

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. КОНЦЕПЦИЯ «RECOVERY»

И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Концепция «recovery» при шизофрении (от recover – выздоравливать, приходиться в себя, овладеть собой, впрочем, термин до сих пор, как указывают (68), остается недостаточно ясным) начала формироваться более 15 лет тому назад, а в последние годы стала практически почти общепризнанной. Она берет свое начало в общественном движении бывших пациентов и строится в значительной степени на содержании целого ряда опубликованных самоотчетов авторов, перенесших это заболевание.

В последующем она получила все большее признание и стала объектом анализа многих работ специалистов – ученых-психиатров, занимающихся вопросами лечения и реабилитации, а также организации психиатрической помощи.

Речь идет о внутренней картине выздоравливания – нередко длительном личностном, вне рамок болезни и симптоматики, процессе возвращения при изменении отношений, чувств, восприятий, целей, наличии вызванных болезнью ограничений через сохранение надежды и восстановление самоконтроля, преодоление утраты активной позиции, стигмы тяжелой психической болезни к наполненной смыслом жизни и обретению вновь значимой ценностной роли.

Это общее, собирательное определение следует дополнить рядом нюансов и деталей, почерпнутых из самоописаний от первого лица этого процесса выздоравливания. Так, Р.Е.Deegan в статье «Восстановление чувства собственной ценности после получения клейма психически больного» (24) описывает свое болезненное состояние как критический период, когда создается угроза стать олицетворением болезни, подвергнуться трансформации обесценивания и лишения достоинства («Когда ты и твоя болезнь – одно целое, внутри тебя не остается никого, кто бы мог противостоять болезни»). Важно дистанцирование от болезни, сохранение человеческого достоинства, стремление «не выпустить из рук власть» над болезнью и сохранить позицию, позволяющую противостоять стрессу и начать процесс восстановления и исцеления. И в дальнейшем, находясь под гнетом неприятных переживаний, голосов, путаницы мыслей, когда стано-

вится трудно работать, учиться, общаться, надо понимать, «что у тебя есть инвалидность, но не говорить, что я – инвалид». Восстановление – не линейный процесс, очередное обострение – не «срыв» восстановления, не поражение, а «прорыв», преодоление. Восстановление происходит не только от психической болезни, но и от последствий жизни с ярлыком психической болезни, от интернализации и усвоения той стигмы, которая окружает, от дискриминации и ощущения себя человеком второго сорта, от того, что дается «в одной упаковке» с травматизацией, отверженностью и безработицей. Нахождение в системе психиатрического обслуживания сталкивает с оценками профессионалов, но надо самой высоко себя ценить. Дело не в том, чтобы «стать нормальной», а в том, чтобы обрести свою цель, свой смысл, построить новую жизнь, полную ценностей и смысла.

Итак, люди, перенесшие тяжелое психическое заболевание, как указывает M.Farkas (31), могут чувствовать, что оно безвозвратно изменило их жизнь, и они просто не способны вернуться к прежней жизни, какой она была до болезни, и стремятся инкорпорировать болезненный опыт в свою идентичность – процесс выздоровления становится личностным путешествием или процессом длиной в жизнь человека к возвращению контроля над своей жизнью, чтобы стать «глубоко и более полно человеческим», даже при наличии функциональных ограничений и глубокой травматизации.

D.Froggatt (36) уточняет, что многие потребители помощи и профессионалы путают процесс и этапы выздоровления с собственно «recovery». Характеризуемое надежным и нормативным определением (ссылается на определение W.A.Anthony (12): «Это способ жить удовлетворяющей, полной надежды и приносящей пользу другим жизнью, даже при наличии ограничений, вызванных болезнью; этот способ жить включает также разработку нового смысла и цели в жизни человека по мере того, как он перерастает катастрофические влияния психической болезни»), «recovery» является именно исходом процесса выздоравливания. Ранее такую точку зрения высказали R.P.Liberman и

А.Копелович (54, 56). А.С.Беллак (14), однако, возражает против трактовки *recovery* как исхода процесса выздоровления. Это не исход, а процесс, в котором личность борется для преодоления факта психического заболевания и его воздействия на чувство самоидентичности, «процесс позитивной адаптации к болезни и инвалидности, тесно привязанный к самосознанию и чувству активной позиции».

Другие существующие в литературе определения «*recovery*» также используют близкие составляющие: важность обновления надежды и смысла, преодоление стигмы и других источников травматизации, связанных с психическим заболеванием, принятие на себя контроля над своей жизнью, восстановление значимой роли, придание силы (13, 25, 31, 34, 35, 45, 48, 51, 52, 57, 66, 79, 82). М.Фаркас (31) отмечает, что исследования «*recovery*» в какой-то мере необычны для психиатрии, поскольку они в высокой степени базируются на данных опыта авторов – бывших пациентов. Эти данные представляют собой повествования (нарративы) от первого лица. Отсюда применение в исследованиях метода качественного анализа (49, 72, 73, 80) для описания процесса выздоровления, выявления общих трудностей на этом пути, факторов совладания с чувством утраты, бессилием, потерей значимой роли. Ряд исследований представляет собой мета-анализ указанных опубликованных самоотчетов (41, 47, 63, 66), представляющих картину выздоровления на уровне субъективных представлений с использованием критериев, во многом отличных от принятых до сих пор в клиничко-психопатологических работах. Ставится также (31, 36) проблема изменения службы психиатрической помощи, способствующей поощрению больных шизофренией отстаивать и восстанавливать свою жизнь, важности ценностно-ориентированных подходов, когда применяются не только эффективные вмешательства, основанные на доказательствах, но и те вмешательства, которые воспринимаются как значимые самими пациентами (16).

М.Фаркас (31) формулирует следующие 4 ключевые положения, которые должны учитываться психиатрическими службами:

1. Ориентация на человека, то есть профессионалы должны выражать интерес к больным как к личностям и видеть их не только в роли пациента, но общаться с ними в более целостном контексте, помогать продвигаться за пределами системы психиатрической помощи, где можно получить значимые, социально ценные роли.

2. Стимулировать участие пациентов в дизайне и осуществлении психиатрической помощи. Лозунг движения потребителей помощи «ничего для нас без нас» подчеркивает ожидание партнерства и вовлеченности в деятельность служб, ориентированных на выздоровление.

3. Возможность выбирать свои долгосрочные цели, способы их достижения и лиц из персонала – это характеристики службы, признающей данную ценностную категорию. Отсюда утверждение (21),

что комплаенс только как следование указаниям врача без выяснения предпочтений пациента может быть барьером для процесса выздоровления.

4. Надежда на будущее – неизменный компонент службы, ориентированной на выздоровление. Надежда включает понимание того, что процесс выздоровления может быть долгим, со многими отступлениями и плато на этом пути. Службы, деятельность которых направлена только на поддержание удовлетворительного состояния и предотвращение обострений, не предоставляющие возможностей и поддержки выше этих рамок, не являются службами, ориентированными на выздоровление.

Службы, фокусирующиеся на людях и на полноте человеческого опыта, а не на «случаях», на партнерстве, а не на комплаенсе, на поддержании надежды и стремлении дать больше, чем поддержание достигнутого, могут продвинуть процесс выздоровления людей с серьезными психическими заболеваниями.

Рассматривая концепцию «*recovery*», которая, несомненно, существенно дополняет представления о процессе выздоровления и указывает новые важные направления в деятельности психиатрических служб, нельзя пройти мимо ряда положений в опубликованных работах, которые могли бы получить в той или иной степени иную трактовку со стороны профессионалов.

Так, в авторских повествованиях от первого лица (41, 47, 63, 66) обнаруживаются различные определения причин своего психического состояния во время болезни, часть из этих авторов считают его следствием духовного кризиса, связывают его с окружением, политическими обстоятельствами и пр.; в часто цитируемом самоотчете Р.Е.Дееган (24) описывается ее состояние в подростковом возрасте в промежутке между двумя госпитализациями как мрачное, монотонное существование будто в тяжелом тумане с ощущением безысходности, со взглядом, устремленным в никуда, с пожелтевшими от никотина пальцами. С нею говорили о симптомах, но «никто не подошел к ней и не сказал тогда, что психическую болезнь можно пережить, что выход есть, что возможно исцеление» и пр. Конечно, плохо, что этого не говорили, но если бы это было так просто – «поговорить». В приведенных хорошо знакомых психиатрам примерах и других подобных утверждениях очевиден дефицит критичности. В том же самоотчете толкование активной позиции иногда практически не оставляет места для роли профессионала – врача-психиатра («Для меня восстановление – не просто принимать лекарства, так как это пассивная позиция. Просто лечь в больницу – это также пассивная позиция. Я скорее использую больницу, когда мне это нужно. За многие годы я научилась различным способам помогать самой себе, иногда я использую лекарства, психотерапию, самопомощь, группы взаимной поддержки» и пр.). Это перекликается в других самоотчетах с подчеркиванием возможности достичь выздоровления и

без профессионального вмешательства (30, 71, 72), что конечно не исключается. Однако, такая позиция может вести к отказу от сотрудничества с психиатром, самолечению, ошибкам и может стать тормозом на пути выздоровления. Обсуждение со специалистом не отменяет разумного выбора среди показанных при данном состоянии терапевтических и реабилитационных вмешательств. Главное, однако, в том, что нацеленность на выздоровление и указанная активность в достижении выздоровления встречается не всегда. В представленных в литературе самоотчетах субъективная позиция звучит как образец, как пример, содержащий призыв. Не изучен весь спектр субъективных критериев исходов – от наполненной ценностями и смыслом жизни до преобладания машинообразной деятельности. Нередко имеют место позиции резиньяции, пассивности, а формирование мотивации к реабилитации – одна из задач профессионалов, что собственно и подчеркивается, как отмечалось выше, в современных требованиях к психиатрическим службам, чтобы процесс восстановления не ограничился торжеством надежды над опытом.

Недаром в настоящее время разработан модуль и предлагается психосоциальная работа (59) для активизации и ускорения ресcovery у пациентов с шизофренией.

Что касается традиционного клинико-психопатологического подхода, то и здесь можно проследить определенную эволюцию не только в отношении признания возможности выздоровления при шизофрении, но и определения его критериев, которые могут быть использованы в системе доказательной медицины. С этой целью проводился целый ряд долгосрочных исследований отдаленных исходов шизофрении (15, 17, 18, 26, 38, 39, 42, 46, 62, 77).

A.S.Bellack (14) отмечает, что шизофрения до конца 1980-х годов традиционно рассматривалась как хроническое состояние с крайне пессимистическим обликом; 20% имеют благоприятную форму заболевания со значительным возвратом к преморбидному уровню функционирования больных после начального острого периода болезни, другие 20% имеют истинно Крепелиновскую форму с непрерывно ухудшающимся течением, остальное большинство (60%) вариантов относили к более переменчивому, но хроническому течению, как без непрерывной деградации, так и без возврата к преморбидному уровню функционирования. Следовательно, как считалось, большинство пациентов с этой болезнью нуждаются в антипсихотическом лечении, возможно, в течение всей жизни, а у родственников должны быть ограниченные ожидания о возможности восстановления у пациентов преморбидного уровня функционирования. С тех пор было показано, что течение заболевания более переменчиво и что у многих лиц оно хотя и отвечает строгим диагностическим критериям, но может иметь хороший исход, в том числе без поддерживающей медикаментозной терапии.

На всем протяжении научной психиатрии делались попытки сближения ремиссионных состояний с выздоровлением. Однако к констатации выздоровления всегда сохранялась определенная осторожность, что в частности нашло отражение в таких определениях как, например, «практическое выздоровление» (1, 2), «заключительная ремиссия» (10) и пр. Если вначале выздоровление связывалось просто с окончанием приступа, то в дальнейшем происходит дифференциация указанных понятий с учетом преодоления упрощенного представления о выздоровлении с требованием при нем *restitutio ad integrum*, невыраженности дефицитарных расстройств и отсутствия повторных приступов при продолжительном катамнестическом наблюдении. При этом требование к констатации выздоровления, заключающееся в длительности ремиссии, все время возрастало. J.Wyrsh (81), не находивший признаков прекращения процесса на протяжении 15-летнего катамнеза, писал, что «исход заболевания можно ожидать всю жизнь». Многие авторы и в дальнейшем отделяли исход с полной остановкой процесса от ремиссии как послабления заболевания. В последующих длительных клинико-катамнестических исследованиях, в том числе популяционно-эпидемиологического характера, выявили, в частности, при приступообразном течении шизофрении значительную долю глубоких ремиссионных состояний, продолжающихся свыше 10–20 и более лет, при этом часть авторов выделяли состояния выздоровления, например, практического выздоровления – почти в четверти случаев (6) или «полного выздоровления» – в 14,3% (7). Работы, в которых прослеживаются довольно большие когорты больных шизофренией на протяжении более 20–30 лет, констатируют полное выздоровление у 8% (58) или у 6% (15) больных. Недостатком многих работ было отсутствие связи с оценкой общего стереотипа течения болезни, длительности прогрессивности, этапа регрессивности и стабилизации состояния (резидуальная шизофрения). Э.Я.Штернберг с соавт. (10) отмечают, что изучение шизофрении методом отдаленных катамнезов во многом изменило сложившиеся ранее представления; ими описаны благоприятные исходы у многих больных шизофренией, достигших старческого возраста, однако, при этом, как специально оговаривают эти авторы, «о выздоровлении в общемедицинском понимании не может быть и речи». Под исходом процесса понимается его закономерный этап, на котором клинические признаки динамики психотических расстройств (в том числе и регрессивной стадии) более не обнаруживаются (9).

Вопрос об исходах шизофрении типа практического выздоровления стал особенно актуальным в российской психиатрии в конце 1980-х годов в связи с необходимостью изменения диспансерного наблюдения – снятия таких больных с так называемого диспансерного учета, который превратился для них в дезадаптирующий фактор, приводящий к ограничению их прав (1, 2). Е.Б.Любовым (8) были

описаны клинические и социальные критерии определения таких исходов как завершающего этапа регрессиентности процесса с формированием резидуальных состояний с невыраженной негативной симптоматикой, а при рекуррентном течении и при abortивном прекращении активности процесса с возникновением многолетних интермиссий; и в тех и в других случаях со стойкой и высокой социальной адаптацией пациентов. Характерной особенностью таких «заключительных ремиссий» являются невыраженные личностные изменения (от легкого заострения преморбидной характерологической структуры до невыраженных черт ювенилизма и чудаковатости), доминирование стенического или гипертимического радикала, без каких-либо признаков продолжающегося течения процесса при отсутствии, однако, полной критики к перенесенной болезни, наличие личностных компенсаторных механизмов. При этом указывается на невозможность оперировать критерием “*statu quo ante*”, такой критерий методологически с общепатологической точки зрения не применим к выздоровлению при шизофрении, речь идет не просто об окончании болезни, но и о возникновении нового динамического состояния – «новой нормы для индивида» (4, 5), «нового здоровья» (3). Лиц с подобными глубокими ремиссионными состояниями, продолжительностью не менее 5 лет, с высокой и стойкой социальной адаптацией, квалифицирующимися как практическое выздоровление, предлагалось снимать с диспансерного наблюдения, что расценивалось как заключительный акт их социальной реабилитации (1, 2) и вошло в официальные инструкции деятельности психоневрологических диспансеров. Интересно отметить, что описанные тогда у этих пациентов конструктивный характер социальной адаптации, личностный рост, активность, возможность социальных достижений безусловно созвучны с появившимися теперь самоописаниями в рамках концепции *recovery*. Можно констатировать, что клиническая оценка состояния выздоровления в этих случаях совпадала с оценкой выздоровления на субъективном уровне.

Иной подход к оценке выздоровления при шизофрении представлен в последние годы рядом проведенных в этом аспекте исследований (37–43, 54, 55, 76), сосредоточенных на установлении операциональных критериев таких состояний, которые, в отличие от обычных ремиссий, могут квалифицироваться как выздоровление. Одно из них (38) опиралось на данные *Global Assessment Scale (GAS)* – более 61 балла и шкалу уровней функционирования *Strauss-Carpenter*. Оно допускало фактически лишь наличие нескольких маловыраженных симптомов, а также ограниченные трудности в отдельных областях, но в целом в качестве выздоровления рассматривалось удовлетворительное состояние в течение не менее 2-х лет, при том, что большинство людей (не специалистов) не сочли бы такого человека больным.

Другое исследование (43), в котором прослежен 15-летний катамнез, предлагает следующие критерии выздоровления: отсутствие в течение года госпитализаций, позитивных и негативных расстройств и адекватное социальное функционирование, включающее оплачиваемую работу хотя бы на 0,5 ставки, отсутствие слишком низкого уровня социальной активности. Третья подобная работа (76) определяет такое состояние по *GAF* – свыше 65 баллов при отсутствии госпитализаций и нормальном уровне психосоциального функционирования в течение 5 лет.

Был предложен (54–56) более детализированный критерий, но в течение 2-х летнего периода: функционирование в пределах нормальных рамок, участие в учебе или работе (полная или частичная занятость), самостоятельный образ жизни, ответственность в управлении бюджетом, приеме лекарств, наличие друзей или иное участие в соответствующей возрасту социальной активности; при этом допускается наличие симптоматики по отдельным пунктам *BPRS* не более 4 баллов. *H.A.Nasrallah* и соавт. (60) в критерий выздоровления включают продолжающуюся фармакотерапию, в то же время *M.Narrow* и соавт. (43) показали, что выздоровление может быть достигнуто без фармакотерапии. Вообще набор операциональных критериев нуждается в уточнении и, возможно, в международном согласовании.

Концепция *recovery* ставит проблему в иной плоскости. Растущее движение потребителей психиатрической помощи (в центральном фокусе этой эволюции находится концепция *recovery* – термин, который сочли бы парадоксальным всего одно поколение назад (14), способствовало тому, что поставлен под сомнение традиционный взгляд на течение болезни и на связанные с ним представления о возможности людей с шизофренией жить продуктивной, удовлетворяющей их жизнью. Более того, отмечается растущее признание того, что *recovery* не только возможно, но даже может быть широко распространенным.

Ярд авторов (14, 56) указывают, что термин *recovery* не может использоваться как равноценный отсутствию заболевания или излечению («*cure*»), что было бы адекватным в случае таких острых медицинских состояний, как грипп или костный перелом, но не подходит для хронических состояний, например, таких как диабет, астма или шизофрения (77). Этот термин видится иначе с учетом тех случаев, в которых имеется выраженная симптоматическая ремиссия, но болезнь не исчезает, или когда она нанесла урон преморбидному статусу, но все же позволяет существенный возврат к прежнему функционированию. Проблема выздоровления рассматривается не как завершение процесса, даже не как «заклучительная ремиссия», она переносится к той фазе заболевания, когда возникает исход с достигнутым и поддерживаемым уровнем функционирования в условиях освобождения от психопатологи-

ческой симптоматики в течение определенного, достаточно длительного времени. В таком виде выздоровление отражает в поперечном срезе функциональный статус и может прерываться периодами обострения. Хотя некоторые авторы предлагают ориентироваться в этих случаях на «полную ремиссию» (76). Но, во-первых, полная ремиссия, как видно из приведенных выше предлагаемых другими авторами операциональных критериев выздоровления, не обязательна и, во-вторых, термин ремиссия вообще не включает те позитивные перемены и достижения, которые связаны с recovery во всех определенных потребителях помощи.

Таким образом, выздоровление при тяжелых хронических расстройствах включает два до сих пор не связанных между собой значения. Согласно клиническому определению: это объективный результат (исход) болезни, указывающий на отсутствие или смягчение (контроль) симптомов и социальное восстановление больного на определенное время (17, 39, 43, 44, 62). Современные критерии симптоматического выздоровления при шизофрении определяют выраженность остаточных симптомов ниже диагностического порога при правильном поведении пациента (11).

Идущее от потребителей определение выздоровления связано с процессом изменения ценностей, чувств, целей, навыков и/или ролей с социальной ориентацией личности, безотносительно от фактического состояния здоровья (65). Люди реализуют свои возможности, активно меняют судьбу, стремясь к лучшей (возможно счастливой) жизни, даже

ограниченной болезнью через преодоление дистресса и трудностей, путем проб и ошибок (23). Суть выздоровления смещена в субъективную сферу: не быть «нормальным», но стать глубже, раскрыть свой потенциал через страдание (19, 25); это содержательная жизнь в мире людей и прав выздоравливающих. Человек преодолевает измененную болезнью «самость» (22), открывает свои сильные стороны и возможности дальнейшего роста по ту сторону болезни, учась управлять ею. Выздоровление включает так много ступеней и стадий, неизбежных и определенных, что оно становится «путешествием» личности, непрямым, негладким и долгим (69), при котором раскрываются новые содержание и ценность бытия в противовес отчаянию хронической болезни (12) через «обретение ответственности» и наделение силой (empowerment) и через самоуправление (self-directedness) (32, 53, 74). Отсюда и выздоровление – не дар врача, но мера ответственности выздоравливающего (20) при накоплении и осмыслении своего (прежде всего) и опыта других, неформальной поддержке (19), но не чрезмерной зависимости от других. Медицинская клиническая модель подчеркивает болезнь, слабость и ограничения в большей мере, чем потенциал роста (35). Учет позиции пациентов позволяет корректировать план лечения с поощрением малых достижений обычной жизни (53). Указанные определения – научные и с точки зрения потребителей возникли на основе разных перспектив видения в разном историческом контексте и с разными целями (14). Они отражают разные перспективы

Выздоровление: различия концепций, языка и ценностей позиций потребителя и медицинской модели (14, 50, 61, 64, 67)

| Модель потребителя | Традиционная медицинская помощь |
|--|--|
| Выздоровление как личностный процесс | Выздоровление как результат лечения (исход болезни) |
| Стимулирует правозащитное движение и социально-политические изменения в области охраны психического здоровья | Стимулирует изучение природы и течения шизофрении, улучшение эффективности лечения |
| Личная ответственность (лечение полезно, но не обязательно), самопомощь и взаимопомощь | Профессиональная ответственность |
| Дистресс | Симптом |
| Биография | Анамнез заболевания |
| Внимание к личности, жизни человека | Внимание к болезни, симптоматике |
| Цель – социальная интеграция | Цель – борьба с болезнью (симптом) |
| Опора на сильные стороны личности | Опора на лечение, поддержку при беспомощности |
| Эксперт с уникальным опытом болезни | Врач и пациент |
| Личностный смысл | Диагноз |
| Понимание | Распознавание |
| Ценностная ориентация | Дистанцирование от ценностей и предпочтений отдельного пациента |
| Гуманистический (субъективный) подход | Научный (объективный) метод |
| Рост и раскрытие личности | Лечение |
| Право на выбор, пробы и ошибки | Следование режиму лечения |
| Опыт самих потребителей | Опора на данные доказательной медицины |
| Самоописания как руководство к действию | Рандомизированные контролируемые исследования |
| Превращение | Нормализация |
| Самоуправление | Координация профессиональной помощи при управлении хронической болезнью |

(профессионалы, пациенты и члены семей) целей помощи, оценки беспомощности и улучшения, ценностей и языка (12, 13, 33, 48, 57, 64, 70) (таблица).

Сказанное делает актуальными две задачи: во-первых, уточнение принципиальных различий как разноразноуровневых, дополняющих друг друга подходов, что отражено в таблице и, во-вторых, определение соотношения между обоими подходами к пониманию процесса выздоровления и собственно состояния выздоровления на субъективном уровне, с одной стороны, и на уровне объективной клинической оценки в рамках системы доказательной медицины – с другой.

Каково же соотношение изменений в процессе выздоровления при объективной клинико-психопатологической их регистрации и на уровне субъективной динамики? Ответ на этот вопрос представляется необходимым.

Известно, что у больных шизофренией психопатологические расстройства, даже при их остроте и выраженности, могут не заполнять все поле сознания и соседствовать с адекватной, реальной оценкой окружающего и своего положения. Такая особенность может отмечаться на всем протяжении заболевания. При обострениях и большей охваченности болезненными переживаниями они могут заполнять все поле сознания, при относительной стабилизации состояния – вновь соседствовать с реальной оценкой больным окружающего, своего положения, последствий психической болезни и пр. Различные варианты подобных состояний далеко не являются раритетом; напротив, они весьма часты, и особенно заметны в амбулаторной практике.

В первую очередь у таких пациентов, а также у пациентов с ремиттирующим течением, может формироваться на протяжении болезни новая система ценностей, совладания с психическими расстройствами, возвращение к полноценной жизни и социаль-

но значимой роли. Активной жизненной позиции могут способствовать стенические или гипертимные личностные черты, которые отмечались при указанных выше заключительных ремиссиях. Возможно, что recovery удел широкого круга больных: с одной стороны, уже имеются описания recovery после первого психотического эпизода (27–29, 75), а с другой – к recovery можно отнести состояния «второй жизни» по J.Vie (78). В первом случае больные возвращаются к прежней жизни, часто с восстановлением и в дальнейшем повышением преморбидного уровня функционирования, тогда как во втором случае характерно вообще отрицание прежней жизни и функционирование на другом социальном уровне.

Что касается сопоставления практического выздоровления при объективной клинико-психопатологической оценке и recovery на уровне личностных изменений, то из приведенных описаний очевидно, что они, по крайней мере во времени, могут не совпадать. Возвращение к новой продуктивной жизни не исключает, однако, продолжения возникновения обострений болезни, а «практическое выздоровление» предполагает глубокую и достаточно длительную стойкую ремиссию. Recovery, несомненно, обогащает личностным смыслом представления о благоприятных исходах шизофрении, но если выздоровление означает отсутствие нужды в медицинской, психиатрической помощи, то в критерии выздоровления должны включаться и отсутствие обострения болезни, и отсутствие необходимости продолжения фармакотерапии и другой специализированной психиатрической помощи. В то же время принятие концепции recovery обозначает новый важный шаг в развитии психиатрической помощи, направленный на дальнейшее приближение к разносторонним нуждам пациентов и их продвижение к выздоровлению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. О клинико-социальных критериях снятия с диспансерного учета больных шизофренией – заключительного акта социальной реабилитации // Вопросы организации психиатрической помощи. – М., 1982. – С. 6–14.
2. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Зинченко И.Н. и соавт. Клинико-социальные критерии снятия с диспансерного учета больных шизофренией в связи с благоприятными исходами болезни и стойкой социальной адаптацией. Методические рекомендации. – М., 1985. – 26 с.
3. Давыдовский И.В. Избранные лекции по патологии. – М., 1975. – 72 с.
4. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. – Л., 1964. – 216 с.
5. Зеневич Г.В. К проблеме патологии и болезни в психиатрии // 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М., 1981. – Т. 1. – С. 54–57.
6. Коробов А.А. Клинические особенности шизофрении с длительными, более 10 лет, ремиссиями. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1982. – 16 с.
7. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Уровни клинической адаптации у больных шизофренией с приступообразным течением // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1985. – Т. 85, № 8. – С. 1212–1217.
8. Любов Е.Б. Клинические и социальные критерии определения исходов типа практического выздоровления при шизофрении. (Вопросы снятия с диспансерного учета). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 24 с.
9. Медведев А.В. Шизофренические конечные состояния в старости // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1977. – Т. 77, № 9. – С. 1371–1377.
10. Штернберг Э.Я. (Ред.). Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. – М.: Медицина, 1981. – 192 с.
11. Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 441–449.
12. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s // Psychosoc. Rehab. J. – 1993. – Vol. 16. – P. 11–23.
13. Anthony W., Rogers E.S., Farkas M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery // Com. Ment. Health J. – 2003. – Vol. 39. – P. 101–114.
14. Bellack A.S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications // Schizophr. Bull. – 2006. – Vol. 32, N 3. – P. 432–442.
15. Bleuler M. The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies. – New Haven: Yale University Press, 1972.
16. Brown M., Brown G., Sharma S. Evidence based to value based medicine. – Washington: American Medical Association Press, 2005.
17. Carpenter W.T.Jr., Strauss J.S. The prediction of outcome in schizophrenia: IV. Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort // J. Nerv. Ment. Dis. – 1991. – Vol. 179. – P. 517–525.
18. Ciompi L., Muller C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestiche Längzeitstudie bis ins senium. – Berlin: Springer, 1976.
19. Chamberlin J. A working definition of empowerment // Psychiatr. Rehab. J. – 1997. – Vol. 20, N 4. – P. 43–46.
20. Coleman R. Recovery: An Alien Concept. – Gloucester: Hansell

Publishing, 1999.

21. Davidson L., Strauss J.S. Sense of self in recovery from severe mental illness // *Br. J. Med. Psychol.* – 1992. – Vol. 65. – P. 131–145.
22. Davidson L., O'Connell M.J., Tondora J. et al. Recovery in serious mental illness: paradigm shift or shibboleth? // *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice* / L. Davidson, C.M. Harding, L. Spaniol (Eds.). – Boston: Center for psychiatric rehabilitation, 2005. – P. 5–26.
23. Deegan P.E. Recovery: the lived experience of rehabilitation // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1988. – Vol. 11. – P. 11–19.
24. Deegan P.E. Recovering our sense of value after being labeled mentally ill // *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* – 1993. – Vol. 31, N 4. – P. 7–11.
25. Deegan P. Recovery as a journey of the heart // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1996. – Vol. 19. – P. 91–97.
26. DeSisto M.J., Harding C.M., McCormick R.V. et al. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness: I. Matched comparisons of cross-sectional outcome // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 167. – P. 331–338.
27. Drury V., Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169. – P. 593–601.
28. Edwards J., Maude D., McGorry P.D. et al. Prolonged recovery in first-episode psychosis // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172, Suppl. – P. 107–116.
29. Edwards J., Maude D., Herrmann-Doig T. et al. A service response to prolonged recovery in early psychosis // *Psychiatr. Serv.* – 2002. – Vol. 53, N 9. – P. 1067–1069.
30. Ellison M.L., Russinova Z. Professional achievements of people with psychiatric disabilities // Presented at the 24th Conference of the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, Minneapolis, May 10–14, 1999.
31. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services // *World Psychiatry.* – 2007. – Vol. 6, N 2. – P. 4–10.
32. Faulkner A., Layzell S. Strategies for Living: A Summary Report of User-Led Research into People's Strategies for Living with Mental Distress. – London: Mental Health Foundation, 2000. <http://www.mentalhealth.org.uk/html/content/s4reports/sum.pdf>
33. Fischer E.P., Shumway M., Owen R.R. Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia // *Psychiatr. Serv.* – 2002. – Vol. 53. – P. 724–729.
34. Fisher D.B. Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities // *Hosp. Com. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 45. – P. 913–915.
35. Frese F.J., Stanley J., Kress K. et al. Integrating evidence-based practices and the recovery model // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 1462–1468.
36. Froggatt D. Getting your life back – Part 2: The concept of recovery // *WFSAD Newsletter.* – 2007. – 3rd Quarter. – P. 1–4.
37. Harding C.M., Strauss J.S. How serious is schizophrenia? Comments on prognosis // *Biol. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 19. – P. 1597–1600.
38. Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S., Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later // *Am. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144. – P. 718–726.
39. Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S., Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144. – P. 727–735.
40. Harding C.M., Zahniser J. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 90, Suppl. 384. – P. 140–146.
41. Harding C.M. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns, and predictors // *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice* / L. Davidson, C.M. Harding, L. Spaniol (Eds.). – Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2005. – P. 27–48.
42. Harrison G., Hoper K., Craig T. et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study // *Br. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 178. – P. 506–517.
43. Harrow M., Grossman L., Jobe T.H., Herbener E.S. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study // *Schizophr. Bull.* – 2005. – Vol. 31. – P. 723–734.
44. Hegarty J.D., Baldessarini R.J., Tohen M. et al. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature // *Am. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151. – P. 1409–1416.
45. Houghton P. Flying solo: single/unmarried mothers and stigma in Ireland // *Irish J. Psychol. Med.* – 2004. – Vol. 21. – P. 36–37.
46. Huber G., Gross G., Schuttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1975. – Vol. 52. – P. 49–57.
47. Jacobson N. Experiencing recovery: a dimensional analysis of consumers' recovery narratives // *Psychiatr. Rehab. J.* – 2001. – Vol. 24. – P. 248–256.
48. Jacobson N., Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 482–485.
49. Jenkins J.H., Strauss M.E., Carpenter E.A. et al. Subjective experience of recovery from schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics // *Int. J. Soc. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 51. – P. 211–227.
50. Lapsley H., Waimarie L.N., Black R. Kia Mauri Tau! Narratives of recovery from disabling mental health problems. – Wellington: Mental Health Commission, 2002.
51. Leete E. Stressor, symptom, or sequelae: remission, recovery, or cure? // *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill.* – 1994. – Vol. 5. – P. 16–17.
52. Lehman A.F. Putting recovery into practice: a commentary on «What recovery means to us» // *Com. Ment. Health J.* – 2000. – Vol. 36. – P. 329–331.
53. Leibrich J. Making Space: Spirituality and Mental Health. The Mary Hemingway Rees Memorial Lecture, World Assembly for Mental Health, Vancouver, 2001. Article posted Wednesday, November 06, 2002, no. 333978 at <http://mhweb.org/Articles?worldCongress2001JLeibrich.htm>
54. Liberman R.P., Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 245–255.
55. Liberman R.P., Kopelowicz A., Ventura J., Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 256–272.
56. Liberman R.P., Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research // *Psychiatric Services.* – 2005. – Vol. 56, N 6. – P. 735–742.
57. Mead S., Copeland M.E. What recovery means to us: consumers' perspectives // *Commun. Ment. Health J.* – 2000. – Vol. 36. – P. 315–328.
58. Morrison J., Winokur G., Crowe K. et al. The Iowa 500. The first follow-up // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1973. – Vol. 29, N 5. – P. 678–682.
59. Mueser K.T., Meyer P.S., Penn D.L. et al. The Illness Management and Recovery Program: Rationale, development, and preliminary findings // *Schizophrenia Bull.* – 2006. – Vol. 32, Suppl. 1. – P. S32–S43.
60. Nasrallah H.A., Targum S.D., Tandon R. et al. Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia // *Psychiatr. Serv.* – 2005. – Vol. 56. – P. 273–282.
61. New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. – Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services Publication, 2003.
62. Ogawa K., Miya M., Watarai A. et al. A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan – with special reference to the course of social adjustment // *Br. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 151. – P. 758–765.
63. Ralph R. Recovery // *Psychiatr. Rehab. Skills.* – 2000. – Vol. 4. – P. 480–517.
64. Ralph R.O., Lambert D., Kidder K.A. The recovery perspective and evidence-based practice for people with serious mental illness: A guideline developed for the Behavioural Health Recovery Management Project, 2002. <http://bhrm.org/guidelines/Ralph%20Recovery.pdf>
65. Resnick S.G., Rosenheck R. Recovery and positive psychology: parallel themes and potential synergies // *Psychiatr. Serv.* – 2006. – Vol. 57. – P. 120–122.
66. Ridgway P.A. Re-storying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives // *Psychiatr. Rehab. J.* – 2001. – Vol. 24. – P. 335–343.
67. Roberts G., Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2004. – Vol. 10. – P. 37–48.
68. Rogers E., Farkas M., Anthony W.A. Recovery and evidence based practices // *Handbook of evidence based practice in behavioral healthcare: applications and new directions* / C. Stout, R. Hayes (Eds.). – New York: Wiley, 2005. – P. 199–219.
69. Sheehan A. Inspirations, a photographic record of recovery. – London: NIMHE, 2002.
70. Shumway M., Saunders T., Shern D. et al. Preferences for schizophrenia treatment outcomes among public policy makers, consumers, families, and providers // *Psychiatr. Serv.* – 2003. – Vol. 54. – P. 1124–1128.
71. Spaniol L., Wewiorski N.J., Gagne C. et al. The process of recovery from schizophrenia // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 327–336.
72. Spaniol L., Gagne C., Koehler M. The recovery framework in rehabilitation and mental health // *Sourcebook of rehabilitation and mental health practice* / D. Moxley, J.R. Finch (Eds.). – New York: Kluwer/Plenum, 2003. – P. 37–50.
73. Strauss J.S., Rakfeldt J., Harding C.M. et al. Psychological and social aspects of negative symptoms // *Br. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 155, Suppl. 7. – P. 128–132.
74. Sullivan P. Recovery from schizophrenia: what we can learn from the developing nations // *Innov. Res. Clin. Serv., Com. Support, Rehab.*

– 1994. – Vol. 3, N 2. – P. 7–15.

75. Thompson K.N., McGorry P.D., Harrigan S.M. Recovery style and outcome in first-episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 62, N 1–2. – P. 31–36.

76. Torgalsboen A.K., Rund B.R. Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 312–317.

77. Tsuang M.T., Woolson R.F., Flemming J.A. Long-term outcome of major psychoses: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom free surgical conditions // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1979. – Vol. 36. – P. 1295–1311.

78. Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques // *Ann. Med.*

Psychol. – 1939. – Vol. 97, N 4. – P. 461–494.

79. Walsh J. Social network changes over 20 months for clients receiving assertive case management services // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1996. – Vol. 19. – P. 81–85.

80. Williams C.C., Collins A.A. Defining frameworks for psychosocial intervention // *Interpersonal and Biological Processes.* – 1999. – Vol. 62. – P. 61–78.

81. Wyrsh J. Beitrag zur Kenntnis Schizophrener Verlaufe // *Z. Neurol. Psychiatr.* – 1941. – Bd. 172, N 5. – S. 757–811.

82. Young S.L., Ensing D.S. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1999. – Vol. 22. – P. 219–231.

THE CONCEPT OF RECOVERY IN SCHIZOPHRENIA

I. Ya. Gurovich, E. B. Lyubov, Ya. A. Storozhakova

The article introduces the modern concept of recovery in schizophrenia into the Russian psychiatric science and mental health practice. Different definitions of recovery in schizophrenia from professional and consumers' perspectives are presented and analyzed. The authors refer to traditional for Russian psychiatry concept of "actual" or "practical" recovery, which included stable symptom remission during at least five years and a high level of social adjustment. Achieving recovery, in this traditional understanding, was a condition for discontinuation of dispensary follow-up observation for such patients. The new understanding

of the concept, with broader and more flexible criteria for recovery, has become an issue of intense discussion and requires further consultations. It is necessary to identify reliable evidence-based operational criteria of recovery and develop recovery-oriented mental health services. The authors define recovery in schizophrenia as a continuum spanning from the recovery from early psychosis to the phenomenon described by J.Vie as "second life". The adoption of the modern concept of recovery in schizophrenia is an essential step in the current mental health system reform towards better response to a wide range of consumers' needs.