

RECOVERY (ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВ МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И. Я. Гурович, Н. Г. Шашкова, Л. Я. Висневская, Я. А. Сторожакова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Один из очередных форумов в журнале World Psychiatry (Всемирная психиатрия) [7] был посвящен обсуждению модели recovery (личностно-социального восстановления) при шизофрении, предложенной потребителями психиатрической помощи. Поскольку проблема recovery при шизофрении является одной из весьма важных в психиатрии, касается не только профессионалов, но и самих пациентов, и может оказать существенное влияние на совершенствование психиатрической помощи, считаем необходимым для читателей журнала привести дискуссию, опубликованную в указанном журнале в виде расширенного реферата.

В заглавной статье **A.S.Bellack** и **A.Drapalski (США)** [5] дан критический анализ модели recovery потребителей психиатрической помощи и представлены обоснования собственной концепции этого феномена. Авторы пишут об изменении традиционного отношения к шизофрении как к хроническому заболеванию со всегда неблагоприятным исходом; в настоящее время имеется свыше 20 современных долгосрочных исследований шизофрении, которые во многом различаются, но из которых следует, что около 50% больных продемонстрировали хороший исход с существенной редукцией симптомов, хорошим качеством жизни и ролевых функций в течение длительного времени.

Помимо целого ряда публикаций, в 2007 году Американская администрация служб злоупотребления психоактивными веществами и служб психического здоровья (US Substance Abuse, Mental Health Services Administration – SAMHSA) провела конференцию с участием потребителей психиатрической помощи, врачей и ученых и разработала следующее определение recovery: «психическое восстановление достигается путем исцеления и преобразования человека с психической несостоятельностью к способности жить полноценной жизнью в сообществе по своему выбору при наличии стремления к полному использованию личностного потенциала».

Авторы считают, что определение SAMHSA, основанное на десяти характеристиках восстанов-

ления (самостоятельность, индивидуальная ориентированность, расширение прав и возможностей, целостность, гибкость, сильная основа, взаимная поддержка, уважение, ответственность и надежда), не обеспечивает идентификации recovery; это разные параметры модели личностно-социального восстановления. Определение SAMHSA не может быть адекватным руководством для исследования и оценки эффективности клинических программ. Понятно, что профессиональным и научным сообществами недостаточно оценен опыт людей с тяжелыми психическими заболеваниями и их способность восстанавливаться после деградирующего результата их болезни. Вместе с тем не ясно, характерно ли recovery для широких контингентов лиц с тяжелыми психическими расстройствами, или оно характерно только для подгруппы с хорошим исходом.

Для того, чтобы концепция recovery имела долгосрочные последствия, она должна быть связана с более объективными показателями течения болезни и функционирования в обществе.

Авторы считают, что главным ограничением потребительской модели личностно-социального восстановления является то, что она не основана на установленных психологических принципах и строится на неопределенных конструкциях, которые не были объективно определены. Они обосновывают свою социальную когнитивную модель личностно-социального восстановления, которая рассматривается в контексте социальной когнитивной теории А.Бандуры, основным принципом которой является самоэффективность. Люди, как носители опыта, не являются просто автоматами, которые управляются нейрокогнитивными процессами. Самоэффективность – это представление о силе своего управления внутренним и внешним опытом, уверенность в своих способностях включает в себя собственные и связанные с окружающими возможности, способствует самоуважению и удовлетворенности жизнью. Уменьшение самоэффективности может сопровождаться появлением безнадежности, потерей самоу-

важения, самоконтроля (что бывает у лиц с тяжелыми психическими заболеваниями, включая историю неудач социальных ролей, стигму и самостигматизацию). И, наоборот, успехи в преодолении болезни под влиянием социального обучения могут способствовать возрастанию самоэффективности, чувству собственной значимости, надежды, достоинства.

Авторы отмечают ограниченность литературных данных по самоэффективности при тяжелых психических расстройствах. Не изучено, в какой мере личностно-социальное восстановление опосредовано такими факторами, как занятость на работе или социальными отношениями. Они считают, что необходимо развивать научную базу, чтобы ответить на все подобные вопросы. Авторы высказывают неудовлетворенность существующими инструментами для оценки личностно-социального восстановления и сообщают, что ими разработана Мэрилендская оценка восстановления у людей с серьезными психическими заболеваниями (Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness – MARS). Это анкета самоотчета, содержащая 25 пунктов. Заполнение MARS занимает, как сообщают авторы, менее 10 минут, что делает ее удобной для использования.

Предварительные данные, полученные с помощью MARS при исследовании контингента амбулаторных больных, показывают, что личностно-социальное восстановление не просто побочный продукт традиционных исходов, скорее всего это «различные конструкции» для понимания последствий серьезных психических заболеваний, а также для оценки результатов лечения. Однако отмечается, что MARS не имел высоких корреляций ни с получением личностно-социального восстановления, ориентированного на терапию, ни с удовлетворенностью лечением. Авторы сообщают, что организуют в настоящее время исследование на более разнообразном и многочисленном контингенте больных с более длительными периодами оценки.

R.P.Liberman (США) [10] считает, что определение recovery больше подогрело интерес, чем осветило проблему. По определению защитников прав потребителей психиатрической помощи, речь идет в этих случаях о наличии значимой для личности и полноценной жизни, быть вправе принимать собственные решения в отношении своих жизненных целей и лечения, сохранять надежды на будущее, пребывать в мире с самим собой и ценить чувство целостности, благополучия и самоуважения. Автор отрицает их в качестве единственной опоры для определения recovery в силу их неоднозначности и субъективности. Руководствоваться ими означает – не видеть границу между теми лицами, которые зависят от других, останутся отключенными от окружающего мира, сохраняют позитивную и негативную симптоматику и теми, которые добились относительно нормальной работы и социального функционирования, ведут активный образ

жизни. Recovery, считает автор, должно признаваться только тогда, когда пациенты, как правило, благодаря лечению и реабилитации, больше не имеют серьезных симптомов болезни, влияющих на личную независимость, и могут относительно нормально функционировать в своих семьях, социальной жизни, работе, учебе, самоуправлении и проведении досуга. Иными словами, форма recovery следует за функционированием. Автор ссылается на концепцию recovery, разработанную группами, включающими профессионалов, больных, представителей общественных организаций. Эта концепция опирается на следующие критерии: а) наличие симптомов легкой степени тяжести, не мешающих повседневной работе; б) работа в условиях рынка труда или посещение школы по крайней мере половину времени; в) достаточно сердечные отношения в семье при распознавании случайных разногласий; г) наличие хотя бы одного друга, с которым пациент участвует в социальной и рекреационной деятельности не менее одного раза в две недели; д) независимое проживание: управление финансами, самообслуживание, личная гигиена, «управление болезнью». Автор так же, как A.S.Bellack и A.Drapalski считает, что взгляды потребителей помощи расплывчаты, не основаны на базовых психологических принципах и не относятся к эмпирически надежным определениям. Но в попытке облечь эти определения в объективные, поддающиеся измерению формы, интегрировать их с академическими respectable теориями поведения, они обращаются к социальной когнитивной модели, основанной на концепции А.Бандуры – самоорганизации и самоэффективности. Однако шкалы для измерения самоэффективности должны быть адаптированы к конкретной предметной области функционирования, иначе остается много двусмысленностей в отношении того, что должно быть измерено точно. Пока не ясно, какая сила обеспечивается мерами самоэффективности растущих функциональных достижений в социальной сфере, семейной жизни, работе, школе, дружбе. Романтической концепции, что система растущих успешных достижений все больше порождает мотивацию и стремление к успеху, реализации все более амбициозных целей, противоречит опыт работы с лицами, страдающими шизофренией, у которых каждое функциональное достижение – переход к самостоятельному проживанию, начало работы, возвращение в школу – сопровождаются стрессом, неуверенностью, страхом неудачи. Успех часто не является накопительным, и необходима постоянная опора на тренировку и заучивание функциональных навыков и способов решения проблем. Было бы неправильно также не обращать внимания на присутствие психотических симптомов и функциональной инвалидности, выражающейся в неспособности к выполнению социальных ролей.

M.Slade (Англия) [13] остановился в основном на подходах к оценке измерения поддержки личностно-социальному восстановлению пациентам в службах

психического здоровья в этой стране и осуществлению этой поддержки. Как сообщается, была принята попытка создания практического руководства, ориентированного на личностно-социальное восстановление. Оно касается четырех областей практики: поддержка лично определяемого восстановления; область рабочих отношений (поскольку, как показывает опыт, переломные моменты в жизни людей, пользующихся услугами психиатрических служб, связаны с подлинной встречей с врачами), то есть для врачей это не только то, что они делают, назначая лечение, но и как это делается; организационные обязательства; а также содействие гражданству. Ориентация на восстановление включает в себя изменение центра тяжести от лечения болезни к поддержке личности и гражданства, что может потребовать переосмысления роли врачей. В этом аспекте важно, как рекомендации врачей будут восприниматься работодателем, чтобы лица с проблемами психического здоровья могли работать, получая индивидуализированное лечение. На уровне организационных обязательств 30 из 55 объединений (групп по оказанию услуг) психического здоровья приняли участие в специальном проекте. Разработанные вмешательства направлены на поддержку процессов личностно-социального восстановления. Переориентация включает также обучение персонала.

M.C.Angermeyer и G.Schomerus (Австрия, Германия) [4] отмечают, что для освещения некоторых белых пятен концепции recovery очень важны перспективы проблемы стигмы. В своей модели совмещения recovery и самоэффективности A.S.Bellack и A.Drapalski пытаются вместить recovery в определенные терапевтические рамки. Они выбрали концепцию самоэффективности А.Бандуры в качестве ключевого элемента, влияющего на процесс recovery, и, следовательно, они относятся к стигме как элементу, поддерживающему болезненный персональный опыт снижения самоэффективности и тем самым препятствующий recovery. Действительно, многие исследования последних лет фокусируются на индивидуальном опыте стигмы. В них использованы различные подходы к совладанию со стигмой, подчеркивается значение индивидуальных гибких стратегий. В других работах изучались индивидуальные последствия самостигматизации и было показано, что распространение этих предубеждений снижает моральную устойчивость и учащает госпитализации. Таким образом, стигма и recovery обуславливают различные перспективы индивидуального опыта психически больных с разным акцентом на препятствиях, но эти перспективы связаны друг с другом. Однако перспектива стигмы не связана только с индивидуальностью. Базируясь на данных социологии и социальной психологии, большинство исследователей стигмы психического заболевания рисует социальные перспективы, стараясь исходить из понимания культурального контекста индивидуального

опыта психически больных, и описывают дискриминационные механизмы их несостоятельности именно с этих социальных позиций. Развита и протестирована теоретическая модель, способная прогнозировать отношение общества и определить мишень для его изменений. Важный социальный аспект стигмы – это также структурированная дискриминация, находящая нередко отражение в правилах, законах, системе охраны здоровья. Таким образом, индивидуальные перспективы recovery нуждаются в комплектации с социальными перспективами. Дискриминация не является первичной проблемой индивидуального совладания. Иначе возникает перенос ответственности общества на индивидуальность. Приводя к росту чувства вины, это может способствовать росту стигматизации, а не ее редукции. Возникает определенный риск, поскольку рост «ответственности» пациентов иногда приводит с течением времени к снижению затрат общества на службы психического здоровья. Исследователи recovery должны осознавать эти ограничения.

P.Lysaker и B.Leonhardt (США) [11] отмечают, что A.S.Bellack и A.Drapalski в своем обзоре указывают, наряду с эмпирическими работами, утверждающими, что recovery для лиц с шизофренией является больше правилом, чем исключением, для этого движения потребителей психиатрической помощи recovery часто является глубоко субъективным, личностным понятием и не может быть удовлетворительным объектом научного исследования. Они призывают к более точному операциональному определению. Поскольку в центре проблемы две темы – активность и самоэффективность, авторы фокусируются на анализе активности. Движение recovery есть не только реакция на патерналистскую практику, но и ответ на определенные теоретические парадигмы, которые подчеркивают, что психоз является результатом социальных и биологических воздействий, пренебрегая ролью индивидуальности, которая строит свою собственную концепцию того, что случилось в ее жизни.

Движение recovery полагает, что люди не являются пассивной территорией, где встречаются биологическая и социальная силы, но – агентами, которые интерпретируют свой опыт, и чье мнение играет существенную роль в исходе. Они активно составляют представление о своей жизни, обнаруживают решение действовать, совершать поступки (например, вернуться к работе) или отстаивать свои права. Важность активности и независимости от болезни обычно звучит в различных самоописаниях при recovery. Активность, таким образом, создает необходимость оценки событий – что хорошо и что плохо в их жизни. Опасность состоит в том, что активность рассматривается в рамках контекста, что правильно и что неправильно, но не все жизненные препятствия могут осознаваться. Это, например, касается принятия или неприятия меди-

цинской модели. Поэтому авторы, не отрицая значения тщательной разработки количественных изменений для оценки recovery, считают необходимым учитывать степень осознания описываемых большими изменений. Такая качественная оценка может помочь понять имеющиеся нарушения и быть предиктором дальнейших успехов.

J.Wallcraft (Англия) [15] ставит вопрос: сможет ли пережить потребительская модель recovery операционализм? Отмечая, что A.S.Bellack и A.Drapalski ясно показали важность модели recovery и как она воздействует на систему охраны психического здоровья в США в плане ухода от патерналистских служб, эти авторы цитируют наиболее влиятельное определение recovery Anthony не полностью, опуская его контекст, где говорится, что «выздоровление от психического заболевания, нечто большее, чем выздоровление вообще». Люди с психическими заболеваниями должны выздороветь от стигмы, которую они включили в свое существование, от эффекта лечебных учреждений, отсутствия условий для самоидентификации, побочных эффектов, отсутствия занятости и разрушенных перспектив. Операциональное определение тесно связано с их теоретическими представлениями, что личностная активность и самоэффективность делают возможным для личности управлять внутренним и внешним опытом. Так как это является стартовым пунктом, не удивительно, что MARS как операциональный инструмент подтверждает, что эти психологические аспекты являются доминантами recovery. Эти авторы начинают обсуждение с обесценивания людей recovery как недостаточно психологических, но может быть стоит подвергнуть проверке ценность самой операционализации, как делающей невозможным проводить эмпирическую работу в тех областях, где варибельность не имеет ценности для понимания существа явлений. Если измерения определяют концепцию, которая не имеет собственного сущностного содержания, тогда не может быть конвергенции с психологическими открытиями, так как нечего будет открывать. В случаях recovery, операционализация рискует ранжировать несущественные и обесцененные психологические аспекты, которые прямо относятся к индивидууму, видящему свою болезнь как результат персонального личностного путешествия и собственного опыта процесса их осмысления. M.Slade, психолог (Англия) нашел те же проблемы при описании recovery. Он обозначил различия между клиническим выздоровлением, которое достаточно точно определяемо, чтобы его можно было подвергнуть эмпирическому исследованию, и личностным выздоровлением, которое гораздо труднее определить операционально. M.Slade, однако, соглашается, что не является невозможным использовать эмпирические количественные исследования для установления того, что помогает выздоровлению. Он указывает на принципиальные компоненты, вытекающие из

анализа нормативов, включающих продвижение, надежду и оптимизм, знания и удовлетворенность жизнью. Инструментарий MARS может быть ценным дополнением к существующим методикам, но он не в состоянии, как это делают авторы этого инструментария, отменить основанные на работе самих пользователей. Некоторые из этих измерений уже апробированы, включая шкалу оценки выздоровления (Recovery Assessment Scale), которая выявила 5 факторов: персональную уверенность и надежду, желание помощи, ориентацию на цели и успех, доверие к окружающим и отсутствие доминирования симптоматики. Социальные отношения являются другим компонентом recovery. Recovery – это социальный процесс, в котором факторы помощи должны иметь дело с оценкой отношений окружения. Возможно, вместо использования модели recovery для исследовательских методов и концепций лучше было бы приспособить исследовательские методы для создания комплексной концепции recovery.

М.О’Hagan (Новая Зеландия) [12] сообщает, что он, как специальный уполномоченный по психическому здоровью в этой стране, взял на себя ответственность сформулировать, что означают подходы recovery в национальном контексте. A.S.Bellack и A.Drapalski – пишет автор, кажутся пребывающими в стороне от критики существующих взглядов и структур, которые оказывают помощь при психическом расстройстве. Для тех, которые обучались прежде всего на своем жизненном опыте и анализе движения выживания пользователей, критика этих взглядов и структур необходима для трансформации служб и общества в сторону поддержки recovery. A.S.Bellack и A.Drapalski описывают recovery как модель, но автор скорее рассматривает ее как философию. Философия в данном контексте – это ряд убеждений, с которыми надо подходить к моральной оценке. Это делает его несогласным с обсуждаемыми положениями. Автор в принципе не против внедрения разработанных методик оценки, в частности, измерительных количественных показателей recovery в отношении отдельных случаев и популяций, но создается впечатление, что для предложивших их авторов – это способ решить проблему в достаточно узкой области науки, в то время как для него – это использовать жизненный опыт и внедрить его в обслуживающую структуру и широкую общественность.

В статье «Перемены в конструкции recovery или призыв к серьезному отношению к “субъективному опыту”» **F.Callard (Англия)** [6] отмечает, что продолжающиеся научные и философские дебаты, как определить и изменить recovery, могут пойти в разных направлениях. Хотя A.S.Bellack и A.Drapalski утверждают, что они отдают дань субъективному опыту пользователей, их статьи неизбежно восстанавливают ортодоксальные психологические формулировки, основанные на традиционных моделях объективности, надежности и валидности. Они вво-

дят различия между практическим и концептуальным значением *recovery*, которые включают продуктивную активность типа работы или обучения в школе, улучшенные социальные взаимоотношения и субъективную оценку здоровья, которая не может быть точно оценена. Напротив, другие авторы указывают, что субъективное ощущение благополучия само по себе конструирует и поддерживает социальные отношения. Модель потребителей в области *recovery* в общем далека от отрицания исследований, направленных на практические и концептуальные определения факторов, лежащих в основе ощущения благополучия, но настаивает на развитии более нюансированных оценок улучшения, что может привести к переменам, как со стороны общественности, так и пользователей. Такой подход подразумевает не только то, что индивидуальная активность и самоэффективность нуждается в обращении к социальным отношениям и часто лежащей в их основе недостаточности усилий. A.S.Bellack и A.Drapalski не являются единственными, кто обращается к знакомым конструкциям в момент возникновения новых парадигм (как эта потребительская модель пользователей), что предъявляет новые требования к психиатрической эпистемологии и методам, которые возникли, когда исследователи столкнулись с мышлением и методами, выросшими из движения пользователей психиатрических служб. Действительно, существуют разногласия, касающиеся того, насколько пути измерений исходов в психиатрии (то есть применение стандартных психологических конструкций и шкал) соответствуют эпистемологии моделей, развиваемых пользователями. Единственный творческий выход – развитие новых путей конструирования шкал с серьезной оценкой субъективного опыта пользователей, а не только базирующихся на клинических дефинициях «хорошего исхода». В этой связи автор указывает на модель Bose, которая обосновывалась тем, что «только пользователи знают изнутри, какие службы и какое лечение помогают им и какие вредят». A.S.Bellack и A.Drapalski не сомневаются и приводят свои аргументы по поводу того, что развитие оценки *recovery* должно также быть принято учеными, клиницистами, членами семьи и законодателями. A.S.Bellack и A.Drapalski тем самым уводят модель *recovery* от политических решений в сторону эмпирической валидности модели, что характерно для научной практики. Вместе с тем, вся эмпирическая очевидность, относящаяся к обоснованию модели, может быть изменена политическими решениями, перспективы которых должны быть учтены в суждениях о хорошем исходе.

R.Thara (Индия) [14] сообщает, что движение пользователей в развивающихся странах еще только набирает силу. Службы патерналистской направленности не так часто прислушиваются к мнению потребителей, как должны были бы делать. В этом

контексте было предпринято небольшое исследование, чтобы определить перспективы пользователей в плане *recovery* при шизофрении. Из 164 амбулаторных пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством 100 согласились принять участие в исследовании. Им задавались вопросы относительно того, что они персонально считают показателями *recovery*. Затем их знакомили со списком показателей, составленным по литературным данным, проводились беседы. Затем выясняли, что они бы считали достоверным показателем того, что они выздоровели. 88% считали, что это отсутствие симптомов болезни; 73% – отсутствие новых приступов; 70% – возвращение к прежней жизни; 62% – возможность выполнять возложенные на них обязанности; 65% – прекращение приема лекарств; 63% – заявляли о поисках работы, работа рассматривалась как основной показатель *recovery*; 35% – говорили о намерении жениться и иметь детей. Хотя такие индивидуальные подходы как самоэффективность не фигурируют в указанных ответах, эта тема звучала в виде результативности в социальной или рабочей ситуации, необходимости справляться с жизнью, становиться независимым. Пациенты в 6 раз чаще называли внутренние оценки, чем внешние. Хотя группа в основном состояла из лиц с давностью заболевания свыше 11 лет, никто не считал выздоровление невозможным. Из этого исследования следует, что пациенты не считают службы помощи слишком патерналистскими, порождающими чувство безнадежности, на что указывают A.S.Bellack и A.Drapalski. Представляется, что эта группа имела достаточно реалистическое представление о *recovery* и показала высокое стремление к социальному функционированию и работе.

В статье **S.Katontoka (Замбия)** [9] прозвучал призыв к партнерству между профессионалами и потребителями психиатрической помощи, а также сообществом, которое ищет пути создания условий, в которых психически больные могут самореализовываться как и здоровые люди.

Наш комментарий

Прежде всего, обращает на себя внимание значение, которое придается развитию проблемы *recovery*. В этом плане A.S.Bellack и A.Drapalski ссылаются на два доклада федерального уровня в США – доклад главного специалиста по охране психического здоровья, содержащий вывод о том, что деятельность всех служб охраны психического здоровья должна быть ориентирована на достижение пациентами личностно-социального восстановления, а также на доклад комиссии, занимающейся предложениями по реформированию служб психического здоровья в Америке. Авторы также сообщают, что принципы, провозглашенные в этих докладах, были приняты государственными системами охраны психического здоровья в США, Канаде, Великобритании, Италии, Ав-

стралии и Новой Зеландии. В отечественной литературе проблема recovery (личностно-социального восстановления) при шизофрении впервые освещалась нами [1], в том числе и ее значение для совершенствования психиатрической помощи, и нашла отражение в некоторых последующих публикациях [2, 3]. Проблеме, связанным с социальным восстановлением, было посвящено совещание Всероссийской общественной организации лиц с психическими расстройствами и их родственников. Однако можно считать, что значение проблемы recovery еще недостаточно оценено психиатрической общественностью в нашей стране как для психиатрии вообще, так и для практики оказания помощи. Вероятно, не главная, но одна из причин этого – недостаточная разработанность и дискуссионный характер критериев определения recovery; мы и ранее отмечали необходимость разработки международно согласованных критериев [1].

Ряд проблем, которые были обозначены A.S.Bellack и A.Drapalski и которые стали предметом обсуждения в других статьях, составивших комментарий, – это прежде всего проблема феноменологии и идентификации recovery, связанная с субъективным в значительной степени характером его проявлений, что звучит в определениях recovery, представленных самими пользователями. Отсюда особые трудности их измерения, без чего, однако, невозможен научный анализ. Это определяется различиями потребительских и научных концептуальных моделей recovery, если иметь в виду более широкий взгляд на проблему. В то же время, попытка решить проблему оценки сложных и «неопределенных» характеристик recovery в модели потребителей с помощью традиционных измерений также вызывает серьезные опасения. Еще одна проблема – является ли, и в какой степени, recovery реакцией у пациентов на патерналистский характер психиатрической помощи, способствующий чувству безнадежности и бесперспективности у пациентов, а подход к проблеме, как бы в рамках решения одной из узких научных проблем, не означает ли уход от необходимости решений об изменениях в психиатрических службах.

Все это общие лейтмотивы обсуждения и предметы разных точек зрения. В комментариях было подчеркнуто значение для признания recovery активного образа жизни, социального функционирования, а также отсутствие или невыраженность психотической симптоматики, что определяет упорядоченность поведения и более или менее независимое проживание.

Нельзя не согласиться с авторами, участвующими в обсуждении, что recovery при шизофрении как сложное явление включает ряд характеристик, без учета каждой из которых не только признание его наличия, но и понимание путей возникновения было бы неполным.

Во-первых, это объективные изменения шизофренического процесса – редукция симптоматики в течение относительно продолжительного време-

ни, на что указывалось неоднократно, возвращение с тенденцией в той или иной степени к расширению социального функционирования; во-вторых, формирование комплекса субъективно определяемых изменений, связанных с личностью, ее позицией, самооценкой, отношением к болезни, окружающему, будущему, формирование новой ценностной ориентации, преодоление негативных обстоятельств, «обретения» прав.

Скорее можно согласиться с теми участниками дискуссии, которые указывают на необходимость комплексных критериев recovery. Но есть еще одна сторона, которая в указанной дискуссии не обсуждалась – клиническая. Это вероятно, связано с тем, что обсуждалась не проблема recovery в целом, а ее потребительская модель.

В первом докладе лишь поставлен вопрос о том, является ли recovery проблемой для всех больных этой диагностической группы или личностно-социальное восстановление – перспектива лишь для узкой подгруппы пациентов.

К сказанному выше следует добавить, что для констатации recovery важно также определить при каких вариантах заболевания наблюдается recovery, на каком этапе болезни, каковы клинические особенности шизофренического процесса в этих случаях, и как соотносятся ремиссии и recovery. Все это еще изучено недостаточно.

Очевидно, что recovery проявляется в разной степени выраженности. Предварительно можно, например, отметить, что наиболее яркие картины личностно-социального восстановления наблюдаются после многолетних аффективно окрашенных психотических состояний или приступообразного, почти непрерывного (континуального) течения с явлениями «скрытой фазности». При этом неожиданно возникающая глубокая ремиссия может сопровождаться выраженными явлениями личностно-социального восстановления с появлением после длительного периода болезни новых личностных целей, активности в социальном функционировании, преодолении стигмы.

Близкие картины recovery иногда наблюдаются на этапе регрессиентности шизофренического процесса, когда доминирующие признаки личностно-социального восстановления сочетаются с еще наблюдающимися, но постепенно затухающими обострениями психопатологической симптоматики. При длительных постоянно поддерживаемых терапевтических ремиссиях у пациентов с относительно выраженной прогрессиентностью непрерывно текущего процесса, получающих также психосоциальную терапию и активно вовлекаемых в социальную среду (например, в общественной организации пациентов), начинают все больше проявляться признаки recovery; здесь можно видеть представленные фрагментарно различные стадии личностно-социального восстановления как этап динамики ремиссионного состояния. Таким образом, recovery

наблюдается разрозненно в различных группах больных в соответствии с разнообразием исходов. Вероятно, с этим связаны трудности, о которых сообщают A.S.Bellack и A.Drapalski при использовании разработанного ими инструмента MARS для оценки recovery на группе 100 амбулаторных пациентов и плана продолжить исследование на более широком и разнообразном контингенте больных. В то же время нет оснований ограничивать возможность возникновения recovery какой-то узкой группой больных. Поэтому важно еще раз напомнить требования [7], связанные с проблемой личностно-социального восстановления для совершенствова-

ния психиатрической помощи: службы, ориентированные на личностно-социальное восстановление – это те, которые не ограничиваются поддержанием удовлетворительного состояния и предотвращением обострений у пациентов, а могут продвинуть процесс выздоровления; это ориентация на человека, не только как пациента, но нуждающегося в поддержке и за пределами психиатрической службы, где можно получить значимые социальные роли; это также участие пациентов в дизайне и осуществлении психиатрической помощи; это, кроме того, возможность участвовать в выборе своих долгосрочных целей и сохранять надежду на будущее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция recovery // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к II пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Динамика эндогенных психических расстройств. Сообщение 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 16–21.
4. Angermeyer M.C., Schomerus G. A stigma perspective on recovery // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 163–164.
5. Bellack A.S., Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 156–160.
6. Callard F. The vicissitudes of the recovery construct; or, the challenge of taking “subjective experience” seriously // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 168–169.
7. Farcas M. The vision of recovery today and what it means for services // World Psychiatry. 2007. Vol. 6, N 2. P. 4–10.
8. Forum – consumer models of recovery: issues and perspectives // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 156–171.
9. Katonioka S. Consumer recovery: a call for partnership between researchers and consumers // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 169–170.
10. Liberman R.P. Recovery from schizophrenia: form follows functioning // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 161–162.
11. Lysaker P.H., Leonhardt B.L. Agency: its nature and role in recovery from severe mental illness // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 165–166.
12. O’Hagan M. Recovery: is consensus possible? // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 167–168.
13. Slade M. Recovery research: the empirical evidence from England // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 162–163.
14. Thara R. Consumer perception of recovery: an Indian perspective // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 169–170.
15. Walleraft I. Consumer models of recovery: can they survive operationalism? // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 166–167.

RECOVERY (ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВ МОДЕЛИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И. Я. Гурович, Н. Г. Шашкова, Л. Я. Висневская, Я. А. Сторожакова

С учетом значимости проблемы recovery для психиатрии и совершенствования психиатрической помощи приводится в виде расширенного реферата опубликованная в журнале World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 165–166 дискуссия о проблемах и перспективах проблемы recovery, предлагаемой потребителями психиатрической помощи. В комментарии авторы высказываются за комплексный подход к констатации recovery, включающий наличие как объективных (редукция симптоматики, рас-

ширение социального функционирования), так и всего комплекса субъективных изменений, характеризующих личностное восстановление. Кроме того, важно с учетом разнообразия исходов установить варианты течения и клинические особенности, способствующие формированию recovery, и этапы, на которых оно преимущественно или чаще возникает.

Ключевые слова: recovery, концепция потребителей помощи, психиатрические службы, обсуждение.

THE RECOVERY MODEL OF PSYCHIATRIC CARE USERS WITH SCHIZOPHRENIA (PERSONAL AND SOCIAL EMPOWERMENT): DISCUSSION OF THE CONCEPT AND ITS PERSPECTIVES

I. Ya. Gurovich, N. G. Shashkova, L. Ya. Visnevskaya, Ya. A. Storozhakova

This publication includes an extended summary of the discussion about the dilemmas and perspectives of the recovery concept promoted by psychiatric care users published in World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 165–166. This concept plays an important role in modern psychiatry and development of psychiatric care. In their comments to the text, the authors suggest a comprehensive approach to the conclusion about achieving recovery that includes besides objective (symptom reduction, increase of the

social functioning range) also the whole variety of subjective changes that indicate personal empowerment. The authors emphasize the importance of studying different courses and clinical characteristics of the disease that facilitate the recovery as well as the stages at which it occurs, given the variety of possible outcomes.

Key words: recovery, psychiatric care users’ concept, psychiatric services, discussion.

Гурович Исаак Яковлевич – профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

Шашкова Нина Геннадьевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ngshashkova@gmail.com

Висневская Лидия Яновна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сторожакова Янина Абрамовна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: yanina.storozhakova@gmail.com