

УДК 616.895.8-08: 615.851 ПРАВКА

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Шемят В. А. ([vashemet@gmail.com](mailto:vashemet@gmail.com))

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

*Целью исследования являлось изучение эффективности краткосрочной программы психотерапевтической коррекции нарушений эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией. У участников программы выявлены статистически значимые улучшения в параметрах эмоционального интеллекта (идентификация эмоций, понимание и анализ эмоций, общий балл), снижение позитивных и негативных симптомов болезни, повышение качества жизни и социального функционирования. Катамнестическое исследование (через год после проведенной терапии) показало устойчивость достигнутых результатов со снижением частоты госпитализаций у пациентов, прошедших программу.*

**Ключевые слова:** шизофрения, эмоциональный интеллект, психотерапия, позитивные и негативные симптомы, качество жизни, социальное функционирование.

Теоретической основой для разработки новых терапевтических стратегий при шизофрении является биопсихосоциальная модель психических заболеваний. Согласно ей, психопатологические проявления шизофрении – это результат сложного взаимодействия нейробиологических и социально-психологических факторов. В рамках этого подхода эффективная лечебная стратегия сочетает психофармакотерапию и психотерапевтические методы лечения [8, 13]. Данный факт объясняется признанием важности нарушений психологических процессов в возникновении психоза, которые уже до выставления диагноза не обеспечивали полноценного социального функционирования, отрицательно сказывались на общем благополучии пациентов [17, 21]. В настоящее время известно, что изолированное применение биологической терапии не приводит к автоматическому улучшению адаптивных способностей и качества жизни пациентов с шизофренией [12, 18]. Монотерапия пациентов с шизофренией психофармакологическими лекарственными средствами не обеспечивает формирования эффективных социальных когнитивных функций, являющихся значимым фактором социальной адаптации, влияющим на функциональный исход заболевания [19, 20]. Поэтому дополнение индивидуально подобранного антипсихотического лечения психотерапевтическим воздействием является в настоящее время общепринятым подходом к оказанию помощи пациентам с шизофренией. Важным является разработка методов психотерапии, адресованных данной категории пациентов, с четким определением целей психотерапевтических воздействий [4].

В настоящее время появляется все больше свидетельств того, что в комплексной терапии шизофрении наряду с антипсихотическим лечением наиболее часто с успехом используется в качестве метода психотерапии когнитивно-поведенческий подход [5]. При этом когнитивно-поведенческая психотерапия не противоречит использованию биологических методов, – наоборот, способствует улучшению лекарственного комплаенса, что облегчает ее интеграцию в деятельность психиатрических учреждений [4]. Кроме того, когнитивно-поведенческий подход к терапии хронических психических расстройств является наиболее разработанным, широко используемым и официально признаваемым [1, 4, 5].

Выбор эмоционального интеллекта в качестве мишени психотерапии обусловлен тем, что пациенты с

шизофренией обнаруживают нарушения в каждом из четырех социальных когнитивных доменов и в большей степени эти нарушения связаны с процессом переработки эмоциональной информации [2]. Наиболее полно эти процессы рассматриваются в рамках понятия «эмоциональный интеллект», которое связывает восприятие, использование, понимание и управление эмоциями [16]. В доступных нам источниках удалось найти немногочисленные данные о разработке, проведении и оценке эффективности психотерапевтических программ, базирующихся на модели эмоционального интеллекта Мэйера-Сэловея-Карузо для пациентов с шизофренией [14, 15].

На основе полученных нами данных о нарушениях эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией была разработана и апробирована программа психотерапевтической коррекции этих нарушений на основе когнитивно-поведенческого подхода [10, 11].

В связи с этим актуальным является изучение эффективности разработанной программы психотерапевтической коррекции нарушений эмоционального интеллекта, а также устойчивости результатов по прошествии года после ее окончания, что и явилось целью настоящего исследования.

### Материалы и методы

Проведенное исследование являлось проспективным, рандомизированным, открытым, со сравнением в параллельных группах, формированием выборки методом направленного отбора в соответствии с критериями включения.

Исследование выполнено в УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология». Критерии включения в исследование: диагноз шизофрения, удовлетворяющий общим исследовательским диагностическим критериям МКБ-10; отсутствие острой психотической симптоматики (стабилизирующей симптоматической терапии); длительность заболевания от 3-х месяцев; отсутствие признаков побочного действия психофармакотерапии; возраст от 18 лет; информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие коморбидных психических и поведенческих расстройств; интеллектуальные нарушения; сопутствующие соматические заболевания в фазе обострения; отрицательная установка пациента на участие в исследовании.

Для изучения эффективности реализованной психотерапевтической программы методом динамического распределения основная группа была разделена

на 2 подгруппы: 1А – пациенты, получавшие стандартное лечение и участвовавшие в психотерапевтической программе (47 человек), и 1Б – пациенты, получавшие только стандартное лечение без включения в структурированные психотерапевтические вмешательства (50 человек). Полностью завершили участие в исследовании в подгруппе 1А 35 человек, в 1Б – 38. Обследование в выделенных подгруппах проводилось трижды. В подгруппе 1А: при включении в исследование, сразу после завершения программы и через год после окончания работы группы. В подгруппе 1Б: при поступлении, на момент выписки и через год после повторного обследования в сопоставимые с подгруппой 1А сроки (таблица 1).

**Таблица 1.** – Критерии распределения на группы сравнения

Группы исследуемых	Критерий распределения по группам	Количество человек в группе
Основная группа	Пациенты с шизофренией	97
● подгруппа 1А	включенные в программу и получающие стандартное лечение	50
	прошли полностью	35
	катамнестически обследованы	27
● подгруппа 1Б	получающие только стандартное лечение	47
	обследованы в полном объеме	38
	катамнестически обследованы	31

Исходно анализируемые подгруппы статистически значимо не различались по социально-демографическим характеристикам, базовому уровню эмоционального интеллекта, параметрам качества жизни и социальному функционированию, проявлениям болезни [9, 11].

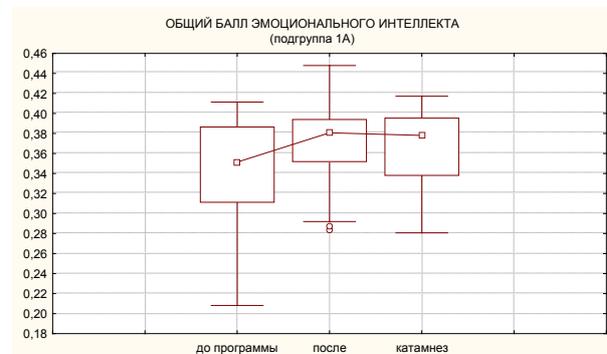
С целью оценки эффективности разработанной нами программы психотерапевтической коррекции нарушений эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией и устойчивости полученных результатов непосредственно после ее завершения и через год была изучена динамика показателей эмоционального интеллекта (MSCEIT в адаптации Сергиенко Е.А., Ветровой И.И.) [7], социального функционирования и качества жизни («Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», разработанный и валидизированный А.Б. Шмуклером, И.Я. Гуровичем) [3], позитивных (шкала SAPS) и негативных симптомов (шкала SANS) в адаптации С.Н. Мосолова [6]. Также катамнестически (через год) оценивались: наличие/отсутствие регоспитализации, обострение состояния, характер трудовой и учебной деятельности, продолжающееся внегрупповое повседневное общение участников программы между собой.

Полученные в ходе исследования данные обрабатывались с помощью программы STATISTICA 6.0. С учетом малых размеров групп исследования и несоответствия большинства выборок критериям нормального распределения при анализе данных использовались методы непараметрической статистики. Независимые выборки оценивались с использованием теста Манна-Уитни. Для связанных групп был применен парный критерий Вилкоксона с поправкой Бонферрони, равной делению коэффициента достоверности на количество измерений ( $p < 0,017$ ).

#### Результаты и обсуждение

После участия в программе психотерапевтической коррекции общий балл эмоционального интеллекта в подгруппе 1А увеличился с 0,344 (0,207-0,41)

до 0,388 (0,282-0,446) ( $p < 0,017$ ). В катамнезе через год после прохождения программы снизился до 0,379 (0,279-0,416), что статистически выше по сравнению с первым обследованием ( $p < 0,017$ ) (рис. 1). Полученные данные можно объяснить главным образом за счет изменений в шкалах «идентификация эмоций» с 0,374 (0,227-0,481) до 0,412 (0,249-0,522), «понимание и анализ эмоций» с 0,378 (0,173-0,521) до 0,439 (0,217-0,578).



**Рисунок 1.** – Динамика показателей общего балла эмоционального интеллекта в подгруппе 1А

В группе 1Б не выявлено существенной динамики как по отдельным шкалам, так и по результирующему показателю эмоционального интеллекта. На первом этапе исследования общий балл составил 0,357 (0,151-0,479), на втором – 0,354 (0,169-0,498), на третьем – 0,351 (0,174-0,474). Парное сравнение на всех этапах не выявило статистически значимых изменений ( $p > 0,017$ ). При втором исследовании были выявлены значительные различия по общему баллу между подгруппами 1А и 1Б ( $p < 0,05$ ), которое сохранилось и через год ( $p < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о развитии у пациентов после прохождения психотерапевтической программы способностей к идентификации собственных эмоций и эмоций окружающих через речь, поведение, способности к определению и выражению потребностей, связанных с испытываемыми эмоциями («Идентификация эмоций»), а также способностей к пониманию и установлению причинно-следственной связи при смене эмоциональных состояний, пониманию комплекса чувств («Понимание и анализ эмоций»).

При клинической оценке тяжести симптомов в подгруппе 1А уровень позитивной симптоматики сразу после проведения программы снизился с 12,0 (4-19) до 5,5 (0-12), ( $p < 0,017$ ). В катамнезе увеличился до 6,6 (0-15), но не достиг первоначального ( $p < 0,017$ ). У пациентов, получавших стандартную терапию, позитивная симптоматика снизилась с 14 (4-19) до 12 (4-18), в катамнезе ее уровень составил 13 (3-19). Значимых различий при парных сравнениях всех трех этапов в подгруппе 1Б выявлено не было. Несмотря на то, что снижение позитивной симптоматики на втором этапе обследования наблюдалось в обеих подгруппах, только в подгруппе 1А оно оказалось значительным. При сравнении подгруппы 1А и 1Б между собой на втором и третьем этапах уровень позитивной симптоматики был статистически значимо ниже ( $p < 0,05$ ) у пациентов, включенных в программу (рис. 2).

При анализе негативных симптомов в подгруппе 1А их выраженность составила 17,4 (6-25) в начале

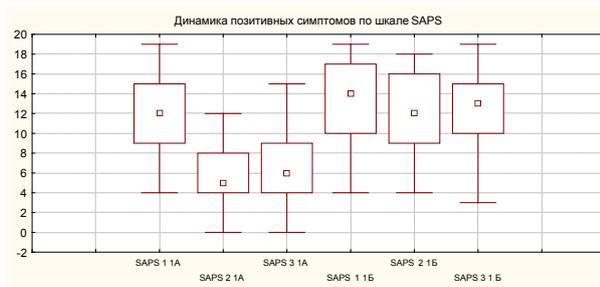


Рисунок 2. – Динамика позитивных симптомов по шкале SAPS

исследования, 10,5 (3-17) после программы психотерапевтической коррекции ( $p < 0,017$ ) и 11 (4-19) через год. Различия между первым и третьим исследованиями статистически значимы ( $p < 0,017$ ) (рис. 3).

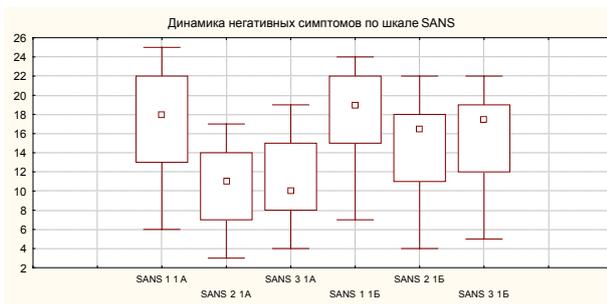


Рисунок 3. – Динамика негативных симптомов по шкале SANS

В подгруппе 1Б исходный уровень 17,9 (7-24), при повторном исследовании – 14,8 (4-22), ( $p > 0,017$ ), в катамнезе – 15,3 (5-22), ( $p > 0,017$ ). Статистически значимых различий при сравнении второго и третьего этапов обследования не выявлено. Таким образом, значимое снижение негативных симптомов наблюдалось только в подгруппе 1А. При сравнении подгрупп между собой выявлено значимое различие на втором ( $p < 0,05$ ) и третьем ( $p < 0,05$ ) этапах. При сравнении подгрупп 1А и 1Б между собой на втором и третьем этапах уровень негативной симптоматики был статистически значимо ниже у пациентов подгруппы 1А ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о стойком значительном ослаблении негативных симптомов у пациентов, участвовавших в психотерапевтической программе.

В подгруппе 1А сразу после окончания занятий статистически значимо увеличилось количество человек, удовлетворенных своим психическим состоянием: с 18 (51%) до 31 (89%), ( $p < 0,017$ ), физической работоспособностью, с 16 (46%) до 25 (71%) человек ( $p < 0,017$ ). Кроме того, увеличилось число пациентов, удовлетворенных социальными контактами: с 19 (54%) до 27 (77%), ( $p < 0,017$ ) и своей жизнью в целом: с 18 (51%) до 26 (74%), ( $p < 0,017$ ). Через год после завершения программы количество человек, удовлетворенных жизнью в целом, своим физическим самочувствием и психическим состоянием и удовлетворительно оценивающих характер отношений с окружающими, статистически значимо не измени-

лось в сравнении с данными, полученными сразу после прохождения программы ( $p > 0,017$ ).

В подгруппе 1Б при повторном исследовании были удовлетворены своим психическим состоянием 33 (87%) человека, исходно – 19 (50%), ( $p < 0,017$ ). При третьем обследовании, через год – 16 (52%).

В подгруппе 1Б при повторном исследовании 19 (50%) пациентов были удовлетворены характером отношений с окружающими, что практически не отличается от исходного значения – 21 (55%) человек. В подгруппе 1Б на всех трех этапах обследования количество пациентов, удовлетворенных характером отношений с окружающими, оценивающих свою жизнь удовлетворительно, существенно не различается – 21 (55%); 19 (50%); 16 (52%), ( $p > 0,017$ ); 19 (50%); 18 (47%); 17 (55%), ( $p > 0,017$ ).

В подгруппе 1А по прошествии года были госпитализированы 9 (26%) человек (всего 17 госпитализаций), в подгруппе 1Б – 23 (61%), (38 госпитализаций). Выявленное снижение частоты повторных госпитализаций на 35% является статистически значимым ( $\chi^2 = 8,96$ ,  $p < 0,05$ ). Отмеченные изменения сопровождались улучшением социальной активности, расширением круга общения и продуктивности повседневной деятельности у 20 (57%) человек. 15 (40,5%) человек продолжают активно общаться вне группы: совместно посещают театр, вечера отдыха. У такого же количества наблюдалось увеличение социальной активности и расширение круга общения: так, 3 человека впервые зарегистрировались в социальных Интернет-сетях, 2 пациента предприняли попытку поступления в вуз, из них один поступил на учебу. Одна участница поступила в колледж, 1 продолжила обучение в вузе после академического отпуска; 2 пациентки стали посещать занятия в реабилитационном центре, 1 пациентка разработала и проводит программу тренинговых занятий по воспитанию детей, 3 пациентки устроили свою личную жизнь.

### Выводы

1. После завершения программы психотерапевтической коррекции анализ динамики полученных данных свидетельствует о повышении общего уровня эмоционального интеллекта участников программы, главным образом за счет ветвей «Идентификация эмоций», «Понимание и анализ эмоций». Получившие развитие в результате психотерапевтических занятий способности к идентификации собственных эмоций и эмоций окружающих, к пониманию и установлению причинно-следственной связи при смене эмоциональных состояний сохраняются и через год после окончания работы в группе.

2. Использование разработанной программы в комплексном лечении пациентов с шизофренией способствует устойчивому снижению позитивной и негативной симптоматики, сохраняющемуся в отдаленном периоде, снижению частоты повторных госпитализаций.

3. Выявленные улучшения в параметрах качества жизни и социального функционирования носили долговременный характер и сопровождались возрастанием социальной активности, продуктивности повседневной деятельности, расширением круга общения.

### Литература

1. Абабков, В. А. Научность и эффективность психотерапии / В. А. Абабков // Клиническая психология: теория, практика и обучение : материалы Международной

### Literatura

1. Ababkov, V.A. Nauchnost i effektivnost psihoterapii / V.A. Ababkov // Klinicheskaya psihologiya: teoriya, praktika i obuchenie : materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakt. konf.,

научно-практ. конф., 30 сентября–1 октября 2010 г. / СПб.:Сенсор; редкол.: А.Н. Алёхин [и др.]. – Санкт-Петербург, 2010. – С. 9-11.

2. Бурова, В. А. Нейрокогниции и социальные когниции у пациентов, страдающих шизофренией / В. А. Бурова // Социальная и клиническая психиатрия 2012. – Т. 22, № 2. – С. 86-93.

3. Гурович, И. Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35–40.

4. Гусева, О. В. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Руководство для врачей / О. В. Гусева, А. П. Коцюбинский // – СПб СпецЛит, 2013. – С. 12.

5. Доморацкий, В. А. Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий // М.: Издательство института психотерапии, 2007. - 265С.

6. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепции позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. М., 2001. 250 с.

7. Сергиенко, Е. А. Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера–Сэловея–Карузо (MSCEIT V2.0) / Е. А. Сергиенко, И. И. Ветрова // Психологические исследования. – 2009. – № 6(8). – С. 5-15.

8. Холмогорова, А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97-104.

9. Шемет, В. А. Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией после программы психотерапевтической коррекции нарушений эмоционального интеллекта / В. А. Шемет // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. -2013. -№ 3. – С.79-87.

10. Шемет, В. А. Метод психотерапевтической коррекции нарушений эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией: Инструкция по применению / В. А. Карпюк, В. А. Шемет // Утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 12 июня 2013 года, рег. № 037-0313. – 43 с.

11. Шемет, В. А. Нарушения эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией / В. А. Шемет, В. А. Карпюк // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2013. – № 2. – С. 57-60.

12. Awad, A. G. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an update / A. G. Awad, L. N. Voruganti // Pharmacoeconomics. – 2012. – Vol. 30, № 3. – P. 183-195.

13. Chien, W. T. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments / W. T. Chien, A. L.K. Yip // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2013. – Vol. 9. – P. 1311-1332.

14. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects / S.M. Eack [et al.] // Schizophr. Res. – 2007. – Vol. 89 (1-3). – P. 308-311.

15. Differentiated short- and long-term effects of a "Training of Emotional Intelligence" and of the "Integrated Psychologic Therapy Program" for schizophrenic patients? / R. Vauth [et al.] // Fortschr Neurol Psychiatr. - 2001. - Vol. 69. – P. 518-525.

16. Do People with Schizophrenia Lack Emotional Intelligence? / S. Dawson [et al.] // Schizophr. Res. – 2012. – Vol. 121 (1-3). – P. 111-115.

17. Elis, O. Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions / O. Elis, J. M. Caponigro, A. M. Kring // Clin. Psychol. Rev. –

, 30 sentyabrya–1 oktyabrya 2010 g. / SPb.:Sensor; redkol.: A.N. AlYohin [i dr.]. – Sankt-Peterburg, 2010. – S. 9-11.

2. Burova, V.A. Neyrokognitsii i sotsialnyie kognitsii u patsientov, stradayuschih shizofreniy / V. A. Burova // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya 2012. – T. 22, # 2. – С. 86-93.

3. Gurovich, I. Ya. Oprosnik dlya otsenki sotsialnogo funktsionirovaniya i kachestva zhizni psihicheski bolnyih / I.Ya. Gurovich, A.B. Shmukler // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. – 1998. – Т. 8, # 2. – S. 35–40.

4. Guseva, O. V. Integrativnaya model psihoterapii endogennyih psihicheskikh rasstroystv. Rukovodstvo dlya vrachey / O. V. Guseva, A. P. Kotsyubinskiy // – SPB SpetsLit, 2013. – S. 12.

5. Domoratskiy, V. A. Kratkosrochnyye metody psihoterapii / V.A. Domoratskiy // М.: Izdatelstvo instituta psihoterapii, 2007. - 265S.

6. Mosolov, S. N. Shkaly psihometricheskoy otsenki simptomatiki shizofrenii i kontseptsii pozitivnyih i negativnyih rasstroystv / S. N. Mosolov. М., 2001. 250 s.

7. Sergienko, E. A. Emotsionalnyiy intellekt: russkoyazychnaya adaptatsiya testa Meyera–Seloveya–Karuzo (MSCEIT V2.0) / E. A. Sergienko, I. I. Vetrova // Psihologicheskie issledovaniya. – 2009. – # 6(8). – S. 5-15.

8. Holmogorova, A.B. Biopsihosotsialnaya model kak metodologicheskaya osnova izucheniya psihicheskikh rasstroystv/ A.B. Holmogorova // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. – 2002. – # 3. – S. 97-104.

9. Shemet, V.A. Dinamika pokazateley kachestva zhizni i sotsialnogo funktsionirovaniya u patsientov s shizofreniy posle programmy psihoterapevticheskoy korrektsii narusheniy emotsionalnogo intellekta / V. A. Shemet // Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya. -2013. -# 3. – S.79-87.

10. Shemet, V. A. Metod psihoterapevticheskoy korrektsii narusheniy emotsionalnogo intellekta u patsientov s shizofreniy: Instruktsiya po primeneniyu / V. A. Karpyuk, V. A. Shemet // Utv. Ministerstvom zdavoohraneniya Respubliki Belarus 12 iyunya 2013 goda, reg. # . 037-0313. – 43 s.

11. Shemet, V. A. Narusheniya emotsionalnogo intellekta u patsientov s shizofreniy / V. A. Shemet, V. A. Karpyuk // Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. – 2013. – # 2. – S. 57-60.

12. Awad, A.G. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an update / A. G. Awad, L. N. Voruganti // Pharmacoeconomics. – 2012. – Vol. 30, № 3. – P. 183-195.

13. Chien, W.T. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments / W.T. Chien, A.L.K. Yip // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2013. – Vol. 9. – P. 1311-1332.

14. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects / S. M. Eack [et al.] // Schizophr. Res. – 2007. – Vol. 89 (1-3). – P. 308-311.

15. Differentiated short- and long-term effects of a "Training of Emotional Intelligence" and of the "Integrated Psychologic Therapy Program" for schizophrenic patients? / R. Vauth [et al.] // Fortschr Neurol Psychiatr. - 2001. - Vol. 69. – P. 518-525.

16. Do People with Schizophrenia Lack Emotional Intelligence? / S. Dawson [et al.] // Schizophr. Res. – 2012. – Vol. 121 (1-3). – P. 111-115.

17. Elis, O. Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions / O. Elis, J. M. Caponigro, A. M. Kring // Clin. Psychol. Rev. – 2013. – Vol. 33, №.8. – P. 914-928.

2013. – Vol. 33, № 8. – P. 914-928.

18. Lavender, T. British Psychological Society. New Ways of Working for Applied Psychologists in Health and Social Care – The End of the Beginning / T. Lavender // British Psychological Society. – 2007. - P. 14-23.

19. Nose, M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programme? A systematic review / M. Nose, C. Barbui, M. Tansella // Psychological Medicine. – 2003. - Vol. 33. P. 1149-1160.

20. Social cognition [corrected] and neurocognition: effects of risperidone, olanzapine, and haloperidol / M. J. Sergi [et al.] // Am J Psychiatry. – 2007. – Vol. 164, № 10. – P. 1585-1592.

21. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis / S. Hooren [et al.] // Schizophr Res. – 2008. – Vol. 103. – P. 257-265.

18. Lavender, T. British Psychological Society. New Ways of Working for Applied Psychologists in Health and Social Care – The End of the Beginning / T. Lavender // British Psychological Society. – 2007. - P. 14-23.

19. Nose, M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programme? A systematic review / M. Nose, C. Barbui, M. Tansella // Psychological Medicine. – 2003. - Vol. 33. P. 1149-1160.

20. Social cognition [corrected] and neurocognition: effects of risperidone, olanzapine, and haloperidol / M.J. Sergi [et al.] // Am J Psychiatry. – 2007. – Vol. 164, № 10. – P. 1585-1592.

21. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis / S. Hooren [et al.] // Schizophr Res. – 2008. – Vol. 103. – P. 257-265.

## EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION EMOTIONAL INTELLIGENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA STATIONARY CONDITIONS

*Shemet V. A.*

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

*The aim of the study was to investigate the effectiveness of short-term program of psychotherapeutic correction of disturbed emotional intelligence in patients with schizophrenia. Statistically significant improvement in the parameters of emotional intelligence (identification of emotions, understanding and analysis of emotions, total score), reduced positive and negative symptoms, improved quality of life and social functioning have been revealed in the participants of the program. Follow-up study (one year after the treatment) showed resistance of the achieved results and reduction in the frequency of hospitalizations in patients who completed the program.*

**Keywords:** schizophrenia, emotional intelligence, psychotherapy, positive and negative symptoms, quality of life, social functioning.

Поступила: 08.02.2016

Отрецензирована: 16.02.2016