

Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть I)

Булыгина В.Г., кандидат психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России (ver210@yandex.ru)

Макушкина О.А., доктор медицинских наук, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ "ГНЦ ССП им В.П. Сербского" (makushkina@serbsky.ru)

Белякова М.Ю., младший научный сотрудник Лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ "ГНЦ ССП им В.П. Сербского" (burjew@mail.ru)

Котова М.А., руководитель Департамента психологии ФКУ "Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением" МЗ РФ (kotov@yandex.ru)

В статье рассматривается современная парадигма реабилитации психически больных. Описываются специфические особенности и факторы эффективности психосоциальных вмешательств, применяемых на принудительном лечении. Освещаются основные стратегии психосоциальных вмешательств, используемые в зарубежной судебно-психиатрической практике.

Ключевые слова: принудительное лечение; реабилитация психически больных; психосоциальные вмешательства; приверженность лечению; психообразование; комплайнс-терапия; тренинги.

Парадигма реабилитации психически больных

Исторически психиатрические службы были ориентированы на биомедицинскую модель, обуславливающую принятие клинических решений в отношении больных. В связи с этим пациент-центрированный подход не был приоритетным. В последнее время общепризнанным стало понимание, что только интегративные и полипрофессиональные подходы позволяют достичь более высокого качества и эффективности психиатрической помощи [2; 5; 11; 17; 33].

Основные концепции психиатрической помощи в 1990-е годы не учитывали представления и мнения пользователей о системе оказываемой им помощи [8; 14]. В современной парадигме процесса восстановления акцент делают не на то, как функционирует система внебольничной поддержки, а на условия жизни пациентов и их социального функционирования. Ряд авторов подчеркивают, что условия жизни включают содержание повседневной жизни пациента, в том числе и в период его пребывания в психиатрической больнице [12].

Относительно новой является *концепция функционально ориентированной реабилитации*, главный объект которой – функционирование и обстоятельства, на которые пациент отвечает функционированием. В таком понимании реабилитация направлена на то, чтобы пациент сам добивался улучшения своего статуса. Более того, высказывается мнение, что цели и методы реабилитации, позволяющие достичь успеха, определяются главным образом консенсусом между пациентами, членами их семей и профессионалами в области психического здоровья [34].

В судебной психиатрии мощный толчок для изменения парадигмы реабилитации был обусловлен реорганизацией служб и появлением большого количества стационаров с меньшим коечным фондом – аналогов отделений специализированного типа в психиатрических больницах. Рассредоточение судебно-психиатрических пациентов вскоре показало, что обучение персонала использованию узкоспециализированных программ приводит к неэффективному распределению трудовых и финансовых ресурсов [37; 40].

Специфика психосоциальных вмешательств во время принудительного лечения (ПЛ)

Следует отметить, что психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрических стационарах отличаются от таковых в общепсихиатрической практике, где акцент делается главным образом на облегчении симптомов и повышении уровня независимого функционирования.

Специфика реабилитационных мероприятий в условиях принудительного лечения определяется, помимо клиничко-психопатологических и социально-психологических особенностей больных, рядом других факторов. Наиболее значимы из них: большой удельный вес больных, резистентных к терапии; достаточная представленность экзогенных факторов в анамнезе пациентов; госпитализм разной степени выраженности; пребывание в одном отделении психически больных с различными асоциальными формами поведения, с длительной криминальной историей; социальная дезадаптация и дефицит социальных навыков; преобладание психопатоподобных симптоматик в картине заболевания; наличие зависимости от ПАВ у подавляющего большинства пациентов; отсутствие приверженности лечению; наличие лиц с неоднократными суицидальными попытками в прошлом. Немаловажным фактором, требующим учета при реабилитации, является длительность принудительного лечения, которая значительно превышает курс терапии, необходимый для достижения собственно клинического эффекта.

Кроме того, дифференцированные лечебно-реабилитационные программы в судебно-психиатрической практике должны включать в себя применение помимо традиционных методов терапии и реабилитации специальных мероприятий, в том

числе психотерапевтических, направленных на устранение или компенсацию наиболее существенных звеньев индивидуального психопатологического механизма общественно опасного поведения [3].

Процесс проведения стационарного ПЛ, предполагающий длительную изоляцию, может служить источником социальной депривации и госпитализма, проявляющегося, в частности, такими изменениями, как утрата интересов и инициативы, «обезличенность», зависимость от окружающих, апатия, отсутствие планов на будущее, использование пребывания на ПЛ в качестве вторичной выгоды. Психогенным моментом, оказывающим влияние на состояние больных на этапе стабилизации достигнутого эффекта, являются переживания неопределенности в плане длительности лечения, которые могут сопровождаться тревогой, напряжением и депрессивными расстройствами [6; 18; 19].

Помимо этого, при осуществлении ПЛ необходим постоянный контроль за поведением такой категории пациентов. В тех случаях когда клинические симптомы находятся на субпороговом уровне или отсутствуют, приходится иметь дело с индивидуальными и ситуативными факторами, которые могут приводить к различным нарушениям режимных требований отделения и насилию. При этом антипсихотическая терапия, включая атипичные нейролептики, не столь важна. Большее значение имеют поведенческие, познавательные и психообразовательные методы, направленные на обучение пациентов самоконтролю [19; 27; 33].

Безусловно, вышеуказанные указанные факторы представляют серьезные препятствия для реализации в стационарах, осуществляющих принудительное лечение, пациент-центрированных стратегий [18; 33].

Некоторые из приведенных принципов (например, добровольность и осознанность) казалось бы, противоречат наиболее существенной особенности мер медицинского характера, заключающейся в их принудительности [7; 31; 32].

Были проведены исследования восприятия пациент-центрированной стратегии реабилитации во время ПЛ самими пациентами и специалистами. Особое внимание уделялось уровню надзора и временным интервалам между оказанием медицинских услуг. И пациенты, и специалисты достаточно высоко оценили уровень восстановительных (реабилитационных) мероприятий, социально-психологический климат в стационаре, степень удовлетворения терапевтических потребностей пациентов, атмосферу взаимной поддержки. Причем рейтинги в отношении уверенности в успешном восстановлении, а также ориентированность лечебно-реабилитационных мероприятий на поддержание и увеличение личностной автономности были более высокими у пациентов, чем у персонала [13; 16; 27].

Выявленные факты заслуживают внимания, прежде всего в организационном аспекте – персонал больниц оценивает профессиональную среду как потенциально опасную, что может обуславливать большую сосредоточенность специалистов на ограничительных процедурах, стратегиях оценки риска насилия и его снижения, нежели на формировании партнерских отношений с пациентами [9; 24; 35]. Из этого следует, что только полная оценка риска насилия и проблем пациента позволяет идентифицировать психологические потребности и любые другие факторы,

которые определяют способность пациента эффективно откликаться на лечение и реабилитацию [2; 20; 21].

Обращаясь к проведенным сравнительным исследованиям эффективности различных психосоциальных вмешательств в отношении судебно-психиатрических пациентов, следует сказать, что еще не было выявлено различий в эффективности моделей психосоциального лечения, акцентированных на редукции психопатологической симптоматики, и программ, нацеленных на лечение зависимости от ПАВ, от тех, которые были фокусированы на социальных аспектах, являющихся универсальными факторами риска совершения повторных ООД (нетрудоустроенность и бездомность).

Недавние исследования результативности различных видов вмешательств показали, что стандартные познавательные и поведенческие подходы имеют много ограничений и малую эффективность в отношении судебно-психиатрических пациентов [39].

Виды психосоциальных вмешательств, используемых в судебно-психиатрической практике

В зарубежной практике принудительного лечения *психообразование* представлено как один из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий.

Психообразовательные программы ставят перед собой следующие задачи:

- образование, когда пациент получает информацию о психическом заболевании, чтобы правильное понимание своего состояния вело к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов, и в первую очередь – сдерживанию гнева;
- психосоциальная поддержка, когда группа других больных является источником поддержки, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные поведенческие и коммуникативные навыки совладения со сложными ситуациями [2; 4; 38].

Все программы по *формированию приверженности лечению* также можно отнести к психообразовательным методам. Формирование комплаентных отношений с медперсоналом и поддержание стойкой приверженности лечению как во время ПЛ, так и после его отмены критически важно для снижения риска внутрибольничной агрессии, и профилактики совершения больными повторных ООД. Многие авторы [15] разрабатывали и предлагали множество стратегий, компонентами которых были психиатрическое просвещение и методы бихевиоральной терапии, направленные на повышение готовности пациентов лечиться. Однако эти методы имели ограниченную эффективность. В связи с этим с 1990-х годов приоритетной и самостоятельной формой работы психолога стало *мотивационное интервьюирование*.

Новый вид вмешательств, названный *комплаенс-терапия*, продемонстрировал преимущество перед методом психологического

консультирования в отношении больных, поступивших на лечение, в том числе в психотическом состоянии. Значительное улучшение таких показателей, как отношение к лечению, критическая оценка своего заболевания, а также готовность лечиться достигалась после 6–7 сеансов и сохранялась спустя 6 месяцев после выписки.

В качестве примера психообразовательных программ в отношении психически больных правонарушителей можно привести программу «Совладание с психической болезнью», созданную в 1996 г. в Шотландии. Она не рекомендуется в качестве моноинтервенции. Программа включает 3 модуля. Первый модуль – «основы», состоит из 10 сессий, направленных на введение в программу, понимание психического заболевания и расстройств личности, выявление причин болезни, проблем с настроением, обстоятельств, приведших к совершению ООД. Второй модуль – «правовые аспекты», включает такие темы, как измерение риска насилия и управление факторами риска совершения повторных ООД; правовые вопросы, связанные с госпитализацией, изменением формы ПЛ или его отменой. Третий модуль «навыки совладания и восстановление» посвящен умению существовать в переполненном отделении в стационаре; умение противостоять манипулированию со стороны неформальных лидеров, информирование об особенностях болезни и лечения, рецидивах и предвестниках клинических обострений; проблемно-решающее поведение; трудности, связанные с межличностными взаимоотношениями.

Тренинговая работа во время проведения ПЛ

Большинство тренинговых программ призваны сформировать навыки уверенного просоциального поведения, эмоционального регулирования, а также обучить пациентов использовать социально приемлемые способы решения задач.

В зарубежной практике наиболее рекомендуемым для работы во время ПЛ является *поведенческий тренинг*. Этот вид тренинга направлен на обучение приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями. Он является скорее запрограммированным курсом обучения, чем серией обычных психотерапевтических занятий [1].

В коррекционных службах, работающих с осужденными, в 1990-е годы получило широкое распространение применение *когнитивно-поведенческих методов в рамках тренинговой работы* [10; 22]. Эти программы обычно создавались для лиц с особыми расстройствами поведения, например, сексуальное насилие, домашнее насилие, зависимость от ПАВ. Активное распространение подобных тренинговых программ и обучение специалистов было оправданным на тот момент, поскольку в стационарах и в местах лишения свободы было сконцентрировано большое число лиц, имеющих схожие проблемы. Кроме того, преимуществом таких тренингов было то, что их ведению можно было обучить персонал, не обладающий в полном объеме умениями и знаниями о психологических моделях или методах психотерапии, но который мог быть обучен тому, чтобы строго придерживаться предписанных протоколов ведения когнитивно-поведенческих программ.

Несмотря на экономическую привлекательность указанного выше внедренческого подхода, его результаты в частности в Шотландии и Англии

оказались неутешительными. И справедливой была критика того, что один формат интервенций не может «соответствует всему» подходу, особенно в отношении психически больных лиц. Ведь именно в отношении таких пациентов на первый план выступают задачи использования интегративного подхода и индивидуализации реабилитационных программ с учетом полного спектра потребностей человека, а не работа с дискретными поведенческими проблемами.

Как уже упоминалось ранее, реорганизация в 90-х годах судебно-психиатрических служб и понимание очевидной экономической неоправданности использования узкоспециализированных программ обусловило принятие решения в пользу внедрения реабилитационных программ, которые обращены к общим основным проблемам больных, как то: дефицитам социального интеллекта, несформированности навыков социально-приемлемого решения проблем, неспособности к эмоционально-волевому контролю [41; 42].

Среди психосоциальных вмешательств, ориентированных в первую очередь на *клиническую составляющую* в ресоциализации пациентов, имеющих криминальный анамнез, следует выделить *Программу фокусированной терапии* (Schema Focused Therapy (SFT)). В ней внимание акцентируется на том, что пациенты с негативно-личностными расстройствами, совершившие ООД, имеют ещё и специфические проблемы в аффективной сфере. В модели SFT эти проблемы оцениваются как закреплённые в раннем возрасте когнитивные схемы реагирования. SFT может быть более эффективным методом лечения по нескольким причинам. Во-первых, в пределах данной теоретической модели пациент и врач могут лучше понять значение провоцирующих агрессию событий, связывая их с проблемами раннего возраста, и вследствие этого сформировавшихся дезадаптивных форм поведения. Во-вторых, SFT утверждает, что терапевтические отношения – основное средство позитивных изменений у больных с выраженными расстройствами личности при проработке детского опыта, который, как правило, является негативным. Основное отличие при обучении данному подходу специалистов состоит в том, что терапевты приобретают опыт, начиная работать с пациентами, совершившими менее тяжкие правонарушения, а потом уже переходят на более «сложных» пациентов.

Таким образом, в настоящее время не вызывает возражения положение о том, что не только хронически протекающие психические расстройства пациента оказывают постоянное влияние на его социальное окружение, но и динамика психических расстройств зависит от окружения и качества социальных отношений.

Произошло изменение приоритетов в лечении и реабилитации на поддержание здоровья, что диктует выработку консенсуса во взглядах на стратегии профилактики, ориентированные на обстоятельства жизни и особенности поведения больного [30].

Более того, результаты исследований подтвердили, что задачи судебно-психиатрической профилактики и парадигмы восстановления весьма совместимы, несмотря на их априорные противоречия (принудительный характер медицинских мер и принцип добровольности в психосоциальной реабилитации) [20; 28; 29].

Литература

1. Булыгина В.Г., Мирошниченко Е.М., Шанова А.Ю., Карпова Д.А. Модели тренингов с психически больными, совершившими ООД (зарубежный опыт): Аналитический обзор.– М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2010. – 39 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
3. Котов В.П., Мальцева М.М., Булыгина В.Г., Каганович Ю.Т. Работа психолога в психиатрическом стационаре для принудительного лечения// РПЖ. – 2005. – № 1. – С. 29–33.
4. Обучение тяжело психически больных: модули программы по социальным навыкам и навыкам самообслуживания: [пер. с англ.] // Шизофрения. Изучение спектра психозов /Р.П. Либерман, Ч. Дж. Уэллэйс, Г. Блэквелл и др. / под ред. Р. Дж. Энцилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтэма. – М.: Медицина, 2001. – С. 51–64.
5. Развитие служб психического здоровья / под ред. Б. А. Казаковцева: ГЭОТАР-Медиа-М, 2009. 672 с.
6. Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Материалы российской конференции (Современные тенденции организации психиатрической помощи). – М., 2004. – С. 425–428.
7. *Adshead G., Sarkar S.P.* Justice and welfare: Two ethical paradigms in forensic psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* – 2005. – Vol. 39.– P. 1011–1017.
8. *Anthony W. A.* The Veterans Administration, the military, psychiatric rehabilitation, and me. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* – 2010. – Vol. 33(4). – P. 259.
9. *Becker T., Vazquez-Barquero J.L.* The European Perspective of Psychiatric Reform // *Ibidem.* – Vol. 104. – S. 410. – P. 8–14.
10. *Birchwood M., Iqbal Z., Jackson C., Hardy K.* Cognitive therapy and emotional dysfunction in early psychosis// *Psychological interventions in early psychosis: a treatment handbook.* – 2004. – P. 209–228.
11. *Borrell-Carrio F., Suchman A.L., Epstein R.M.* The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine.* 2004. – P. 576–582.

-
12. *Carling P.J.* Supports and rehabilitation for housing and community living. In: Spaniol L., ed. An introduction to psychiatric rehabilitation. Columbia. MD: IAPSRs. – 1994. – P. 45–52.
 13. *Coffey M.* Researching service user views in forensic mental health: A literature review. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2006. – Vol. 17(1).– P. 73–107.
 14. *Corrigan P.W., Roe D., Tsang H.W.* Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates. Malden, MA: John Wiley & Sons; 2011.
 15. *Cramer J.A., Roy A., Burrell A. et al* // Medication compliance and persistence: terminology and definitions// *Value Health*. – 2008. – Vol. 11. – P. 44–47.
 16. *Evin C.* Improving the Response to Mental Health Needs in Europe Memorandum // Council of Europe. Parliamentary Assembly. - Restricted AS/Soc. (2004). – Vol. 23. 1st October 2004.
 17. *Ghaemi S.G.* Paradigms of psychiatry: Eclecticism and its discontents. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006. – Vol. 19.– P. 619–624.
 18. *Green T., Batson A., Gudjonsson G.* The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2011. – Vol. 22. – P. 252–265.
 19. *Gudjonsson G.H., Webster G., Green T.* The recovery approach to care in psychiatric services: Staff attitudes before and after training. *The Psychiatrist*. 2010. – Vol. 34. – P. 326–329.
 20. *Hillbrand M., Young J.* Instilling hope into forensic treatment: The antidote to despair and desperation. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2008. –Vol. 36(1). – P. 90–94.
 21. *Hillbrand M., Young J.L., Griffith E.E.H.* Managing risk and recovery: Redefining miscibility of oil and water. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2010. – Vol. 38. – P. 452–456.
 22. *Hodel B., West A.* Cognitive training for mentally ill offenders with treatment-resistant schizophrenia. 2008.
 23. *Hollander R., Pieterse F., Weijts W. (Eds.)*. Prison mental health and penitentiary psychiatry. *Global Initiative on Psychiatry*. 2010. –Vol. 235.
 24. *Jacob J.D., Gagnon M., Holmes D.* Nursing so-called monsters: On the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*. 2009. – Vol. 5. – P. 153–161.

-
25. *Kapoor R., Dike C., Burns C., Carvalho V., Griffith E.E.H.* Cultural Competence in Correctional Mental Health. *Int J Law Mental Health*. –2013. V. 36 (3–4). – P. 273–280.
 26. *Livingston J.D., Rossiter K.R.* Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study. *Stigma Research & Action*. 2011. – Vol. 1. – P. 1–8.
 27. *Livingston J.D., Rossiter K.R., Verdun-Jones S.N.* 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research*. 2011. – Vol. 188(1). – P. 115–122.
 28. *Lucas R.* *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2006. – Vol. 12. – P. 265–267.
 29. *Mace C., Binyon S.* *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2006. –Vol. 12. – P. 92–99.
 30. *Malla A., Payne J.* First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome.// *Schizophr Bull*. – 2005. –Vol. 31 (3). – P. 650–671.
 31. *Mezey G.C., Kavuma M., Turton P., Demetriou A., Wright C.* Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2010. – Vol. 21. – P. 683–696.
 32. *O'Brien A., White S., Fahmy R., Singh S.P.* The development and validation of the SOLES, a new scale measuring engagement with mental health services in people with psychosis. *Journal of Mental Health*. 2009. – Vol. 18. – P. 510–522.
 33. *Pouncey C., Lukens J.* Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2010. – Vol. 31. – P. 93–105.
 34. *Sartorius N.* Every Family in the Land. Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. *The Royal Society of Medicine*. – 2001. – P. 412–414.
 35. *Schalast N., Redies M., Collins M., Stacey J., Howells K.* EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2008. – Vol. 18(1). – P. 49–58.
 36. *Schwarz N.* Situated Cognition and the Wisdom of Feelings: Cognitive. – University of Michigan. – Manuscript of a chapter in L. Feldman Barrett & P. Salovey (eds.).– New York, Guilford Press.– 2002. –P. 144–166.
 37. *Simpson A.I.F., Penney S.R.* The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2011. – Vol. 21. – P. 299–306.

38. *Thornicroft G., Tansella M.* Components of a Modern Mental Health Service: A Pragmatic Balance of Community and Hospital Care. Overview of Systematic Evidence // *British Journal of Psychiatry.* – 2004. – Vol. 185. – P. 283–290.
39. *Timmerman I.G.H., & Emmelkamp P.M.G.* The effects of cognitive-behavioural treatment for forensic inpatients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.* – 2005. – Vol. 49. – P. 590–606.
40. *Tomov T.* Mental Health Reforms in Eastern Europe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 104. – S. 410. – P. 21–26.
41. *Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J.* CASIG: a consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. *Schizophrenia Research.* – 2001. – Vol. 50. – P. 105–119.
42. *Warner R.* Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist.* 2010. – Vol. 34(1). – P. 3–5.

Recent trends in the use of psychosocial interventions in foreign forensic psychiatric practice (Part I)

Bulygina V.G., PhD in psychology, head of laboratory of psychological problems of judicial psychiatric preventive treatment, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbkiy, Ministry of healthcare and social development (ver210@yandex.ru)

Makushkina O.A., MD, Head of forensic psychiatric prevention, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbkiy, Ministry of healthcare and social development (makushkina@serbsky.ru)

Belyakova M.Yu., junior researcher, laboratory of psychological problems of judicial psychiatric preventive treatment, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbkiy, Ministry of healthcare and social development (burjew@mail.ru)

Kotova M.A., Head of the Department of Psychology PKU "Oryol psychiatric hospital specialized type with intensive supervision" (kotov@yandex.ru)

This article examines contemporary paradigm of rehabilitation of the mentally ill persons. We describe the specific features and efficiency factors of psychosocial interventions used in compulsory treatment. We highlight the key strategies of psychosocial interventions used in foreign forensic psychiatric practice.

Keywords: involuntary treatment; rehabilitation of the mentally ill persons; psychosocial interventions; adherence to treatment; psychological education; compliance therapy; trainings.

References

1. Bulygina V.G., Miroshnichenko E.M., Shanova A.Ju., Karpova D.A. Modeli treningov s psihicheski bol'nymi, sovershivshimi OOD (zarubezhnyj opyt): Analiticheskij obzor.- M.: FGU «GNC SSP Roszdrava», 2010. – 39 s.
2. Gurovich I.Ja., Shmukler A.B., Storozhakova Ja.A. Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija v psihiatrii. – M.: Medpraktika, 2004. – 492 s.
3. Kotov V.P., Mal'ceva M.M., Bulygina V.G., Kaganovich Ju.T. Rabota psihologa v psihiatricheskom stacionare dljaprinuditel'nogo lechenija// RPZh. – 2005. – № 1. – S. 29–33.

4. Obuchenie tjazhelo psihicheski bol'nyh: moduli programmy po social'nym navykam i navykam samoobslužhivaniya: [per. s angl.] // Shizofrenija. Izuchenie spektra psihozov /R.P. Liberman, Ch. Dzh. Ujelljejs, G. Bljekvell i dr. / pod red. R. Dzh. Jensilla, S. Hollideja, Dzh. Higenbottjema. – M.: Medicina, 2001. – S. 51–64.
5. Razvitie sluzhb psihicheskogo zdorov'ja / pod red. B. A. Kazakovceva: GJeOTAR-Media-M, 2009. 672 s.
6. *Stjazhkin V.D., Tarasevich L.A.* Psihosocial'naja rehabilitacija bol'nyh shizofreniej, nahodjashhihsja na prinuditel'nom lechenii // Materialy rossijskoj konferencii (Sovremennye tendencii organizacii psihiatricheskoi pomoshhi). – M., 2004. – S. 425–428.
7. *Adshead G., Sarkar S.P.* Justice and welfare: Two ethical paradigms in forensic psychiatry. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol. 39.– P. 1011–1017.
8. *Anthony W. A.* The Veterans Administration, the military, psychiatric rehabilitation, and me. Psychiatric Rehabilitation Journal. – 2010. – Vol. 33(4). – P. 259.
9. *Becker T., Vazquez-Barquero J.L.* The European Perspective of Psychiatric Reform // Ibidem. – Vol. 104. – S. 410. – P. 8–14.
10. *Birchwood M., Iqbal Z., Jackson C., Hardy K.* Cognitive therapy and emotional dysfunction in early psychosis// Psychological interventions in early psychosis: a treatment handbook. – 2004. – P. 209–228.
11. *Borrell-Carrio F., Suchman A.L., Epstein R.M.* The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. Annals of Family Medicine. 2004. – P. 576–582.
12. *Carling P.J.* Supports and rehabilitation for housing and community living. In: Spaniol L., ed. An introduction to psychiatric rehabilitation. Columbia. MD: IAPSRS. – 1994. – P. 45–52.
13. *Coffey M.* Researching service user views in forensic mental health: A literature review. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2006. – Vol. 17(1).– P. 73–107.
14. *Corrigan P.W., Roe D., Tsang H.W.* Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates. Malden, MA: John Wiley & Sons; 2011.
15. *Cramer J.A., Roy A., Burrell A. et al* // Medication compliance and persistence: terminology and definitions// Value Health. – 2008. – Vol. 11. – P. 44–47.
16. *Evin C.* Improving the Response to Mental Health Needs in Europe

-
17. Memorandum // Council of Europe. Parliamentary Assembly. - Restricted AS/Soc. (2004). – Vol. 23. 1st October 2004.
 18. *Ghaemi S.G.* Paradigms of psychiatry: Eclecticism and its discontents. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006. – Vol. 19.– P. 619–624.
 19. *Green T., Batson A., Gudjonsson G.* The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2011. – Vol. 22. – P. 252–265.
 20. *Gudjonsson G.H., Webster G., Green T.* The recovery approach to care in psychiatric services: Staff attitudes before and after training. *The Psychiatrist*. 2010. – Vol. 34. – P. 326–329.
 21. *Hillbrand M., Young J.* Instilling hope into forensic treatment: The antidote to despair and desperation. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2008. –Vol. 36(1). – P. 90–94.
 22. *Hillbrand M., Young J.L., Griffith E.E.H.* Managing risk and recovery: Redefining miscibility of oil and water. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2010. – Vol. 38. – P. 452–456.
 23. *Hodel B., West A.* Cognitive training for mentally ill offenders with treatment-resistant schizophrenia. 2008.
 24. *Hollander R., Pieterse F., Weijts W. (Eds.)*. Prison mental health and penitentiary psychiatry. *Global Initiative on Psychiatry*. 2010. –Vol. 235.
 25. *Jacob J.D., Gagnon M., Holmes D.* Nursing so-called monsters: On the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*. 2009. – Vol. 5. – P. 153–161.
 26. *Kapoor R., Dike C., Burns C., Carvalho V., Griffith E.E.H.* Cultural Competence in Correctional Mental Health. *Int J Law Mental Health*. –2013. V. 36 (3–4). – P. 273–280.
 27. *Livingston J.D., Rossiter K.R.* Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study. *Stigma Research & Action*. 2011. – Vol. 1. – P. 1–8.
 28. *Livingston J.D., Rossiter K.R., Verdun-Jones S.N.* 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research*. 2011. – Vol. 188(1). – P. 115–122.
 29. *Lucas R.* *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2006. – Vol. 12. – P. 265–267.

-
30. *Mace C., Binyon S.* Advances in Psychiatric Treatment. – 2006. –Vol. 12. – P. 92–99.
 31. *Malla A., Payne J.* First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome.// Schizophr Bull. – 2005. –Vol. 31 (3). – P. 650–671.
 32. *Mezey G.C., Kavuma M., Turton P., Demetriou A., Wright C.* Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2010. – Vol. 21. – P. 683–696.
 33. *O'Brien A., White S., Fahmy R., Singh S.P.* The development and validation of the SOLES, a new scale measuring engagement with mental health services in people with psychosis. Journal of Mental Health. 2009. – Vol. 18. – P. 510–522.
 34. *Sartorius N.* Every Family in the Land. Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. The Royal Society of Medicine. – 2001. – P. 412–414.
 35. *Schalast N., Redies M., Collins M., Stacey J., Howells K.* EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. Criminal Behaviour and Mental Health. 2008. – Vol. 18(1). – P. 49–58.
 36. *Schwarz N.* Situated Cognition and the Wisdom of Feelings: Cognitive. – University of Michigan. – Manuscript of a chapter in L. Feldman Barrett & P. Salovey (eds.).– New York, Guilford Press.– 2002. –P. 144–166.
 37. *Simpson A.I.F., Penney S.R.* The recovery paradigm in forensic mental health services. Criminal Behaviour and Mental Health. 2011. – Vol. 21. – P. 299–306.
 38. *Thornicroft G., Tansella M.* Components of a Modern Mental Health Service: A Pragmatic Balance of Community and Hospital Care. Overview of Systematic Evidence // British Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 185. – P. 283–290.
 39. *Timmerman I.G.H., & Emmelkamp P.M.G.* The effects of cognitive-behavioural treatment for forensic inpatients. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. – 2005. – Vol. 49. – P. 590–606.
 40. *Tomov T.* Mental Health Reforms in Eastern Europe // Acta Psychiatr. Scand. – 2001. – Vol. 104. – S. 410. – P. 21–26.
 41. *Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J.* CASIG: a consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. Schizophrenia Research. – 2001. – Vol. 50. – P. 105–119.
 42. *Warner R.* Does the scientific evidence support the recovery model? The Psychiatrist. 2010. – Vol. 34(1). – P. 3–5.