

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

Булыгина В.Г., кандидат психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития 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)

Для цитаты:

Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю., Котова М.А. Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть II) [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Buligina_Makushkina_Belyakova_Kotova.phtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

Buligina V.G., Makushkina O.A., Belyakova M.Yu., Kotova M.A. Recent trends in the use of psychosocial interventions in foreign forensic psychiatric practice (Part II). Jelektronnyj resurs «Pshihologiya I pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Buligina_Makushkina_Belyakova_Kotova.phtml (Accessed dd.mm.yyyy)

Модели психосоциальной и психообразовательной работы, используемые в зарубежных странах

В первой части статьи упоминалось о причинах широкого распространения в 1990-е годы в зарубежной судебно-психиатрической практике когнитивно-поведенческих методов в тренинговой работе [1]. Также говорилось о том, что это было оправдано реорганизацией психиатрических служб. Кроме того, преимуществом таких тренингов было то, что их проведению можно было обучить персонал, который не обладал в полном объеме умениями и знаниями о психологических моделях или методах психотерапии, но строго придерживался предписанных протоколов реализации когнитивно-поведенческих программ [27; 28].

В рамках SFT¹ врач и пациент могут лучше осознать значение провоцирующих агрессию событий, связывая их с проблемами раннего возраста, способствовавшими формированию дезадаптивных форм поведения. Специфика обучения специалистов данному подходу в том, что терапевты начинают работать с пациентами, совершившими менее тяжкие правонарушения, а потом уже переходят к более «сложным» пациентам.

В работе с судебно-психиатрическими пациентами (преимущественно с органическими психическими расстройствами) SFT, в частности, используется в Нидерландах. При осуществлении ПЛ она применяется и в других странах: в США, Канаде, Великобритании [16; 26], в первую очередь предусматривая работу с эмоциональным состоянием пациента, его схемами поведения, поиск ошибочных представлений. При обсуждении возникающих проблем и типа реагирования на них специалист предлагает и отрабатывает с пациентом новую конструктивную модель поведения с целью улучшения адаптивных свойств личности. Модель поведения, с которой пришел пациент, всесторонне обсуждается врачом и больным. При помощи специалиста она относится к одной из категорий деструктивного поведения. Важно, что при этом учитывается ведущий психопатологический синдром, который определяет особенности работы и информирования пациента.

В Шотландии при амбулаторной форме ведения судебно-психиатрических пациентов активно используется инновационная *Программа профессионального технического восстановления*, которая реализуется пока лишь группой сотрудников в Эдинбурге. Тем не менее, она заслужила признание специалистов других стран [29]. Авторы программы полагают, что постоянная трудовая занятость является решающим фактором в ресоциализации психических больных правонарушителей и в предотвращении совершения ими повторных ООД.

Первоочередной задачей является оценка возможностей пациента, его предпочтений, прошлых профессиональных навыков, особенностей эмоциональной сферы и индивидуально-личностных характеристик. После этого идет подбор возможных мест для трудоустройства, проводится погружение в рабочий процесс, чтобы пациент смог хотя бы ориентировочно оценить свое желание заниматься именно этой деятельностью. Когда он определится со своим профессиональным

¹ SchemaFocusedTherapy (SFT) – Программа фокусированной терапии.

выбором, специалисты оценивают возможные «барьеры» для реализации его трудовой деятельности. Если эти «барьеры» обусловлены особенностями протекания заболевания, то в реабилитационный процесс активно включаются психиатры и психологи. Если же трудности связаны в большей степени с недостаточной осведомленностью в данной отрасли, пациент проходит специализированное профессиональное обучение с инструкторами. Сначала это происходит на учебном материале, где четко расписан диапазон профессиональных ситуаций. По мере освоения программы пациент пытается самостоятельно решать широкий круг задач на рабочем месте. При сложностях установления контактов ему выделяют помощника, который курирует пациента на рабочем месте.

Как отмечают создатели данной программы, результативность профессиональной деятельности здесь отходит на второй план, первостепенным является включение пациента в сложную систему межличностных и трудовых взаимоотношений с возможностью постоянного получения обратной связи и помощи. Сами пациенты воспринимают данную программу как возможность быть полезными и поэтому стремятся преодолеть возникающие трудности без помощников. Снижение частоты обращений к помощникам пациент самостоятельно может оценивать как свой рост, одновременно снижая тем самым влияние стигматизации [29].

Важным достоинством данного подхода является то, что за счёт участия пациентов в программе решается сразу несколько сложных задач. Не нужно искусственно создавать реабилитационную среду, пациент включается в реальную систему, а среда лишь временно перестраивается под его особенности; обществу возвращается трудоспособный человек; пациент ощущает себя членом общества, который может приносить пользу, а не быть обузой.

В этот же период была внедрена *Модель «Housing First»*, ее основная задача – выявление бездомных пациентов с криминальным анамнезом и предоставление им различных форм жилья. Авторы данной программы считают, что она более результативна, чем другие виды вмешательств, формирует у пациентов психологическую стабильность, ответственность за принятые решения, автономность [24; 25].

Широкое распространение за рубежом получили *поддерживающие образовательные программы («моноинтервенции»)* для судебно-психиатрических пациентов. Так, центр реабилитации при Бостонском университете оказывает содействие развитию поддерживающего образования психически больных лиц в Соединенных Штатах Америки и за их пределами. Опыт программ *«поддерживающего образования»* для лиц с психическими расстройствами был удачно адаптирован в Нидерландах. В Германии психообразовательные программы с активным привлечением членов семей являются важной частью реабилитации судебно-психиатрических пациентов в амбулаторных условиях [12].

В Италии с 1995 г. практикуется форма реабилитационной среды – создание *групп для путешествий* из пациентов молодого возраста. По мнению основателей данного метода, он способствует развитию у пациентов предприимчивости,

установлению новых дружеских связей, оценке нового позитивного социального опыта и др.

В Литве на основе польского опыта для амбулаторных пациентов с 1999 г. организуют психосоциальные *реабилитационные лагеря* под названием «Проживание с другими» с насыщенной программой, направленной на восстановление социального функционирования. В соответствии с конкретными реабилитационными задачами организуется и реабилитационное пространство. Проводятся тренинги независимого проживания, формирования коммуникативных компетенций. Пациентов обеспечивают основной информацией о повседневных общепринятых правилах поведения, способах поиска работы [23].

Инновации были внедрены и в *формат проведения отдельных видов вмешательств*. В Швеции в последние годы в отделениях интенсивной терапии проводятся открытые психотерапевтические группы. Все пациенты стационара информируются о занятиях в этих группах, приглашаются к участию в групповом обсуждении различных проблем в период их пребывания в отделениях. Ведущими групп являются медицинские сестры с психотерапевтической подготовкой, психологи с продолжительным опытом психотерапевтической работы. Групповые сессии демонстрируют улучшение коммуникации и терапевтического климата. Даже пациенты с острой симптоматикой, по оценке авторов, успешно включались в групповую работу [17].

Еще одним направлением психосоциальной реабилитации является делегирование *лидерских позиций медицинским сестрам*. В Бразилии накапливается опыт реализации сестринской помощи по психосоциальной реабилитации пациентов, длительно страдающих психическими расстройствами. В качестве основных направлений работы избраны некоторые виды деятельности, традиционно проводимые сестринским персоналом, включая формирование навыков гигиены, тренинги, стимулирующие телесную и пространственную активность в лечебном учреждении.

В Израиле под руководством медицинского персонала, психолога и социального работника проводятся групповые сессии, которые помогают пациентам осознать свои проблемы, создают у них мотивацию к поиску решений [18].

Во Франции накоплен многолетний опыт использования *«творческих мастерских»*. Приглашенные специалисты (преподаватели французского языка) читают лекции, другие специалисты организуют посещение музеев для больных из дневного стационара. Совместно с преподавателями английского языка больным предлагают специализироваться в области информатики, ориентируют и мотивируют на обучение ряду профессий через проведение конкурсов [9].

Психосоциальная реабилитация семей судебно-психиатрических пациентов

В рамках зарубежных исследований особое внимание уделяется проведению психообразовательных консультативных программ с семьями больных шизофренией, наркотической зависимостью. Подчеркивается необходимость

образования семей в области психиатрии и психосоциальных последствий психических расстройств с учетом их социокультурных особенностей [9].

В Чехии так называемое семейное психообразование членов семьи нацелено на обучение, усвоение эффективных стратегий межличностного взаимодействия. Оно включает в себя предоставление семьям информации о рецидивах болезни; идентификации неадаптивных паттернов поведения в семье, включая проявления враждебности, критические замечания членов семьи в адрес друг друга, недостаток тепла и сверхвключаемость [11].

В Норвегии считают обязательным поддерживать в ходе лечения контакт с близкими родственниками и другими значимыми для пациента лицами. Ближайшее социальное окружение играет ключевую роль в информировании пациентов, служит источником мотивации и ресурсом для лечения и реабилитации психически больных с выраженными психическими расстройствами [20].

В Италии практически весь персонал общинных центров проходит тренинг по использованию программы психообразования родственников больных в рамках модели бихевиоральной семейной терапии [5].

Психообразование семьи наряду с «настойчивым лечением в общине» (Assertive Community Treatment) в США является одним из наиболее эффективных видов психосоциальной терапии [10]. В США и Японии социальная работа по поддержке семьи ориентирована на то, чтобы родственники при активной позиции профессионалов смогли оказать значительную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами. Для обучения и обеспечения коммуникации используются методы «открытого сердца», «участия в общем языке души», «построения языкового моста». По мнению специалистов, применение указанных методов способствует улучшению качества диалога между потребителями, семьей и профессионалами.

В Португалии проводятся сессии группы поддержки, состоящие из 6–8 членов семей. Эти сессии завершают общее психиатрическое ведение пациента. Сеансы краткой психообразовательной программы перемежаются психокоррекционным вмешательством с целью улучшения семейных коммуникаций и разрешения проблем [4].

В Греции поддерживающая образовательная группа за один год пропускает через себя 85 родственников пациентов, уже прошедших предварительный курс психообразовательного вмешательства. Каждая из 10 сессий проводится двумя ко-терапевтами в течение одного часа один раз в неделю. Это так называемая открытая группа с несколькими направлениями [9].

В Японии психообразование является одним из методов «уполномочивания» семей пациентов с психическими расстройствами. Его главная цель заключается в расширении их представлений о психических расстройствах, природе инвалидности, лечении и реабилитационных программах, роли различных специалистов в области психического здоровья, а также помощи семьям в повышении их копинг-навыков относительно проблем повседневной жизни. Наиболее общие модальности

психообразования в этой стране реализуются в «семейных классах» («Familyclass») по уходу за больными членами семьи [15].

Одной из новых технологий оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях является использование интернета, который становится все более популярным среди пациентов, предоставляя им новые источники информации и новые пути взаимодействия с профессионалами в области психического здоровья. Пациенты имеют легкий доступ к образовательному материалу, слушают онлайн дискуссии и актуальные лекции клиницистов и исследователей, задают вопросы, непосредственно участвуют в дискуссиях с «равными себе» и профессионалами, получают психотерапевтическую помощь [7].

Сайты в Германии и Великобритании включают в себя хорошо подобранную, ясно изложенную, полезную для пациента информацию [15].

Примером подобного рода ресурса в Швейцарии является Le Rehabinfo Web (RIW), который предоставляет информацию о новых и уже существующих программах в области реабилитации психически больных лиц. Сайт дает возможность пациентам задавать вопросы специалистам, в том числе и в режиме онлайн видео, обмениваться мнениями и вести дискуссии. На сайте размещены описания методов и программ реабилитации пациентов, приведены диагностические методики [30].

В Финляндии работает Национальный информационный центр, основанный в 1997 г. В структуру Центра входят «горячая линия», служба информационной интернет-поддержки, включающей данные о различных службах, оказывающих помощь больным и их родственникам, в том числе реабилитационные программы. Центр проводит тренинги как для специалистов, так и для пациентов, стимулирует специальные службы к внедрению новых технологий и использованию последних научных разработок. Также в Финляндии работает клуб, в задачи которого входит психосоциальная реабилитация для лиц с хроническими психическими заболеваниями. Важно отметить, что персонал, обслуживающий пациентов, участвует в программах по профилактике синдрома эмоционального выгорания или других антикризисных реабилитационных модулях [19].

При использовании бихевиоральной и когнитивной терапии многие лечебные задачи требуют от клиницистов делегирования пациентов к системе соответствующей компьютерной самопомощи [6]. По имеющимся данным, использование последней экономит до 90 % времени клиницистов. Пациенты часто доверяют компьютеру больше информации, чем клиницистам, а также в меньшем проценте случаев прекращают лечение.

Ряд авторов полагают, что телепсихиатрия может обеспечить большую эффективность оказания психиатрических услуг в развивающихся странах, где основные проблемы помощи связаны с дефицитом профессионалов и общинных психиатрических служб [13], сообщают, что телемедицина успешно используется для всесторонней психиатрической помощи пациентам в Южной Австралии, проживающим в удаленной сельской местности.

Экономическая оценка лечения в острых стационарных отделениях с использованием телемедицины показала его преимущество над традиционными формами службы. Cuevas C.D.L. и соавт. (2001) приводят данные о высокой оценке пациентами телепсихиатрии в Испании и о предпочтении данного вида помощи всем другим, в том числе по материальным соображениям [3].

Однако в ряде стран существует суровая критика этической стороны применения технологий, связанных с использованием медиаресурсов психиатрами [2]. В то же время в Австрии подобного рода профилактическая работа рассматривается в качестве «вспомогательной профессии» психиатрического профиля.

Тем не менее, с возрастанием роли психиатрии в обществе усиливается и ее «экспансия» в сферу профилактики психических расстройств и улучшение качества жизни психически больных лиц и их семей. Действенными профилактическими средствами являются, в том числе, образование общественности в целях снятия психологического дистресса в семьях, где есть психически больной, а также прочное внедрение образовательной деятельности в работу врачей общей практики [8].

Таким образом, модели психосоциальных вмешательств, используемые за рубежом, представляют собой широкий спектр мероприятий, направленных на повышение когнитивной, эмоциональной и коммуникативной компетентности пациентов, создание условий эффективной социальной адаптации. Немаловажным аспектом зарубежной психореабилитационной практики является активная работа с родственниками пациентов, включающая в себя информирование членов семей, повышение эффективности их взаимодействия с больными, а также оказание им психологической поддержки. Наряду с использованием зарекомендовавших себя в качестве эффективных интервенций когнитивно-поведенческих и психообразовательных моделей реабилитации на протяжении последнего десятилетия наблюдается расширение спектра коррекционных мишеней, а именно, работа с аффективной сферой пациентов и активное их включение в систему межличностных и профессиональных взаимоотношений.

Литература

1. *Birchwood M., Trower P., Brunet K., Gilbert P., Iqbal Z., Jackson C.* Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis // *Behaviour Research and Therapy*. – 2007. – Vol. 45. – P. 1025–1037.
2. *Carmi A., Moussaoui D., Arboleda-Florez J.* Teaching ethics in psychiatry: case-vignettes, UNESCO Chair in Bioethics, Haifa, and World Psychiatric Association of Psychiatry Committee on Ethics. – 2005.
3. *Cuevas C.D.L., Arredono M.T., Cabrera M.F.* Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment // *Telemedicine Journal & e-Health*. – 2006. – Vol. 12 (3). – P. 341–350.
4. *Goncalves-Pereira M., Xavier M., Fadden G.* Intervencoes familiares comportamentais na esquizofrenia e noutros contextos clinicos // *Analise Psicologica*. – 2007. – Vol. 25 (2).
5. *Falloon I.R.H.* Family interventions in mental disorders: efficacy and affectiveness // *World Psychiatry*. – 2003. – Vol. 2. – P. 20–28.
6. *Hodel B., West A.* Cognitive training for mentally ill offenders with treatment-resistant schizophrenia. – 2008.
7. *Hsiung R. C.* The best of both worlds: An online self-help group hosted by a mental health professional // *Cyberpsychology and Behavior*. – Vol. 3. – P. 935–950.
8. *Katsching H.* Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice // *World Psychiatry*. – 2006. – Vol. 5(3). – P. 139–145.
9. *Magliano L., Fadden G., Economou M. et al.* Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2000. – V. 35(3). – P. 109–115.
10. *McFarlane A. C.* Managing the psychiatric morbidity of disasters // *World Psychiatry*. – 2000. – Vol. 1. – P. 153–154.
11. *Motlova L. et al.* Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study // *Int J Psychiatry Clin Pract*. – 2006. – Vol. 10. – P. 38–44.
12. *Mowbray C.T., Korevaar L., Bellamy C.D.* Supported education: an innovation in psychiatric rehabilitation practice: results from the United States and the Netherlands // *Canadian Journal of Community Mental Health*. – 2002. – Vol. 21. – P. 111–129.

-
13. *Okasha A., Ismail M.K., Khalil A.H., el Fiki R., Soliman A., Okasha T.* A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients // *Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 40. – P. 233–238.
 14. *Oyama H., Goto M., Fujita M. et al.* Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan // *Crisis*. – 2006. – Vol. 27. – P. 58–65.
 15. *Rector N., Seeman M., Segal Z.* Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // *Schizophrenia Research*. – 2003. – Vol. 63. – P. 1–11.
 16. *Rijkeboer M. M., Bergh H., Bout J.* Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2005. – Vol. 36. – P. 129–144.
 17. *Sidani S.* Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation // *Research & Theory for Nursing Practice*. – 2008. – Vol. 22(1). – P. 24–37.
 18. *Silver H., Goodman C., Bilker W.B., Knoll G., Gur R., Povar G.* Suboptimal processing strategy and working-memory impairments predict abstraction deficit in schizophrenia // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. – 2007. – Vol. 29(8). – P. 823–830.
 19. *Strand S., Belfrage H., Fransson G. et al.* Clinical and risk management factors in the risk prediction of mentally disordered offenders: More important than actuarial data? // *Legal and Criminological Psychology*. – 1999. – Vol. 4. – P. 67–76.
 20. *Sørensen T., Klungsøyr O., Kleiner R., Klepp O.M.* Social support and sense of coherence: independent, shared and interaction relationships with life stress and mental health // *International Journal of Mental Health Promotion*. – 2011. – Vol. 13(1). – P. 27–42.
 21. *Timmerman I.G.H., Emmelkamp P.M.G.* Parental rearing style and personality disorders in prisoners and forensic patients // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2005. – Vol. 12. – P. 191–200.
 22. *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.
 23. *Tomov T.* Mental Health Reforms in Eastern Europe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 104. – P. 21–26.

24. *Tsemberis S., Eisenberg R.F.* Pathways to Housing: Supported Housing for Street-dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51. – P. 487–493.
25. *Tsemberis S., Gulcur L. and Nakae M.* Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis // *American Journal of Public Health*. – 2004. – Vol. 94. – P. 651–656.
26. *Tünnissen M.M., Muste E.H.* Schematherapie in de klinisch-psychotераpeutische behandeling van persoon-lijkheidsstroomissem // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. – 2002. – Vol. 28. – P. 385–401.
27. *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.
28. *Warner R.* Does the scientific evidence support the recovery model // *The Psychiatrist*. – 2010. – Vol. 34(1). – P. 3–5.
29. *Wolfson P., Holloway F., Killaspy H.* Faculty report FR/RS/1 Faculty of Rehabilitation and Social Psychiatry of the Royal College of Psychiatrists. – 2009.
30. *Zimmerman G., Favrod T.J., Trieu V.H., Pomini V.* The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis // *Schizophrenia Research*. – 2005. – Vol. 77. – P. 1–9.

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

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)

References

1. Birchwood M., Trower P., Brunet K., Gilbert P., Iqbal Z., Jackson C. Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis // Behaviour Research and Therapy. – 2007. – Vol. 45. – P. 1025–1037.
2. Carmi A., Moussaoui D., Arboleda-Florez J. Teaching ethics in psychiatry: case-vignettes, UNESCO Chair in Bioethics, Haifa, and World Psychiatric Association of Psychiatry Committee on Ethics. – 2005.
3. Cuevas C.D.L., Arredondo M.T., Cabrera M.F. Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment // Telemedicine Journal & e-Health. – 2006. – Vol. 12 (3). – P. 341–350.
4. Goncalves-Pereira M., Xavier M., Fadden G. Intervencoes familiares comportamentais na esquizofrenia e noutros contextos clinicos // Analise Psicologica. – 2007. – Vol. 25 (2).

5. *Falloon I.R.H.* Family interventions in mental disorders: efficacy and affectiveness // *World Psychiatry*. – 2003. – Vol. 2. – P. 20–28.
6. *Hodel B., West A.* Cognitive training for mentally ill offenders with treatment-resistant schizophrenia. – 2008.
7. *Hsiung R. C.* The best of both worlds: An online self-help group hosted by a mental health professional // *Cyberpsychology and Behavior*. – Vol. 3. – P. 935–950.
8. *Katsching H.* Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice // *World Psychiatry*. – 2006. – Vol. 5(3). – P. 139–145.
9. *Magliano L., Fadden G., Economou M. et al.* Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2000. – V. 35(3). – P. 109–115.
10. *McFarlane A. C.* Managing the psychiatric morbidity of disasters // *World Psychiatry*. – 2000. – Vol. 1. – P. 153–154.
11. *Motlova L. et al.* Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study // *Int J Psychiatry Clin Pract*. – 2006. – Vol. 10. – P. 38–44.
12. *Mowbray C.T., Korevaar L., Bellamy C.D.* Supported education: an innovation in psychiatric rehabilitation practice: results from the United States and the Netherlands // *Canadian Journal of Community Mental Health*. – 2002. – Vol. 21. – P. 111–129.
13. *Okasha A., Ismail M.K., Khalil A.H., el Fiki R., Soliman A., Okasha T.* A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients // *Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 40. – P. 233–238.
14. *Oyama H., Goto M., Fujita M. et al.* Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan // *Crisis*. – 2006. – Vol. 27. – P. 58–65.
15. *Rector N., Seeman M., Segal Z.* Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // *Schizophrenia Research*. – 2003. – Vol. 63. – P. 1–11.
16. *Rijkeboer M. M., Bergh H., Bout J.* Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2005. – Vol. 36. – P. 129–144.

-
17. *Sidani S.* Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation // *Research & Theory for Nursing Practice*. – 2008. – Vol. 22(1). – P. 24–37.
 18. *Silver H., Goodman C., Bilker W.B., Knoll G., Gur R., Povar G.* Suboptimal processing strategy and working-memory impairments predict abstraction deficit in schizophrenia // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. – 2007. – Vol. 29(8). – P. 823–830.
 19. *Strand S., Belfrage H., Fransson G. et al.* Clinical and risk management factors in the risk prediction of mentally disordered offenders: More important than actuarial data? // *Legal and Criminological Psychology*. – 1999. – Vol. 4. – P. 67–76.
 20. *Sørensen T., Klungsøyr O., Kleiner R., Klepp O.M.* Social support and sense of coherence: independent, shared and interaction relationships with life stress and mental health // *International Journal of Mental Health Promotion*. – 2011. – Vol. 13(1). – P. 27–42.
 21. *Timmerman I.G.H., Emmelkamp P.M.G.* Parental rearing style and personality disorders in prisoners and forensic patients // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2005. – Vol. 12. – P. 191–200.
 22. *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.
 23. *Tomov T.* Mental Health Reforms in Eastern Europe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 104. – P. 21–26.
 24. *Tsemberis S., Eisenberg R.F.* Pathways to Housing: Supported Housing for Street-dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51. – P. 487–493.
 25. *Tsemberis S., Gulcur L. and Nakae M.* Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis // *American Journal of Public Health*. – 2004. – Vol. 94. – P. 651–656.
 26. *Tünnissen M.M., Muste E.H.* Schematherapie in de klinisch-psychoterapeutische behandeling van persoon-lijkheidsstroomisew // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. – 2002. – Vol. 28. – P. 385–401.
 27. *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.
 28. *Warner R.* Does the scientific evidence support the recovery model // *The Psychiatrist*. – 2010. – Vol. 34(1). – P. 3–5.

29. *Wolfson P., Holloway F., Killaspy H.* Faculty report FR/RS/1 Faculty of Rehabilitation and Social Psychiatry of the Royal College of Psychiatrists. – 2009.
30. *Zimmerman G., Favrod T.J., Trieu V.H., Pomini V.* The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis // *Schizophrenia Research.* – 2005. – Vol. 77. – P. 1–9.