

# Психообразование как фактор протективности в системе реабилитации пациентов, совершивших общественно опасные действия

О. А. Макушкина, М. А. Кулыгина, Е. А. Панченко

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского, г. Москва

В целях повышения эффективности психореабилитации лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия, и профилактики рецидивов противоправного поведения разработана психообразовательная программа на основе биопсихосоциальной модели междисциплинарного взаимодействия. Помимо просветительских, она также включает задачи развивающего и коррекционного характера, что повышает ее протективный потенциал. Отличительная особенность программы состоит в дифференцированном подходе, учитывающем клинико-психопатологическую, индивидуально-психологическую и криминогенную специфику контингента больных. Предлагаемая модель включает три тематических блока, рассчитанных не только на пациентов, проходящих принудительное лечение, но и на их родственников и медицинский персонал.

*Ключевые слова:* психообразование, биопсихосоциальная модель, психореабилитация, общественно опасные действия, принудительное лечение, протективные факторы.

## Psychoeducation as a Protective Factor in the System of Rehabilitation of Patients Committing Socially Dangerous Acts

O. A. Makushkina, M. A. Kulygina, E. A. Panchenko

V. P. Serbskiy National Medical Research Institute of Psychiatry and Narcology, Moscow

In order to enhance the psychiatric efficiency of persons with psychiatric disorders who committed socially dangerous acts and to prevent relapses of offending behaviour, a psychoeducational program was developed on the basis of biopsychosocial model of interdisciplinary cooperation. In addition to educational objectives it also includes development and correction, thus having a greater protective potential. The distinguishing feature of the program lies in its differentiated approach taking into account clinical and psychopathologic, individual psychological and criminogenic features of patients. The proposed model includes three thematic parts designed not only for patients, but also for their relatives and medical staff.

*Key words:* psychoeducation, biopsychosocial model, psychorehabilitation, socially dangerous acts, compulsory treatment, protective factors.

Известно, что лица с психическими расстройствами зачастую недостаточно осведомлены о проявлениях болезни, методах лечения, возможных побочных действиях лекарственных препаратов, о собственной роли в процессе лечения. Так, например, исследование группы больных, страдающих шизофренией и шизотипическими расстройствами, показало, что подавляющее большинство пациентов оценили свои знания в этих вопросах как неудовлетворительные [1]. Как показывает практика, чаще всего больные, в отношении которых исполняются принудительные меры медицинского характера, также не знают о симптомах, течении и прогнозе своего заболевания, его влиянии на формирование общественно опасного поведения. Кроме того, у лиц данной категории низок уровень психологической компетентности, в частности они имеют очень слабые представления об особенностях собственной личности и возможностях самоконтроля, о способах реагирования в стрессовых ситуациях и социально приемлемых стратегиях совладания с негативным аффектом.

При этом доказано, что наилучший результат терапии достигим тогда, когда больной и его ближайшее окружение являются не пассивными участниками процесса лечения, а активными партнерами [2, 3]. Условиями формирова-

ния паритетных отношений, помимо готовности к диалогу и сотрудничеству, считаются осведомленность и психологическая грамотность пациента и его родственников, а также наличие у больного мотивации к улучшению социальной адаптации и функционирования в целом.

В настоящее время эти проблемы успешно решаются с применением в системе реабилитации психообразовательного подхода, главные задачи которого — повышение информированности пациентов, обеспечение социальной поддержки и в конечном счете рост эффективности лечения и улучшение состояния больного. Данная модель активно разрабатывается в России, большой вклад в ее научное обоснование и внедрение внесли сотрудники Московского НИИ психиатрии под руководством И. Я. Гуровича [3, 4].

Отправной точкой использования обучающих и образовательных методов в психиатрии принято считать 1975 г., когда впервые Американской больничной ассоциацией была принята Декларация о правах пациента, в которой зафиксировано право лиц с психическими заболеваниями на информацию о болезни. В отечественной психиатрии это положение закреплено в Федеральном законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», и на сегодняшний день психообразование принято в качестве приоритетного направления профилактической деятельности [5].

Кулыгина Майя Александровна — к. психол. н., ведущий специалист лаборатории психологических проблем отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. E-mail: [mkulygina@yandex.ru](mailto:mkulygina@yandex.ru)

Макушкина Оксана Анатольевна — д. м. н., руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. E-mail: [makushkina@serbsky.ru](mailto:makushkina@serbsky.ru)

Панченко Евгения Анатольевна — д. м. н., старший научный сотрудник отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. E-mail: [eparanchenko@yandex.ru](mailto:eparanchenko@yandex.ru)

Этот подход соответствует доминирующей в современной психиатрии парадигме, рассматривающей психически больного человека в рамках биопсихосоциальной модели оказания помощи. Благодаря психообразованию пациент получает возможность развить потенциал самопомощи, опираясь на три неотъемлемые составляющие лечения: фармакотерапию, психотерапию и психосоциальную реабилитацию [6].

Поскольку психообразовательные программы необходимы и востребованы прежде всего в рамках медико-реабилитационных мероприятий, наиболее перспективными представляются модели, комбинирующие психообразование с другими психосоциальными методами [7–9], что повышает их протективную значимость.

Современные исследования указывают на ключевую роль процесса обучения в системе реабилитации пациентов, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. Было установлено, что благодаря лучшему пониманию больным своего состояния комплаенс и лечение достигают максимальной эффективности [10]. Так, например, в 2003 г. группа ученых опубликовала первое рандомизированное контролируемое исследование, посвященное эффективности психообразования в отношении профилактики рецидивов биполярного расстройства [11]. Использованная модель подчеркивала важность осознания болезни, саморегуляции, распознавания ранних признаков заболевания, постоянства привычек, соблюдения режима терапии и избегания злоупотребления лекарствами. Она определена как «поведенческое психообразование». Это исследование было успешно воспроизведено с использованием тех же самых интервенций и продемонстрировало позитивные результаты в отношении предотвращения повторных стационаризований [12].

Аналогичные результаты приводят Н. А. Марута и соавт. [13]. В частности, изучение динамики клинико-психопатологических проявлений под влиянием комплексных воздействий, включающих психообразование у пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством, выявило редукцию основных симптомокомплексов (астено-, апатико-, тревожно-депрессивного). При этом в механизмах действия технологий психообразования были выделены трансформация копинг-стратегий (активация адаптивных форм преодоления, ориентированных на социальную поддержку, аналитический подход к решению проблем); переход от дезадаптивных типов отношения к болезни (апатического, меланхолического, ипохондрического и тревожного) к адаптивным (гармоничному и эргопатическому); развитие внутреннего ресурса за счет личностной реализации.

Однако, несмотря на очевидные успехи психообразовательных программ в практике психиатрии, при работе с пациентами, совершившими общественно опасные действия, этот опыт пока не получил должного распространения. Кроме того, имеется определенная специфика данного контингента, которая должна учитываться при разработке и реализации психообразовательных подходов. Вследствие этого в отделе судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» была подготовлена психообразовательная программа для работы с пациентами, совершившими общественно опасные действия, их семьями, а также медицинским персоналом, осуществляющим лечение и уход. В ее основу, помимо базисных категорий педагогики («обучение» и «образование»), положены такие принципы, как «развитие» и «воспитание», что особенно важно, учитывая потенциальную общественную опасность этой категории больных. При этом предполагалась адресация к личностным

ресурсам пациентов, что приближает психообразование к психологическим видам лечения, в частности когнитивно-поведенческому и экзистенциальному направлениям психотерапии. Именно благодаря сочетанию просветительской и коррекционной направленности психообразования можно говорить о протективном значении данного подхода.

Главная дидактическая особенность метода — активная вовлеченность пациента и его окружения в психообразовательный процесс. Известно, что эта цель достигается путем привлечения внимания и активизации интереса обучающихся, формирования у них собственных представлений и навыков применения получаемых знаний на практике, а также проверка усвоения материала [14]. В качестве оптимального формата психообразовательного подхода была выбрана модель, включающая просветительские аспекты в виде предоставления пациенту актуальной информации, а также развивающий компонент с целью формирования ряда навыков, улучшающих комплаенс и социальное функционирование.

Основные организационные преимущества осуществляемых мероприятий — интенсивность, краткосрочность, возможность работы с целевыми группами (пациенты, их семьи, медицинский персонал). Тематическая направленность программы определяется спецификой контингента больных, совершивших общественно опасные действия. Поскольку особенностью терапевтической тактики во время принудительного лечения является не только улучшение психического состояния, но и редукция общественной опасности пациентов [15], значительное место в психообразовательных программах должны занимать вопросы, связанные с профилактикой повторного противоправного поведения. Существенны формирование установки на соблюдение общественных норм и снижение влияния дезадаптирующих факторов риска, в частности отказ от употребления ПАВ.

В качестве структурных целей программы выделены:

- информационная — восполнение дефицита актуальной для пациента и его окружения информации о проявлениях и течении психических расстройств, особенностях гетеро- и аутоагрессивного поведения; предоставление знаний о психическом здоровье в целом и факторах риска психосоциальной дезадаптации и противоправного поведения;
- развивающая — формирование навыков распознавания отдельных симптомов заболевания, обучение способам совладания с болезнью, собственными негативными эмоциями и стрессовыми ситуациями; развитие навыков самоконтроля и саморегуляции поведения и снижения эмоционального напряжения, повышение коммуникативной эффективности, привлечение внимания к морально-нравственным аспектам поведения;
- социальная — поиск возможностей для социальной поддержки, улучшение качества социального функционирования и межличностных взаимодействий; актуализация протективных средовых факторов и просоциальных личностных установок;
- лечебная — достижение комплаенса, ускорение наступления ремиссии; снижение вероятности рецидива заболевания и совершения повторных общественно опасных действий.

В методологическом отношении за основу брались традиционные подходы, используемые при осуществлении психообразовательных мероприятий в общепсихиатрической практике [3, 4]. Так, в структуру программы заложены

тематические модули, рассчитанные на определенные временные промежутки и осуществляемые в группах закрытого типа по 5–10 пациентов под руководством врача-психиатра, психотерапевта и/или психолога. Частота и длительность занятий определяются исходя из больничного режима, круга наиболее актуальных задач и возможностей всех участников процесса. В качестве средств используются информационные сообщения, дидактические презентации, техники краткосрочной психотерапии и творческого самовыражения, групповые дискуссии, технологии обратной связи, тесты самооценивания и пр. Субъектом психообразования являются лица с психическими расстройствами, совершившие общественно опасные действия и находящиеся на принудительном лечении.

Выделяются три целевые группы, на которые должна быть ориентирована психообразовательная работа. Это собственно люди с психическими расстройствами, проходящие принудительное лечение, члены их семей и сотрудники психиатрических служб. Каждой из указанных групп присущи свои особенности, что отражалось в специфике поставленных задач. В соответствии с этим программа включает три основных блока.

*Первый блок* касается непосредственной работы с пациентами, совершившими общественно опасные действия. И здесь особую значимость приобретает дифференцированный подход к подбору тематики занятий с учетом клинико-психопатологических различий групп больных, находящихся на принудительном лечении: 1) с преимущественно эндогенными нарушениями и психотическими обострениями при совершении преступления и 2) с преобладанием агрессивных тенденций и личностной патологии. С одной стороны, внимание должно уделяться общим психиатрическим проблемам, связанным с низким уровнем знаний о психических расстройствах, особенностях их течения и методах лечения, а также с неспособностью своевременно отслеживать признаки обострения или утяжеления болезненного состояния. С другой стороны, как неоднократно подчеркивалось, при организации комплексной реабилитационной работы с пациентами важно учитывать индивидуально-психологическую специфику контингента [16].

Так, к одной из характерных особенностей пациентов, совершивших общественно опасные действия, можно отнести выраженную алекситимию. Традиционно у них выявляются низкая способность к эмпатии, ошибки при распознавании эмоций других людей, трудности с осознанием и вербализацией собственных эмоций [17]. Известно, что способность понимать эмоциональные состояния другого человека (в частности, точно идентифицировать эмоции по лицевой экспрессии) имеет важнейшее значение для нормальной социализации [18]. У правонарушителей с высокой выраженностью психопатических черт часто имеются нарушения в распознавании эмоций [17, 19].

При этом неспособность правильно идентифицировать эмоциональную экспрессию осложняет обучение социально приемлемому поведению, затрудняет распознавание собственных психических состояний и возникновение адекватного отклика в ответ на эмоциональные реакции других людей. Нарушение «обратной связи» в момент деликта приводит к трудностям идентификации определенных эмоций, в частности страха и горя у потенциальных жертв [19]. Обучение осознанию и вербализации собственных эмоций, в том числе при помощи методов арт-терапии [20], может способствовать повышению уровня

самоконтроля аффективных импульсов и предупреждению противоправных поступков.

Другой характеристикой пациентов, совершивших общественно опасные действия, является слабая выраженность так называемых абстрактных эмоций, а именно нравственных, познавательных, эстетических, духовных чувств. Как показывает практика, для большинства больных, в отношении которых исполняются принудительные меры медицинского характера, приоритетными ценностями оказываются материальное благополучие, собственное здоровье и проблемы микросоциального окружения. У них крайне редко отмечаются высшие, по А. Маслоу [21], потребности в самоактуализации и развитии собственной личности, в то время как именно эти факторы, действующие в структуре личности, могут оказывать значительное протективное воздействие в предотвращении асоциального поведения.

Проработка описанных проблем должна быть включена в тематику психообразовательных занятий. Не только психическая болезнь и способы с ней справиться находятся в фокусе обсуждения с пациентами, но также и особенности личности, эмоционального реагирования, мотивационно-нравственные аспекты, актуализация сохранных ресурсов личности. Одной из важнейших задач психообразования пациентов, совершивших опасные действия, является разъяснение негативной роли злоупотребления алкоголем и иными ПАВ, а также зависимых форм поведения, что в свою очередь делает необходимым поиск замещающих социально приемлемых интересов, имеющих протективный характер.

*Второй блок* программы адресован родственникам пациентов, совершивших общественно опасные действия. Способность семьи оказывать как позитивное, так и негативное влияние на течение и исход психических заболеваний общеизвестна [22, 23]. Здесь можно выделить два основных аспекта, которые, будучи включенными в психообразование, имеют психокоррекционный характер. С одной стороны, пациенты часто оценивают свои взаимоотношения с близкими как конфликтные, враждебные, некомфортные. Согласно традиционной схеме семейного взаимодействия, отношение родственников к пациенту, в течение длительного времени находящемуся на принудительном лечении, постепенно становится негативным и соответствует уровню третьей (снижение активности родственников, игнорирование больного) или четвертой (перестройка структуры семьи и инкапсуляция больного) стадии [23]. Родственники смиряются с его психическим состоянием, контакт с ним ослабевает, он продолжает оставаться в семье сугубо формально. Такая ситуация провоцирует появление у пациента чувств одиночества и социальной изоляции, с которыми он не может адекватно справиться.

Психообразовательная работа в данной ситуации должна быть направлена на выработку у родных и близких «включенного» отношения к больному, к его состоянию и поведению; на привитие знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива психического расстройства и внутрисемейной агрессии, а также на освоение стратегий собственного поведения, способных своевременно нейтрализовать ухудшение психического состояния пациента и минимизировать риск совершения общественно опасных действий.

С другой стороны, дезадаптирующее влияние на членов семьи оказывает и сам пациент. Так, последствием стресса, вызванного тяжелой психической болезнью члена семьи, часто является ухудшение качества жизни родственников.

Как правило, это связано с негативными чувствами, вызванными неадекватностью поведения больного, невозможностью осуществления с ним нормальных взаимоотношений, с нереализованными ожиданиями, страхом социальной изоляции и бременем повышенной ответственности за больного. Уменьшению данного стресса и его последствий должны способствовать активизация собственных ресурсов членов семьи пациента.

Основной задачей психообразования, таким образом, становится предоставление членам семьи информации о болезни, состоянии больного, прогнозе и вариантах терапии, о том, как их поведение может оказывать позитивное или негативное влияние на лечение и реабилитацию, а также включение психологических аспектов работы с семьей. В практическом отношении традиционно выделяют две модели работы с семьей: индивидуальную, когда работа ведется с каждым членом семьи по отдельности, и мульти-семейную, когда коррекция проводится со всеми членами семьи одновременно [24, 25]. Обе модели могут использоваться в психообразовательной программе, в которой выделяются модули, освещающие стили функционирования семьи, проблемы зависимости и созависимости, стратегии преодоления негативных чувств со стороны родственников, решение внутрисемейных конфликтов, способы организации проживания с психически больным человеком, склонным к асоциальному поведению.

Важным фокусом психообразовательной работы, составляющей *третий блок*, становится повышение квалификации специалистов, осуществляющих лечение и уход за пациентами, совершившими общественно опасные действия. Это прежде всего медицинские работники, психологи, специалисты по социальной работе. Как известно, специфика такой деятельности также определяет наличие определенных проблем. Например, зачастую отношение медицинского персонала к психически больным людям бывает скорее негативным, чем нейтральным [26]. Врачи и медицинские сестры в ряде случаев сообщают о чувствах раздражения и агрессии по отношению к пациентам с противоправным поведением. Многие отмечают чувство беспомощности и ненужности собственных действий. Часто это бывает связано с недостаточным пониманием медицинским персоналом (средним и младшим) особенностей течения и проявления психических расстройств.

Следовательно, важнейшей задачей становится просвещение персонала в области психиатрии, а также развитие навыков формирования паритетных отношений с больными. Отдельные проблемы представляют феномен эмоционально-выгорания специалистов, оказывающих помощь пациен-

там с тяжелыми психическими расстройствами, совершившим опасные действия, и необходимость осуществления предупредительных мер в этом плане.

Предложенный алгоритм психообразовательной работы учитывает внедряемые в практику психиатрических учреждений новые принципы взаимодействия медицинских работников (полипрофессиональные бригады, психосоциальные подходы, формы социальной работы и др.), что, в свою очередь, обуславливает необходимость проведения специальной подготовки для данной целевой аудитории. В связи с этим в рамках программы были выделены модули, ориентированные на оптимизацию взаимодействия с пациентом с учетом понимания особенностей психопатологии и криминогенности, на уменьшение стигматизации и профилактику профессионального истощения. Кроме того, следует учитывать, что у описываемой категории больных сохраняется высокий риск совершения гетеро- и аутоагрессивных действий, в том числе в больничных условиях. Соответственно, дополнительной задачей является, помимо обеспечения контроля, своевременная оценка риска общественно опасного поведения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанная психообразовательная программа для пациентов, совершивших общественно опасные действия, готова к реализации. При этом сохраняют актуальность и требуют дальнейшей разработки следующие задачи:

- формирование алгоритмов проведения занятий;
- применение дифференцированного подхода к психообразовательной работе с учетом клинико-психопатологических, личностных и социальных факторов риска опасного поведения конкретного больного;
- адаптация обучающих модулей и тренинговых программ для больных с различной тяжестью психической патологии;
- разработка критериев оценки эффективности программы;
- подготовка персонала, осуществляющего психообразовательные мероприятия; мотивирование и вовлечение в реабилитационный процесс родственников пациентов;
- разделение сфер компетенции участников реабилитационного процесса.


Комплексное решение этих задач на основе междисциплинарного взаимодействия специалистов будет способствовать совершенствованию и последующему внедрению образовательных программ в медицинских учреждениях, обеспечивающих принудительное лечение пациентов, совершивших общественно опасные действия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Д. С., Коновалов О. Е., Поликарпова Е. А. Особенности психообразования лиц с шизофренией и шизотипическими расстройствами с длительностью заболевания до 5 лет. *Рос. мед.-биол. вестн. им. академика И. П. Павлова*. 2010; 2: 102–6. [Petrov D. S., Konovalov O. E., Polikarpova E. A. Osobennosti psihoobrazovaniya litz s shizofreniei i shizotipicheskimi rasstroistvami s dlitelnostiyu zabolevaniya do 5 let. *Ros. med.-biol. vestn. im. akademika I. P. Pavlova*. 2010; 2: 102–6. (in Russian)]
2. Ястребов В. С., ред. *Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции». Пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья*. М.: МАКС Пресс; 2008. 129 с. [Yastrebov V. S., red. *Organizatsionnye i metodicheskie aspekty proekta "Patsient i ego semiya: ot psixiatricheskogo prosveshcheniya k socialnoi integratzii". Posobie dlya professionalov, rabotayushchih v sfere psichicheskogo zdoroviya*. М.: МАКС Пресс; 2008. 129 s. (in Russian)]

3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., ред. *Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных*. М.: МЕДПРАКТИКА\_М; 2007. 180 с. [Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., red. *Praktikum po psichosotsialnomu lecheniyu i psichosotsialnoi reabilitatzii psichicheski bolnyh*. М.: МЕДПРАКТИКА\_М; 2007. 180 s. (in Russian)]
4. Семенова Н. Д., Кузьменко А. Ю., Костюк Г. П. *Психообразование: проблемы и направление исследований. Обзор психиатрии и мед. психологии*. 2016; 4: 3–11. [Semenova N. D., Kuzmenko A. Yu., Kostyuk G. P. *Psichobrazovanie: problemy i napravlenie issledovaniy. Obzrenie psixiatrii i med. psichologii*. 2016; 4: 3–11. (in Russian)]
5. Казаковцев Б. А., Костюк Г. П., Плотнику-Делеск М., Карпенко О. А. *Психообразовательная работа во Франции и России: кросс-культурное исследование*. *Рос. психиатр. журн.* 2017; 2: 4–12. [Kazakovtzev B. A., Kostyuk G. P., Plotniku-Delesk M., Karpenko O. A. *Psichobrazovatel'naya rabota vo Frantzii i Rossii: kross-kulturnoe issledovanie*. *Ros. psixiatr. zhurn.* 2017; 2: 4–12. (in Russian)]



6. Самойлова Д. Д., Барыльник Ю. Б., Янушко П. С. Психобразование как составляющая процесса психореабилитации пациентов с шизофренией. *Бюлл. мед. интернет-конференций*. 2015; 5(2): 104–7. [Samoilova D. D., Barylnik Yu. B., Yanushko P. S. Psihoobrazovanie kak sostavlyayushchaya protzesa psihoreabilitatsii patsientov s shizofreniei. *Byull. med. internet-konferentzii*. 2015; 5(2): 104–7. (in Russian)]
7. Миронова Е. В. Влияние психобразования на качество жизни и социальную адаптацию пациентов, страдающих параноидной шизофренией (опыт белорусской популяции). *Mental Health Made*. 2013; 4(1): 16–21. [Mironova E. V. Vliyanie psihoobrazovaniya na kachestvo zhizni i sotsialnuyu adaptatsiyu patsientov, stradayushchih paranoidnoi shizofreniei (opyt belorusskoi populyatsii). *Mental Health Made*. 2013; 4(1): 16–21. (in Russian)]
8. Fiszdón J. M., McClough J. F., Silverstein S. M., Bell M. D., Jaramillo J. R., Smith T. E. Learning potential as a predictor of readiness for psychosocial rehabilitation in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2006; 143(2–3): 159–66.
9. Hofer A., Baumgartner S., Bodner T., Edlinger M., Hummer M., Kemmler G. et al. Patient outcomes in schizophrenia II: The impact of cognition. *Eur. Psychiatry*. 2005; 20(5–6): 395–402.
10. 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(suppl.1): S1–9.
11. Colom F., Vieta E., Sánchez-Moreno J., Palomino-Otiniano R., Reinares M., Goikolea J. M. et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5 year outcome of a randomized clinical trial. *Br. J. Psychiatry*. 2009; 194(3): 260–5.
12. Candini V., Buizza C., Ferrari C., Caldera M. T., Ermentini R., Ghilardi A. et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J. Affect. Disord*. 2013; 151(1): 149–55.
13. Марута Н. А., Кожица А. М., Колядко С. П. Роль психобразования в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством. *Укр. вестн. психоневрологии*. 2015; 4 (85): 53–7. [Maruta N. A., Kozhina A. M., Kolyadko S. P. Rol psihoobrazovaniya v kompleksnom lechenii bolnyh s rekurrentnym depressivnym rasstroistvom. *Ukr. vestn. psihonevrologii*. 2015; 4 (85): 53–7. (in Russian)]
14. Walsh J. *Psychoeducation in mental health*. Chicago: Lyceum; 2010. 242 p.
15. Котов В. П., Мальцева М. М. Опасные действия психически больных. *Психопатологические механизмы и профилактика*. М.: Медицина; 1995. 256 с. [Kotov V. P., Maltzeva M. M. Opasnye deistviya psihicheski bolnyh. *Psihopatologicheskie mehanizmy i profilaktika*. M.: Meditsina; 1995. 256 s. (in Russian)]
16. Малова Ю. В., Возный Э. К. Индивидуально-психологический подход в комплексном лечении онкологических больных. *Вопр. онкологии*. 1999; 45(2): 29–38. [Malova Yu. V., Vozny E. K. Individualno-psihologicheskii podhod v kompleksnom lechenii onkologicheskikh bolnyh. *Vopr. onkologii*. 1999; 45(2): 29–38. (in Russian)]
17. Демидова Л. Ю. Роль понимания эмоциональных состояний в регуляции криминальных действий сексуального характера, направленных против детей: Дис. ... канд. психол. наук. М.; 2017. 176 с. [Demidova L. Yu. Rol ponimaniya emotsionalnyh sostoyaniy v regulyatsii kriminalnyh deistvii seksualnogo haraktera, napravlennyh protiv detei: Dis. ... kand. psihol. nauk. M.; 2017. 176 s. (in Russian)]
18. Dolan M., Fullam R. Face affect recognition deficits impersonality-disordered offenders: association with psychopathy. *Psychol. Med*. 2006; 36(11): 1563–9.
19. Hastings M. E., Tangney J. P., Stuewig J. Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Pers. Individ. Dif*. 2008; 44(7): 1474–83.
20. Ионов О. А. Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004. 171 с. [Ionov O. A. Art-terapiya v kompleksnoi reabilitatsii psihicheski bolnyh: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M.; 2004. 171 s. (in Russian)]
21. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Пупер; 2008. 352 с. [Maslow A. Motivatsiya i lichnost. SPb.: Piter; 2008. 352 p. (in Russian)]
21. Еричев А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2005. 417 с. [Erichiev A. N. Rol psihoobrazovatelnyh programm v sisteme reabilitatsii bolnyh shizofreniei: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. SPb.; 2005. 417 s. (in Russian)]
22. Солохина Т. А., Шевченко Л. С. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни. В кн.: Ястребов В. С., ред. Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. М.: МАКС Пресс; 2008: 8–22. [Solohina T. A., Shevchenko L. S. Semiya i psihicheskoe rasstroistvo: chto mozhet pomoch semye v preodolenii bolezni. In kn.: Yastrebov V. S., red. Dvenadtsat lektzii o psihiatrii i psihicheskom zdorov'ye. M.: MAKSS Press; 2008: 8–22. (in Russian)]
23. Серых А. Б., Иванова А. Р. Модели и фокусы психобразования в медицинской практике. *Вестн. Балтийского федерального университета им. И. Канта*. 2012; 5: 61–6. [Seryh A. B., Ivanova A. R. Modeli i fokusy psihoobrazovaniya v meditsinskoi praktike. *Vestn. Baltiiskogo federalnogo universiteta im. I. Kanta*. 2012; 5: 61–6. (in Russian)]
25. McFarlane W. R., Link B., Dushay R., Marchal J., Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam. Process*. 1995; 34(2): 127–44.
26. Saunders K. E., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2012; 139(3): 205–16. 

Библиографическая ссылка:

Макушкина О. А., Кулыгина М. А., Панченко Е. А. Психобразование как фактор протективности в системе реабилитации пациентов, совершивших общественно опасные действия // *Доктор.Ру*. 2018. № 1 (145). С. 54–58.

Citation format for this article:

Makushkina O. A., Kulygina M. A., Panchenko E. A. Psychoeducation as a Protective Factor in the System of Rehabilitation of Patients Committing Socially Dangerous Acts. *Doctor.Ru*. 2018; 1(145): 54–58.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ / LIST OF ABBREVIATIONS

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения  
 ЛФК — лечебная физкультура  
 МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра  
 МРТ — магнитно-резонансная томография, магнитно-резонансная томограмма

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения  
 ПАВ — психоактивные вещества  
 ЦНС — центральная нервная система  
 ЭЭГ — электроэнцефалография, электроэнцефалограмма