

# Восстановление пациентов: от заблуждений к пониманию. Внедрение реабилитационно-ориентированных подходов в систему оказания психиатрической помощи

MIKE SLADE<sup>1</sup>, MICHAELA AMERING<sup>2</sup>, MARIANNE FARKAS<sup>3</sup>, BRIDGET HAMILTON<sup>4</sup>, MARY O'HAGAN<sup>5</sup>, GRAHAM PANTHER<sup>6</sup>, RACHEL PERKINS<sup>7</sup>, GEOFF SHEPHERD<sup>7</sup>, SAMSON TSE<sup>8</sup>, ROB WHITLEY<sup>9</sup>

<sup>1</sup>King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK (Великобритания);

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Austria (Австрия);

<sup>3</sup>Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, West Boston, MA 02215, USA (США);

<sup>4</sup>University of Melbourne, School of Health Sciences, Parkville, Melbourne 3010, Australia (Австралия);

<sup>5</sup>Education House, Wellington, New Zealand (Новая Зеландия);

<sup>6</sup>Redpanther Research, Auckland, New Zealand (Новая Зеландия);

<sup>7</sup>Centre for Mental Health, Maya House, London, UK (Великобритания);

<sup>8</sup>Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong, Hong Kong (Гонконг);

<sup>9</sup>Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal, Canada (Канада)

Перевод: Войнова Н.В.

Редактура: Алфимов П.В.

*Понимание процесса восстановления как личного и субъективного опыта пациента в настоящее время распространено во многих странах. Развитие стратегии восстановления требует серьезных изменений в системах оказания психиатрической помощи. Изменить укоренившиеся порядки всегда непросто. В этой статье мы выделяем следующие семь ошибочных позиций («заблуждений»), сформировавшихся у психиатров в отношении процесса реабилитации: восстановление — новая концепция; восстановление для «моих» пациентов вряд ли возможно; добиться восстановления пациента возможно исключительно эффективной психофармакотерапией; принудительное стационарное лечение и назначение фармакотерапии способствуют восстановлению; ориентация на восстановление пациентов приведет к закрытию многих лечебных учреждений; восстановление с это возвращение пациентов к доболезненному уровню здоровья и независимости; человек может быть полезен для общества только в случае полного выздоровления. Далее мы рассматриваем десять эмпирически обоснованных подходов, способствующих процессу восстановления пациентов, выделяя ключевые составляющие этого процесса: поддержку родственников, надежду и оптимизм, индивидуальность, наличие намерений и целеустремленности, а также создание условий для полноценного участия в жизни общества (схема SHIME — от *connectedness, bore, identity, meaning, empowerment*). Обозначенные десять подходов включают в себя: систему взаимопомощи («равный равному»); предварительные указания на случай утраты дееспособности; планирование действий по восстановлению здоровья; организацию процесса выздоровления; переориентацию (The REFOCUS); обретение сил; реабилитационные группы или реабилитационные образовательные программы; трудоустройство; жилищное обеспечение и социальную поддержку; мероприятия по рассмотрению актуальных проблем в сфере психического здоровья. Наконец, мы очерчиваем три значимые научные проблемы: необходимость расширения понимания восстановления в рамках культуральных различий, важность организационных изменений и мер в отношении возвращения пациентов к полноценной жизни в составе общества.*

**Ключевые слова:** восстановление, система оказания психиатрической помощи, система взаимопомощи, указания на случай утраты дееспособности, планирование действий по восстановлению здоровья, индивидуальное трудоустройство и поддержка, жилищное обеспечение и социальная поддержка, мероприятия по рассмотрению актуальных проблем в сфере психического здоровья, реорганизация, полноценное участие в жизни общества

(*World Psychiatry* 2014;13:12–20)

Понимание восстановления пациента как возвращения к привычному уровню функционирования при отсутствии болезненной симптоматики является спорным вопросом в сфере охраны психического здоровья. Люди, страдающие психическими расстройствами, особенно остро нуждаются в поддержке, которая со временем помогла бы им выйти из роли «пациента». Восстановление понимается как «глубоко личный, индивидуализированный процесс пересмотра человеком его позиций, ценностей, чувств, задач, навыков и/или ролей» и как «способность получать от жизни удовлетворение, ни в чем не нуждаться и с оптимизмом

смотреть в будущее, даже несмотря на ограничения, накладываемые болезнью» (1). Это определение иллюстрирует позицию, существующую как в англоговорящих (2-6), так и во многих других странах (7).

Восстановление в каждом случае основывается на индивидуальном опыте (8). Многие его этапы могут быть схожими у разных пациентов, но во многом будут обнаружены и отличия, не менее значимые вследствие изменения отношения пациента к своему состоянию с течением времени. Однако при переходе от теоретического понимания к повседневной практике оказалось не так просто заниматься реабилитацией пациентов

психиатрических лечебных учреждений, что во многом связано со способностью индивидуума критически оценить свое состояние. Более того, некоторые авторы полагают, что концепция восстановления превратно понимается многими профессионалами (9).

В этой статье представлены некоторые неправильные взгляды на восстановление пациента («заблуждения») и эмпирически опробованные подходы к его проведению («применения»). Авторы статьи — международные эксперты из семи стран — основывались на собственном опыте в сфере психической патологии, с учетом исследовательских, стратегических и клинических перспектив.

Мы представляем вашему вниманию семь заблуждений в отношении концепции восстановления.

### **Заблуждение 1. Восстановление — новая концепция**

Учитывая распространяющуюся по всему миру установку на необходимость восстановления пациентов с психическими расстройствами, в психиатрических учреждениях все чаще пытаются внедрять реабилитационные программы.

Некоторые учреждения нанимают на работу пациентов, чтобы продемонстрировать свою «реабилитационную» ориентированность. К примеру, в тринадцати штатах США было принято решение принимать пациентов на работу, и лечебные учреждения в этих штатах получают за поддержку пациентов финансовую компенсацию из национальных страховых средств (10).

Несмотря на то, что вовлечение пациентов в рабочий процесс в психиатрических учреждениях согласуется с принципами реабилитации, само по себе внедрение подобной практики не меняет устоявшихся взглядов должным образом. Действительно, при недостаточно четкой организации рабочего процесса эффективность усилий работников из числа пациентов может существенно снижаться, например, если к ним не слишком уважительно относятся и оставляют без дела, или если их роль сводится исключительно к участию в групповой терапии и разборах клинических случаев (12). Внедряемые программы по восстановлению должны быть индивидуально ориентированным, т. е. нацеленными на то, чтобы помогать каждому пациенту жить полноценной жизнью (13), хотя это часто может идти в разрез с клиническими задачами, принятыми врачами к руководству (14). Переход к практике, основанной на партнерских взаимоотношениях, вселяющих в человека надежду и способствующих его самостоятельности, требует изменения устоявшихся взглядов и принципов работы учреждений, в которых проводятся реабилитационные программы.

### **Заблуждение 2. Восстановление для «моих» пациентов вряд ли возможно**

В ходе теоретической разработки и внедрения в практику реабилитационных программ — как и в психиатрии в целом — всегда особое внимание уделялось проблеме психотических состояний. Некоторые клиницисты полагают, что восстановление как подход имеет малую значимость конкретно для их контингента пациентов: потому ли, что считают своих пациентов «слишком тяжело больными» или же наоборот, в силу отсутствия у них тяжелой патологии психотического уровня.

Ни одну из этих позиций нельзя считать правильной. Многие восстановительные подходы, описываемые в этой статье, могут непосредственно применяться, и уже оценивались по эффективности, в группах пациентов, страдающих психотическими расстройствами. Аналогично, в свое время различные реабилитационные подходы начинали применяться в многочисленных группах пациентов с непсихотическим уровнем психиче-

ских расстройств (например, при пограничном расстройстве личности (15), в судебной психиатрии (16), при нарушениях пищевого поведения (17)) и в группах пациентов с различными демографическими показателями (например, у детей (18), пожилых (19), этнических меньшинств (20)).

Очевидно, что восстановление крайне важно для пациентов многих клинических групп, хотя серьезная доказательная база в настоящее время имеется только для пациентов с психотическими расстройствами.

### **Заблуждение 3. Добиться восстановления пациента возможно исключительно эффективной психофармакотерапией**

Врачи-психиатры часто придают большее значение клинической составляющей в восстановлении пациентов, чем личностному восстановлению в понимании специалистов в области реабилитации из сферы охраны психического здоровья (1).

Клиническая составляющая восстановления включает в себя правильную диагностику и стремление к излечению пациента или редукции имеющейся симптоматики. Обзор всех эпидемиологических исследований с более чем 20-летним сроком наблюдения показал, что большинство больных шизофренией достигают клинического восстановления (21), хотя не очевидно то, насколько вариабельность этого феномена зависит от эффективных методов терапии. В процессе индивидуального восстановления пациент проходит свой собственный путь к полноценной жизни и достижению значимых ролей в ней (22).

Эти две составляющие восстановления могут сочетаться друг с другом, но могут реализовываться и по отдельности. Традиционно система оказания психиатрической помощи ориентирована на клиническую составляющую восстановления пациента или даже — что гораздо хуже — основывается на убеждении, что возвращение к полноценной жизни вообще невозможно для многих пациентов. Сейчас в различных странах политика оказания психиатрической помощи диктует лечебным учреждениям необходимость учитывать важность личностного восстановления, полагаясь на накопленный практический опыт в вопросах психического дистресса и реабилитации (23).

Чтобы способствовать процессу личностного восстановления, психиатрическим службам будет необходимо пересмотреть приоритетность стационарного лечения, лекарственной терапии и принудительных мер. Нужно сфокусироваться на помощи пациентам в обретении надежды и веры, поддержании их самостоятельности, обеспечивая им доступ к широкому ряду социальных услуг (включая жилищное обеспечение, образование, трудоустройство, волонтерскую поддержку, психообразовательные программы, кризисную поддержку, помощь в повседневных нуждах, лекарственное обеспечение, психотерапию и юридическую поддержку), способствуя их социализации и контролируя соблюдение их прав (24). Медикаментозная помощь может как способствовать процессу личностного восстановления, так и затруднять его, особенно, если на фармакотерапию делается основной упор и лечение является принудительным.

### **Заблуждение 4. Принудительное стационарное лечение и назначение фармакотерапии способствуют восстановлению**

Принудительное лечение считается эффективной мерой оказания «помощи» пациентам, которые не могут позаботиться о себе самостоятельно. В Англии в 2008 году были представлены нормативы оказания помощи (community treatment orders — CTOs), согласно которым планировалось снизить число пациентов, проходящих принудительное стационарное лечение. Несмотря на это, количество недобровольных госпита-

лизаций выросло (с 44093 в 2007/08 г.г. до 48631 в 2011/12 г.г.) (25).

При методическом пересмотре документации по принудительному стационарному лечению было получено мало данных в пользу его эффективности, которая оценивалась по последующей обращаемости за медицинской помощью, уровню социального функционирования, психическому состоянию, качеству жизни и удовлетворенности полученной помощью (26). В дополнение, в обзоре было показано, что необходимо 85 амбулаторных психиатрических осмотров, чтобы предотвратить повторную госпитализацию в стационар, 27 — для предотвращения одного случая бездомности и 238 — для предотвращения одного ареста.

Принудительное лечение широко применяется в настоящее время, однако последние данные свидетельствуют о неэффективности этого подхода в отношении предупреждения повторных госпитализаций (27). Кроме того, недобровольное лечение препятствует одной из главных задач реабилитации — возвращению к полноценной жизни — процессу, в основе которого лежит самостоятельность индивидуума и уважительное отношение к нему как к члену общества. Действительно, в ходе наблюдения за работой 136 стационарных острых психиатрических отделений в Великобритании было обнаружено, что фокусировка внимания на контроле за пациентами (уменьшение доступности медперсонала для обращения, частое привлечение сотрудников охраны, малая оборудованность палат) сочеталась с увеличением частоты применения физической силы и фиксации пациентов медицинским персоналом (28).

Во многих странах сейчас разработаны проекты по уменьшению частоты применения принудительного лечения (29). Например, такой план был внедрен в Норвегии в 2006 году.

### **Заблуждение 5. Ориентация на восстановление пациентов приведет к закрытию многих лечебных учреждений**

Ориентированность на реабилитацию не оправдывает сокращение количества психиатрических учреждений.

Справедливо предполагать, что пациент не может жить полноценной жизнью, находясь в пределах психиатрической больницы, а интенсивное взаимодействие с непсихиатрическими службами и непринужденные формы поддержки ценятся пациентами больше, чем формально предоставляемая психиатрическая помощь (31). По этой причине постепенное уменьшение необходимости контактировать с официальными психиатрическими службами одновременно с предоставлением психосоциальной поддержки (дружеская, волонтерская поддержка, групповые занятия, трудоустройство и т. д.) должно способствовать восстановлению пациента.

Однако стратегия реабилитации должна быть достаточно гибкой (32), т.е. должна оставаться возможность прибегнуть к стационарному лечению в случае необходимости.

Безусловно, неэффективные психиатрические службы следует заменить для повышения эффективности оказания психиатрической помощи населению, а вовсе не ради внедрения реабилитационно-ориентированных служб. Количество психиатрических учреждений не должно сокращаться под предлогом переориентирования психиатрии на восстановление пациентов.

### **Заблуждение 6. Восстановление — это возвращение пациентов к доболезненному уровню здоровья и независимости**

Большинство психиатрических служб в клинической работе опираются на убеждение, что десоциализация

пациентов обусловлена их психическим состоянием. Предпринимаемые же клинические меры фокусируются на попытках воздействия на пациента с целью вернуть его к состоянию «нормы» и «независимости» от психиатрической помощи.

Но восстановление не эквивалентно «улучшению самочувствия» или исчезновению потребности в поддержке: оно соответствует «восстановлению жизни», т.е. права принимать участие во всех аспектах общественной жизни в качестве полноправного гражданина (33). Для этого необходимо основываться на гражданских правах и обусловленной обществом десоциализации пациентов: «Общество само калечит людей. Позиции, действия — социальные, культуральные и материальные составляющие — десоциализируют людей, возводя барьеры и налагая ограничения» (34).

Было бы неверным приравнивать социальное принятие и возможность быть полноправным членом общества к понятию «нормальность», они осуществимы только в рамках сообществ, лишенных дискриминации, в которые мог бы входить каждый из нас. Не эквивалентны они и «становлению независимым», но подразумевают право на поддержку и адаптацию (с учетом предпочтений и стремлений) для обеспечения полноценного и равноправного положения в обществе (35).

Гражданские права людей «с нетрудоспособностью» — включая ее возникновение вследствие психических нарушений — изложены в Конвенции Объединенных Наций (United Nations Convention) в разделе "Права Граждан с Нетрудоспособностью" (36). В них входят «право проживать самостоятельно и входить в состав общества» (Статья 19). Это право не зависит от «улучшения самочувствия» или возможности жить без дополнительной поддержки, а наоборот предусматривает право получать «помощь, необходимую для поддержания жизни и социализации, предотвращения изоляции и сегрегации».

Участие в жизни общества не подразумевает под собой изменения человека с целью сделать его «подходящим» для этого, напротив, оно требует изменения окружающей действительности: «Нетрудоспособность вследствие психического заболевания — данность для многих из нас. Настоящая проблема кроется в искусственных препятствиях, мешающих жить, работать и учиться в той среде, в которой нам хотелось бы... [Главная задача] — осознать, бросить вызов этим препятствиям и изменить их... ведь они мешают нам и сводят на нет наши попытки жить независимо, контролировать собственную жизнь и факторы, влияющие на нее» (37).

### **Заблуждение 7. Человек может быть полезен для общества только в случае полного выздоровления**

Работа, оплачиваемая ли, основанная на волонтерских началах или заключающаяся в ведении домашнего хозяйства — основной способ внести свой вклад в общество для многих людей. Работа способствует реабилитации (38). Большинство людей, получающих психиатрическую помощь, могут продолжать работать большую часть времени, при этом в реальности 70-80% людей, страдающих психической патологией, в большинстве западных стран являются безработными; этот показатель значительно выше, чем в любых других группах инвалидов (39, 40).

Самостигматизация, дискриминация со стороны общественности способствуют таким высоким показателям нетрудоустроенности (41-43), равно как и пессимистические взгляды и отсутствие положительного опыта работодателей в отношении приема на работу людей с психическими расстройствами (44).

В настоящее время правительства многих западных стран предпринимают попытки к сокращению социальных пособий и выплат, предпочитая налагать

штрафные санкции, а не предоставлять льготы. Правозащитники, выступающие против такого подхода, неумышленно переставив акценты, сфокусировали внимание на противопоставлении необходимости в социальных выплатах праву работать для людей с психическими расстройствами. Основная проблема кроется не в несправедливости реформы по сокращению социальных выплат, а в количестве нетрудоустроенных людей. Общество в целом только выиграет, если будет признано, что люди с психическими расстройствами могут работать, что они имеют те же права, что и остальные граждане по внесению своего вклада в общество и смогут гарантированно получать льготы и пособия в те периоды времени, когда по состоянию здоровья работать не могут.

### **Максимальная помощь на этапе восстановления**

Является ли восстановление пациентов просто «вливанием нового вина в старые мехи»? (45). Другими словами, означает ли реабилитационная поддержка нечто большее, чем просто внедрение в практику подхода, который, как нам известно, является эффективным? Справедливо предположить, что внедрение в практику подобного эффективного подхода на постоянной основе более оправданно, чем какие-то отдельные меры, ведь, по некоторым оценкам, при оптимизации лечебных стратегий и должном охвате населения удастся сократить до 28% лишних расходов (против 13% в настоящее время) (46). Как бы то ни было, при систематическом рассмотрении были выделены пять ключевых составляющих процесса восстановления: поддержка родственников, надежда и оптимизм, индивидуальность, наличие намерений и целеустремленности, а также создание условий для полноправного участия в жизни общества (схема CHIME – от connectedness, hope, identity, meaning, empowerment) (32). Эти составляющие процесса реабилитации отличаются от традиционных клинических мишеней, но на них необходимо обратить внимание.

Далее мы опишем десять эмпирически опробованных подходов, способствующих процессу восстановления индивидуума. Такие подходы выбирались для рассмотрения по принципу их нацеленности на реабилитацию пациента, например, соответствии схеме CHIME, и имеющимся по ним эмпирическим данным, полученным в экспериментальных исследованиях и положительным в отношении реабилитации. Они, скорее, приведены в качестве иллюстрирующих моделей, нежели конкретных инструкций к действию. Нашей целью является выделение таких подходов, которые могли бы найти практическое применение в реабилитационно-ориентированной системе оказания психиатрической помощи.

### **Система взаимопомощи («равный равному»)**

Система взаимопомощи берет свое начало от движения страдающих от наркотической зависимости и изначально развивалась вне связи с основной системой оказания психиатрической помощи. Взаимная помощь строится на реабилитационных ценностях, таких как надежда, самостоятельность, сотрудничество, взаимная поддержка и применение житейского опыта, чтобы помогать друг другу.

Неформальная поддержка схожа с поддержкой со стороны семьи и друзей. Напротив, в официальных организациях задействованы либо работники автономных групп взаимопомощи, не связанные с психиатрией, либо люди, работающие в паре с лечащим врачом в системе оказания психиатрической помощи.

В систему взаимопомощи вовлечены люди, страдающие психическими расстройствами, которые признают наличие у себя заболевания и могут использовать собственный опыт для помощи в реабилитации

другим пациентам. Их основные задачи понятны (47), и в настоящий момент существуют рекомендации по оказанию взаимной помощи (48).

На сегодняшний день имеются убедительные данные в пользу эффективности системы взаимопомощи (47), также показывающие, какой важный опыт приобретает человек, работающий в этой системе (49-51), какие изменения происходят в системе трудоустройства при ее внедрении (52-54), а также благодаря самим работникам (55, 56).

Данные семи рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых исследовались изменения, привносимые системой взаимопомощи в сфере психического здоровья, показали положительное влияние на клинические исходы (контактность, симптоматика, функционирование, число госпитализаций), индивидуальные (надежда, контроль, деятельность, вовлеченность в общественную деятельность) и социальные показатели (дружеские, общественные связи) (57). РКИ по самопомощи в структуре системы взаимопомощи в Нидерландах (58) и США (59, 60) продемонстрировали благоприятное влияние реабилитационной модели на пациента в отношении стремления к восстановлению, надежд на будущее, самоосознания восстановления, оценки симптоматики, а также качества жизни. В обзоре Cochraine по одиннадцати рандомизированным исследованиям, включающим в сумме 2796 человек в трех странах (Австралии, Великобритании, США) была показана эквивалентная эффективность при вовлечении в систему взаимопомощи пациентов в сравнении с профессионалами, выполнявшими аналогичную роль (61).

### **Предварительные указания на случай утраты дееспособности**

Люди, страдающие психическими расстройствами, по определению уязвимы к развитию эмоциональной дестабилизации. Современные системы медицинской поддержки помогают сохранять контроль в таких ситуациях. Например, существуют указания, что следует предпринимать в отношении состояния здоровья пациента, если в перспективе он станет недееспособным. Предпринимаемые действия могут включать лечебные мероприятия или назначение доверенного лица, уполномоченного принимать решения за пациента.

Медицинские указания на случай утраты дееспособности имеют мощное эмпирическое обоснование (62). Наиболее используемый в настоящее время вариант включает общие кризисные рекомендации и был разработан совместно с клиницистами. Данные РКИ по применению этих рекомендаций при психозах показывают положительные результаты в плане снижения частоты принудительного лечения (63), обращаемости в лечебные учреждения (64) и необходимости в усиленном контроле (65). Пробные испытания рекомендаций для других клинических популяций находятся в процессе разработки (66).

### **Планирование действий по восстановлению здоровья**

Самопомощь в отношении болезненных симптомов является основной тенденцией в группе пациентов с хроническими заболеваниями. В рамках планирования действий по восстановлению здоровья (wellness recovery action planning – WRAP) осуществляется поддержка пациентов с использованием реабилитационно-ориентированных психиатрических служб.

WRAP используется для составления планов реабилитации, помогая пациентам осмысливать, какие действия раньше помогали им чувствовать себя хорошо, а также принимать во внимание стратегии, которые оказывались эффективными у других пациентов (67). Планирование действий в рамках восстановительного

процесса основывается на самоотчете, определяя стратегии по улучшению ежедневного функционирования, распознаванию и борьбе с триггерными факторами, приводящими к дистрессу.

Важно сосредоточиться на мотивации пациента к этим действиям (оценивать свое самочувствие и стремиться к достижению поставленных целей), а не акцентировать его внимание на «избегании» чего-либо (например, определенных симптомов), в соответствии с психологическим подходом, согласно которому к осуществлению позитивных задач («мотивация») всегда стремятся более охотно, чем к негативным («избегание») (68). Процесс восстановления осуществляется при содействии других пациентов, «равных», что вселяет в больного человека чувство надежды (68).

Полученные в РКИ оценки результатов для участников (n=519) восьминедельной, основанной на взаимопомощи, программы, набранных в восьми амбулаторных психиатрических центрах, показали ее преимущество в отношении симптоматики, надежды на будущее и качества жизни по сравнению с группой пациентов, которые получали традиционное лечение, еще только ожидая включение в программу WRAP (60).

### Организация процесса выздоровления

Целью программы управления процессом выздоровления (illness management and recovery program – IMR) является обучение пациентов с тяжелыми психическими расстройствами стратегии самоотчета в отношении болезненных проявлений (70).

Эта программа может быть реализована в индивидуальном или групповом формате, занимает от пяти до десяти месяцев и включает пять основных направлений: психообразование для информирования пациента о его заболевании и терапии; когнитивно-поведенческие подходы для повышения комплаентности; тренинги по предотвращению рецидивов; тренинги социальных навыков для повышения устойчивости к стрессам и укрепления социальной поддержки и обучения копинговым стратегиям для борьбы с дистрессом и тяжестью симптоматики.

Основной акцент на повышении комплаентности и психообразовании в IMR может стать препятствием для вступления в нее пациентов, которые предпочли бы программы с более явной реабилитационной направленностью. Ориентация на личностное восстановление не входит в противоречие с важностью диагностики и медикаментозного лечения, однако проблемы могут возникать в том случае, если постановку диагноза и медикаментозную терапию считают первоочередной задачей для начала реабилитации пациента (71) (см. Заблуждение 3). Как бы то ни было, начиная работать по IMR, в первую очередь фокусируют внимание на самоотчете пациента в отношении имеющихся у него проблем, поиске их решений и стремлении к личностно значимым целям, т.е. на всех важных элементах поддержания процесса восстановления (72, 73).

По данным РКИ, IMR в значительной степени способствует редукции симптоматики, улучшению функционирования, осведомленности и прогрессу в достижении целей лицам, получающим жилищное обеспечение и социальную поддержку (supportive housing) (74), пациентам амбулаторных лечебных учреждений (75) и общественных реабилитационных центров (76).

### Переориентация (The REFOCUS intervention)

Переориентация (The REFOCUS intervention) на реабилитационный подход является необходимым шагом для работников общественной системы охраны психического здоровья. Это последовательное преобразование (77) является теоретически обоснованным (32, 78). Персоналу необходимо пройти предварительную подготовку с последующей супервизией для освоения трех главных принципов. Во-первых, учитывая важность

лично-ориентированного подхода, должны быть вынесены на обсуждение ценности и предпочтения пациентов. Во-вторых, необходимо оценивать возможности и обстоятельства каждого пациента, используя стандартизованные шкалы (79), чтобы планировать оказание помощи с упором на улучшение самочувствия и способность получать общественную поддержку, впрочем, как и при отсутствии значительного улучшения. В-третьих, персонал должен поддерживать пациента в стремлении к достижению его/ее личностно значимых целей. В дополнение к перечисленному, работники системы оказания психиатрической помощи проходят тренинги, чтобы выступать для пациентов в роли наставника. Переориентация REFOCUS оценивалась в многоцентровом РКИ (80), в котором использовались инновационные способы оценки реабилитационной поддержки (81) и надежды (82).

### Обретение сил

Эта модель подразумевает оказание поддержки людям, страдающим психическими расстройствами, в достижении целей путем нахождения необходимых для этого личностных и внешних ресурсов, важных для того, чтобы самостоятельно жить и работать в составе общества (83). Такой подход широко использовался на протяжении многих лет службами социальной поддержки в США и учреждениями здравоохранения в Японии, Гонконге и Австралии (84). Доказательная база основывается на результатах четырех РКИ (85-88), а также на некоторых предварительных оценках (89), которые демонстрируют положительные психосоциальные результаты (особенно в плане симптоматики и социального функционирования) и удовлетворенность со стороны самих пациентов (84). Достоверность данных коррелирует с выраженностью благоприятных психосоциальных изменений (90).

### Реабилитационные группы или реабилитационные образовательные программы

Психообразование для пациентов психиатрического профиля чрезвычайно важно для получения навыков, необходимых для вовлечения их в жизнь общества (91). Реабилитационные группы или реабилитационные обучающие программы представляют собой образовательные подходы, способствующие восстановлению и реинтеграции в общество людей с психическими расстройствами. Впервые подобная стратегия была опробована в Бостонском Университете в 1984 году (92), и в настоящее время уже действует в Италии, Ирландии и Великобритании (93). Существуют убедительные данные в пользу определенных ключевых составляющих описываемого подхода (94), в частности, совместной деятельности (95) и поддержания самостоятельности посредством психообразования (96). Данные в пользу эффективности реабилитационных групп существуют, но они весьма ограничены на настоящий момент (97).

### Трудоустройство и поддержка

Людям, временно утратившим трудоспособность, необходимо обеспечить социальное пособие и создать положительную мотивацию в отношении перспективы возвращения к работе. Однако большинство людей с психическими расстройствами стремится к труду (98), хотя и нуждается в помощи при поиске, выборе и удержании на рабочем месте (99). Организация оказания помощи в индивидуальном трудоустройстве с последующей поддержкой как подход (100) имеет строгую доказательную базу (101). В обзоре Cochrane резюмированы результаты восемнадцати РКИ, согласно которым за период в 18 месяцев 34% участников описываемой программы были трудоустроены, в сравнении с 12% трудоустроенных, проходивших только предпро-

фессиональную подготовку (102). Например, РКИ, включившее шесть европейских стран, показывает большую результативность трудоустройства и поддержки в индивидуальном порядке по показателям нахождения подходящих должностей и удержания на оплачиваемой работе в сравнении с альтернативными подходами, принятыми в каждой из этих стран (103).

При изучении отдаленных результатов спустя 8-12 лет отмечено, что, наряду с большей эффективностью стратегии, достигнутые результаты сохраняются дольше (104, 105), а также получены данные о сокращении финансовых расходов, благодаря меньшей потребности в психиатрической помощи и льготном социальном обеспечении (106, 107).

### **Жилищное обеспечение и социальная поддержка (Supported housing)**

В исследованиях показано, что около 30-40% бездомных людей страдают тяжелыми психическими расстройствами. Предоставление постоянного жилья может помочь таким людям сделать значительный шаг в сторону восстановления и улучшить качество их жизни (108, 109). Таким образом, первым шагом является предоставление человеку отдельного жилья. Существует доказательная база, согласно которой описываемый подход способствует как улучшению прогноза для индивидуума (110), так и снижению экономических затрат (111).

Люди с серьезными психическими расстройствами должны быть обеспечены всем необходимым для полноценной самостоятельной жизни с учетом их личных предпочтений.

### **Мероприятия по рассмотрению актуальных проблем в сфере психического здоровья**

Активное взаимодействие пациентов, их родственников и близких является основой для формирования реабилитационно-ориентированной системы оказания психиатрической помощи (112). Как бы то ни было, идея о том, что психическое здоровье должно волновать каждого, независимо от его окружения и личного опыта, а также необходимость принимать друг друга в качестве равнозначных авторитетов, является спорной. Переговорные встречи (также известные как семинары по психозам) созданы с целью работы над этой проблемой. На собраниях, посвященных обсуждению психического здоровья, собираются пациенты, их друзья, социальные работники, работники системы оказания психиатрической помощи и другие заинтересованные лица для открытого обсуждения актуальных вопросов. Тематика таких мероприятий довольно обширна, например, затрагиваются как методы борьбы со стигматизацией, так и клинические вопросы, касающиеся психических травм и психотических состояний. В немецко-говорящих странах более 100 подобных переговорных встреч регулярно посещают более 5000 человек (113), а международный интерес к ним, как и опыт в их организации, все возрастают (114).

Переговорные встречи помогают приобретать знания и делиться ими, а также способствуют внедрению в практику реабилитационно-ориентированных подходов.

### **Нерешенные научные задачи**

Хотя схема SHIME оправдала себя в популяциях, представителями которых были созданы рекомендации, представленные в одном из обзоров (115), вопрос о всеобщей применимости концепции восстановления остается нерешенным. В частности, положения, лежащие в основе понимания восстановления могут оказаться «монокультуральными», и тогда потребуется расширение представлений об обществе, месте индивидуума в нем и его благополучии. Например, важной проблемой является парадигма соотношения индивидуальных и коллективистских ценностей (116). В кол-

лективистских культурах, таких как Маори (коренное население Новой Зеландии) и жители Китая, акцент ставится на взаимной зависимости членов семьи и родственников друг от друга, которая ценится выше личной независимости, традиционной для западных стран (117). Кроме того, важным моментом является текущее состояние системы оказания психиатрической помощи (118). К примеру, в странах с низким и средним уровнем дохода может не быть достаточно развитой инфраструктуры в виде бюджетных общественных организаций даже для оказания базовой психиатрической помощи (119), не говоря уже о реабилитационных подходах.

Необходимо выяснить, как концепцию восстановления воспринимают пациенты и работники системы здравоохранения, имеющие «неевропейский» менталитет (120-123). Могут ли разработанные в рамках этого подхода методы оценки и шкалы применяться в такой популяции, оставаясь валидными и надежными (124)? В ходе изучения факторов, способствующих или препятствующих реабилитации пациентов с различным менталитетом, могут быть разработаны модели, более адаптированные культурально, лучше подходящие для нужд пациентов.

Необходимо точное понимание того, какие изменения требуются в системе оказания психиатрической помощи. В переработанном международном руководстве по реабилитации пациентов выделяются четыре практических ступени: составление индивидуального реабилитационного плана (какие меры предлагаются?), плодотворные рабочие отношения (как эти меры предлагаются?), организационные обязательства (что является «главной задачей» системы оказания психиатрической помощи?) и помощь в восстановлении в обществе (помощь в обретении большего количества прав) (78). Большая часть интервенций, рассматриваемых в этой статье, направлена на первые два шага. Изменения к плану по организации и внедрению в практику реабилитационного подхода (The Implementing Recovery-Organizational Change – ImROC), вводимые в Великобритании, адресованы к культуральным особенностям системы оказания психиатрической помощи (93), а также учитывают десять основных организационных аспектов (125). Последней важной задачей является устранение факторов, препятствующих пациентам быть полноправными членами общества (126). В рамках системы оказания психиатрической помощи необходимо отойти от повсеместно устоявшихся взглядов по принципу «лечение-выздоровление», когда первоочередной задачей считается проведение медикаментозного лечения пациента с целью последующего возвращения его/ее к прежнему уровню жизни. Эмпирическое изучение концепций «готовности к работе» (при индивидуальном трудоустройстве и поддержке) и «готовности к получению жилья» (в случае предоставления отдельного жилья) выявило, что зачастую они приводят к разочарованию и не оправдывают ожиданий пациентов. Неоднократно обсуждалось, что подобная смена акцентов требует более тщательной проработки, чем просто помощь в трудоустройстве и получении жилья (127).

Как бы то ни было, наиболее актуальным является вопрос об изменениях в обществе, благодаря которым профессионалы и пациенты-волонтеры могли бы на партнерских началах (112) занять активную социальную позицию (128) для борьбы со стигматизирующими представлениями, согласно которым люди с психическими расстройствами не могут, или не должны, иметь такие же гражданские права и возможности, как и любой другой член общества.

### **Благодарности**

The REFOCUS intervention — независимое исследование, которое финансировалось Национальным инсти-

тутом по исследованию здоровья (National Institute for Health Research – NIHR) по программе грантов на прикладные исследования (grant reference no. RP-PG-0707-10040), при сотрудничестве с Биомедицинским психиатрическим исследовательским центром в Институте психиатрии (NIHR Specialist Mental Health Biomedical Research Centre at the Institute of Psychiatry), Лондонским Королевским колледжем (King's College London) и фондом South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Взгляды, изложенные в статье, принадлежат ее авторам, и могут не совпадать со взглядами учреждений здравоохранения и финансирующих организаций.

## Библиография

- Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
- Department of Health and Ageing. Fourth national mental health plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
- Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2012.
- Department of Health Social Services and Public Safety (Northern Ireland). Service framework for mental health and wellbeing. Belfast: Department of Health Social Services and Public Safety, 2010.
- New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
- Her Majesty's Government. No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
- Slade M, Adams N, O'Hagan M. Recovery: past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:1-4.
- Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
- Mental Health "Recovery" Study Working Group. Mental health "recovery": users and refusers. Toronto: Wellesley Institute, 2009.
- Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskity E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 2010;61:520-3.
- Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.
- Richard A, Jongbloed L, MacFarlane A. Integration of peer support workers into community mental health teams. *Int J Psychosoc Rehabil* 2009;14:99-110.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
- Andresen R, Oades L, Caputi P. Psychological recovery: beyond mental illness. London: Wiley, 2011.
- Katsakou C, Marougka S, Barnicot K et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One* 2012;7(5).
- Drennan G, Alred D (eds). Secure recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings. Milton: Willan, 2012.
- Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2006;39:550-5.
- Friesen BJ. Recovery and resilience in children's mental health: views from the field. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:38-48.
- Daley S, Newton D, Slade M et al. Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:522-9.
- Sass B, Moffat J, McKenzie K et al. A learning and action manual to improve care pathways for mental health and recovery among BME groups. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:472-81.
- Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:128-37.
- Slade M. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- Lapsley H, Nikora LW, Black R. Kia mauri tau! Narratives of recovery from disabling mental health problems. Wellington: Mental Health Commission, 2002.
- Mental Health Advocacy Coalition. Destination: recovery: Te unga ki uta: te oranga. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand, 2008.
- Health and Social Care Information Centre. Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/12. London: Health and Social Care Information Centre, 2012.
- Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(2):CD004408.
- Burns T, Rugkasa J, Molodynski A et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:1627-33.
- Bowers L, Van Der Merwe M, Paterson B et al. Manual restraint and shows of force: the City-128 study. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:30-40.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
- Helseidirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykiisk helsevern [National action plan for reducing use of coercion in mental health care]. Oslo: Norwegian Health Department, 2006.
- Davies S, Wakely E, Morgan S et al. Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers. Brighton: Pavilion Press, 2012.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
- Perkins R. UK mental health policy development – An alternative view. In: Phillips P, Sandford T, Johnston C (eds). Working in mental health: practice and policy in a changing environment. Oxford: Routledge, 2012:14-24.
- Oliver M. If I had a hammer: the social model in action. In: Sawin J, French S, Barnes C et al (eds). Disabling barriers – Enabling environments. London: Sage, 2004:7-12.
- Disability Rights Commission. Independent living and the Commission for Equality and Human Rights. London: Disability Rights Commission, 2007.
- United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
- Deegan P. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our lives. *Psychosoc Rehabil J* 1992;15:3-10.
- Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374-80.
- Office of the Deputy Prime Minister. Mental health and social exclusion. Social Exclusion Unit report. June 2004. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
- Australian Government. People living with psychotic illness 2010. Canberra: Department of Health and Ageing, 2011.
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
- Lasalvia A, Zoppi S, Van Bortel T et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013;381:55-62.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;9661:408-15.

44. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
45. 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.
46. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
47. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
48. Repper J. ImROC briefing paper 7. Peer support workers: a practical guide to implementation. London: Centre for Mental Health, 2013.
49. Moran GS, Russionova Z, Gidugu V et al. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual Health Res* 2012;22:304-19.
50. Grant EA, Reinhart C, Wituk S et al. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community Ment Health J* 2012;48:477-81.
51. Moran GS, Russionova Z, Stepas K. Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and growth processes of peer providers. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35: 376-80.
52. Kemp V, Henderson AR. Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:337-40.
53. Singer G. Managing my life as a peer support worker. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:149-50.
54. Creamer MC, Varker T, Bisson J et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. *J Trauma Stress* 2012;25:134-41.
55. Pickett SA, Phillips H, Nobiling J. Recovery international groups for mental health consumers. *Psychiatr Serv* 2012;63:295.
56. West C. Powerful choices: peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2012;37:445-50.
57. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011;20:392-411.
58. van Gestel-Timmermans JA, Brouwers EPM, van Nieuwenhuizen C. Recovery is up to you, a peer-run course. *Psychiatr Serv* 2010; 61:944-5.
59. Cook JA, Steigman P, Pickett SA et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophr Res* 2012;136:36-42.
60. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull* 2012;38: 881-91.
61. Pitt V, Lowe D, Hill S et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(3):CD004807.
62. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(1):CD005963.
63. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:136-40.
64. Flood C, Byford S, Henderson C et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:729.
65. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:369-76.
66. Moran P, Borschmann R, Flach C et al. The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010;11:18.
67. Doughty C, Tse S, Duncan N et al. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008;16:450-6.
68. Sheldon KM, Williams G, Joiner T. *Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health*. New Haven: Yale University Press, 2003.
69. Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S. Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:11.
70. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53: 1272-84.
71. Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006;57:1636-9.
72. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL et al. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S32-43.
73. Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ et al. Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatr Serv* 2009;60: 202-9.
74. Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatr Serv* 2009;60:1629-36.
75. Fardig R, Lewander T, Melin L et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011;62:606-12.
76. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatr Serv* 2007;58:1461-6.
77. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011.
78. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.
79. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M et al. Assessing the strengths of mental health service users – systematic review. *Psychol Assess* 2012;24:1024-33.
80. Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
81. Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1827-35.
82. Schrank B, Bird V, Rudnick A et al. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012;74: 554-64.
83. Rapp C, Goscha R. *The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities*, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
84. Hamilton B, Bichara E, Roper C et al. *Gaining strength: consumers' experiences of case management with the strengths model*. Melbourne: St Vincent's Health, Victorian Department of Health, 2012.
85. Modrcin M, Rapp CA, Poertner J. The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Eval Program Planning* 1988;11:307-14.
86. Macias C, Kinney R, Farley OW et al. The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Ment Health J* 1994;30: 323-39.
87. Macias C, Farley OW, Jackson R et al. Case management in the context of capitation financing: an evaluation of the strengths model. *Adm Policy Ment Health* 1997;24:535-43.
88. Stanard RP. The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1999;35:169-79.



89. Teague GB, Mueser KT, Rapp CA. Advances in fidelity measurement for mental health services research: four measures. *Psychiatr Serv* 2012;63:765-71.
90. Fukui S, Goscha R, Rapp CA et al. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatr Serv* 2012;63:708-10.
91. Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005; 50:7-20.
92. Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50. 19
93. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
94. Perkins R, Repper J, Rinaldi M et al. ImROC 1. Recovery Colleges. London: Centre for Mental Health, 2012.
95. Boyle D, Harris M. The challenge of co-production. London: New Economics Foundation, 2009.
96. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(4):CD005108.
97. Dunn EC, Sally Rogers E, Hutchinson DS et al. Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Adm Policy Ment Health* 2008;35:357-69.
98. Grove B, Secker J, Seebohm P. New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe, 2005.
99. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48-70.
100. Grove B, Locket H, Shepherd G et al. Doing what works – Individual Placement and Support into Employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
101. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
102. Crowther R, Marshall M, Bond GR et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(2):CD003080.
103. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
104. Becker D, Baker SR, Carlson L et al. Critical strategies for implementing supported employment. *J Vocat Rehabil* 2007;27:13-20.
105. Salyers MP, Becker DR, Drake RE et al. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55:302-8.
106. Sainsbury Centre for Mental Health. Commissioning what works: the economic and financial case for supported employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
107. Knapp M, Patel A, Curran C et al. Supported employment: cost effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013; 12:60-8.
108. Padgett D. There's no place like (a) home: ontological security among people with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 2007;64:1925-36.
109. Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and security in smallscale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv* 2008;59:165-9.
110. Padgett D, Gulcur L, Tsemberis S. Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Res Soc Work Pract* 2006;16:74-83.
111. Larimer ME, Malone DK, Garner MD et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.
112. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
113. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv* 2005;56:1441-3.
114. MacGabhann L, McGowan P, Ni Cheirín L et al. Mental Health Dialogue Network Ireland: transforming dialogue in mental health communities. Dublin: Dublin City University, 2012.
115. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353-64.
116. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Ment Health J* 2013; 49:270-80.
117. Tse S. Use of the recovery approach to support Chinese immigrants recovery from mental illness: a New Zealand perspective. *Am J Psychiatr Rehabil* 2004;7:53-68.
118. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? *Int Rev Psychiatry* 2012;24:29-39.
119. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
120. Ng RKM, Pearson V, Chen E. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of psychiatrists. *Int J Cult Ment Health* 2008;1:118-30.
121. Lam M, Pearson V, Ng RKM et al. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of young first episode patients. *Int J Soc Psychiatry* 2009;57:580-7.
122. Thara R. Consumer perception of recovery: an Indian perspective. *World Psychiatry* 2012;11:169-70.
123. Katontoka S. Consumer recovery: a call for partnership between researchers and consumers. *World Psychiatry* 2012;11:170-1.
124. Shanks V, Williams J, Leamy M et al. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2013;64: 974-80.
125. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing recovery. A methodology for organisation change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.
126. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12:155-64.
127. Slade M. Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv* 2012;63:702-4.
128. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.

DOI 10.1002/wps.20084