СОВРЕМЕННЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О.В.Шилова

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Проведен анализ литературы по международному опыту реорганизации психиатрической службы в современных условиях. За основу были взяты отчеты о работе Целевой группы Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по этапам, трудностям и ошибкам в различных регионах мира, а также анализ результатов поиска по системам Ovid, Medline, Cochrane Database по ключевым словам.

Ключевые слова: организация психиатрической службы; психические расстройства; деинституализация.

Проблемы психического здоровья, с точки зрения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), являются общемировой проблемой, ведь у более чем 25% населения мира в течение жизни развивается одно или несколько психических расстройств. Они вносят колоссальный вклад в глобальное бремя болезней с поправкой на количество лет жизни с низким качеством жизни и на инвалидность (28% DALYs из неинфекционных заболеваний) [1].

По суммарному медицинскому, экономическому и социальному бремени для государств проблема психического здоровья уступает лишь болезням системы кровообращения [2]. Кроме того, как с точки зрения ухудшения качества жизни, так и снижения ее ожидаемой продолжительности, весьма значительно и субъективное бремя отдельных лиц и их семей. Предоставление качественной психиатрической помощи является неизменно важным для решения этой социально значимой проблемы [3].

Научный этап оказания помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами имеет достаточно короткую историю. Исторически в экономически развитых странах психиатрия в своем становлении прошла приблизительно одинаковые этапы. До середины прошлого столетия организация помощи пациентам сводилась к ограничительным мерам и неэффективным способам воздействия в различных социальных, религиозных и культуральных контекстах [4–8]. Формирование ее в качестве медицинской науки сопровождалось строительством крупных специализированных стационаров, удаленных от социума, и изоляцией пациентов на длительные сроки – таков был первый этап становления.

С конца 1950-х гг. в мировой психиатрии начался процесс деинституализации, направленный на снижение доли и сроков стационарного лечения в отделениях закрытого типа и расширение внестационарных, «общинных» (амбулаторных, социальных) видов помощи. Параллельно шел процесс гуманизации и правового обеспечения оказания помощи пациентам с психическими расстройствами.

Современный этап характеризуется интеграцией медицинской и социальной («общинной») служб, основанной на реальных нуждах потребителей в условиях дефицита финансирования. В «модели сбалансированного ухода» предполагается большинство услуг предоставлять «на уровне местных сообществ» (первичная медицинская помощь), близких к обслуживаемому населению [1, 3]. Сроки пребывания в специализированных стационарах при этом сокращаются, насколько это возможно, а сами отделения для госпитализации, как правило, находятся в больницах общего профиля, особенно при наличии сопутствующей соматической патологии, которая у пациентов данной категории является широко распространенной [9–11].

В 2008 г. Генеральной ассамблеей ВПА был утвержден План действий Ассоциации на трехлетний период [12]. Одной из его задач была разработка рекомендаций по формированию достижимой социально ориентированной системы охраны психического здоровья, основанных на анализе ошибок, что позволит избегать их в дальнейшем и конструктивно использовать полученный опыт. С точки зрения Целевой группы ВПА по этапам, трудностям и ошибкам в различных регионах мира, данная информация должна быть использована, прежде всего, «организаторами здравоохранения всех уровней, представителями неправительственных организаций и спонсоров, потребителей услуг, особенно в странах с низким и сред-

ним экономическим уровнем, где проблемы наиболее ярко выражены» [3].

По мнению Глобальной группы по психическому здоровью, более 80% бремени психических расстройств составляют расходы на следующие четыре группы: депрессивные и тревожные расстройства, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя, психические расстройства у детей и подростков, а также шизофрения и близкие к ней психозы [13]. В странах с низким и средним уровнем доходов было рекомендовано заменить «четверку» на «шестерку», добавив в приоритеты организации службы деменции и эпилепсию [14].

Согласно статистическим данным, структура психической патологии сильно отличается в различных странах. При этом, тревожные и депрессивные расстройства составляют наиболее распространенную группу патологии [2, 15]. Вместе с тем, пациенты сохраняют социальную адаптацию и успешно курабельны. Наиболее часто в зарубежных исследованиях, посвященных организации помощи пациентам с психическими расстройствами, речь идет о «тяжелых психических расстройствах» (SMI, serious mental illness) [9–11]. Данную группу составляют пациенты с шизофренией и биполярным аффективным расстройством. Наиболее уязвимую, стигматизируемую и экономически затратную группу представляют именно пациенты с шизофренией. Это связано не столько с распространенностью (около 1% населения), сколько с началом в молодом возрасте, высоким риском суицидов и прогнозируемой быстрой потерей трудоспособности в связи с особенностями клинических проявлений расстройства: нарастанием патологии эмоционально-волевой и когнитивной сфер [9]. Потребность в организации интегративной медико-социальной помощи и комплексной реабилитации в отношении данной категории особенно актуальна ввиду тяжести экономического бремени [17–19].

Основным направлением деятельности в области реорганизации службы психического здоровья ВОЗ считает наличие национальной политики. Отмечается, что международные и межкультурные различия, а также уровень финансовых ресурсов играют важную роль в формировании структуры службы охраны психического здоровья. Тем не менее, именно национальная политика (законы, государственные программы, концепции и комплексы мер по их реализации) определяют эффективность деятельности службы. По данным Атласа психического здоровья ВОЗ, 62,1% стран со всех континетов имели политику в области психического здоровья, что охватывает 68,3% мирового населения [3].

Во многих странах с низким экономическим статусом политика в области охраны психического здоровья не разработана (это касается некоторых стран арабского региона, Латинской Америки, а также юго-западной Азии) [5–7]. Даже там, где всеобъемлющая политика сформирована на основе фактических данных, существуют общие проблемы в реализации этих стратегий. Имеется в виду не только экономическая нестабильность. Часто причинами являются неадекватные механизмы финансирования, отсутствие доступной доказательной информации или руководящих принципов для медицинского персонала, недостаточная подготовка или дефицит кадров, отсутствие механизмов для обучения медицинского персонала. В ряде стран психиатры занимают лидирующие позиции в качестве советников правительств и редакционных групп, отвечают за разработку политики и планов действий в своей области [3, 4]. Такой подход создает уникальную возможность формирования процесса реформирования в интересах пациентов, их семей, сотрудников и общества в целом.

Еще одной проблемой, которая должна решаться во всем мире, является огромный разрыв между потребностями населения в охране психического здоровья с учетом распространенности психических расстройств и предоставляемой психиатрической помощью. Доказательства о существенном бремени психических расстройств не переводятся в адекватные инвестиции по охране психического здоровья [3]. Разрыв особенно заметен в странах с низким уровнем обеспечения, где менее 2% бюджета здравоохранения тратится на охрану психического здоровья и обычно более 75% людей с психическими расстройствами не получают никакого лечения [5, 7]. Кроме того, и внутри страны качество и уровень услуг часто сильно различаются в зависимости, например, от местонахождения (как правило, они ниже в сельской местности) [6, 7]. Даже при наличии высоких экономических вложений в службу охраны психического здоровья в ряде стран осуществляется их неадекватное распределение, связанное с ориентацией на получение выгоды, а не на социально ориентированный подход (как в странах Северной Америки) [4].

В документах ВОЗ отмечается, однако, уместность и правомочность существования различных приоритетов при наличии низких, средних и высоких уровней ресурсов [3].

В условиях ограниченных ресурсов основной упор делается на создание и совершенствование потенциала учреждений первичной медико-санитарной помощи с привлечением специалиста-консультанта. В большинстве случаев обследование и лечение пациентов с нарушениями психического здоровья происходит в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Для многих стран допустимым является привлечение религиозных или народных целителей, с учетом того, что они пользуются доверием у населения целых национальных групп. Так, в Индонезии до 80% населения в качестве первого обращения за помощью прибегают к народным целителям [7]. Подобные тенденции наблюдаются во многих странах арабского мира, Азии, Африки и Австралии [7, 8, 20, 21]. Настораживает лишь то, что целители не сотрудничают со службами медицинской помощи, редко работают в кооперации друг с другом.

При наличии среднего уровня ресурсов, в дополнение к оказанию помощи пациентам с психическими расстройствами в зоне первичного контакта, вводятся в зависимости от возможностей: амбулаторная помощь, использование мультидисциплинарных бригад, помещение в отделения острых психозов, организация сообществ на основе стационарного ухода (интернаты), оказание помощи в трудоустройстве и реабилитационных услуг [11, 21, 22].

В странах с высокой ресурсной базой вышеупомянутые услуги становятся более специализированными, адресными для целей конкретных групп пациентов. Они могут включать специализированные амбулаторные клиники, бригады неотложной помощи, бригады раннего и кризисного вмешательства, помощь в разрешении жилищного кризиса, группы общего ухода, дневные стационары, немедицинские дневные центры, восстановление занятости (оказание индивидуальной поддержки в трудоустройстве и поддержка занятости на местах) и комплекс реабилитационных услуг [23].

Существует опыт использования современных мобильных технологий в комбинации с классическими методами психиатрии. Так, мобильная телепсихиатрическая служба SCARF в Индии, изначально использовавшаяся в целях преодоления последствий катастроф, помогает решать ряд других проблем (увеличение доступности помощи, контроль комплаентности пациентов, вовлечение пациентов и их семей в психообразовательные и реабилитационные программы, осуществляемые местными медработниками для лиц, ухаживающих за больным) [24, 25]. При этом комплекс устанавливается на специально построенный автобус, в котором есть помещение для приема пациентов в виде телеконсультаций и аптека [25].

Оптимальной считается социально ориентированная концепция организации психиатрической помощи, в основе которой лежит набор принципов, касающихся, с одной стороны, стоимости и эффективности оказываемой помощи, а, с другой, – максимально возможного соблюдения прав людей с психическими расстройствами. Основополагающий принцип поддержки этих ценностей – справедливость доступа к услугам в своей местности в «наименее ограничительной форме» [16]. Помощь, основанная на социально ориентированном подходе, опирается на широкий спектр поставщиков услуг, систем ухода и поддержки (как государственных, так и негосударственных). Так, в различных странах соотношение государственных и негосударственных служб охраны психического здоровья определяется с учетом сложившихся национальных и экономических условий [9, 11, 21, 22, 26].

Человеческие ресурсы – наиболее важный актив в обеспечении услуг психического здоровья. Количество психиатров значительно отличается в странах с высоким уровнем доходов по сравнению со странами с низким уровнем, а также в зависимости от особенностей организации помощи. В то время как страны с высоким уровнем дохода имеют в среднем 10,5 психиатров и 32,95 психиатрических медсестер на 100 тысяч населения (например, в Италии 7,8 и 19,3, а в Нидерландах 18,8 и 132,3 соответственно), в странах с низким уровнем дохода – в среднем только 0,05 и 0,16 соответственно (в Ираке – 0,7 и 0,1; в Лаосе и Вьетнаме – 0,05 и 0,1 соответственно) [6, 7, 15].

Процесс деинституализации и переход к уходу «на базе общин» привели к изменениям в способах использования человеческих ресурсов. Существенные изменения должны произойти при перераспределении персонала из структур преобладающего стационарного лечения к амбулаторным, реабилитационным и кризисным структурам. В связи с этим возникает необходимость для нового набора компетенций, навыков и функций специалистов. Необходимо учитывать, что во многих странах с низким уровнем экономического развития психиатры работают «в тяжелых и безжалостных клинических условиях», что, возможно, не позволяет выделить время в течение рабочего дня для развития реабилитационных услуг [3, 5]. Эти явления часто превращают психиатрию в непопулярную специальность среди врачей, приво-

дят к миграции специалистов, формальному исполнению обязанностей, а также синдрому эмоционального выгорания [3, 22].

Другая перспектива развития человеческих ресурсов основана на интеграции службы охраны психического здоровья в учреждения первичной медицинской помощи с восполнением, тем самым, недостаточного доступа к ним подавляющего большинства пациентов с психическими расстройствами [10, 11, 22]. Данный подход потребует подготовки общего медицинского персонала основным навыкам в области охраны психического здоровья, таким как предварительная диагностика психических расстройств, предоставление пациентам базовых услуг, а также координации со специализированной службой. Психиатры (как обладающие уникальным опытом специалисты) должны работать в мультидисциплинарных бригадах, занимаясь планированием деятельности и управлением группой смежных специалистов.

Большое значение приобретает повышение компетентности медицинских сестер, в том числе для преодоления сопротивления врачей-интернистов в работе с пациентами с психическими расстройствами, а также для проведения обучающих тренингов и привлечения к работе с семьями пациентов [5, 6].

Обеспечение доступности специализированной психиатрической помощи – основополагающий принцип ее развития. Традиционно рассматривается в этом ключе обеспеченность психиатрами, медицинскими сестрами и немедицинскими работниками [7, 8, 15]. Однако связь между их количеством и выявляемостью психических расстройств прямой не является. Большая роль отводится осведомленности общественности о психических заболеваниях [27]. В методологически синхронизированном национальном репрезентативном исследовании Stigma in Global Context Study, в котором приняли участие представители 15 стран, обнаружен ряд закономерностей. Исследование было посвящено изучению связи количества психиатров и эпидемиологической ситуации, которая отчасти отражает выявляемость психических расстройств [28]. При социологическом опросе респондентам предлагалось ответить, как следует поступить человеку в ситуации, которую однозначно можно трактовать как проявление психического расстройства. В результате исследования была выявлена низкая корреляция между доступностью психиатрической помощи и спонтанным решением о необходимости обращения к врачу. Примечательно, что жители стран с достаточным количеством психиатров на душу населения (например, Великобритании) не вспоминают о психиатрии, в то время как жители развивающихся стран (Бангладеш, например), едва ли имеющие надежду когда-либо попасть на прием к психиатру, упоминают о необходимости обращения к специалисту [29].

Таким образом, и в странах с низкой обеспеченностью специалистами, и в странах с высоким показателем существует определенный порог, который отделяет «понимание необходимости» обращения от самого обращения к психиатру. Этот феномен может быть связан с несколькими факторами, в том числе с «культуральным набором убеждений» в отношении происхождения расстройства, свойственным различным странам, а также часто встречающимся отсутствием осознания болезни [27, 29]. Самый большой вклад в ограничения обращаемости вносят стигматизация и дискриминация, которые предполагают не только иррациональные страхи социального отвержения, но и реальные ограничения в социальной сфере, связанные, в том числе, с низкой осведомленностью о психической патологии и ее лечении в обществе.

Так, в ряде проведенных исследований психиатрическое лечение потенциально воспринималось представителями общественности, врачами первичного звена и, в меньшей мере, студентами-медиками как неэффективное. Лекарственные средства, применяемые в психиатрии, воспринимались ими как вызывающие привыкание, подавляющие нормальные чувства и лишающие идентичности [27]. Среди пациентов, которые не обращались к психиатру по направлениям, из наиболее часто упоминаемых причин, в большей степени, чем негативные ожидания относительно лечения и его качества, был страх стигмы психических заболеваний. Пациенты, уже проходившие лечение, как правило, ожидают, что лечение будет полезным, хотя и опасаются введения препаратов помимо их воли и унизительных процедур [30].

Дополнительный вклад в формирование негативного отношения к психиатрии, специализированным учреждениям и методам лечения вносят средства массовой информации, которые некомпетентно отображают негативные аспекты клиники и лечения [31, 32].

Описаны три основных стратегии преодоления стигмы и дискриминации: протест, образование и социальные контакты [28]. Протест против стигматизации лиц или представителей общественности, которые их поддерживают, часто применя-

ется после публичных заявлений в средствах массовой информации (СМИ) и рекламы. Однако, он не является эффективным для улучшения отношения к людям с психическими расстройствами [33].

Образовательные вмешательства среди представителей общественности для снижения выраженности стигматизации и дискриминации направлены на уменьшение негативных стереотипов и «демонизации» психиатрии в общественном сознании и замещение их фактами, основанными на доказательной медицине. Ожидается, что эффективные просветительские кампании могут привести к увеличению «представленности» лиц с психическими расстройствами и в учреждениях первичной медицинской помощи. Тем не менее, уже проведенные исследования таких кампаний показывают, что изменения достигаются с трудом и медленно [34].

Третьей, наиболее эффективной стратегией, является социальный, в том числе личный, контакт с людьми с психическими расстройствами. Это возможно при проведении мероприятий в средних школах и других учреждениях образования, распространении плакатов и брошюр, а также показе реалистичных фильмов и спектаклей о психических болезнях [34–36]. Есть доказательства эффективности социальных контактов против стигмы и дискриминации в отношении пациентов и их родственников. Важно обучить специалистов для создания благоприятной среды в рамках межличностного контакта и снижения стигмы, что может включать в себя равный статус среди участников и привлечение к работе пациентов в ремиссии [37, 38].

В настоящее время важной задачей является улучшение публичного образа психиатрии. Для эффективного взаимодействия с семьями, официальными лицами, журналистами и правовой системой требуются особые навыки, и они должны стать неотъемлемой частью последипломного образования и непрерывного медицинского образования для каждого молодого психиатра [39].

По мнению Целевой группы Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по этапам, трудностям и ошибкам, в процессе попытки осуществить реформы охраны психического здоровья обычно делается несколько ключевых ошибок [1, 3].

Во-первых, должна быть тщательно рассмотрена последовательность событий, связывающих закрытие стационаров с развитием альтернативных видов помощи. Утверждается, что «койки в государственных больницах в психиатрии необходимы». Важно избежать закрытия стационаров без упреждающего развития альтернативных видов помощи для амбулаторного лечения и реабилитации пациентов, а также избегать развития пакета психолого-социальных и реабилитационных услуг, оставляя стационарное лечение (и его бюджет) без изменений [3]. В частности, на каждом этапе процесса реформ необходим разумный и эффективный баланс между достаточным количеством коек (в основном, «острых») и широким спектром амбулаторных видов помощи, а также использование возможностей первичного звена на основе учета реальной ситуации в экономике и в здравоохранении.

Вторая распространенная ошибка – попытка реформы системы без вовлечения всех заинтересованных сторон. Особенно важно учитывать мнение психиатров, которые в противном случае могут невольно блокировать процесс изменений, если таковые будут идти вразрез с их профессиональными интересами и возможностями [3–6]. К другим важным заинтересованным сторонам Целевая группа относит политиков, пользователей услуг, лиц, осуществляющих уход, а также неправительственные и общественные организации, организации религиозных традиций исцеления и соответствующие национальные и профессиональные ассоциации.

Еще одной распространенной ошибкой считается связь реформ охраны психического здоровья с идеологическими или политическими интересами. Это явление остается типичным для ряда стран и приводит к нестабильности, когда смена власти может привести к изменению политики своих предшественников и нарушению планов по реформированию психиатрической службы [3–6]. Аналогичная ситуация может произойти при рассогласовании точек зрения различных научных школ психиатров, или психологов и психиатров, или клиницистов и потребителей услуг. Такие конфликты ослабляют шанс того, что реформы будут комплексными, системными и устойчивыми, они также препятствуют формированию и принятию политики в области охраны психического здоровья.

При наличии административных ресурсов и политической свободы действий следует рассмотреть вопрос о введении дополнительных стимулов для повышения качества на основе концепции A.Donabedian, где качество подразумевает соответствующий уровень всей триады – структуры, процесса и результатов [40]. Оценка деятельности службы традиционно проводится на основе структурных или процессуальных запрограммированных показателей (например, квалификации персонала, достижения определенного уровня выявляемости, занятости койки и др.) и

предполагает, что эти показатели на самом деле предсказывают качество. По отчетам Целевой группы, «они, вероятно, будут полезными для достижения высоких баллов по этим показателям, однако могут оказаться нейтральными или неэффективными для потребителей услуг и оценки самих специалистов» [1, 3]. Необходимо разработать более эффективные методы оценки и системы поощрения качества социально ориентированной психиатрической помощи, которые осуществимы в странах с более развитыми техническими и административными возможностями. Определение оптимальной системы оценок и регулировка выплат, основанных на их результатах, имеют то преимущество, что они ориентированы на возможности конкретного учреждения здравоохранения, его инфраструктуру, финансовые и человеческие возможности и другие факторы. При этом существенную роль может играть удовлетворенность специалистов, пациентов и их родственников.

Поскольку основной целью служб охраны психического здоровья является лечение и улучшение качества жизни людей с психическими расстройствами, важно мониторировать результаты оказанных услуг. Контроль качества должен быть включен в повседневную деятельность, содержать выбор новых целевых показателей, сбор данных и использование результатов для решения проблем и определения перспектив. Кроме того, результаты могут быть использованы для обеспечения наилучших услуг тем, кто в них нуждается, а также для обоснования оптимального использования ресурсов [41].

В качестве рекомендаций по формированию национальной социально ориентированной системы охраны психического здоровья Целевой группой ВПА по этапам, трудностям и ошибкам выдвинуты следующие положения:

1. Основой реформирования службы охраны психического здоровья является государственная политическая стратегия в данной области. Она должна быть разработана с учетом реальной экономической и демографической ситуации, включать национальную программу/концепцию и комплекс конкретных мер по их реализации с указанием сроков, ресурсов, форм отчетности, а также стимулов и санкций при выполнении задач.

2. Интеграция в первичную медицинскую сеть и использование новых технологических возможностей в сочетании с разнообразными реабилитационными мероприятиями составляют основу социально интегрированной модели системы охраны психического здоровья.

3. Обеспечение качества оказания помощи является возможным даже в условиях с ограниченными ресурсами. Экономически целесообразно создание социально интегрированной модели с опорой на реальные потребности пациентов, экономические возможности, с учетом соблюдения прав всех участников процесса: специалистов, пациентов и их родственников.

4. Обучение персонала является необходимым в современных условиях как для расширения навыков психиатров-наркологов и медицинских сестер, так и специалистов первичного звена (как на уровне вузовского, так и послевузовского обучения) для предварительной диагностики и оказания неспециализированной помощи пациентам с психическими расстройствами, а также в рамках преодоления их стигматизации и дискриминации.

5. Меры по преодолению стигмы (страха, социального отторжения и дискриминации пациентов с психическими расстройствами) могут включать широкую просветительскую работу среди населения посредством СМИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Maj, M.* Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care / M.Maj // World Psychiatry. – 2010 June. – Vol.9, No.2. – P.65–66 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/wpa-06-2010.pdf. – Date of access: 14.01.2016.
2. *Митихина, И.А.* Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000–2010 гг.) / И.А.Митихина, В.Г.Митихин, В.С.Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – №6. – С.4–14.
3. *Thornicroft, G.* WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care / G.Thornicroft, A.Alem, R.A.Dos Santos [et al.] // World Psychiatry. – 2010 June. – Vol.9, No.2. – P.67–77 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/wpa-06-2010.pdf. – Date of access: 14.01.2016.
4. *Drake, R.E.* Опыт развития психиатрических служб в Северной Америке / R.E.Drake, E.Latimer // World Psychiatry (in Russian). – 2012. – Т.11, №1. – С.47–51.
5. *Razzouk, D.* Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Латинской Америке и странах Карибского бассейна / D.Razzouk, G.Gregorio, R.Antunes, J.de Jesus Mari // World Psychiatry (in Russian). – 2012. – Т.11, №3. – С.191–195.
6. *Okasha, A.* Состояние психиатрической помощи в Арабском мире / A.Okasha, E.Karamlie, T.Okasha // World Psychiatry (in Russian). – 2012. – Т.11, №1. – С.56–58.

7. *Ito, H.* Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Восточной и Юго-Восточной Азии / H.Ito, Y.Setoya, Y.Suzuki // World Psychiatry (in Russian). – 2012. – Т.11, №3. – С.186–190.
8. *McGeorge, P.* Опыт организации амбулаторной психиатрической службы в зоне Австралазии и южной части Тихого океана/ P.McGeorge // World Psychiatry (in Russian). – 2012. – Т.11, №2. – С.129–132.
9. *Lichstein, J.C.* Use of medical homes by patients with comorbid physical and severe mental illness / J.C.Lichstein, M.E.Domino, C.A.Beadles [et al.] // Med. Care. – 2014 Mar. – Vol.52, Suppl.3. – P.85–91.
10. *Tosh, G.* General physical health advice for people with serious mental illness / G.Tosh, A.V.Clifton, Xia Jun, M.M.White // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014 Mar [Electronic resource]. – Mode of access: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008567.pub3/abstract. – Date of access: 14.01.2016.
11. *Dieterich, M.* Intensive case management for severe mental illness / M.Dieterich, C.B.Irving, B.Park // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010 Oct [Electronic resource]. – Mode of access: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007906.pub2/abstract. – Date of access: 14.01.2016.
12. *Maj, M.* The WPA Action Plan is in progress / M.Maj // World Psychiatry. – 2009. – Vol.8, No.2. – P.65–66.
13. *Chisholm, D.* Scale up services for mental disorders: a call for action / D.Chisholm, A.J.Flisher, C.Lund [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol.15, Issue 370. – P.1241–1252.
14. *Patel, V.* The future of psychiatry in low- and middle-income countries / V.Patel // Psychol Med. – 2009. – Vol.39. – P.1759–1762.
15. *Евсегнеев, Р.А.* Основные тенденции и направления развития психиатрической помощи в странах Европы сегодня и положение дел в Республике Беларусь / Р.А.Евсегнеев // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – №4 (22). – С.112–120.
16. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings / WHO. – 2010. – 107 p. [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en. – Date of access: 14.01.2016.
17. *Рахимов, К.Д.* Доказательная фармакотерапия шизофрении (клинико-экономические аспекты) / К.Д.Рахимов, А.М.Акимбаева, К.А.Зординова, Г.М.Гуламова // Современные проблемы науки и образования. – 2010. – №4. – С.137–156.
18. *Объедков, В.Г.* Непрямые расходы в связи с шизофренией в контексте перспектив развития стационарной психиатрической службы / В.Г.Объедков, Е.А.Хмельницкая // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – №1 (11). – С.19–27.
19. High cost of mental illness for Canadian economy // Journals@Ovid Full Text PharmacoEconomics & Outcomes News. – 2012 August 4. – Vol.659, Issue 1. – P.4 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.conferenceboard.ca. – Date of access: 14.01.2016.
20. *Jack, H.* Closing the mental health treatment gap in South Africa: a review of costs and cost-effectiveness / H.Jack, R.G.Wagner, I.Petersen [et al.] // Glob Health Action. – 2014 May 15;7:23431. doi: 10.3402/gha.v7.23431. eCollection 2014. PMCID: PMC4038770 PMID: 24848654.
21. *de Menil, V.* Скрытое лицо общественной службы психического здоровья в Африке: частнопрактикующие специалисты в Кении / V. de Menil, D.Ndetei, M.Waruguru [и др.] // World Psychiatry (in Russian). – 2014. – Т.13, №1. – С.99 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/magazine/wpa. – Дата доступа: 14.01.2016.
22. *Ng, C.* Integrating mental health into public health: The community mental health development project in India / C.Ng, A.P.Chauhan, B.S.Chavan [et al.] // Indian J Psychiatry. – 2014 Jul. – Vol.56, No.3. – P.215–220. doi: 10.4103/0019-5545.140615. PMCID: PMC4181175 PMID: 25316931 [PubMed].
23. *Bond, G.R.* Применимость разработанной в США модели индивидуального трудоустройства и поддержки занятости в других странах / G.R.Bond, R.E.Drake, D.R.Becker // World Psychiatry (in Russian). – 2012. – Т.11, №1. – С.35–42 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/magazine/wpa/15/268. – Дата доступа: 14.01.2016.
24. *Thara, R.* Мобильная телепсихиатрия в Индии / R.Thara, J.Sujit // World Psychiatry (in Russian). – 2013. – Т.12, №1. – С.80 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/magazine/wpa/29/550. – Дата доступа: 14.01.2016.
25. *Swendsen, J.* Мобильные технологии в психиатрии: открытие новых перспектив от биологии до культуры / J.Swendsen, R.Salamon // World Psychiatry (in Russian). – 2012. – Т.11, №3. – С.195–197 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/magazine/wpa/28/531. – Дата доступа: 14.01.2016.
26. *Byrne, L.* Mental health service delivery: a profile of mental health non-government organisations in south-east Queensland, Australia / L.Byrne, M.Wilson, K.J.Burke [et al.] // Aust Health Rev. – 2014 May. – Vol.38, No.2. – P.202–207. doi: 10.1071/AH13208. PMID: 24695001 [PubMed - indexed for MEDLINE].
27. *Sartorius, N.* WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists / N.Sartorius, W.Gaebel, H.-R.Cleveland [et al.] // World Psychiatry. – 2010 October. – Vol.9, No.3. – P.131–144 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2948719/. – Date of access: 14.01.2016.
28. *Pescosolido, B.A.* The ‘backbone’ of stigma: identifying the global core of public prejudice

associated with mental illness / B.A.Pescosolido, T.R.Medina, J.K.Martin [et al.] // Am J Public Health. – 2013. – Vol.103. – P.853–860.
29. *Pescosolido, B.A.* Комплексный взгляд: лицом к лицу с вопросами, как и почему люди решают обратиться или не обратиться за психиатрической помощью / B.A.Pescosolido, S.Olafsdottir // World Psychiatry (in Russian). – 2013. – Т.12, №3. – С.261–263 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/magazine/wpa/38/718. – Дата доступа: 14.01.2016.
30. *Thorens, G.* Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethnocultural backgrounds / G.Thorens, M.Gex-Fabry, D.F.Zullino [et al.] / BMC Psychiatry. – 2008. – No.8 – P.55.
31. *Rottleb, U.* The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study / U.Rottleb, H.Steinberg, M.C.Angermeyer // Psychiatr Prax. – 2007. – Vol.34. – P.269–275.
32. *Wahl, O.F.* Media madness: public images of mental illness / O.F.Wahl. – New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.
33. *Corrigan, P.W.* Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma / P.W.Corrigan, D.L.Penn // Am Psychol. – 1999. – Vol.54. – P.765–776.
34. *Thornicroft, G.* Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? / G.Thornicroft, D.Rose, N.Mehta // Advances in Psychiatric Treatment. – 2010. – Vol.16. – P.53–59.
35. *Pinfold, V.* Reducing psychiatric stigma and discrimination – evaluating an educational intervention with the police force in England / V.Pinfold, P.Huxley, G.Thornicroft [et al.] // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2003. – Vol.38. – P.337–344.
36. *Pinfold, V.* Active ingredients in antistigma programmes in mental health / V.Pinfold, G.Thornicroft, P.Huxley [et al.] // Int Rev Psychiatry. – 2005. – Vol.17. – P.123–131.
37. *Лаувенг, А.* Бесполезен как роза / А.Лаувенг. – Самара: ИД «Бахрах-М», 2011. – 280с.
38. *Deva, P.* Psychiatric rehabilitation and its present role in developing countries / P.Deva // World Psychiatry. – 2006 October. – Vol.5, No.3. – P. 164–165 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636130/. – Date of access: 14.01.2016.
39. *Fiorillo, A.* У психиатрии все еще есть надежда / A.Fiorillo, V. Del Vecchio, M.Luciano [и др.] // World Psychiatry (in Russian). – 2014. – Т.13, №1. – С.97–98 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/magazine/wpa/40/761. – Дата доступа: 14.01.2016.
40. *Best, M.* Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet / M.Best, D.Neuhauser // Qual Saf Health Care. – 2004. – Vol.13. – P.472–473.
41. *Goodwin, G.M.* Public mental health: science or politics? G.M.Goodwin // World Psychiatry. – 2015. – Vol.14, No.1. – P.3–4 [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329882/. – Date of access: 14.01.2016.

UPDATE INTERNATIONAL EXPERIENCE OF PSYCHIATRIC CARE ORGANIZATION (LITERATURE REVIEW)

O.V.Shilova

Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

Scientific literature on international experience of psychiatric care's reorganization in current conditions has been analyzed. Reports of the Task Force of the World Psychiatric Association (WPA) on stapes, obstacles and mistakes in various regions of the world as well as the analysis of the keywords' search results for Ovid, Medline systems, Cochrane Database were taken as the basis.

Keywords: organization of mental health services; mental health; deinstitutionalization.

Поступила 18.01.2016 г.