

*ПОМИМО СПЕЦИАЛЬНОЙ ТЕМЫ ВЫПУСКА
IN ADDITION TO THE SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE*

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ
THEORETICAL REVIEWS

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.В. ПАЛИН

Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П. Б. Ганнушкина
(ГБУЗ ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения
г. Москвы);

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
(ФГАОУ ВО «РУДН»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>,

e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Актуальность. Возникнув в рутинной психиатрической практике как способ помощи пациенту с расстройствами шизофренического спектра (РШС) в достижении понимания ими своего заболевания и развития навыков совладания с болезнью, психообразование утвердило статус отдельного метода терапии и доказало свою эффективность и целесообразность применения. Исторически сложились несколько моделей психообразования: информационная, поддерживающая, мотивационная и модель обучения навыкам совладания с болезнью. **Цель статьи:** описать существующие модели психообразования, привести примеры психообразовательных программ и данные по их эффективности. **Результаты.** В современной практике психиатрической по-

мощи психообразование стало обязательным элементом программ лечения и реабилитации пациентов с РШС. Этот метод помощи хорошо сочетается с иными вариантами психотерапевтических вмешательств и в настоящий момент непрерывно развивается. **Выводы.** Совершенствование и разработка вариантов психообразовательных программ, а также повышение их доступности во многом определяют эффективность работы служб охраны психического здоровья. Благодаря психообразованию обеспечивается персонализированный подход к пациентам с расстройствами шизофренического спектра.

Ключевые слова: психообразование, психосоциальная реабилитация, расстройства шизофренического спектра (РШС), психотерапия.

Для цитаты: Палин А.В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 96–115. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306>

PSYCHOTHERAPEUTIC POTENTIAL OF PSYCHOEDUCATION IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

ALEKSANDR V. PALIN

Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P.B. Gannushkin;
Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>,

e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Relevance. Having arisen in routine psychiatric practice to help a patient with schizophrenia spectrum disorders (SSDs), and then his relatives, in building understanding of the illness and ways of coping with it, psychoeducation not only approved the status of a stand-alone method of therapy, but also proved its effectiveness and expediency of use. Gradually, several models of psychoeducation emerged: informational, supportive, motivational, and a model of teaching skills to cope with illness.

The aim. The article contains descriptions of these models, examples of programs and data on their effectiveness. **Results.** Psychoeducation in modern conditions has become a mandatory element of extensive treatment and rehabilitation programs for patients with SSDs; it is combined with other types of psychotherapeutic interven-

tions, equipped with new and unexpected practices, and is actively developing. **Conclusion.** The article substantiates the conclusion that improving and developing program options and increasing their accessibility largely determines the effectiveness of mental health services and provides a personalized approach to patients with SSDs.

Keywords: psychoeducation, psychosocial rehabilitation, schizophrenia spectrum disorders (SSDs), psychotherapy.

For citation: Palin A.V. Psychotherapeutic Potential of Psychoeducation in the Rehabilitation of Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 96—115. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306> (In Russ.).

Введение

Помощь больным шизофренией на протяжении прошлого и текущего столетий трансформировалась благодаря изменению представлений об этиопатогенезе заболевания и ряду значимых общественных влияний. Биопсихосоциальная модель генеза расстройств шизофренического спектра, постепенно сменившая биологическую, способствовала изменению представлений о возможностях оказания помощи больным этой тяжелой болезнью и уменьшила пессимистический взгляд на ее прогноз.

В 2019 г. экспертами ВОЗ сформулирована специальная инициатива по расширению масштабов оказания психиатрической помощи как важной части системы здравоохранения в разных странах. В рамках этой инициативы обозначены частные задачи: повышение доступности качественной психиатрической помощи, снижение смертности от самоубийств, развитие служб помощи лицам с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и т. п. Важно, что, по логике авторов инициативы, качественная психиатрическая помощь также включает психосоциальную терапию и реабилитацию [36]. С 2017 г. усилиями ВОЗ, государств-членов и гражданского общества формируется инициатива «Реабилитация 2030». В рамках последней реабилитация определена как «ключ к здоровью в 21 веке», сформулирован стратегический подход к ее интеграции в систему здравоохранения, намечены пути развития медицинской помощи с обозначением основных требований к ее организации [32]. Все это способствует улучшению системы психиатрической помощи населению, в том числе за счет дополнения рутинной психофармакотерапии такими формами работы, как психотерапия, психосоциальная терапия и реабилитация.

Большое значение имеют оформившиеся в последние десятилетия новые взгляды на заболевание, пациента, логику построения программ

помощи, а также идеи концепции «recovery» [33]. В настоящий момент важным признается учет личности пациента, присущих ему ценностей, значимых социальных ролей, имеющихся у него ресурсов; акцентируется возможность выбора пациентом (или совместно с пациентом) долгосрочных целей лечения и способов их достижения; поддерживается надежда на будущее, делается акцент на понимании выздоровления как длительного процесса, поощряется постоянное движение пациентов к цели [5; 25; 31; 39]. Очевидно, что взгляды на работу с пациентами, возникшие в результате изменений в понимании природы психических расстройств, созвучны ценностям помогающего психотерапевтически ориентированного специалиста.

Истоки психообразования как метода

Если пионером индивидуальной психотерапии шизофрении выступила психоаналитическая школа, выдвинув на первый план работу по глубокому пониманию внутреннего опыта больного, интерпретации его психотических переживаний, восстановлению фрагментированного образа Я пациента и нарушенных межличностных взаимодействий, то появлению психообразования предшествовали иные действия специалистов.

Так, в клинической повседневной практике психиатрами традиционно использовались приемы разъяснения, убеждения, исправления искаженных суждений пациента о заболевании, его симптомах, сущности лечения и его перспективах. В той или иной мере любой врач-психиатр при рутинном взаимодействии с больным прибегает к обсуждению указанных тем, стремясь добиться критического отношения пациента к себе и заболеванию, как необходимых условий понимания своего состояния и достижения сотрудничества с врачом.

Позже подобные вмешательства получили название «психообразование» («psychoeducation») и проводились не только в индивидуальном, но и в групповом формате.

Оформившееся в 1980-х гг. как отдельная технология помощи [12], психообразование определялось как предоставление пациентам и/или членам их семей обобщенной информации, касающейся феноменологии, этиопатогенеза, течения, лечения и исходов шизофрении. Постепенно сложилась практика более структурированных групповых мероприятий, целью которых определялось «просвещение человека с психическим расстройством в предметных областях, которые служат целям лечения и реабилитации» [16].

На сегодняшний день психообразование считается важной частью психологической помощи и рекомендуется к проведению при лечении

расстройств шизофренического спектра (далее — РШС) [25]. Эффективность психообразования подтверждалась многократно, особенно в аспектах сотрудничества пациента с врачом и повышения комплаентности к психофармакотерапии [41; 42].

Целевой группой программ психообразования становятся не только пациенты с расстройствами шизофренического спектра, но и их родственники.

К противопоказаниям обычно относят массивные формальные расстройства мышления; повышенное настроение вследствие маниакального или гипоманиакального состояния; выраженная галлюцинаторно-бредовая симптоматика; суицидальная настроенность.

Важным для организации программы психообразования является требование клинической гетерогенности группы: если в группу пациентов с РШС включены лица с иными заболеваниями, то для последних получаемая информация может оказаться неоправданно пугающей и травмирующей.

Сеттинг обычно краткосрочный — в диапазоне от 6 до 12 занятий с частотой 2—3 раза в неделю; ведущими группы являются врач-психотерапевт и медицинский психолог, обычно проводящие группу вдвоем как ко-терапевты.

Традиции психообразования

На начальных этапах становления практики психообразования эта форма работы предлагалась для недавно заболевших пациентов с высоким реабилитационным потенциалом и проводилась в основном в условиях полустационарной или амбулаторной помощи. В дальнейшем диапазон применения психообразовательных интервенций расширился: они начали использоваться на разных этапах заболевания и проводились не только для пациентов, но и для их родственников, участвующих в заботе о больных.

Существующая уже несколько десятилетий и активно развивающаяся традиция программ психообразования на сегодняшний день не является однородной, но может быть разделена на несколько ведущих направлений или моделей.

Информационная модель. Данная модель предполагает предоставление пациентам в понятной для них форме информации по следующим темам: симптомы психоза, его генез и концепции, основные и побочные эффекты лекарств, алгоритмы поддерживающей терапии, возможности разных видов психосоциальной помощи, способы и пути ее получения [34]. Изначально работа по информированию осуществлялась только для пациентов с РШС, но по мере развития психообразование стало

проводиться и для их родственников, принимающих непосредственное участие в помощи больным. Предоставление информации о заболевании и лечении обычно осуществлялось для лиц из нескольких семей или для членов семьи при участии пациента. Такое семейное психообразование имело несколько целей: построение терапевтического альянса с родственниками, которые заботятся о человеке с шизофренией, уменьшение неблагоприятной атмосферы в семье, повышение способности родственников осознавать, предвидеть и решать проблемы, связанные с заболеванием одного из членов семьи, поддержание разумных ожиданий в отношении перспектив и возможностей пациента, желаемых изменений в его состоянии.

Следует заметить, что подобная работа с членами семьи пациента с РШС не является единственно возможной, помимо нее используются семейные вмешательства, направленные на улучшение работы семейной системы в целом, организуются группы поддержки для родственников пациентов, проводится консультирование пациентов по проблемам супружеских и детско-родительских отношений.

Поддерживающая модель. Уже первые авторы программ психообразования отмечали, что частыми явлениями у больных с шизофренией, особенно недавно заболевших, являются отрицание заболевания, либо недооценка его тяжести, а также сопряженные с этим ухудшения психического состояния [23]. Для организации поддерживающей помощи важными мишенями являются страхи пациентов, обусловленные ожиданиями побочных эффектов терапии, опасения по поводу возможного рецидива или утяжеления состояния в будущем, переживания о процессе и последствиях медикаментозного лечения. В ответ на эти вызовы возникла модель, определяемая как суппортивная, или поддерживающая, которая предполагает организацию групповой работы с пациентами с целью не столько получить знания о болезни и навыках совладания с ней, сколько помочь справиться с тяжелыми чувствами, сопутствующими имеющемуся заболеванию. Работа с указанными эмоциональными состояниями необходима большому числу пациентов, что делает ее важным дополнением к другим психообразовательным интервенциям. Аналогичная работа предлагается и членам семьи пациента [33].

Мотивационная модель. Третьей формой психообразования, возникшей исторически намного позже, чем первые две, стала модель психообразования, основанная на методах мотивационного интервью. Появившись в клинике зависимых расстройств [28], мотивационное интервью в дальнейшем вышло за пределы работы с пациентами наркологического профиля, и в настоящий момент широко используется для решения задачи изменения поведения, связанного со здоровьем. Мотивирующие вмешательства были интегрированы и в психообразовательные меро-

приятия, проводимые с пациентами с РШС. Данная психообразовательная модель особенно востребована при работе с теми из них, кто имеет низкую приверженность к лечению и различные нарушения режима приема терапии, а также употребляет психоактивные вещества [18; 19].

При организации помощи пациентам с психическими расстройствами мотивация к преодолению болезни и ее последствий, стремление к восстановлению ранее достигнутых социальных достижений имеют решающее значение. Поэтому специалисты уделяют большое внимание повышению вовлеченности больных с РШС не только в лечение, но и в мероприятия по психосоциальной реабилитации, и, таким образом, способствуют лучшему восстановлению после болезни [7; 10].

В настоящий момент создаются новые варианты программ, нацеленных на повышение мотивации пациента к участию в работе по преодолению заболевания и по достижению позитивных изменений. Здесь к традиционной информации о заболевании и его закономерностях добавляется знания о структуре, механизмах мотивации и ее нарушениях при психическом расстройстве, происходит обучение навыкам целеполагания и планирования [7; 9]. Пациентов учат проявлять внимание к собственным потребностям, правильно ставить цели, планировать необходимые действия и таким образом поддерживать их собственную конструктивную активность, преодолевая выученную беспомощность [9; 10].

Модель обучения навыкам совладания с болезнью. Как отмечено выше, одной из важных для пациентов с РШС целью является обучение навыкам, то есть приемам и способам, позволяющим более эффективно справляться с болезнью и ее симптомами. Приоритетами программ, основанных на модели обучения способам совладания, становится формирование у пациентов навыков поведения, необходимых для мониторинга и оценки своего актуального состояния, имеющихся симптомов, степени их выраженности, а также организация своего поведения таким образом, чтобы оно обеспечивало выполнение врачебных рекомендаций. Важным направлением подобных программ является профилактика рецидива психоза, в связи с чем они нацелены на обучение пациента своевременному распознаванию ранних симптомов рецидива, осуществлению мониторинга своего состояния, выстраиванию кризисного плана на случай, когда симптомы превысят определенный порог. Эффективность данного типа психообразования доказана в соответствующих исследованиях [38].

Оценка эффективности программ психообразования

За последние годы такая форма работы как психообразование прочно вошла в практику психиатрической помощи. Однако традиция его

применения может различаться в разных странах. В англоговорящих странах психообразование редко выступает как самостоятельный терапевтический метод и в большинстве случаев является элементом широкомасштабных программ психосоциальной реабилитации [1; 3; 8; 25; 31; 33]. В немецкоязычных странах психообразование представляет собой скорее самостоятельную, дидактически правильно оформленную программу, направленную на решение задачи по передаче ключевой информации пациенту и членам его семьи [15].

В соответствии со второй традицией специалисты декларируют необходимость достижения пациентами и членами их семей обязательного базового уровня компетентности в области имеющегося психического заболевания и его лечения. В дальнейшем к этому могут быть добавлены иные программы помощи, такие как индивидуальная поведенческая терапия, тренинг ассертивности и тренинг по улучшению коммуникативных навыков и т. п. Проведенные рандомизированные мультицентровые исследования показали, что применение программ психообразования позволяет заметно снизить частоту повторных госпитализаций и сократить длительность пребывания пациента в стационаре [17; 18; 38]. Добавление психообразования к медикаментозному лечению достоверно повышает общую эффективность стационарного лечения, усиливает противорецидивный эффект [1; 3].

Как справедливо указывают отечественные исследователи [8], сложность оценки эффективности психообразования отчетлива видна в случаях использования более сложных программ, которые включают в себя большее число терапевтических компонентов. При этом менее стандартизированные и потому гибко приспосабливаемые к запросам конкретного больного программы более эффективны в долгосрочной перспективе. Утверждение о высокой привлекательности психообразования для внедрения в широкую клиническую сеть в целом правомерно [8].

Изучение эффектов психосоциальных мероприятий проводится регулярно, и в литературе имеются обнадеживающие данные относительно эффективности даже краткого курса психообразования (в пределах до 10 сессий) [3; 42]. Исследователи полагают, что эффективность подобных краткосрочных программ может быть связана с использованием интерактивных технологий, созданием условий, повышающих степень активности участников программы и улучшающих взаимодействие между ними. Также важными элементами являются ориентация на обсуждение наиболее значимых для пациентов вопросов, качество аргументации в пользу необходимости лечебных мероприятий и характер взаимодействия с медицинскими специалистами.

Систематические обзоры, представившие сетевой анализ данных по оценке эффективности программ психообразования [17; 41], позволяют

уверенно говорить о важном значении психообразовательных программ в профилактике рецидива, снижении риска повторных госпитализаций, а также в улучшении соблюдения пациентами режима терапии, как минимум, в течение года после назначения лечения. По мнению авторов, это позволяет уверенно квалифицировать психообразовательные вмешательства как клинически эффективные и экономически оправданные.

Безусловно, в организации психообразования для пациентов с РШС существуют и сложности. Главной является необходимость информирования о психиатрическом диагнозе, прогнозе и вариантах лечения [20; 26]. При сообщении пациенту его диагноза необходима особая организация таких интервенций. Важно учитывать такие факторы, как возможное непонимание пациентом предоставляемой информации, его переживания, сопряженные со стигматизацией и самостигматизацией, а также сопутствующий риск отказа от контакта со специалистами.

Психообразование в сочетании с психотерапевтическими вмешательствами

В настоящее время в научной литературе и в практике помощи пациентам можно найти большое число примеров программ, базирующихся на технологии психообразования, но включающих идеи или технологии из других вариантов психотерапии. Примером такого сочетания является «*групповая когнитивно-бихевиоральная терапия*» (*cognitive-behavioural group therapy, CBGT*) [37], интересная и новаторская программа, предложенная для пациентов психиатрического стационара, находящихся в порой в острой или подострой фазе болезни, CBGT начинается до полного выхода пациента из психоза и проводится в групповой форме. Целями этой формы работы являются восстановление у больных с шизофренией навыков тестирования реальности и критического отношения к симптомам болезни, а также установление эффективной коммуникации между пациентами и специалистами. В серии занятий, проводимых ежедневно двумя ведущими (врачом-психотерапевтом и медицинским психологом) затрагиваются такие темы: «Как произошло обострение болезни, что этому предшествовало?», «Модель диатез-стресс-уязвимости», «Лекарства, используемые для лечения психического расстройства». Эти темы могут дополняться другими, выбор которых предопределяется психологическими проблемами участников конкретной группы.

В обсуждении обязательно включаются темы, касающиеся кластеров симптоматики, психологических затруднений (сложности контроля гнева, суицидальных идей, вторичной выгоды болезни) и предлагается помощь в разрешении повседневных проблем пациентов. Такое обилие

значимых для пациента вмешательств оказывает мотивирующее влияние, удерживает пациента в групповой работе. Кроме собственно образовательных, используются иные технологии: сократические вопросы, поощрение коммуникации и диалога между пациентами. Пациентов обучают устанавливать связи между мыслями, эмоциями и поведением, искать связанные с личным опытом и переживаниями объяснения отдельных симптомов и причин текущего обострения. Во время проведения занятий особое внимание ведущие уделяют поддержке участников: положительно подкрепляются усилия пациентов, предоставляется конструктивная обратная связь, поддерживаются поиск путей и попытки решение проблем.

Предложенный авторами формат CBGT внедрялся в психиатрических отделениях Италии на протяжении двух десятилетий; подытоживающие опыт публикации определили программу как «инновационное психосоциальное вмешательство, которое способствует активному вовлечению стационарных пациентов в принятие решений, касающихся их индивидуальных целей и помощи им» [22]; особо подчеркивается повышение удовлетворенности персонала и пациентов, улучшение состояния последних.

Другой вариант программ был направлен на преодоление низкого уровня согласия с лечением и, таким образом, повышение комплаентности больных психическими заболеваниями. Специализированные *психотерапевтические сессии для повышения уровня комплаентности* впервые были предложены именно в психиатрической клинике [26]. Вмешательства данного типа принято относить к когнитивно-поведенческим техникам с включением адаптированного варианта мотивационного интервью и приемов психообразовательных программ. Главной целью комплаенс-терапии является организация и развитие активного диалога с пациентом в отношении «плюсов» и «минусов» проводимого медикаментозного лечения. Для комплаенс-терапии доказано, что если она проводится с позиции патерналистского отношения к больному — явно, напористо и тенденциозно — это провоцирует негативный результат. Поэтому в основу комплаенс-терапии положены менее конфронтационные технологии мотивационного интервью [28], где требуется увеличение числа сессий, а также использование дополнительных процедур (таких как скрининг симптоматики с применением наглядных шкал).

Как метод с доказанной эффективностью, комплаенс-терапия широко применяется в отечественной практике [11]. Данный вариант вмешательств, являясь краткосрочным, способствует формированию у пациентов навыков оценки и контроля своего психического состояния, в том числе продромальных проявлений, что приводит к более активной

и самостоятельной позиции пациента в отношении психофармакотерапии, а также способствует своевременному обращению за помощью. Доказано также, что комплаенс-терапия может укреплять терапевтический альянс, обеспечивать более высокий уровень социальной поддержки, а также способствовать более аккуратному соблюдению пациентами врачебных рекомендаций.

Метакогнитивный тренинг (МКТ), созданный Moritz S. с соавторами [29; 30], является программой, где присутствует определенный удельный вес компонента психообразования. Преимущественно программа нацелена на коррекцию типичных для пациентов с РШС нарушений познавательных функций, включая дефициты социального познания, обработки информации, стратегий принятия решений, искажения системы убеждений. Авторы программы считают информирование пациентов о своем заболевании, симптомах и типичных нарушениях в когнитивной сфере обязательными.

В литературе имеются данные, свидетельствующие о позитивном влиянии МКТ на способности пациентов осознавать и принимать факт имеющегося психического расстройства, быть более кооперативными и устанавливать раппорт. Описаны положительные эффекты в области социального познания, снижение уровня враждебности и агрессивных намерений [4].

Сессии МКТ проводятся в небольшой группе, информация подается в хорошо структурированной и алгоритмизированной форме. Имеющиеся данные свидетельствуют о пригодности и полезности строгого дидактического формата организации занятий для пациентов с РШС, а также о возможности преодоления путем применения МКТ (в сочетании с психофармакотерапией) серьезных и стойких нарушений процессов социального восприятия и мышления, а также изменений дисфункциональных убеждений.

Необходимо указать, что психообразовательные интервенции не являются заменой или альтернативой длительной когнитивно-бихевиоральной или иной психотерапии. Напротив, психообразование скорее следует рассматривать как предвестник и катализатор последующих дополнительных стратегий психотерапевтического и психосоциального вмешательства, позволяющих пациентам и их родственникам найти форму лечения, оптимальную для состояния конкретного пациента и наблюдаемой фазы заболевания. Психообразованию скорее присущи такие психотерапевтические функции как мотивирование и общая организация последующей помощи, благодаря которым создаются основы для успешного долгосрочного преодоления пациентами и членами их семей трудностей и психологических дефицитов, связанных с заболеванием.

Современный взгляд на психообразование

Одним из наиболее сложных вопросов, касающихся использования психосоциальных вмешательств, включая психообразование, является вопрос о том, в какой период заболевания они должны применяться [6]. В рекомендациях авторитетного британского научно-исследовательского института «National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)» предлагается начинать использование психосоциальных вмешательств во время острой фазы психоза [31]. Аналогичные рекомендации были ранее сформулированы специалистами Американской психиатрической ассоциации [25] и Немецкого общества психиатрии, психотерапии и неврологии [39]. Благодаря указанным рекомендациям, психообразовательные вмешательства приобрели статус стандартной программы на этапе острой и подострой фаз психоза у пациентов с шизофренией.

Тем не менее вопрос о возможности и обоснованности применения психосоциальных интервенций, включая психообразовательные, на этапе пребывания пациента в стационаре сразу после обострения, находит скромное отражение в литературе. В одной из недавних обзорных работ [14] была дана осторожная рекомендация в отношении использования технологий когнитивно-бихевиоральной терапии для пациентов с обострением психоза. В качестве возможной мишени называлось улучшение клинического инсайта, то есть работа по осознанию и пониманию пациентами собственного заболевания. В то же время авторы статьи полагают правомерным и более широкий класс мишеней, связанных с пониманием и совладанием с симптомами заболевания на разных этапах текущего болезненного процесса. Следует указать, что подобные задачи частично могут решаться путем применения психообразовательных технологий. Но еще более важным аспектом, на наш взгляд, является то, что психообразование следует рассматривать как предвестник и катализатор последующих стратегий иного психотерапевтического и психосоциального лечения. Исходя из этой логики, психообразованию приписываются такие важные психотерапевтические функции как мотивирование и общая организация последующей помощи. Реализация этих функций позволяет оформить долгосрочную программу преодоления трудностей и психологических дефицитов больного, что применимо независимо от принадлежности его к группе пациентов с первым психотическим эпизодом или с рецидивом психоза на более поздних этапах заболевания.

За период развития психообразовательных вмешательств для больных с РШС возникали и весьма смелые, пока не получившие широкого распространения, практики. Так, некоторые исследователи выдвигали идеи о возможности привлечения к проведению подобных программ модераторов, имеющих собственный опыт психотического расстройства (в известной логике «равный равному»). В исследовании 2008 г. использовалась специаль-

ная программа обучения модераторов, включающая не только прохождение ими психообразовательной программы, но и посещение специальных семинаров и работу под супервизией, что впоследствии помогало самостоятельно проводить занятия [33]. Программа психообразования, проводимая в дальнейшем модераторами, была стандартной: 8 сессий по 60 минут групповых занятий, которые включали кроме знакомства и разминки содержательные блоки, касающиеся основных симптомов, диагноза, причин заболевания, действия лекарств, возможностей психологической помощи и психосоциальной терапии, способов совладания с симптомами заболевания, признаков рецидива. Практика не получила широкого распространения, но отдельные авторы полагают, что программа «равный-равному» может дать пациентам с шизофренией «новый луч надежды», и мотивировать их на лечение как фармакологическими, так и психосоциальными методами.

Данные кохрановского мета-обзора свидетельствуют об отсутствии вызывающих доверие исследований в этой области [20], но использование подобной модерации может получить свое продолжение в будущем, особенно если учесть нарастающую практику развития информационных ресурсов, посвященных способам преодоления психотических расстройств и восстановления после психоза.

Последнее соображение отражает наметившиеся лишь в последние годы, но все более широко внедряемые психообразовательные вмешательства, осуществляемые путем использования цифровых технологий. В области охраны психического здоровья цифровые технологии пока не получили значительного развития, хотя диапазон их использования расширяется. Создание большого числа программ психологического просвещения, часто на основе групп самопомощи для лиц с разными расстройствами, стало уже широкой практикой, особенно в развитых странах. Насколько эта практика полезна для пациентов с психотическими расстройствами — вопрос, не имеющий однозначного ответа. Но задачи повышения осведомленности о психических расстройствах, преодоления стигматизации и пессимизма в оценке перспектив пациентов кажутся пригодными для решения с помощью современных информационных цифровых технологий.

Сказанное отражает еще один ракурс рассматриваемой темы, связанный с акцентом на изучении удовлетворенности пациентов с психическими расстройствами оказываемыми им медицинскими услугами. Без сомнения, мнение пациентов в этом вопросе важно и даже может стать приоритетным, поскольку именно они имеют уникальный опыт и личные впечатления в области психиатрической помощи. В одной из работ [40] путем интеграции данных качественных исследований на основе интервью с пациентами были выделены установки на получение психосоциальной помощи, в том числе психообразования, на этапе стационарного лечения. Как оказалось, пациенты полагают такую помощь неотъемлемой частью плана их лечения, так

как благодаря ей им удается осмыслить и понять собственные трудности, мысли, эмоции и поведение. Кроме того, многие больные отмечают дефицит продуктивного общения в психиатрическом стационаре, который порой расценивается ими как проявление негативного отношения со стороны персонала, неуважения и пренебрежения, что, как следствие, вызывает у пациентов дополнительные переживания. Психообразовательные интервенции могут качественно изменить негативное восприятие пациентами среды отделения, повысить их мотивацию к медикаментозному лечению и психотерапии, а также обеспечить необходимые условия для успешного перехода на амбулаторный этап оказания психиатрической помощи.

Заключение

Возникнув почти полвека назад из рутинной практики взаимодействия врача и пациента, психообразование, отвечая на наиболее острые запросы больных и членов их семей, получило развитие как путем расширения круга решаемых им задач, так и обогащаясь идеями и техниками психотерапии: групповой, когнитивно-поведенческой, поддерживающей и др. Обеспечивая повышение информированности пациента и членов его семьи в области психического здоровья, психообразование позволяет не только уменьшить связанные с психическим расстройством тяжелые эмоциональные переживания, изменить отношение к происходящему на более продуктивное, способствовать лучшему контакту со специалистами и выработке верной стратегии поведения в болезни, но и создать условия для использования широкого круга иных стратегий помощи, как медикаментозной, так и психотерапевтической.

Программы психообразования порождают у пациента новые потребности: в приобретении и пополнении знаний о психическом здоровье, в изменении отношения к самому себе, к членам семьи, к жизни в целом, в поиске новых смыслов и ценностей. Совершенствование психообразовательных программ, создание их различных вариантов, повышение доступности такого вида помощи способны привести к существенно большей результативности работы служб охраны психического здоровья, достичь удовлетворенности как пациентов, так и специалистов, улучшить прогноз заболевания, обеспечить персонализированный подход, уменьшить экономическое бремя такого класса заболеваний как расстройства шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бурыгина Л.А.* Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно—психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидальной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): дисс. канд. мед. наук. М., 2013. 149 с.

2. Карпенко О.А. Влияние психообразования на комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Том 120. № 6 (2). С. 92—98. DOI:10.17116/jnevro202012006292
3. Карпенко О.А. Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2021. 163 с.
4. Кузнецов С.Ю. Метакогнитивный тренинг у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством в условиях дневного стационара: дисс. ... канд.мед.н. М., 2023. 211 с.
5. Мовина Л.Г., Папсуев О.О., Голланд Э.В., Кузнецова О.Г., Фурсов Б.Б. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Том 22. № 3. С. 93—98.
6. Палин А.В., Рычкова О.В. Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией — условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Том 30. № 2. С. 96—103.
7. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Том 24. № 4. С. 31—36.
8. Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психообразование: проблемы и направление исследований // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 2016. № 4. С. 3—11.
9. Таккуева Е.В. Оценка эффективности интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) у больных шизофренией, проходящих лечение в стационаре психиатрической больницы, и у проживающих в ПНИ // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 31—57.
10. Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б., Палин А.В. Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 1. С. 38—48.
11. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., О.Д. Пуговкина О.Д., Москачева М.А. Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров: метод. пособие / Сост. А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова, О.Д. Пуговкина, М.А. Москачева. М.: Неолит, 2016. 96 с.
12. Шлаффер А.М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012. 26 с.
13. Anderson C.M., Hogarty G.E., Reiss D.J. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach // Schizophr Bull. 1980. № 6 (3). С. 490—505. DOI:10.1093/schbul/6.3.490
14. Avasthi A., Sahoo S., Grover S. Clinical Practice Guidelines for Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Disorders // Indian Journal of Psychiatry. 2020. № 62 (2). С. 251—262. DOI:10.4103
15. Bäuml J., Froböse T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families // Schizophr Bull. 2006. № 32 (1). С. 1—9. DOI:10.1093/schbul/sbl017

16. *Bellack A.S., Mueser K.T.* Psychosocial Treatment for Schizophrenia // *Schizoph Bull.* 1993. № 19 (2). С. 317—336. DOI:10.1093/schbul/19.2.317
17. *Bighelli I., Pitschel-Walz G., Schneider-Thoma J. et al.* Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis // *Lancet Psychiatry.* 2021. Vol. 8. № 11. P. 969—980. DOI:10.1016/S2215-0366(21)00243-1
18. *Bröms G., Cahling L., Bernstsson A., Öhrmalm L.* Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study // *BJPsych Bull.* 2020. № 44 (6). P. 265—268. DOI:10.1192/bjb.2020.28
19. *Chien W., Cheung E., Mui J., Gray R., Ip G.* Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial // *Hong Kong Med J.* 2019. Vol. 25. № 2 (1). P. 4—9.
20. *Chien W., Clifton A., Zhao S., Peer S.L.* Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness // *Cochrane Database Syst Rev.* 2019. № 4 DOI:10.1002/14651858.CD010880.pub2
21. *Farooq S., Naeem F., Singh S.P.* Telling the patients about diagnosis and outcome of schizophrenia: what, when and how? // *Early Interv Psychiatry.* 2016. № 10 (2). P. 101—102. DOI:10.1111/eip.12310
22. *Gigantesco A., Pontarelli C., Veltro F.* Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards // *Ann Ist Super Sanita.* 2018. № 54 (4). P. 272—283. DOI:10.4415/ANN_18_04_03
23. *Greenfeld D., Strauss J.S., Bowers M.B., Mandelkern M.* Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis // *Schizophr Bull.* 1989. № 15 (2). P. 245—252. DOI:10.1093/schbul/15.2.245
24. *Jackson H., McGorry P., Edwards J., et al.* Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results // *Br. J. Psychiatry.* 1998. № 172 (33). P. 93—100.
25. *Keepers G.A., Fochtmann L.J., Anzia J.M., et al.* The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia // *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2020. № 18 (4). P. 493—497. DOI:10.1176/appi.focus.18402
26. *Kemp R., Hayward P., Applewaite G., Everitt B., David A.* Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial // *BMJ.* 1996. Vol. 312. P. 345—349.
27. *Loughland C., Cheng K., Harris G., et al.* Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives // *Int J Soc Psychiatry.* 2015. № 61 (8). P. 729—734. DOI:10.1177/0020764015576814
28. *Miller W.R., Rollnick S.* Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press, 1991. 384 p.
29. *Moritz S., Menon M., Balzan R., Woodward T.S.* Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2023. Vol. 273. P. 811—817. DOI:10.1007/s00406-022-01394-9
30. *Moritz S., Woodward T.S., Burlon M.* Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT): manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005.
31. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014* [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/> (дата обращения: 01.08.2024")

32. Rehabilitation in health systems: guide for action [Электронный ресурс]. Geneva: World Health Organization, 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986> (дата обращения: 01.08.2024)
33. Rummel-Kluge C., Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families // *Expert Rev Neurother*. 2008. № 8(7). P. 1067–1077. DOI:10.1586/14737175.8.7.1067
34. Sarkhel S., Singh O.P., Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation // *Indian J Psychiatry*. 2020. № 62 (2). P. 319–323. DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
35. Tandon R., Nasrallah H., Akbarian S., Carpenter W.T. et al. The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature // *Schizophr Res*. 2024. № 64. P. 1–28. DOI:10.1016/j.schres.2023.11.015
36. The WHO special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health [Электронный ресурс]. Geneva: World Health Organization, 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981> (дата обращения: 01.08.2024)
37. Veltro F., Falloon I., Vendittelli N., et al. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients // *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006. № 21 (2). e16. DOI:10.1186/1745-0179-2-16
38. Vigod S.N., Kurdyak P.A., Dennis C.L., et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review // *British Journal of Psychiatry*. 2013. № 202 (3). P. 187–194. DOI:10.1192/bjp.bp.112.115030
39. Wölwer W., Baumann A., Bechdorf A, et al. The German Research Network on Schizophrenia--impact on the management of schizophrenia // *Dialogues Clin Neurosci*. 2006. № 8 (1). P. 115–121. DOI:10.31887/DCNS.2006.8.1/wwoelwer
40. Wood L., Alsayw S. Patient experiences of psychiatric inpatient care: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric Intensive Care* // 2016. № 12 (1). C. 35–43. DOI:10.20299/jpi.2016.001
41. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. Psychoeducation for schizophrenia // *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. № 6: CD002831. DOI:10.1002/14651858.CD002831
42. Zhao S., Sampson S., Xia J., Jayaram M.B. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness // *Cochrane Database Syst Rev*. 2015. № 9: CD010823. DOI:10.1002/14651858.CD010823.pub2

REFERENCES

1. Burygina L.A. Sravnitel'naya effektivnost' medikamentoznogo i kompleksnogo medikamentozno-psihoobrazovatel'nogo podhodov pri okazanii ambulatornoj pomoshchi bol'nym paranoidal'noj shizofreniej s chastymi obostreniyami (recidivami): diss. ... kand.med.nauk. M., 2013. 149 p.
2. Karpenko O.A. Vliyanie psihoobrazovaniya na komplaentnost' pacientov s pervym psihoticheskim epizodom v usloviyah stacionara. *ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*, 2020, vol. 120, № 6 (2), pp. 92–98. DOI:10.17116/jnevro202012006292
3. Karpenko O.A. Psihoobrazovanie pacientov s pervym psihoticheskim epizodom, gospitalizirovannyh po neotlozhnym pokazaniyam: diss. ... kand.med.nauk. M., 2021. 163 p.

4. Kuznecov S.YU. Metakognitivnyj trening u pacientov s paranoidnoj formoj shizofrenii i shizoaffektivnym rasstrojstvom v usloviyah dnevnogo stacionara: diss. ... kand.med.n. — Moskva, 2023. 211 p
5. Movina L.G., Papsuev O.O., Golland E.V., Kuznecova O.G., Fursov B.B. O rabote otdeleniya vnebol'nichnoj psihosocial'noj rehabilitacii, *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2012, vol. 22, № 3, pp. 93—98.
6. Palin A.V., Rychkova O.V. Rannie psihosocial'nye vmeshatel'stva u bol'nyh s shizofreniej — uslovie effektivnosti lechebno-reabilitacionnogo processa. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2020, vol. 30, № 2, pp. 96—103.
7. Semenova N.D., Gurovich I.YA. Modul' formirovaniya motivacii k rehabilitacii bol'nyh shizofreniej rasstrojstvami shizofrenicheskogo spectra. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2014, vol. 24, № 4, pp. 31—36.
8. Semenova N.D., Kuz'menko A.YU., Kostyuk G.P. Psihoobrazovanie: problemy i napravlenie issledovanij. *Obozrenie psihiatrii i med. Psihologii*, 2016, № 4, pp. 3—11.
9. Takkueva E.V. Ocenka effektivnosti integrativnoj programmy motivacionnogo treninga (IPMT) u bol'nyh shizofreniej, prohodyashchih lechenie v stacionare psihiatricheskoy bol'nicy, i u prozhivayushchih v PNI. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*, 2023, vol. 31, № 1, pp. 31—57.
10. Takkueva E.V., Holmogorova A.B., Palin A.V. Konsolidaciya dostizhenij organizacionnoj i klinicheskoy psihologii v rehabilitacii bol'nyh shizofreniej: integrativnaya programma motivacionnogo treninga, *Sovremennaya terapiya psicheskikh rasstrojstv*, 2019, № 1, pp. 38—48.
11. Holmogorova A.B., Rychkova O.V., O.D. Pugovkina O.D., Moskacheva M.A. Misheni i metody psichologicheskoy pomoshchi pacientam s rasstrojstvami shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov: metod. posobie / Sost. A.B. Holmogorova, O.V. Rychkova, O.D. Pugovkina, M.A. Moskacheva. M. : Neolit, 2016. 96 p.
12. Shlafer A.M. Metod komplains-terapii v sisteme lecheniya bol'nyh shizofreniej: diss. ... kand.med.n. Moskva, 2012. 26 p.
13. Anderson C.M., Hogarty G.E., Reiss D.J. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull*, 1980, № 6(3), pp. 500—505. DOI:10.1093/schbul/6.3.490
14. Avasthi A., Sahoo S., Grover S. Clinical Practice Guidelines for Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 2020, № 62 (2), pp. 251—262. DOI:10.4103
15. Bäuml J., Froböse T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull*, 2006, № 32 (1), pp. 1—9. DOI:10.1093/schbul/sbl017
16. Bellack A.S., Mueser K.T. Psychosocial Treatment for Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 1993, № 19 (2), pp. 317—336. DOI:10.1093/schbul/19.2.317
17. Bighelli I., Pitschel-Walz G., Schneider-Thoma J. et al., Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2021, vol. 8, № 11, pp. 969—980. DOI:10.1016/S2215-0366(21)00243-1
18. Bröms G., Cahling L., Berntsson A., Öhrmalm L. Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic

- treatment: interventional study. *BJPsych Bull*, 2020, № 44(6), pp. 265—268. DOI:10.1192/bjb.2020.28
19. Chien W., Cheung E., Mui J., Gray R., Ip G. Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J*, 2019, № 2(1), pp. 4—9.
 20. Chien W., Clifton A., Zhao S., Peer S.L. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, № 4. DOI:10.1002/14651858.CD010880.pub2
 21. Farooq S., Naeem F., Singh S.P. Telling the patients about diagnosis and outcome of schizophrenia: what, when and how? *Early Interv Psychiatry*, 2016, № 10 (2), 101—112. DOI:10.1111/eip.12310
 22. Gigantesco A, Pontarelli C, Veltro F; CBGI Italian Study Group. Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards. *Ann Ist Super Sanita*, 2018, № 54 (4), pp. 272—283. DOI:10.4415/ANN_18_04_03.
 23. Greenfeld D., Strauss J.S., Bowers M.B., Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull*, 1989, № 15(2), pp. 245—252. DOI:10.1093/schbul/15.2.245
 24. Jackson H., McGorry P., Edwards J., et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *Br. J. Psychiatry*, 1998, vol. 172, № 33, pp. 93—100.
 25. Keepers G.A., Fochtmann L.J., Anzia J.M., et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, 2020, № 18(4), pp. 493—497. DOI:10.1176/appi.focus.18402
 26. Kemp R., Hayward P., Applewaite G., Everitt B., David A., Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 1996, № 312, pp. 345—349.
 27. Loughland C., Cheng K., Harris G., et al. Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives // *Int J Soc Psychiatry*, 2015, № 61(8), pp. 729—734. DOI:10.1177/0020764015576814
 28. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. N.Y.: The Guilford Press, 1991. 384 p.
 29. Moritz S., Menon M., Balzan R., Woodward T.S. Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2023, № 273, pp. 811—817. DOI:https://doi.org/10.1007/s00406-022-01394-9
 30. Moritz S., Woodward T.S., Burlon M. Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT): manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005.
 31. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition, 2014 [Elektroniy resurs]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>(accessed 01.08.2014)
 32. Rehabilitation in health systems: guide for action [Elektroniy resurs]. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986> (accessed 01.08.2014)
 33. Rummel-Kluge C., Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother*, 2008. № 8(7), pp. 1067—1077. DOI:10.1586/14737175.8.7.1067
 34. Sarkhel S., Singh O.P., Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 2020, № 62(2), pp. 319—323. DOI:10.4103/psychiatry.IndianJpsychiatry_780_19

35. Tandon R., Nasrallah H., Akbarian S., Carpenter W.T. et al. The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature. *Schizophr Res*, 2024, № 264, pp. 1—28. DOI:10.1016/j.schres.2023.11.015
36. The WHO special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health [Elektroniy resurs]. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981> (accessed 01.08.2024)
37. Veltro F., Falloon I., Vendittelli N., et al. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2006, № 21, pp. 2—16. DOI:10.1186/1745-0179-2-16.
38. Vigod S.N., Kurdyak P.A., Dennis C.L., et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2013, № 202 (3), pp. 187—194. DOI:10.1192/bjp.bp.112.115030. PMID: 23457182
39. Wölwer W., Baumann A., Bechdolf A., et al. The German Research Network on Schizophrenia—impact on the management of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*, 2006, № 8(1), pp. 115—121. DOI:10.31887/DCNS.2006.8.1/wwolwer
40. Wood L., Alsawy S. Patient experiences of psychiatric inpatient care: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 2016, № 12(1), pp. 35—43. DOI:10.20299/jpi.2016.001
41. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, № 6: CD002831. DOI:10.1002/14651858.CD002831
42. Zhao S., Sampson S., Xia J., Jayaram M.B. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, № 9: CD010823. DOI:10.1002/14651858.CD010823.pub2

Информация об авторах

Палин Александр Васильевич, заведующий отделением медико-психологической помощи, Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П. Б. Ганнушкина (ГБУЗ ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы), ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (ФГАОУ ВО «РУДН»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>, e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Information about the authors

Aleksandr V. Palin, Head of the Department of Medical and Psychological Care, Mental-health Clinic No. 4 named after P.B. Gannushkin, assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology Faculty of Continuing Medical Education, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9480-731X>, e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Получена 06.05.2024

Received 06.05.2024

Принята в печать 21.06.2024

Accepted 21.06.2024