

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ¹

Й. Друес

Нидерланды

Последнее десятилетие отмечено многочисленными исследованиями о возможностях интеграции или реинтеграции в общество лиц с тяжелыми и долговременными психиатрическими ограничениями (2, 34). Все эти усилия объединяются воедино термином «реабилитация». Вместе с тем «реабилитация» – это пока практическое понятие, не имеющее простого определения (28). Прагматическое описание понятия реабилитации дает R.Barton (2): «Психосоциальная реабилитация есть взаимосвязанная в единое целое психосоциальная интервенция, то есть выработка навыков, взаимная поддержка, подготовка к трудовой занятости и ее поддержка, развитие источников помощи для лиц с тяжелыми и продолжительными психиатрическими ограничениями, направленная на усиление активности этих лиц, их восстановление и достижение ими компетентности».

Метод

С помощью систем PsycLit и Medline произведен поиск обзорных статей по эффективности реабилитации за период 1997–2000 гг. Ряд публикаций был выявлен через перекрестные ссылки, в Trimbosreeks, индекс публикаций Tijdschrift voor Psychiatrie, Maandblad Geestelijke volksgezondheid и журнала Passage за последние несколько лет (нидерландские профессиональные психиатрические издания – прим. переводчика). Результат поиска непосредственно по основным ключевым словам «реабилитация», «исход», «усиление» и «выздоровление» оказался довольно ограниченным.

Общие проблемы. Собирать материал по реабилитации непросто прежде всего из-за нечеткости дефиниции (28). Действительно, что такое реабилитация? Покрывает ли это понятие только «психосоциальную интервенцию» согласно определению R.Barton, или оно также подразумевает какую-то форму лечения, политику или социальное действие? Многие конкретные темы реабилитации обнаруживаются в других разделах оказания помощи. Виды реабилитационной интервенции (обучение навыкам, посредническая помощь в достижении

источников помощи) хорошо известны в контексте лечения и ведения пациентов. Тема «усиления» (empowerment) знакома по управленческой литературе, а также из работ по эмансипации, участию клиентов во взаимной поддержке. Иными словами, одного термина «реабилитация» недостаточно для поиска профессиональной литературы.

Вторая проблема заключается в том, что в области реабилитации используется очень много различных способов измерения и оценки результатов. Это могут быть объективные результаты, касающиеся различных сторон жизни (жилье, работа, учеба, социальные контакты), но могут быть и субъективные индивидуальные результаты типа «рост уверенности в себе и чувства идентичности» клиента, и оценка исхода на уровне программ и систем (3).

Третий важный фактор касается изучения результатов реабилитации – равно как и в прочих областях психиатрии – и он представлен проблемой «отсутствующего звена» между интервенцией и эффектом (8). Так, нередко хорошо известно, что определенный способ интервенции производит определенный эффект. Вместе с тем, неизвестно, каким образом такой эффект достигается и в чем состоял действующий элемент интервенции. Это очень трудная проблема в исследованиях реабилитационной интервенции, так как лучше видны сложность вмешательства и его зависимость от среды по сравнению с более «простыми» мерами типа назначения лекарств для преодоления определенных симптомов. Таким образом, сбор материала об эффективности реабилитации затруднен по причине отсутствия удовлетворительной дефиниции, из-за разнообразия измерений исхода и отсутствующего звена между способами интервенции и эффектами реабилитации.

Три уровня сложности. Одна из возможностей как-то организовать имеющуюся литературу – это разбить ее на три уровня сложности: системный уровень, уровень программы или проекта и индивидуальный уровень. Оказывается, что на этих уровнях ставятся разные вопросы, в том числе потому, что выделение перечисленных уровней – не просто формальная процедура, но сведение публикаций в кластеры на основе их содержания. Упо-

¹ Перевод с нидерландского Е.Можаевой.

мянутые три кластера можно охарактеризовать как организацию гуманизированной помощи, эффективность реабилитационных стратегий на уровне программ и действенность реабилитационной интервенции на индивидуальном уровне.

В настоящем обзоре мы рассмотрим упомянутые три кластера в вышеприведенном порядке. Внутри каждого кластера мы обратимся к вопросам, которые ставятся перед научными исследованиями, научно обоснованными ответами и элементами реабилитации, нашедшими отражение в изученной литературе.

Далее будет рассмотрен вопрос о влиянии пациента на процесс реабилитации и данные научных исследований по этой теме.

Результаты

Организация гуманизированной помощи в сфере психического здоровья. Предметом исследования данной группы публикаций является организация помощи, влияние предлагаемой помощи на индивидуума, а также материальные и нематериальные затраты общества. В рамках проблемы ставятся следующие вопросы: могут ли лица с тяжелыми и продолжительными психиатрическими ограничениями жить в обществе? Каковы преимущества жизни в сообществе? В чем заключаются недостатки?

В данной области хорошо известны работы L.Stein и соавт. (38), проекты TAPS (26, 29, 42) и PRISM (41). В основном это когортные исследования, в которых пациентам, долгое время зависимым от помощи, была предложена альтернатива пребыванию в психиатрической больнице. Исследования дают близкие результаты.

В целом амбулаторное ведение и лечение пациентов дешевле интрамуральной помощи (26, 45). Изменение места пребывания не влияет или мало влияет на симптоматику и социальное поведение пациентов, но последние больше удовлетворены (29, 41). Положительная картина сохраняется в течение более длительного времени (5 лет) (29, 42). К сожалению, не обходится и без недостатков. Для значительной части пациентов существует опасность изоляции и отсутствия дневной занятости (29, 41). Помимо этого, существует небольшая группа чрезвычайно активных потребителей помощи, и часть этой группы, в большей или меньшей степени, не нуждается в интрамуральных службах (7, 32). При отсутствии дополнительных мер, некоторая часть пациентов (менее 1%) оказывается на улице или обретает статус бездомных (42).

Несмотря на то, что в названиях публикаций нередко попадаются сочетания «исход для пациента» или «качество жизни», фактически они обсуждают влияние изменений в предлагаемой помощи: например, больница закрывается, а ее деятельность заменяется амбулаторными или полустационарными службами. На самом деле эти публикации посвящаются общим эффектам гуманизации помощи, выведе-

дения ее на амбулаторный уровень и индивидуализации для групп пациентов, длительное время зависящих от помощи (например, для «старых» хроников).

Эффективность реабилитационных стратегий на уровне программы. Второй кластер публикаций касается вопросов эффективности программ или проектов помощи. Здесь ставится вопрос о том, производят ли определенные службы или формы помощи (узкоспециализированные службы, описание результатов деятельности службы или комбинации различных служб для конкретной целевой группы) определенный результат. В этих работах обычно оценивается эффект детально изложенной интервенции для подробно описанной целевой группы, что позволяет использовать схему рандомизированного и контролируемого исследования. Далее мы обсудим три примера подобных исследований.

Амбулаторное ведение пациентов. Ставится вопрос: как различные формы амбулаторного ведения влияют на функционирование в обществе пациентов, длительное время зависящих от помощи?

Пример ответа: амбулаторное ведение пациента способствует уменьшению количества госпитализаций и количества дней, проведенных в стационаре (23, 34). Иногда (примерно в половине исследований) выявляются положительные эффекты для качества жизни и наличия работы (34). Время от времени обнаруживаются незначительные улучшения по части симптоматики и социального функционирования. Клиенты в большей мере удовлетворены амбулаторным ведением по сравнению с условиями стандартной (общей психиатрической) или стационарной помощи. Помимо этого, они чаще контактируют с системой постстационарной помощи (23). Ведется дискуссия о степени интенсивности амбулаторного ведения пациентов. Дискуссия осложняется тем, что в публикациях зачастую не получают достаточного освещения условия ведения контрольных групп (23). Складывается впечатление, что интенсивное управление случаями в офисные часы в регионе с достаточным или хорошим уровнем помощи не дает свидетельств лучших результатов по сравнению с «обычной» амбулаторной помощью после госпитализации. Исключением, пожалуй, являются клиенты, которые очень хорошо реагируют на традиционные формы лечения, равно как и те, которые склонны обрывать контакт с системой поддерживающей помощи (23).

Двойной диагноз. Ставится вопрос: каковы преимущества интегрированных лечебно-реабилитационных программ для лиц с двойным диагнозом?

Пример ответа: интегрированное лечение лиц с психиатрическими проблемами и наркотической зависимостью дает эффект в том случае, если клиенты в ходе лечения могут делать свой выбор, а также при условии в достаточной мере интенсивного и специализированного ведения случаев и

сравнительно длительном периоде катамнестического наблюдения (минимум два года). Тогда редуцируется психиатрическая симптоматика и снижается потребление наркотиков, и возрастают шансы стабильного жилищного устройства (34).

Подготовка к работе. Ставится вопрос: при использовании каких методов лица с серьезными психиатрическими ограничениями чаще всего попадают на оплачиваемую работу?

Возможные ответы: лица, желающие получить оплачиваемую работу, чаще всего выигрывают от быстрого помещения в рабочую ситуацию в сочетании с профессиональным обучением на месте (16). Программы же, предполагающие длительную предварительную подготовку и неоплачиваемый труд в качестве тренинга, чаще приводят клиентов не на оплачиваемую работу, а в цеха с облегченными условиями (16).

Эти исследования позволяют сделать важный вывод о том, что определенные программы или проекты дают определенный результат. В такой же мере можно сказать, что результаты в какой-то одной сфере (жилье, использование дня, работа, обучение, социальные контакты) большей частью мало влияют на другие сферы (34). Можно сформулировать следующую рекомендацию: бригады, компетентные в определенных вопросах (например, жилье), следует дополнять экспертами в других областях (например, по части работы) (4, 16, 27).

Сложность интерпретации приведенных данных заключается в трудности увязывания интервенции и эффекта. Что помогло в данном конкретном случае? Возможно, чтобы лучше это понять, следует больше внимания уделять опыту ролевого функционирования и выполнения задач отдельными пациентами. Можно ожидать, что сами участники программ смогут указать, какие именно элементы программы им помогли.

Действенность реабилитационной интервенции на индивидуальном уровне. Третий кластер публикаций касается вопросов действенности и эффективности методов реабилитации на индивидуальном уровне. Как указывал P.Vlaminck (43, 44), здесь очень важно различать действенность и эффективность. Под действенностью имеется в виду, вызывает ли определенная интервенция результат в контролируемых условиях, в то время как эффективность подразумевает наличие результата в неконтролируемой ситуации.

Наиболее важными техниками реабилитационной интервенции считаются выработка навыков, практическая поддержка и посредническая помощь. Что же показывают исследования действенности и эффективности разных форм интервенции?

Выработка социальных навыков. Выработка социальных навыков и навыков разрешения проблем действенны для госпитализированных пациентов с шизофренией, а также возможно и для амбулаторных пациентов (34, 40). Вместе с тем, упомянутые навыки проявляются только в учебной

ситуации и не проявляются вовсе или проявляются плохо в других обстоятельствах, то есть действенность такого тренинга оказывается очень умеренной в случае смены пациентом места пребывания. Кроме того, исследования показывают, что выработка социальных навыков у негоспитализированных пациентов может улучшить их социальное функционирование. Оптимальным оказывается и «обучение на месте», специально ориентированное на требования определенной роли в определенных обстоятельствах (34, 37). G.Shepherd называет такой подход к выработке навыков «подходом, ориентированным на критерий».

Практическая поддержка. Тема практической поддержки мало отражена в научной литературе. K.Mueser и соавт. (34) отмечают: «Несмотря на центральную роль концепции «поддержки» в «занятости в условиях поддержки», существует очень немного исследований долговременной поддержки в рабочей ситуации». В литературе часто описываются «источники помощи» (люди, места, деятельность, в которых нуждаются клиенты в целях реабилитации) (17), но в то же время роль источников помощи для поддержки индивидуального движения не получила отражения в научных исследованиях. Исключение составляет двойное слепое исследование T.Harris и соавт. (21, 22) «сдруживания» (англ. befriending) среди депрессивных женщин в Лондоне. В экспериментальной группе приятельница-волонтер для тех, кто желал контакта, могла способствовать увеличению продолжительности ремиссии у женщин, страдающих депрессией, на 25–30%.

Посредническая помощь. Публикаций о подведении клиентов к источникам помощи обнаружено немного. Следует отметить работу S.Long и S.Zlutnick (30), в которой описывается ступенчатый процесс, предназначенный для управляющих случаев (case managers), которые сначала помогают своим клиентам найти «соседа по квартире», а потом уже содействуют в поисках отдельного жилья для них. Так что исследования посреднической помощи возможны. О посредничестве как таковом написано много, но научных исследований почти нет.

На основании анализа литературных данных по настоящему разделу можно сделать следующий вывод: действенность в выработке навыков изучена лучше эффективности, и почти нет научных исследований о влиянии источников помощи и роли посреднической помощи.

Усиление и восстановление контакта с людьми, имеющими аналогичные проблемы. Если мы вновь обратимся к определению реабилитации, приведенному во вступительной части настоящей публикации, то заметим, что в литературе об эффективности реабилитации некоторые темы совсем не представлены. В первую очередь это касается влияния личного вклада пациента: его собственного изложения своей истории (восстановления), его

усиления при контакте с другими и его личной, неформальной поддержки других (лиц с аналогичными проблемами).

На этот пробел в исследованиях указывали K.Mueser с соавт. (34). Они писали: «... несмотря на акцент, который делается в психиатрической реабилитации на выборе и совместном принятии решений клиентами, научных исследований в этих областях почти не проводится».

Вместе с тем, понятия, упомянутые в настоящем подразделе, находят отражение в литературе. Быстро нарастает поток публикаций об усилении пациентов (англ. empowerment) (10, 11, 19, 20, 36), истории восстановления (1, 5, 12, 14, 18, 46) и взаимной поддержке (13, 25, 33), но это в основном казуистика или же описания и перечисления. Кроме того, данные публикации никак не связаны с научной литературой об эффективности. И, наоборот, в научной литературе об эффективности понятия усиления, личной истории восстановления и взаимной поддержки, а также их практические результаты, практически не представлены.

Отсутствие сообщений о личном вкладе пациентов в эффект интервенции по меньшей мере странно. Оказание помощи – это всегда вопрос взаимодействия как минимум двух сторон, а изучается эффект воздействия только одной из двух взаимодействующих сторон (а именно службы) на конечный результат взаимодействия. Где же другая сторона? Она – то есть пациент – появляется в литературе, но появляется как потребитель, а не партнер. На него смотрят: что там с ним происходит? Ему задают вопросы о симптомах болезни, о его социальном статусе, о качестве его жизни (6, 16), о его потребностях (9, 31), степени его удовлетворенности (24) и о росте его самодостаточности или самооценки (16). Много говорится о пациенте, но мало о его активном вкладе в процесс реабилитации. Отчасти такая ситуация связана с относительной новизной понятий истории восстановления, усиления и взаимной поддержки.

Разумеется, научные исследования могут проводиться после завершения фазы формирования упомянутых понятий (см. также 28). С другой стороны, так могло случиться и потому, что вопросы оказания помощи изучались как нечто, предоставляемое службами пациентам, а не с позиции того общего, что создавалось совместными усилиями служб и пациентов.

Настоящий пробел в исследованиях эффективности тем удивительней на фоне существующих указаний (в описаниях случаев) на наличие влияния со стороны пациента. Активное участие пациентов в эффекте терапии и воздействии соответствующих программ фактически зафиксировано, но исследовательских публикаций по данной теме практически нет.

Предложения о научных исследованиях в области реабилитации. Учитывая вышеизложенное,

а также необходимость изучения активной роли пациентов в исследованиях эффективности реабилитации, хотелось бы обратить внимание на следующие аспекты проблемы.

Влияние пациентов на отчет изучаемой популяции. Пациентам отводится активная роль при формировании популяции для исследования. В ранее упомянутых работах T.Harris с соавт. (21) и R.Drake с соавт. (16) много внимания отводится процедуре, через которую прошли пациенты, ставшие в конечном итоге участниками исследования. Она дает обильную информацию о мотивации и помещает конечный результат лечения в соответствующий контекст. Оригинальные идеи по данному вопросу можно найти у R.Drake и соавт. (15), которые создали «группу, индуцирующую исследование» (англ. research-induction group), то есть вариант групповой активности, исходя из которой можно было описывать начало пути и выделение потенциальных участников в фазе, предшествующей рандомизации.

Влияние пациентов на исследуемую практику. Пациенты оказывают влияние на изучаемую практику помощи. Пример такого влияния можно найти в работе J.Van Busschbach и D.Wiersma (9). В этом пилотном исследовании много внимания отводится тем целям, которые ставят перед собой пациенты, движению к ним и степени их достижения по окончании исследования. Ведутся и другие исследования в данной области (35, 39).

Субъективные переживания, выбор и события, дающие надежду. Часть результата лечения составляют субъективные изменения, и их влияние заслуживает внимания исследователей. В качестве примера можно привести работу T.Harris с соавт. (22). Авторы описывают, как обретение «приятеля/приятельницы» в проекте по сдруживанию может рассматриваться как попытка «начать жизнь сначала», то есть с точки зрения новых событий в жизни, которые принесут в нее надежду и перспективу. Этот элемент также регулярно прослеживается в рассказах пациентов о восстановлении.

Выводы

Активная роль пациентов в результатах оказания помощи может и должна стать предметом серьезных научных исследований. Помимо этого, необходимо прекратить описывать пациента только с позиции получателя или потребителя помощи. Пациенты влияют на отбор исследуемых популяций, на форму оказания помощи и ее результаты. Таким образом, им принадлежит активная роль в достижении измеренного эффекта оказания помощи. Использование реабилитационной парадигмы в области оценки эффективности означает, что активная роль пациентов должна получить более специфическое определение и место, чем это было по настоящее время.

LITERATUUR

1. Anthony W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1993. – Vol. 16. – P. 11–23.
2. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations // *Psychiatr. Services.* – 1999. – Vol. 50. – P. 525–534.
3. Blankertz L., Cook J.A. Choosing and using outcome measures // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1998. – Vol. 22. – P. 167–174.
4. Blankertz L., Robinson S. Adding a vocational focus to mental health rehabilitation // *Psychiatr. Services.* – 1996. – Vol. 47. – P. 1216–1222.
5. Boevink W.A. Over leven na de psychiatrische // *Mbid. Geest. Volksgezondh.* – 1997. – Vol. 52. – P. 232–240.
6. Boevink W.A., Wolf J.R.L.M., van Nieuwenhuizen C. et al. Kwaliteit van leven van landurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patienten; een conceptuele verkenning // *Tdschr. voor Psychiatr.* – 1995. – Vol. 37. – P. 97–110.
7. Borgesius E., Brunenberg W. Behoeft aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van «achterblijvers» in de psychiatrische. – Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
8. Brugha T.S., Lindsay F. Quality of mental health service care: The forgotten pathway from process to outcome // *Soc. Psychiatr. Psych. Epidemiol.* – 1996. – Vol. 31. – P. 89–98.
9. Busschbach J. van, Wiersma D. Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie. – Groningen: Stichting GGZ-Groningen, 2000.
10. Chamberlin J. A working definition of empowerment // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1997. – Vol. 20. – P. 43–46.
11. Corrigan P.W., Garman A.N. Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions // *Psychiatr. Services.* – 1997. – Vol. 48. – P. 347–352.
12. Davidson L., Strauss J.S. Sense of self in recovery from severe mental illness // *Br. J. Med. Psychol.* – 1992. – Vol. 65. – P. 131–145.
13. Davidson L., Chinman M., Kloos B. et al. Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence // *Clin. Psychol. Sci. Practice.* – 1999. – Vol. 6. – P. 165–187.
14. Deegan P.E. Recovery: The lived experience of rehabilitation // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1988. – Vol. 11. – P. 11–19.
15. Drake R.E., Becker D.R., Anthony W.A. A research induction group for clients entering a mental health research project // *Hosp. Commun. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 45. – P. 487–489.
16. Drake R.E., McHugo G.J., Bebout R.R. et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 56. – P. 627–633.
17. Droes J.T.P.M. Wonen en rehabilitatie // *Rehabilitatie. Cure and Care development / G.Pieters & M. van der Gaag (Eds.).* – Houten, 2000.
18. Gagne C. Herstel. Voordracht Circuit Complexe en Langdurige Zorgvragen. – Eindhoven: Stichting GGZ-Eindhoven, 1999.
19. Geller J.L., Brown J.M., Fisher W.H. et al. A national survey of «consumer empowerment» at the state level // *Psychiatr. Services.* – 1998. – Vol. 49. – P. 498–503.
20. Gilbert S., Kugeistad E. Patients' own contributions to long-term supportive psychotherapy in schizophrenic disorders // *Br. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 164, Suppl. 23. – P. 84–88.
21. Harris T., Brown G.W., Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1. Randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 219–224.
22. Harris T., Brown G.W., Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 2. Role of fresh-start experiences and baseline psychosocial factors in remission from depression // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 225–232.
23. Holloway F., Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172. – P. 19–22.
24. Hijden E. van der, Buijt I., Wiersma A. et al. Beschermd wonen, tevreden wonen? // *Mbid. Geest. Volksgezondh.* – 1998. – Vol. 53. – P. 256–276.
25. Janssen M., Geelen K. Gedeelde smart, dubbele vreugd. Lotgenotencontact in de psychiatrische; NcGv-reeks 96–19. – Utrecht: Trimbos-instituut, 1996.
26. Knapp M., Beecham J., Koutsogeorgopolou V. et al. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness // *Br. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 165. – P. 195–203.
27. Kroon H. Case management, zorgcoördinatie en bemoeizorg. Een tussenbalans in Nederland en lessen uit hot buitenland // *Zorgcoördinatie, case management en bemoeizorg / M.Nuy (Ed.).* – Amsterdam: SWP, 2000.
28. Kroon H., van Weeghel J. Wat is rehabilitatie-onderzoek? Een conceptmap op Europese schaal // *Passage.* – 1999. – Vol. 8. – P. 184–188.
29. Leff J., Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS-project 46 // *Br. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 176. – P. 217–223.
30. Long S.L., Zlutnick S. Task analysis training of case managers to assist seriously mentally ill patients find room-mates and housing // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 27. – P. 269–280.
31. Macdonald G., Sheldon B. Community care services for the mentally ill: Consumers' views // *Int. J. Soc. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 43. – P. 35–55.
32. McCrone R., Thornicroft G., Phelan M. et al. Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study 5 // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 173. – P. 391–398.
33. Moxiey D.P., Mowbray C.T. Consumers as providers: Forces and factors legitimizing role innovation in psychiatric rehabilitation // *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation / C.T.Mowbray, D.P.Moxiey, C.A.Jasper et al. (Eds.).* – Columbia: Int. Ass. Psychosoc. Rehab. Services, 1997.
34. Mueser K.T., Drake R.E., Bond G.R. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness // *Harvard Review Psychiat.* – 1997. – Vol. 5. – P. 123–137.
35. Oosterbaan H. Het Centrum voor Ambulante Rehabilitatie. Verslag van onderzoek in het voortraject. – Capelle aan den IJssel: Bavo/RNO-group, 1999.
36. Salzer M.S. Consumer empowerment in mental health organizations: Concept, benefits, and impediments // *Administration and Policy in Mental Health.* – 1997. – Vol. 24. – P. 425–434.
37. Shepherd G. A criterion-oriented approach to skills training // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1990. – Vol. 13. – P. 11–13.
38. Stein L.I., Test M.A., Marx A.J. Alternative to the hospital: A controlled study // *Am. J. Psychiatry.* – 1975. – Vol. 132. – P. 517–522.
39. Swildens W., De individuele Rehabilitatie-benadering in de divisie Langdurige Zorg. Een voorstudie. – Utrecht: H.C. Rumkegroep, Divisie Langdurige Zorg, 1998.
40. Tak C., Appelo M.T., van den Bosch R.J. et al. Dertig jaar psychosociale interventies bij schizofrenie // *Tdschr. Voor Psychiat.* – 2000. – Vol. 42. – P. 95–110.
41. Thornicroft G., Wykes T., Hoiloway F. et al. From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study 10 // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 173. – P. 423–427.
42. Trieman N., Leff J., Glover G. Outcome of long-stay psychiatric resettled in the community: Prospective cohort study // *Br. Med. J.* – 1999. – Vol. 319. – P. 13–16.
43. Vlaminck P. Doorgaan met antipsychotica na de psychose? 1. De officiële richtlijnen in de dagelijkse praktijk // *Mbid. Geest. Volksgezondh.* – 1999. – Vol. 54. – P. 1290–1301.
44. Vlaminck P. Doorgaan met antipsychotica na de psychose? 2. De individuele indicatiestelling // *Mbid. Geest. Volksgezondh.* – 1999. – Vol. 54. – P. 1302–1315.
45. Weisbrod B.A., Test M.A., Stein L.I. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit cost analysis // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1980. – Vol. 37. – P. 400–405.
46. 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.