



Психосоциальная терапия в психиатрии и новые формы сотрудничества с пациентами

Н.Д. Семёнова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель обзора: рассмотреть новые подходы к психосоциальной терапии в психиатрии и к взаимодействию с пациентами.

Основные положения. В обзоре описывается направление исследований в психиатрии и клинической психологии, связанное с новыми формами сотрудничества с пациентами — теми, кто получает психиатрическую помощь. Среди основ данного направления — концепция личностно-социального восстановления, подход в психосоциальной терапии «Открытый диалог». Лидеры движения — пациенты, а также клиницисты, привлекающие больных к исследованию в качестве коллег.

Заключение. Новые формы сотрудничества с пациентами — теми, кто получает психиатрическую помощь, привлечение их к реальному участию в исследованиях именно в качестве коллег суть основа установления доверия и терапевтического альянса для разработки и выбора диагностических и терапевтических методов. Расширение сферы сотрудничества с больными прямым или косвенным образом расширяет и возможности психосоциальных вмешательств и психосоциальной поддержки и содействует профилактике заболеваний и охране психического здоровья.

Ключевые слова: опыт переживания психического заболевания, выздоровление и личностно-социальное восстановление, «Открытый диалог», сотрудничество с пациентом как с экспертом.

Для цитирования: Семёнова Н.Д. Психосоциальная терапия в психиатрии и новые формы сотрудничества с пациентами. Доктор.Ру. 2023;22(6):40–43. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-40-43



Psychosocial Therapy in Psychiatry and New Forms of Cooperation with Patients

N.D. Semenova

Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of the Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology; 3 Poteshnaya Str., build. 10, Moscow, Russian Federation 107076

ABSTRACT

Aim: To consider new approaches to psychosocial therapy in psychiatry and cooperation with patients.

Key points. The review describes a new direction of research in psychiatry and clinical psychology associated with new forms of collaboration with patients — those receiving mental health care. Among the foundations of this direction are the concept of personal and social recovery and the “Open Dialogue” approach to psychosocial therapy. The movement's leaders are patients and clinicians who involve patients in research as colleagues.

Conclusion. New forms of collaboration with patients — those receiving mental health care, involving them in actual participation in research as colleagues are the basis for establishing trust and therapeutic alliance for developing and selecting diagnostic and therapeutic methods. Expanding the scope of collaboration with patients directly or indirectly increases the availability of psychosocial interventions and psychosocial support and promotes disease prevention and mental health care.

Keywords: experience of mental illness, recovery, personal and social restoration, “Open dialogue”, cooperation with the patient as an expert.

For citation: Semenova N.D. Psychosocial therapy in psychiatry and new forms of cooperation with patients. Doctor.Ru. 2023;22(6):40–43. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-40-43

В данном обзоре рассмотрено одно из активно развивающихся в последние годы направлений исследований в психиатрии и клинической психологии. Оно связано с новыми формами сотрудничества с пациентами — теми, кто получает психиатрическую помощь.

До недавнего времени сотрудничество с больными, равно как и изучение их внутреннего мира и переживаний, в психиатрии и клинической психологии было несколько ограниченным из-за сложности наблюдения за внутренним миром человека и включения его в причинно-следственные связи данных доказательной медицины. По мнению М. Мерло-Понти, философа-феноменолога, субъективность представляет собою некий «изъян в великом бриллианте мира», «непокорный объяснительный вброс», заложенный в каждом человеке [1].

Вместе с тем попытки изучить внутренний мир и переживания пациентов предпринимали ученые, предпочитающие качественные методы исследования и анализа данных. Среди них были и попытки интенсивно сотрудничать с пациентами в ходе изучения их, пациентов, опыта. В настоящее время начинается целый ряд такого рода масштабных работ, проводимых на основе богатой феноменологической традиции (К. Ясперс, Гейдельбергская школа) [2–4]. Так, в недавних номерах высококорейтинговых психиатрических журналов World Psychiatry и The Lancet Psychiatry приведены статьи, освещающие именно данное направление. В ключевых статьях этих журналов подчеркивается важность разностороннего и углубленного изучения субъективного, живого опыта больного и для психиатрии, и для клинической психологии [2, 3].

✉ Семёнова Наталья Дмитриевна / Semenova, N.D. — E-mail: niyami2020@gmail.com

КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ И КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ ПАЦИЕНТОВ

Концепцию личностно-социального восстановления (Recovery) в психиатрии по революционному влиянию многие сравнивают с деинституционализацией. Она широко обсуждалась и обсуждается в научных и клинических кругах. Сопоставляются и противопоставляются две основные позиции, или модели. Согласно одной из них, выздоровление — это результат, который следует оценивать с помощью объективных внешних критериев (например, по динамике показателей Positive and Negative Syndrome Scale), согласно другой, выздоровление рассматривается как процесс и напрямую связывается с индивидуальным опытом. В таком случае ведущая роль отводится субъективному, живому опыту больного — того, кто получает помощь.

Традиционно выздоровление как результат есть снижение уровней объективных маркеров болезни, и биомедицинская модель (в рамках которой выздоровление рассматривается) невольно «подталкивает» страдающих к тому, чтобы включить свою идентичность в диагноз и соответствующим образом существовать — уже исключительно в роли пациентов. Традиционные системы (которые в настоящее время противопоставляются новым формам помощи и сотрудничества) содержали множество ятрогенных (ятрогенизирующих) моментов, и цели терапии формулировались преимущественно негативно: нет симптомов, нет нарушений, нет дисфункций и т. д. Однако цели можно ставить позитивно: есть уверенность, есть ощущение самооценности, есть больше смысла.

Именно так ставятся цели W.A. Anthony [5], создателем концепции Recovery, и его последователями [6]. Эти специалисты пытались донести до психиатрического сообщества принципиальную позицию пациентов, что объективные внешние критерии не совсем коррелируют с их субъективным ощущением улучшения, не отражают собственно процесс овладения навыками и переопределения самооощущения. Данный процесс для больных гораздо более значим, и, кроме того, он имеет нелинейный характер.

В русле подхода, противостоящего традиционному, разрабатывались концептуальные модели выздоровления через анализ текстов — рассказов, самоотчетов, исповедей. Здесь использовалась методология качественного анализа с привлечением соответствующих методик: тематического контент-анализа, интерпретативного феноменологического анализа, анализа дискурса, нарратив-анализа, контент-анализа, Q-методологии и др. [7, 8]. Концепция личностно-социального восстановления, методологически оформленная, оказала влияние и на службы помощи пациентам, которые соответствующим образом переориентировались, и на научные исследования, примеров которых множество [8–10].

Для оценки личностно-социального восстановления разрабатываются и используются специальные инструменты. Среди них — Опросник процесса выздоровления (The Questionnaire about the Process of Recovery), созданный совместно пациентами (теми, для которых болезнь суть личный опыт) и клиницистами (теми, для которых болезнь — объект изучения и воздействия) [11]. Данный опросник, как и подобный ему Recovering Quality of Life [7], также разработанный совместно с пользователями, составлялись с опорой на Дельфи-подход, доказательный метод развития консенсуса [12]. Один из вариантов Дельфи-подхода применяется и в нашей работе о критериях оценки мотивации больных с учетом позиций их самих и клиницистов [13].

ДВИЖЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Сторонники новых форм сотрудничества с больными выступали за включение личностно-социального восстановления в цели традиционного клинического выздоровления. Такой подход предполагал и открытые взаимодополняющие диалоги врачей и пациентов, когда выдвигаются разные точки зрения, но при этом выдерживается некое диалектическое единство. Девиз больных при этом звучал так: «Ни одного решения о нас — без нас!» [14].

Сопоставление старого и нового отражено в известной работе M. Slade [15] в виде сравнения номотетического и идеографического подходов. Доминировавший долгое время в психиатрии номотетический подход, основанный на объективных явлениях, которые можно наблюдать, измерять и обобщать, сменился подходом иным. Акцент на личностно-социальном восстановлении и развитие новых форм сотрудничества с пациентами способствовали переходу исследователей к идеографическому подходу, при котором рассматриваются отдельные истории выздоровления и преодоления болезни и предлагается иной вид «доказательности», не сводящийся к наблюдаемому и измеряемому, не поддающийся обобщению [4, 14, 15].

В разных странах мира появились свои ключевые участники этого процесса: лидеры движения больных, получающих психиатрическую помощь, сами когда-то бывшие такими пациентами, чьи биографии стали для всех остальных ролевыми моделями [14, 16, 17]. В США таким человеком является психолог P.E. Deegan [17], известная и как создатель веб-приложения для поддержки совместного принятия решений, например в психофармакологической отрасли. В стране ее называют не иначе как «национальным представителем движения» тех, кто нуждается в помощи и поддержке со стороны психиатрических служб.

«ОТКРЫТЫЙ ДИАЛОГ» КАК НОВАЯ ФОРМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Яркий пример ориентации на личностно-социальное восстановление при лечении психически больных и на новые формы сотрудничества — подход, за которым закрепилось название «Открытый диалог» [18]. Он распространен во всем мире, и наиболее интересные, на наш взгляд, варианты — это проект «Парают» в США [19] и проект, курируемый известным психиатром J. van Os, в Голландии [4]. Предпосылкой к появлению такого рода форм помощи явилась неудовлетворенность и пациентов, и врачей традиционной биологически ориентированной психиатрией, психофармакологическими методами лечения [14]. Известно, например, что продолжительность жизни больных шизофренией на 25–30 лет меньше, чем у здоровых лиц, и ключевыми причинами являются сердечно-сосудистая патология, дислипидемия и др. как издержки применения психофармакологических методов лечения, результат побочного действия длительного приема лекарств [14, 20].

Научные основания подхода «Открытый диалог» во многом взяты из психологии преодоления стресса. Подход конкретизируется в виде набора ключевых положений и принципов. Особо выделим два конструкта, составивших ориентировочную основу действий создателей подхода, психиатров из Финляндии [18]. Первый конструкт — толерантность к неопределенности. Понятие введено Эльзой Френкель-Брунстик в 1948–1949 гг. [21] и определяется как особое, толерантное отношение к динамически меняющейся,

вероятностной и противоречивой стимуляции. Нетерпимость к неопределенности (интолерантность) описывается как тенденция принимать решения по типу «черное/белое», торопиться быстро все прояснить, игнорируя сложные реалии и отвергая в этом стремлении к ясности потребности других людей — пациентов и их родственников. Один из принципов подхода «Открытый диалог» звучит так: «Будьте толерантны к неопределенности, не торопитесь с постановкой диагноза».

Второй конструкт представляет собой диалог по М.М. Бахтину [22]. Русский философ и теоретик литературы описывал именно открытый диалог как единственную адекватную форму вербального выражения подлинной человеческой жизни [22]. В качестве одного из принципов подхода «Открытый диалог» этот тезис звучит следующим образом: всем сторонам (пациенту, семье, врачами, значимым другим) здесь дают возможность высказаться, привести свою точку зрения и услышать других.

Приверженцы «Открытого диалога» отнюдь не выступают против лекарств и против психофармакологических методов лечения, но за соблюдение разумного баланса и оптимального соотношения медикаментозных и психосоциальных мер в каждом конкретном случае. Важно дать больному возможность сделать разумный информированный выбор. Наличие такого выбора пробуждает внутреннюю мотивацию к лечению и реабилитации [18].

Еще одно отличие подхода «Открытый диалог» от традиционной системы состоит в том, что он представляет собою открытую систему. Традиционные системы в ряде случаев являются закрытыми и работают на поддержание самих себя [4, 14, 16]. Так, например, в амбулаторных системах психосоциальная терапия в виде групповых занятий может быть описана следующим образом. Группы для пациентов (и их родственников) посещают одни и те же люди. Подолгу оставаясь в сфере амбулаторной помощи, больные более не госпитализируются, но при этом они и не выходят в жизнь, а пребывают в щадящей атмосфере закрытой системы, и не решается настоящая задача — личностно-социальное восстановление (социализация, занятость, новые навыки).

Возможно, больные, которые отказываются от наблюдения в психоневрологических диспансерах [23], выражают тем самым желание выйти из закрытой системы амбулаторных служб и уже своими силами удержаться в мире здоровых людей. Данный тезис косвенно подкрепляется результатами опросов, сделанных влиятельными организациями тех, кто пользуется психиатрической помощью (например, Re-Think: <https://www.rethink.org/> [24]).

ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ К УЧАСТИЮ В ИССЛЕДОВАНИЯХ В КАЧЕСТВЕ КОЛЛЕГ

Новые формы сотрудничества с пациентами посредством привлечения их к участию в исследованиях в качестве коллег в психиатрии разрабатываются на моделях таких заболеваний, как шизофрения и расстройства шизофренического спектра, расстройства пищевого поведения (РПП) (анорексия и булимия), расстройства аффективного спектра (биполярное аффективное расстройство и др.) [8].

Пионером в деле привлечения самих больных к исследованиям и взаимодействия с ними на равных является клинический психолог Т. Wykes [24]. Пациентами в соавторстве с нею написана большая серия книг и статей [25, 26]. Обобщая эти работы, можно сделать вывод, что пациенты, выступавшие как соавторы, внесли существенный вклад в исследования: в разработку собственно методологии исследований, в выстраива-

ние приоритетов, в выделение важных клинических реалий и подкрепляющих эти реалии примеров.

Если работы Т. Wykes осуществлялись на модели шизофрении и расстройств шизофренического спектра, то исследования психиатра J. Treasure по привлечению больных производились на модели РПП [27, 28]. Здесь также издавна серия книг и статей, совместных с бывшими пациентами, например психологом, специалистом в области нейронаук, с опытом анорексии.

Приведем далее две наших работы. Первое исследование производилось в русле работ Т. Wykes, а в качестве пациентов-коллег нами привлечены участники группы психосоциальной терапии из состава ее «ядра» (см. модель работы с опорой на «ядро» [29]). Проведены панельные дискуссии, всего 12 в течение года, участниками которых стали больные, встречи протоколировались [30].

На один из ключевых вопросов, адресованных «коллегам», был получен интересный ответ. Вопрос сформулирован так: «Как привлечь других пациентов к психосоциальной терапии, лучше это сделать на добровольной основе или по распоряжению врача?» Ответ пациента Р. звучал следующим образом: «Уважаемый коллега, внешнее давление и принуждение — это плохо. Принуждать нельзя. Однако если Вы сделаете участие добровольным, к Вам никто не придет». Что это, как не парадокс мотивации! С одной стороны, амбивалентность, некая двойная связь [31], интроецированная установка, способ видения мира и личный социальный конструкт. С другой стороны, это, возможно, скрытое, «закодированное» послание клиницисту, указание на особое, правильное сочетание в каждом конкретном случае и в каждый конкретный момент факторов внешней и внутренней мотивации.

Второе исследование [32] проведено в русле работ J. Treasure. Однако здесь мы решили подойти к делу с другой стороны и поставить вопрос о целесообразности привлечения к исследованию лиц с опытом переживания болезни (на модели нарушений пищевого поведения). Вопрос о необходимости переживания специалистом опыта той или иной болезни для лучшего понимания состояния пациента с тем же расстройством остается спорным. Им занимался еще I.D. Yalom [33].

Мы использовали количественные (шкалу оценки пищевого поведения, оценку тревоги, алекситимии, способов совладания, уровня профессионального выгорания) и качественные методы исследования. Выборку составили психиатры, психотерапевты, клинические психологи, специалисты смежных направлений, работающие в отделениях и с пациентами с РПП, не имеющие опыта переживания болезни и имеющие такой опыт. Все специалисты с опытом переживания РПП соглашались, что привлечение больных с РПП только положительно скажется на их восстановлении, тогда как в группе специалистов без опыта переживания болезни мнения разделились.

В зависимости от наличия опыта переживания болезни респонденты указали на имеющиеся у них, на их собственный взгляд, преимущества и недостатки. Преимуществами специалистов с опытом переживания РПП в прошлом были бóльшая чуткость и бóльшая терпимость (толерантность) к тому, что личностно-социальное восстановление происходит медленно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новые формы сотрудничества с пациентами — теми, кто получает психиатрическую помощь, привлечение их к реальному участию в исследованиях именно в качестве коллег суть основа установления доверия и терапевтического

альянса для разработки и выбора диагностических и терапевтических методов. Расширение сферы сотрудничества с большими прямым или косвенным образом расширяет

и возможности психосоциальных вмешательств и психосоциальной поддержки и содействует профилактике заболеваемости и охране психического здоровья.

Конфликт интересов / Disclosure

Автор заявляет об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The author declares no conflict of interest.

Об авторе / About the author

Семёнова Наталья Дмитриевна / Semenova, N.D. — к. п. н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 107076, Россия, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, кор. 10. eLIBRARY.RU SPIN: 2206-6374. <https://orcid.org/0000-0001-7698-1018>. E-mail: niyami2020@gmail.com

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Sass L. A flaw in the great diamond of the world: reflections on subjectivity and the enterprise of psychology (a diptych). *Humanistic Psychologist*. 2020;50(1):3–32. DOI: 10.1037/hum0000186
- Fusar-Poli P., Estradé A., Stanghellini G., Venables J. et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*. 2022;21(2):168–88. DOI: 10.1002/wps.20959
- Ritunno R., Kleinman J., Whyte Oshodi D., Michail M. et al. Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(6):458–76. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00104-3
- Van Os J., Tamminga C. Deconstructing psychosis. *Schizophr. Bull.* 2007;33(4):861–2. DOI: 10.1093/schbul/sbm066
- Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc. Rehabil. J.* 1993;16(4):11–23. DOI: 10.1037/h0095655
- Best M.W., Law H., Pyle M., Morrison A.P. Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophr. Res.* 2020; 223:112–18. DOI: 10.1016/j.schres.2020.06.026
- Keetharuth A.D., Brazier J., Connell J., Bjorner J.B. et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties. *Br. J. Psychiatry*. 2018;212(1):42–9. DOI: 10.1192/bjp.2017.10
- Pallesen K., Brown J., Rose D., Lawrence V. An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bi-polar disorder. *J. Ment. Health*. 2020;29(3):358–63. DOI: 10.1080/09638237.2020.1755020
- Clarke D., Usick R., Sanderson A., Giles-Smith L. et al. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2014;23(3):273–84. DOI: 10.1111/inm.12040
- Susanti H., James K., Utomo B., Keliat B.A. et al. Exploring the potential use of patient and public involvement to strengthen Indonesian mental health care for people with psychosis: a qualitative exploration of the views of service users and carers. *Health Expect.* 2020;23(2):377–87. DOI: 10.1111/hex.13007
- Neil S.T., Kilbride M., Pitt L., Nothard S. et al. The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*. 2009;1(2):145–55. DOI: 10.1080/17522430902913450
- Law H., Morrison A.P. Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience. *Schizophr. Bull.* 2014;40(6):1347–55.
- Semenova N., Gurovich I., Rasskazova E., Papsouev O. Developing an outcome framework for measuring the impact of motivation enhancement: a report from a consensus development program. In: *Abstract book. Oral and Poster Communications. XVI World Congress of Psychiatry. Madrid; 2014. Vol. 6: 211.*
- Groot P.C., van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2020;10:2045125320932452. DOI: 10.1177/2045125320932452
- Slade M. The epistemological basis of personal recovery. In: Rudnick A., ed. *Recovery of people with mental illness: philosophical and related perspectives*. Oxford; 2012: 78–94. DOI: 10.1093/med/9780199691319.003.0006
- Boevink W. *Life beyond psychiatry*. In: Rudnick A., ed. *Recovery of people with mental illness: philosophical and related perspectives*. Oxford; 2012: 15–29. DOI: 10.1093/med/9780199691319.003.0002
- Deegan P.E. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc. Rehabil. J.* 1988;11(4):11–19. DOI: 10.1037/h0099565
- Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J., Holma J. et al. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Hum. Sci. Services*. 2003;5(3):163–82.
- Wusinich C., Lindy D.C., Russell D., Pessin N. et al. Experiences of Parachute NYC: an integration of open dialogue and intentional peer support. *Community Ment. Health J.* 2020;56(6):1033–43. DOI: 10.1007/s10597-020-00556-0
- Hjorthøj C., Stürup A.E., McGrath J.J., Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):295–301.
- Frenkel-Brunswick E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *J. Personality*. 1949;18(1):108–43. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1949.tb01236.x
- Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. М.; 1979. 423 с. Bakhtin M.M. *Aesthetics of verbal creativity*. М.; 1979. 423 p. (in Russian)
- Шашкова Н.Г., Семёнова Н.Д. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с отказами от наблюдения и лечения в амбулаторной практике. Социальная и клиническая психиатрия. 2019;29(1):24–31. Shashkova N.G., Semenova N.D. The patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder that refuse outpatient guidance and treatment. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;29(1):24–31. (in Russian)
- Wykes T., Haro J.M., Belli S.R., Obradors-Tarrag C. et al. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1036–42. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00332-6
- Rose D. Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls. *Psychiatric Bull.* 2003;27(11):404–6. DOI: 10.1192/pb.27.11.404
- Rose D., Evans J., Sweeney A., Wykes T. A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users. *Int. Rev. Psychiatry*. 2011;23(1):41–6. DOI: 10.3109/09540261.2010.545990
- Treasure J., Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J. Eating Disord.* 2013;1:13. DOI: 10.1186/2050-2974-1-13
- Treasure J., Schmidt U. DBS for treatment-refractory anorexia nervosa. *Lancet*. 2013;381(9875):1338–9. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60057-4
- De Bosset F. Core group: a psychotherapeutic model in an outpatient clinic. *Can. J. Psychiatry*. 1982;27(2):123–6. DOI: 10.1177/070674378202700206
- Semenova N. Schizophrenia research involving mental health service users: From subjects to partners. In: *The 8th European Conference on Schizophrenia Research (ECSR). ECSR 2021. Virtual. 23–25 September 2021.*
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1956;1(4):251–64.
- Семёнова Н.Д., Лызлова В.О. Эффективность привлечения к исследованиям лиц с опытом переживания болезни (на модели нарушения пищевого поведения). Семёнова Н.Д., Лызлова В.О. The efficiency of Involvement in the study of individuals with experience of experiencing the disease (on the model of eating disorders) (in Russian) [in press].
- Yalom I.D. *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapists and their patients*. HarperCollins Publishers; 2002. [D](#)

Поступила / Received: 11.05.2023

Принята к публикации / Accepted: 11.07.2023