитие его личности. При определении, в какой степени это уже случилось, важна постановка разумных целей, изменение пессимистического стиля атрибутивного поведения, формирование ощущения независимости от психоза, расширение социального функционирования и включение новых форм поведения с обращением к более продуктивной жизни, более высокому уровню самоэффективности и самоконтроля.

Когда мы говорим об организации лечебно-реабилитационного процесса в структуре помощи на всем протяжении болезни, может быть выделен ряд групп больных, особенно значимых с позиции указанных задач – это, наряду с больными на начальном этапе шизофрении (как уже указывалось), следующие проблемные группы больных: 1) с частыми госпитализациями; 2) с неустойчивой трудовой адаптацией; 3) одинокие больные шизофренией; 4) с чрезмерно длительным пребыванием в больнице.

Эти группы отражают клинические, социальные, организационные обстоятельства, при которых социальные потери для каждого из больных делаются особенно ощутимыми.

*Группа больных с частыми госпитализациями* отвлекает на себя непропорционально большую часть объема психиатрической помощи (2). Установлено, что на каждом участке диспансера, если эту группу определять за последние два года с ежегодными госпитализациями (две и более госпитализаций за два года), то она составляет примерно 14% от всех наблюдаемых больных шизофренией, которые вместе с тем дают 90% госпитализаций с участка диспансера. Если определять эту группу с частыми госпитализациями в течение 5 лет, то она составит 5–7%. Естественно, с целью профилактики надо включать в работу большую часть пациентов. Предупреждение повторных обострений и регоспитализаций – одна из типичных целей психосоциальной работы. Буферная роль в отношении повторных обострений, как установлено во многих исследованиях (19, 20, 31), присуща ряду форм психосоциальных воздействий, не только пациент-центрированных, но и в виде работы с семьей этих больных (9). В исследованиях нашей клиники получены данные о значительной эффективности комплексной терапии атипичными нейролептиками с психосоциальными воздействиями (табл. 2). Важно отметить, что такая комплексная терапия приводит не только к сокращению повторных госпитализаций, но и сопровождается улучшением социальных показателей больных.

*Группа больных с неустойчивой трудовой адаптацией.* У 49,6% больных шизофренией трудоспособного возраста, то есть почти у половины из изученного контингента (7) наблюдавшихся в диспансере больных шизофренией, имеющих инвалидность, ее оформлению предшествовал поразительно длительный этап неустойчивой трудовой адаптации (эта группа обозначена как группа риска

Таблица 2

**Больные с частыми госпитализациями: результаты фармако- и психосоциальной терапии**

– Повышает качество ремиссий ( $p < 0,001$ )
– Улучшает комплаенс ( $p < 0,0001$ )
– Снижает число повторных госпитализаций ( $p < 0,01$ )
– Повышает уровень социального функционирования и качество жизни ( $p < 0,05$ )
– Улучшает доверительность взаимоотношений с окружающими ( $p < 0,001$ )
– Усиливает чувство поддержки референтной группы ( $p < 0,05$ )
– Уменьшает бремя семьи ( $p < 0,05$ )

инвалидизации) с частыми сменами мест работы, частыми и длительными перерывами трудовой деятельности, снижением профессионального уровня. Этот этап у 47% больных продолжался до 5 лет, у 29% – до 10 лет, а у 24% – свыше 10 лет (рис. 2).

Следует отметить, что регрессивный трудовой маршрут отражает лишь одну из сторон снижения уровня социального функционирования этих больных; та же тенденция отмечалась и по другим характеристикам социального функционирования. Вместе с тем, адекватных, актуальных для этого этапа изменений в терапевтическом и реабилитационно-социальном аспектах помощи этим больным как правило не осуществлялось. В то же время при ретроспективном анализе необходимость своевременной активизации лечебных и социально-реабилитационных мероприятий в отношении этой группы больных на этапе неустойчивой трудовой адаптации с целью предупреждения снижения уровня социального функционирования и инвалидизации представляется очевидной.

Еще одной группой, требующей специального внимания в указанной плоскости, являются *одинокие больные шизофренией*.

При обследовании больных шизофренией, находящихся под наблюдением диспансера (12), установлено, что из них только 25,7% состоят в браке, но более 2/3 пациентов проживают в семьях. Собственно одиноких, не состоящих в браке, не имеющих близких родственников или не поддерживающих с ними отношений – 15–20%. Проведенный анализ с помощью пошаговой регрессии показал, что отсутствие поддержки семьи, в определенной степени смягчающей недостатки психосоциального функционирования и последствия их несостоятельности, усугубляет тенденцию к социальным потерям у

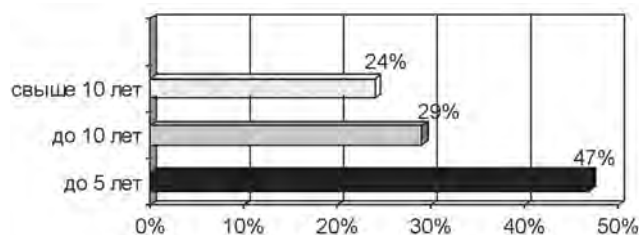


Рис. 2. Больные с неустойчивой трудовой адаптацией

больных шизофренией. У них чаще потери работы, быстрее наступает снижение квалификации и инвалидизация, ухудшение финансового положения. Имеются данные, что одинокие психически больные хуже социализируются и трудоустраиваются после перенесенного приступа (26), фактор одиночества у больных шизофренией отражается на своевременности обращения к врачу при обострениях болезни, соблюдении режима фармакотерапии, на своевременности получения соматической помощи, нередко утрате социальных, а также гигиенических навыков, способствует неухоженности, запущенности быта. Возможность предупреждения снижения уровня социального функционирования у этих больных – в своевременной организации социальной (инструментальной и эмоциональной) поддержки, вовлечение их в группы психосоциальных занятий, посещение пациенты, посещающие эти группы, часто сохраняют установившиеся во время занятий связи и восполняют таким образом дефекты социальных сетей одиноких больных. Необходима работа по активизации чрезвычайно бедных, в том числе деградированных за время болезни социальных сетей больных. Наконец, важно вовлечение этих пациентов в группы самопомощи – общественные организации пациентов и их родственников.

Наконец, *группа больных с длительным пребыванием в стационаре*. Речь идет о больных, не обязательно находящихся непрерывно в стационаре свыше года; они составляют в среднем по стране более 20% от всех находящихся на конец года больных в стационарах (3). Сюда относятся также больные, которые, например, за последние три года в общей сложности 50–70% времени находятся в стационарных условиях. То есть речь практически идет о феномене «госпитального проживания». И в отношении этой группы получены данные комплексного оказания помощи с оптимизацией фармакотерапии, психосоциальной работы с ними, а также с их семьями, свидетельствующие о положительной динамике в отношении уменьшения госпитализаций и улучшения ряда социальных показателей (5).

Все это характеризует возможности берегающе-превентивной психосоциальной реабилитации.

Не должно создаваться впечатление, что речь идет лишь об использовании комплексной терапии с психосоциальными воздействиями на больного и его социальное окружение. Реабилитация не может осуществляться вне целостной ее системы. Естественно, в процессе психосоциальной реабилитации должны быть задействованы как все существующие, так и новые организационные формы психиатрической помощи, а также возможности общества в целом.

Цель берегающе-превентивной реабилитации – отодвинуть возможно дальше от начала заболевания существование больных в условиях социальной дезадаптации, ограниченного социального функционирования и неудовлетворительного качества жизни, а также уменьшить эти негативные характеристики на всем протяжении их жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воловик В.М. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 22 с.
2. Гурович И.Я. Современный этап развития психиатрической помощи и организация работы на участке диспансера // Вопросы внебольничной психиатрической помощи. – М., 1979. – С. 5–20.
3. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России. – М., 2000. – 506 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 491 с.
5. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 22 с.
6. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 23 с.
7. Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 24 с.
8. Краснова О.В. Личность пожилого человека: социально-психологический подход. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2006. – 50 с.
9. Ландышев М.А. Психобразовательная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 99–103.
10. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
11. Оудсхорн Д.Н. (Oudshoorn D.N.) Детская и подростковая психиатрия (пер. с нидерланд.). – М., 1993. – 319 с.
12. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 432 с.
13. Alford V., Correia C. Cognitive therapy of schizophrenia: Theory and empirical status // *Behav. Therapy.* – 1994. – Vol. 25. – P. 17–33.
14. Anthony W.A. Principles of psychiatric rehabilitation. – Baltimore: University Park Press, 1979.
15. Anthony W.A., Liberman R.P. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base // *Schizophr. Bull.* – 1986. – Vol. 12, N 4. – P. 542–559.
16. Brenner H., Roder V., Hodel B. et al. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. – Toronto, Ontario, Canada: Hogrefe, Huber, 1994.
17. Birchwood M., Smith J., Macmillan F. et al. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers: a preliminary investigation // *Psychol. Med.* – 1999. – Vol. 19.
18. Birchwood M. Early intervention in schizophrenia: theoretical background and clinical strategies // *Br. J. Clin. Psychol.* – 1992. – Vol. 31. – P. 257–278.
19. Burns T., Greed F., Fahy T. et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial // *Lancet.* – 1999. – Vol. 353. – P. 2185–2189.
20. Bustillo J.R., Gauriello J., Horman W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.
21. Cahn W., Hulshoff Pol H.E., Bongers M. et al. Brain morphology in antipsychotic-naive schizophrenia: a study of multiple brain structures // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43. – P. 66–72.
22. Cahn W., Hulshoff Pol H.E., Lems E.B. et al. Brain volume changes in first-episode schizophrenia: a 1-year follow-up study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 1002–1010.
23. Corrigan P.W., Penn D.L. (Eds.). Social cognition and schizophrenia. – Washington, 2001. – 351 p.
24. DeHaan L., Timmer T., Linren D.H. et al. Het bellup van schizoprenie gedurende vijf jaar na een eerste opname in de westerse wereld: een metaanalyse // *Tydschrift voor psychiatrie.* – 2003. – Vol. 43, N 8. – P. 599–565.
25. Forum psychiatric rehabilitation today // *World Psychiatry.* – 2006. – Vol. 5, N 3. – P. 151–165.
26. Freeman H.E., Simmons O.G. The mental patient comes home. – New York: John Wiley Sons, 1963.
27. Hogarty G., Flesher S. A developmental theory for cognitive enhancement therapy of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 677–692.
28. Jackson H.J., McGorry P.D., Edwards J. Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis: theory, praxis, outcomes and challenges // *Social cognition and schizophrenia.* – 2001. – P. 249–284.
29. Kassai K., Shenton M.E., Salisbury D.E. et al. Progressive decrease of left Heschl gyrus and planum temporale gray matter volume in first-episode schizophrenia: longitudinal magnetic resonance imaging study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 766–775.
30. Liberman J., Chakos M., Wu H. et al. Longitudinal study of brain morphology in first episode schizophrenia // *Biol. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 49. – P. 487–499.
31. Meltzer H., McGurk S. The effects of clozapine, risperidone and olanzapine on cognitive functioning in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 233–255.
32. Newman L.S. What is “Social cognition”? Four Basic Approaches and their implications for schizophrenia research // *Social cognition and schizophrenia.* – 2001. – P. 41–72.
33. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 607–617.
34. Spaulding W.D., Reed D., Sullivan M. et al. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 12. – P. 657–676.
35. Vita A., De Peri L., Silenzi C., Dieci M. Brain morphology in first-episode schizophrenia; A meta-analysis of quantitative magnetic resonance imaging studies // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 82. – P. 75–88.
36. Wing J.K., Brown G.W. Institutionalism and schizophrenia // *J. Abnorm. Psychol.* – 1977. – Vol. 86. – P. 103–126.
37. Woods B.T., Ward K.E., Johnson E.H. Meta-analysis of the time-course of brain volume reduction in schizophrenia implications for pathogenesis and early treatment // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 73. – P. 221–228.
38. Wright J.C., Rabe-Hesketh S., Woodruff P.W.R. et al. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 16–25.
39. Wyatt R.J., Damiani L.M., Henter J.D. First-episode schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172, Suppl. 33. – P. 77–83.

## PROTECTIVE AND PREVENTIVE PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

### I. Ya. Gurovich

Rehabilitation in psychiatry is still associated with a more complete reestablishing of chronic patients' position in the society. However, early rehabilitation does not seem to resolve all the problems. Social losses and social deterioration are found in more than half of schizophrenic patients already in prodrome phase i.e. before the onset of the first psychotic episode. Further on, every relapse, several months of disease and hospitalizations frequently disrupt education, cause losing jobs and breaking relations, social withdrawal and also disability. Environmental and social factors may facilitate the development of chronic conditions and increasing defect via their interaction with the personality and the disease. Not infrequently the rehabilitation process may lag behind and certain possibilities may be missed. There is also a gap between the rehabilitation concepts and sociopsychological characteristics of specific age groups of psychiatric patients.

The author presents the concept of psychosocial rehabilitation (PSR) using schizophrenic patients as an example and emphasizes the following

aspects: 1) PSR in an essential component of care on every stage that follows treatment, throughout the whole course of disease; 2) psychosocial interventions and social support are aimed at both preserving social capacities of the patient and prevention of social losses in future; 3) complex therapy in combination with consequent psychosocial (both group and individual) patient-centered interventions involving also family and social network of the patient is used along with other methods of social recovery; 4) with regard for the mentioned one can distinguish the most problematic patients groups, specifically: a) those in initial phase of disease (first 5 years), b) patients with frequent hospitalizations, c) those with unstable labor adjustment, d) single persons, e) those staying in hospital too long; and 5) in adolescence and in young age the purpose of rehabilitation is not only winning back the social positions but also restoration of the patient's personality and his social self; while in older age coping with negative effects of getting older and acceptance of new social roles are becoming more important.