

Взаимопомощь у лиц с тяжелыми психическими расстройствами: обзор литературы и практики

Larry Davidson, Chyrell Bellamy, Kimberly Guy, Rebecca Miller

Program for Recovery and Community Health, Yale University School of Medicine, 319 Peck Street, Building 1, New Haven, CT 06513, USA

Перевод: Павличенко А.В. (Москва)

Редактор: Курсаков А.А. (Москва)

Взаимопомощь или «поддержка равных» (peer support), возникшая в 90-ые годы прошлого века как часть движения потребителей психиатрических услуг, в настоящее время во многом рассматривается как результат недавних преобразований в области общественной психиатрии. На самом деле она уходит корнями в далекое прошлое, так как была введена в практику еще в конце 18 века во Франции, в эпоху «морального лечения», Пуссеном и Пинелем. В дальнейшем, на протяжении всей истории психиатрии, к ней периодически возвращались. В настоящее время движение поддержки равных стремительно расширяется в ряде стран и, как следствие, стало предметом многих исследований. Есть данные, говорящие о том, что персонал, принятый из числа бывших пациентов и работающий в сфере традиционной психиатрии, способен более эффективно вовлекать больных в процесс лечения, способствовать снижению использования пунктов экстренной медицинской помощи и больницы, а также уменьшению употребления психоактивных веществ у лиц с сопутствующими болезнями зависимости. В своей деятельности эти работники используют собственный положительный опыт лечения, моделирование ролей, традиционную поддержку. Также было обнаружено, что они могут усилить у клиентов надежду, чувство, что можно контролировать и изменить свою жизнь; повысить самоконтроль, ощутить принадлежность к обществу и удовлетворение от различных сфер жизни; снизить глубину депрессивного и психотического состояний.

Ключевые слова: взаимная поддержка, собственный опыт, ролевые игры, эмпатия, выздоровление.

(*World Psychiatry* 2012;11:123-128)

«В той мере, в которой это возможно, все работники отбираются из числа психически больных пациентов. В любом случае, они лучше подходят для этой ответственной работы, так как они обычно являются более добрыми, честными и гуманными людьми». Ж.-Б. Пуссен в его письме 1793 г. Филиппу Пинелю.

Взаимопомощь (peer support) у лиц с тяжелыми психическими расстройствами во многом рассматривается как явление, возникшее в недавнее время. Предположительно, первая публикация об этой «новой» форме услуг датируется 1991 годом (2) и связана с движением потребителей психиатрических услуг, которое появилось в 70-е гг. прошлого века (3). Однако, исходя из приведенной выше цитаты понятно, что идея привлекать к лечению тяжело психически больных лиц, находящихся в ремиссии, может быть особенно полезна, и имеет длительную, хотя и не засвидетельствованную документально, историю.

Во время написания письма, из которого была взята приведенная выше цитата, Пуссен работал начальником (управляющим) госпиталя Бисетре в Париже, где он ранее сам был пациентом. Будучи назначенным старшим врачом, Пинель еще до приезда туда попросил Пуссена описать особенности работы госпиталя. Как отмечалось выше, одной из важных особенностей стиля управления Пуссена являлось привлечение к работе в госпитале, насколько это было возможно, выздоровевших пациентов. Кроме того, что они были «добрыми, честными и гуманными» людьми, Пинель также обнаружил, что для них была «неприемлема откровенная жестокость» (которая в больницах того времени была обычной практикой) и в своей работе они были «настроены на добро». В значительной степени благодаря приглашению и широкому использованию в работе бывших пациентов Пинель и Пуссен смогли избавиться от оков и злоупотреблений, а сам институт с тех пор получил название эры «морального лечения».

Таким образом, ценность подобной поддержки лиц с тяжелыми психическими расстройствами известна издавна, а периодическая практика ее использования говорит о ее достаточной эффективности на протяжении истории психиатрии. Г.С. Салливан, например, в

20-ые годы прошлого века в США использовал практику приема на работу в стационар пациентов, восстановившихся после психотических эпизодов (5).

За последние 20 лет это движение получило огромное распространения в разных странах мира, а число пациентов, принятых за это время на работу, значительно увеличилось по сравнению с более ранним периодом времени. По приблизительной оценке, в настоящее время в одних только США число людей, занятых в этой службе, превышает 10 тысяч человек (6), и эта цифра продолжает неуклонно расти, несмотря на глобальный экономический спад и высокие уровни безработицы. Сейчас настало время оглянуться назад и проанализировать особенности этого движения, которое, с одной стороны, занимает весомое место в современной теории и практике психического здоровья, и, с другой стороны, является специфической стратегией внутри общественной практики. В данной статье мы сделаем обзор существующей на данный момент доказательной базы, укажем на некоторые опасения, которые появились вскоре после того, как бывших пациентов стали принимать на работу, а также дадим некоторые практические рекомендации, которые оказались полезными для разрешения этих опасений.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

«Да, это хорошо... это как будто у тебя есть тот, кому можно довериться, кто, в некотором роде, находится с тобой в одной лодке. Она находилась в отчаянии, у нее не было крыши над головой и были проблемы с наркотиками. В такой же ситуации была и я. Со мной это было не так давно. Теперь у нее есть машина, собственное жилье, и я хочу все это... понимаешь, ты встречаешь того, кто действительно понимает» – человек с тяжелым психическим расстройством описывает свои впечатления от сотрудничества с бывшим пациентом, работающим в сфере психического здоровья (peer provider).

Большинство исследований, посвященных движению «поддержки равных», можно отнести к одной из трех категорий, расположенных на линейном континууме (7,8). Первая стадия включала исследования обоснования, направленные на то, чтобы продемон-

стрировать возможность обучения и привлечения к работе в качестве психиатрического персонала лиц с тяжелыми психическими заболеваниями в прошлом. Учитывая длительную историю стигматизации и дискриминации лиц с тяжелыми психическими заболеваниями, вначале было необходимо показать, что они могут справляться с поставленными задачами. На начальном этапе их роль виделась как вспомогательная и дополнительная, а сами они выступали как помощники и партнеры обычных сотрудников. Для выполнения этой работы им требовались лишь некоторые навыки и умения. Все четыре рандомизированных контролируемых исследования, проведенные в 90-ые годы прошлого века, показали, что бывшие пациенты могут полностью справиться со своими обязанностями, а результаты их работы были, по крайней мере, не хуже, чем у обычного персонала (9-12). Два исследования также показали, что результаты лечения были немного лучше у тех пациентов, которые помимо традиционной помощи получали поддержку со стороны бывших больных (9,11).

Вторая стадия включала исследования, посвященные сравнению сотрудников, принятых из числа обычных людей, с одной стороны, и из числа бывших пациентов, с другой, в отношении эффективности выполнения традиционной работы в качестве специалистов по ведению конкретных случаев (case manager), персонала по реабилитации и социальных работников. В большинстве исследований вновь было обнаружено, что сотрудники из числа бывших пациентов справлялись со своими обязанностями, по крайней мере, также хорошо, как и обычный персонал, и результаты их работы были сопоставимы (13-16). В некоторых исследованиях второй стадии удалось выявить существенные различия между этими двумя условиями. В частности, сотрудники из числа бывших пациентов показали лучшие результаты в отношении таких параметров, как вовлечение в лечебный процесс «труднодоступных» («difficult-to-reach») больных, снижение частоты госпитализации и сокращения числа дней, проведенных в стационаре, а также снижение употребления психоактивных веществ у лиц с коморбидными химическими зависимостями (17-20). Эти многообещающие находки подсказали исследователям этой области направление дальнейшей работы и подчеркнули важность нового поколения исследований. Необходимо было уточнить и дать оценку отличительным свойствам этих сотрудников, позволяющим им выполнять их роли иначе, чем обычному персоналу, основываясь на их опыте собственной нетрудоспособности, борьбы со стигмой, выздоровления. Также было необходимо понять, можно ли в структуре службы психического здоровья создать новые должности, в рамках которых такой жизненный опыт мог бы быть эффективно использован при реабилитации других больных (8, 21-24).

Однако так как во второй стадии оценивалась лишь возможность бывших пациентов справляться с традиционными обязанностями персонала, эти исследования были непродолжительными и не могли дать ответ на вопрос, насколько они смогут справиться с этими новыми, во многом уникальными, задачами, которые связаны с их собственным опытом болезни, выздоровления и взаимодействия со службой психического здоровья – опытом, которого нет у обычных сотрудников.

Таким образом, была необходима третья стадия исследований, перед которой были поставлены следующие вопросы. 1. Есть ли значительная разница в качестве выполнения работы между обычными сотрудниками и бывшими пациентами? 2. Существуют ли вмешательства, с которыми не могут справиться люди, не имеющие собственного болезненного опыта, то есть, является ли служба взаимной поддержки в каком-то смысле уникальной формой оказания помощи? 3. Если

последнее утверждение верно, то в чем состоят ее отличительные особенности и какими могут быть результаты такой работы?

К настоящему времени в литературе предложено три основных компонента, характеризующих взаимную поддержку, которые, по-видимому, уникальны для нее или, по крайней мере, больше всего подходят сотрудникам из числа бывших пациентов. Первое – это пробуждение надежды посредством собственного позитивного опыта (self-disclosure), который способен показать другим пациентам, что можно проделать путь от подчинения своей жизни болезни до некоторого контроля над ней, от жертвы обстоятельств до хозяина своего жизненного пути (23,25). Второй компонент – включение в процесс моделирования ролей (role modeling) таких факторов, как возможность самостоятельно справиться с некоторыми аспектами своей болезни, изучение новых возможностей использования приобретенных знаний, или «смекалки» («street smarts»), в преодолении ежедневных трудностей. Важно отметить, что это касается не только заболеваний, но и таких проблем, как недостаток средств к существованию, жилищные проблемы, преодоления стигмы, дискриминация и некоторые другие психологические стрессы, неизменно возникающие при соприкосновении со сложным клубком социальных и человеческих систем (23, 26).

Третий компонент сосредоточен на самой природе взаимоотношений между сотрудниками из бывших пациентов и самими потребителями психиатрических услуг, которые, по-видимому, важны и для осуществления первых двух из них. Эти взаимоотношения характеризуются доверием, одобрением, пониманием, использованием эмпатии, которая в данном случае сочетается с «условной заботой» (conditional regard), которую понимают как способность сотрудника «читать» («read») клиента, на основе того факта, например, что они сейчас носят одинаковую обувь. Способность этих сотрудников хорошо понимать своих клиентов может быть использована с разными целями. Так, хорошо зная факторы, способствующие восстановлению, они могут предъявлять к своим пациентам большие запросы и ожидания, что, однако, также повлечет для них необходимость работать больше («Я хорошо сейчас понимаю, что у тебя совсем не осталось чувства надежды, но я также знаю, что ты можешь добиться улучшения») (26-27). Временами эти требования могут приводить к конфликтам, но, более вероятно, что это будет стимулировать и воодушевлять их (26-29).

Хотя третья стадия исследований, которая фокусируется на потенциально уникальных качествах работы персонала из бывших пациентов, все еще находится в процессе реализации, два недавно завершённых исследования позволяют предположить, чего можно ожидать в итоге. Так, наша исследовательская группа завершила исследование, спонсируемое Национальным институтом психического здоровья и посвященное культуральным аспектам и личностно-ориентированной помощи при психотических состояниях у лиц африканского и/или латиноамериканского происхождения, в которых сотрудники из числа бывших пациентов проигрывали две новые роли, которые мы придумали специально для этого исследования. Используя для сравнения основанный на данных доказательной медицины практикум по лечению болезней и выздоровлению (illness management and recovery, IMR) (30), мы обучили этих сотрудников проводить один из двух комплексов вмешательств. Первый включал роль защитника («advocate») во время оказания личностно-ориентированной помощи, целью которой являлось более активное вовлечение пациентов непосредственно в процесс лечения и восстановления. Вторая функция («общественный оператор» («community connec-

тог») заключалась в поддержке больных при их контактах с обществом и при выполнении задач, которые включал их план лечения.

В общей сложности 290 лиц с тяжелыми психическими расстройствами были случайным образом помещены в одно из трех условий, созданных в последовательном порядке: а) обычное лечение плюс приглашение к участию в основанных на данных доказательной медицины рекомендациях IMR; б) обычное лечение плюс IMR плюс личностно-ориентированный процесс (person-centered planning process, PCP), проводимый при участии сотрудников из числа бывших больных; в) обычное лечение плюс IMR плюс PCP плюс программа общественной помощи, проводимая под руководством этих сотрудников.

В данном исследовании мы обнаружили преимущества обеих форм поддержки, в которых были задействованы бывшие больные, по сравнению с обычным лечением плюс IMR. В частности, добавление личностно-ориентированной помощи с их непосредственным участием привело к тому, что участники ощущали помощь как более эффективную и включающую немедицинские аспекты (такие как жилье и трудоустройство). Также при этом у пациентов возрастало чувство контроля и способность к изменениям в их жизни. Программа общественной помощи, осуществляемая этими сотрудниками, повышала надежду и степень вовлеченности пациентов в лечение заболевания, степень удовлетворенности семейной жизнью, усиливала позитивное отношение к себе и своей жизни, социальную поддержку и чувство принадлежности к сообществу. Наконец, и это было, пожалуй, самым неожиданным результатом, общественная программа интеграции при поддержке «равных» снижала уровень психотических симптомов и, одновременно, повышала уровень дистресса, возникавшего в связи с этими симптомами. Качественные данные свидетельствуют о том, что это возрастание дистресса могло быть связано с более активным, чем раньше, вовлечением пациентов в терапевтический процесс. При этом остаточные психотические симптомы воспринимались ими как преграда на пути к намеченным целям, в то время как раньше эти же симптомы, хотя и более выраженные, не рассматривались ими как помехи на пути к более полной жизни (31).

Второе исследование базировалось на упомянутых выше более ранних данных, согласно которым поддержка со стороны бывших больных может способствовать снижению частоты госпитализаций и уменьшению числа дней проведенных в стационаре у пациентов с частыми госпитализациями в анамнезе. В данном исследовании мы обучили и привлекли этих сотрудников к работе в качестве «наставников по восстановлению» (так они сами себя назвали), роль которых объединяла в себе функции защитника в личностно-ориентированном процессе (PCP) и общественно-оператора из более раннего исследования. Исходя из того, что нам говорили в первом исследовании сотрудники и пациенты, мы пришли к выводу о целесообразности постоянного объединения функций защиты и общественной интеграции одним лицом на непрерывной основе, что, в конце концов, не требует от больных необходимости открываться двум разным людям. В результате этого, мы разработали модель «восстановительного наставничества», которая включает выполнение этих и ряда других родственных функций одним человеком, которой, и это самое важное, в процессе работы был обучен тому, как использовать свой жизненный опыт в реабилитационных целях. Помимо привлечения собственного положительного опыта, эти сотрудники обучали больных развивать эмпатические взаимоотношения, используя для этого условную заботу и моделирование роли самопомощи.

В этом исследовании пациенты были помещены в 2 группы: в первой они получали обычную помощь, а во второй к ней добавляли помощь наставников по восстановлению. Все пациенты, включенные в исследование, имели тяжелое психическое расстройство, а их поступлению в стационар предшествовали как минимум две госпитализации за последние полтора года. Сбор информации осуществлялся в начале исследования, а также через 3 и 9 месяцев после выписки. Учитывались такие показатели, как число и длительность госпитализаций за период исследования, для чего привлекались данные из медицинской документации, административных баз данных и самоотчетов больных.

Мы провели анализ в зависимости от назначенного лечения, основываясь на данных о 74 пациентах. Вначале мы использовали однофакторный анализ различий между условиями и длительностью госпитализаций в конце девятимесячного периода с одной стороны, и, в качестве контроля, 18 месячный период до начала наблюдений, с другой. Частичный показатель η^2 (эта-квадрат) служил для оценки размера эффективности нашего лечения. При предварительном анализе результатов мы попытались понять, отражает ли уровень повторных госпитализаций к концу исследования (их количество и длительность) статистически значимые различия между теми больными, где привлекались наставники по восстановлению и теми, где они отсутствовали. В отличие от обобщенных линейных моделей, линейные смешанные модели, которые чаще всего используются в исследованиях подобного рода, изучают различия между индивидами и в то же самое время позволяют понять степень корреляции с другими важными факторами, а также оценить уровень погрешности с учетом неравномерного количества повторных измерений. Мы установили значения критерия на уровне $p < 0,05$ и, в случае госпитализации, использовали один редуцированный тест, основанный на том, что наличие наставника по восстановлению ассоциируется с более низкой частотой повторных госпитализаций.

Были обнаружены статистически значимые различия в отношении числа госпитализаций между теми пациентами, которые получали помощь наставников по восстановлению и теми, у кого этой помощи не было ($0,89 \pm 1,35$ против $1,53 \pm 1,53$ госпитализации, $F = 3,07$; $df=1$, $p < 0,042$, односторонний критерий), а также в отношении длительности пребывания в больнице ($10,1 \pm 17,31$ дней против $19,1 \pm 21,6$ дней, $F = 3,63$; $df=1$, $p = 0,03$, односторонний критерий). Кроме того, изучив промежуточные показатели, мы проанализировали ряд критериев, которые могут быть связаны с терапевтическими механизмами действия этой помощи. Эти результаты подтвердили мнение, что включение в программу реабилитации наставника по восстановлению имеет и некоторые другие положительные эффекты. В частности, мы обнаружили, что у больных, контактирующих с этими сотрудниками, отмечается значительное снижение уровня употребления психоактивных веществ, что согласуется и с более ранними работами. Кроме того, нам удалось показать, что это сотрудничество может привести к уменьшению глубины депрессии, появлению у пациентов надежды, расширению навыков самообслуживания, ощущение благополучия (32), то есть всех тех факторов, которые так важны для процесса восстановления, и что вполне согласуется с принципами движения поддержки равных, описанной ранее (33-35).

В настоящее время мы продолжаем разработку этого направления исследований, и проводим рандомизированное контролируемое испытание, посвященное вопросам частоты и уровня интенсивности контактов. Кроме того, предполагается сравнить эффективность работы бывших пациентов в роли наставников по вос-

становлению – с одной стороны – с работой бывших пациентов в роли специалистов по ведению конкретных случаев, а с другой стороны – с работой наставников по восстановлению, никогда не страдавших психическими заболеваниями. Эта работа нацелена на выделение важнейших элементов поддержки равных (то есть, ответ на третий из поставленных ранее вопросов). Очевидно, что хотя многое еще предстоит сделать, чтобы понять природу и эффективность этой модели, многое уже сделано и еще больше делается в настоящее время, чтобы перенести эту центральную для 18 века модель («моральное лечение») в основное русло общественной помощи в 21 веке.

ПРАКТИКА

Поскольку привлечение к работе бывших пациентов ведет к значительному пересмотру деятельности традиционных психиатрических учреждений, многое, если не все из того, что об этом сказано, подчеркивает специфику этого процесса, особенности преодоления возникающих при этом проблем, а также необходимость исследовать результаты этого процесса. Далее мы остановимся на этих проблемах и стратегиях, опираясь на собственный двадцатилетний опыт и опыт других людей по привлечению, обучению, использованию и поддержке персонала из числа бывших пациентов (27, 36-44). Вначале мы остановимся на пяти наиболее частых вопросах, возникающих у сотрудников и администрации лечебных учреждений, а затем кратко ответим на каждый из них. В заключение будут даны практические рекомендации.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОПАСЕНИЯ

Разве сотрудники из числа пациентов не являются слишком «хрупкими» («fragile») для такой стрессовой работы?

Нет. Работа в психиатрических учреждениях тяжела для любого человека, а не только для бывших сотрудников. Самопомощь важна для всех людей, служащих в сфере психиатрии, а не только для них. Не секрет, что персонал из числа бывших пациентов просят раскрывать некоторые наиболее личные аспекты своего опыта ради пользы для других людей. Кроме того, в своем лице они представляют все движение «поддержки равных» (то есть, их плохая работа определяет оценку этой службы со стороны нанимающих инстанций). Регулирование этих процессов требует контроля. Относительно их «хрупкости» следует считать, что выздоровевшие пациенты продемонстрировали значительное упорство и психологическую стойкость в борьбе с их болезнью, но никак не хрупкость. Выздоровление, в конце концов – это непрерывная, тяжелая и требующая большого напряжения работа.

Несмотря на огромные усилия по преодолению бывшими пациентами наиболее тяжелых аспектов психического заболевания, многие администраторы продолжают опасаться возможных рецидивов и ухудшений, и искали различные показатели стабильности для своей практики приема на работу. К ним, в частности, можно отнести требование ждать не менее года со времени последней госпитализации и не менее двух лет с момента последнего приема психоактивных веществ. Кроме ненадежности подобных показателей, с точки зрения законодательства многих стран введение подобных требований при приеме на работу можно рассматривать как дискриминацию прав инвалидов. До тех пор пока человек справляется со своей работой, ссылка на его психиатрический анамнез в рамках достаточно произвольных критериев социального функционирования является неприемлемой. Это одно из многих значительных изменений, которые всту-

пают в силу, когда специалисты с области психического здоровья начинают рассматривать человека с психической болезнью не как пациента, а как работника.

Насколько велика у них вероятность рецидива?

Все работники, включая персонал из числа пациентов, периодически не выходят на работу по причине болезни. Многие сотрудники, не идентифицированные как бывшие психиатрические пациенты, берут больничные листы из-за проблем, связанных с их психическим здоровьем. Для всех работников, включая бывших пациентов, следует применять одинаковые требования в отношении длительности их болезни и места их лечения. Даже в случае неприятностей и плохого самочувствия сотрудники из числа бывших пациентов могут справляться со своими обязанностями, а также демонстрировать определенную решимость, устойчивость и желание быстрее вернуться на работу после сложного периода их жизни. Кроме того, стресс на работе для них не так обременителен, как стресс, связанный с длительным периодом вынужденной безработицы, бедности и изоляции.

Могут ли они справляться с административными аспектами своей работы?

Хотя до приема на работу в качестве сотрудников, некоторые из них, возможно, долгое время не работали, а у других не было возможности получить хорошее образование, многие из них достаточно (если не более) компетентны в административных вопросах по сравнению с обычным персоналом. Тем, кто имеет трудности с такими задачами, можно показать, как выполняются те или иные административные аспекты их работы. При необходимости им может быть оказано содействие. В качестве примера можно привести людей с когнитивными и лингвистическими нарушениями, которым запись своей речи на диктофон и ее последующая расшифровка позволяет заполнять необходимую документацию.

Не причинят ли они вред своим пациентам, нарушив конфиденциальность или сказав «что-то не то»?

Считается, что эти сотрудники, также как и другие работники, подчиняются общим установкам и правилам относительно врачебной тайны и конфиденциальности. Соответствующее обучение и супервизия этому способствует, поэтому они так же ответственны за сохранение конфиденциальности информации о пациентах, как и все остальные сотрудники. Нет оснований думать, для них это труднее, чем для кого-то еще. В самом деле, учитывая их особое отношение к вопросам частной жизни, связанное с их собственным психиатрическим опытом, по всей видимости, они будут более крепко, чем обычные работники, хранить врачебную тайну. Также маловероятно, что они после обучения и супервизии чаще, чем обычные сотрудники, будут говорить «лишнее». Если это «лишнее» включает дискредитирующее и неуважительное лечение, то сотрудники из числа бывших пациентов, возможно, действительно будут меньше его поддерживать, что в свое время отметил и Пуссен.

Не сделают ли они мою работу более тяжелой вместо того, чтобы ее упростить?

Движение «поддержки равных» – это важное и полезное дополнение к существующим на сегодняшний день службам психического здоровья. Эти сотрудники особенно хорошо справляются с работой по привлечению психически больных людей к лечению и в роли посредника между пациентами и обычным персоналом. Если хорошо обученные сотрудники из числа бывших пациентов облегчат жизнь другим больным и

снизят уровень нагрузки на обычных сотрудников, то это позволит последним сосредоточиться на выполнении другой важной работы.

ЭФФЕКТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ СЛУЖБЫ РАВНЫХ

Ниже перечислены некоторые эффективные стратегии по внедрению в практику традиционных психиатрических учреждений службы «поддержки равных»:

- четкое описание работы и прояснение ролей сотрудников, одобренное основными заинтересованными лицами (включая составителей программ, супервизоров и потенциальных коллег), с соответствующими должностными инструкциями и понятными процедурами оценки качества выполнения работы;
- привлечение как на ранних этапах, так и в дальнейшем, обычных сотрудников, руководителей, а также выздоровевших пациентов к процессу создания рабочих мест для этих сотрудников, включая описания должностных инструкций и рекомендаций по приему их на работу;
- выявление и оценка вклада этих сотрудников в программы по реабилитации и в работу тех учреждений, где они работают. Например, вся польза от их участия в составе команды исчезнет, если от них требовать лишь выполнения традиционных функций специалиста по ведению конкретных случаев. Другими словами, крайне важно, чтобы в своей деятельности они могли использовать потенциал, приобретенный ими в течение жизни и в процессе обучения, а не только ставить перед ними задачи, с которыми обычные сотрудники не успевают справляться из-за большой занятости (такими, например, как регистрация и предоставление транспорта);
- на первых этапах их участия в каком-либо проекте или в составе команды или какого-либо объединения следует привлекать не менее двух человек, чтобы облегчить им переход к новым для себя ролям и дать им возможность поделиться опытом и оказать друг другу взаимную поддержку;
- выбрать старшего администратора, который возьмет на себя роль их «защитника» («champion»), будет решать вопросы, возникающие на системном (в противоположность индивидуальному) уровне, а также будет лоббировать интересы этой службы на уровне общественных институтов;
- обучение для этих сотрудников, которое охватывает навыки и умения, необходимые для выполнения их ролей, включая такие, как правильное использование в лечебных целях собственного опыта победы над болезнью, навыки эффективного слушания собеседника, установление продуктивного контакта. Также следует обсудить способы выявления и постановки целей, поведение в непредвиденных ситуациях, требования, предъявляемые к ведению и заполнению административной документации, вопросы этики и конфиденциальности, границ, самопомощи, способы разрешения конфликтов на рабочем месте, в том числе открытого разговора об аспектах власти и иерархии внутри организации;
- при осуществлении супервизий, больше внимания следует уделять их профессиональным качествам, показателем работы и поддержке, а не их психическому статусу и тому, насколько они оправдывают ожидания общественных институтов при сравнении их с обычными сотрудниками;
- проведение обучающих тренингов для обычного персонала, которые охватывают вопросы инвалидности, ущемления в правах их коллег из числа бывших пациентов при трудоустройстве, обеспечении жильем и предъявляемых к ним требованиям. Также в ходе семинаров следует рассматривать вопросы этики, границ, нахождения общего языка, ответ-

ственного отношению ко всем коллегам, способах разрешения конфликтов на рабочем месте, в том числе открытого разговора об аспектах власти и иерархии внутри организации;

- распространение информации об удачных примерах, что вселяет надежду и стойкость всех участников процесса помощи.

ВЫВОДЫ

Как следует из списка вышеперечисленных стратегий, внедрение в психиатрические учреждения службы «поддержки равных» – это малоприятная и сложная работа, которая приносит выраженные перемены в культуру этих учреждений. Стремление к подобным изменениям и являлось одной из движущих сил распространения этого движения с самого начала его возникновения, еще с эпохи Пинеля и «морального» лечения. Хотя потребность в таких изменениях сегодня не так очевидна – все же лица с тяжелыми психическими расстройствами сейчас не находятся в кандалах и в большинстве стран не подвергаются необходимому жестокому обращению и насилию – необходимо сделать их полноценными гражданами и восстановить их в базовых правах все еще остается актуальной задачей. Депривация и дискриминация больных в наши дни может принимать различные формы, которые требуют изменений, подобных тем, которые происходили в период морального лечения. Переход от потребителя психиатрических услуг в качестве пациента к работе сотрудником в рамках движения «поддержки равных» – конкретный пример подобного рода, и развитие этого движения способствует более широкому изменению, чем просто улучшение прогноза у отдельных больных, что и подтверждается результатами контролируемых исследований.

Литература:

1. Weiner DB. The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document, "Observations of Citizen Pussin on the Insane". *Am J Psychiatry* 1979;36:1128-34.
2. Sherman PS, Porter R. Mental health consumers as case management aides. *Hosp Commun Psychiatry* 1991;42:494-8.
3. Department of Health and Human Services. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
4. Pinel P. A treatise on insanity. Sheffield: Todd, 1806.
5. Davidson L, Raakfeldt J, Strauss JS. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. London: Wiley-Blackwell, 2010.
6. Goldstrom I, Campbell J, Rogers J et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2005;33:92-103.
7. Davidson L, Chinman M, Kloos B et al. Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:165-87.
8. Davidson L, Chinman M, Sells D et al. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006;32:443-50.
9. Clarke GN, Herincks HA, Kinney RF et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Ment Health Serv Res* 2000;2:155-64.
10. Davidson L, Shahar G, Stayner DA et al. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. *J Commun Psychol* 2004;32:453-77.
11. O'Donnell M, Parker G, Proberts M et al. A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:684-93.

12. Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: two-year outcomes of a randomized trial. *J Ment Health Adm* 1995;22:135-46.
13. Felton CJ, Stastny P, Shern D et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995;46:1037-44.
14. Chinman M, Rosenheck R, Lam J et al. Comparing consumer and non-consumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:446-53.
15. Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Commun Ment Health* 2011;47:106-12.
16. Sells D, Davidson L, Jewell C et al. The treatment relationship in peer-based and regular case management services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:1179-84.
17. Rowe M, Bellamy C, Baranoski M et al. Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: outcomes of a Group- and Peer-Based Intervention. *Psychiatr Serv* 2007;58:955-61.
18. Solomon P, Draine J, Delaney M. The working alliance and consumer case management. *J Ment Health Admin* 1995; 22:126-34.
19. Wexler B, Davidson L, Styron T et al. Severe and persistent mental illness. In: Jacobs S, Griffith EEH (eds). 40 years of academic public psychiatry. London: Wiley, 2008:1-20.
20. Davidson L, Stayner DA, Chinman MJ et al. Preventing relapse and readmission in psychosis: using patients' subjective experience in designing clinical interventions. In: Martindale B (ed). Outcome studies in psychological treatments of psychotic conditions. London: Gaskell, 2000:134-56.
21. Davidson L, Tondora JS, Staeheli MR et al. Recovery guides: an emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities. In: Lightburn A, Sessions P (eds). Community based clinical practice. London: Oxford University Press, 2006:476-501.
22. Salzer M, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J* 2002;25: 281-6.
23. Solomon P. Peer support/peer provided services: underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27:392-401.
24. Solomon P, Draine J. The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:20-7.
25. Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press, 2003.
26. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:134-41.
27. Davidson L, Weingarten R, Steiner J et al. Integrating promoters into clinical settings. In: Mowbray CT, Moxley DP, Jasper CA et al (eds). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia: International Association for Psychosocial Rehabilitation Services, 1997:437-55.
28. Mowbray CT, Moxley DP, Thrasher S et al. Consumers as community support providers: issues created by role innovation. *Commun Ment Health J* 1996;32:47-67.
29. Sells D, Black R, Davidson L et al. Beyond generic support: incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2008;59:1322-7.
30. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1271-84.
31. Tondora J, O'Connell M, Dinzeo T et al. A clinical trial of peerbased culturally responsive person-centered care for psychosis for African Americans and Latinos. *Clinical Trials* 2010;7:368-79.
32. Sledge WH, Lawless M, Sells D et al. Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011; 62:541-4.
33. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
34. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
35. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health* 2007;16:1-12.
36. Besio SW, Mahler J. Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. *Hosp Commun Psychiatry* 1993; 44:490-1.
37. Carlson LS, Rapp CA, McDiarmid D. Hiring consumer-providers: barriers and alternative solutions. *Commun Ment Health J* 2001;37: 199-213.
38. Chinman M, Hamilton A, Butler B et al. Mental health consumer providers: a guide for clinical staff. Santa Monica: Rand Corporation, 2008.
39. Chinman M, Young AS, Hassell J et al. Toward the implementation of mental health consumer provider services. *J Behav Health Serv Res* 2006;33:176-95.
40. Daniels A, Grant E, Filson B et al (eds). Pillars of peer support: transforming mental health systems of care through peer support services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010.
41. Gates LB, Akabas H. Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2007;34:292-306.
42. Hebert M, Rosenheck R, Drebing C et al. Integrating peer support initiatives in a large health care organization. *Psychol Serv* 2008; 5:216-27.
43. Simpson EL, House AO. Involving service users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002; 325:1265-70.
44. Townsend W, Griffin G. Consumers in the mental health workforce: a handbook for providers. Rockville: National Council for Community Behavioral Health Care, 2006.