

UDC 616.89

**Modern Trends in Mental Health Delivery Services
Worldwide and in the Russian Federation**¹Isaak Ya. Gurovich²Oleg O. Papsuev

¹Moscow Research Institute of Psychiatry, Russian Federation
Poteshnaia str., 3 bld. 10, Moscow, 107076
Deputy director, Professor, MD, Dr. (Medicine)
E-mail: prof.gurovich@gmail.com

²Moscow Research Institute of Psychiatry, Russian Federation
Poteshnaia str., 3 bld. 10, Moscow, 107076
Senior researcher, MD, PhD (Medicine)
E-mail: oleg.papsouev@gmail.com

Abstract. This article presents the analysis of the large-scale reform in psychiatric care systems in developed countries that is underway since the second half of the 20th century till now, its positive results and some negative consequences, important for the further development of Russian psychiatric care. The authors focus on two trends in the development of psychiatric care abroad, specifically, integration of psychiatry into general medicine and public-oriented psychiatry development. The use of publications from the mentioned countries on both specific (cited as examples) and global issues, enables to consider general trends and changes in major branches of psychiatric care. Using this data, the authors evaluate the deinstitutionalization (hospital admission decrease) stage and the most topical issues in current Russian psychiatric care, as well as directions for its further development.

Keywords: psychiatric care reform; deinstitutionalization; public-oriented psychiatry; new organizational forms of mental healthcare.

Введение. Практически все экономически развитые страны Северной Америки и Западной Европы прошли этап масштабной реформы психиатрической помощи, начавшейся во второй половине прошлого века и заключающейся в деинституционализации с закрытием или сокращением крупных психиатрических больниц и установлением альтернативных служб в сообществе – общественно ориентированной психиатрии – для замены помощи с опорой на институты. Существует два основных направления реорганизации психиатрической помощи: 1) интеграция с общей медициной и 2) развитие общественно ориентированной психиатрии. При этом первое из направлений реформы в отношении стационаров привело к тому, что традиционные психиатрические койки чаще находятся теперь в структуре больниц общего профиля или прикреплены к ним. Что касается числа психиатрических коек, то согласно данным, собранным группой авторов [1–3], оно продолжало сокращаться вплоть до последнего времени, то есть включая период с 1990 по 2006 годы в большинстве западноевропейских стран (за исключением двух – Германии и Нидерландов, где число коек за это время даже несколько возросло).

Сразу же отметим, что проанализировав за эти же годы и установив, во-первых, значительный рост числа больных в большинстве из указанных стран ежегодно госпитализирующихся недобровольно, во-вторых, рост коек (в 2 и даже в 3 раза), занятых больными на принудительном лечении, а также, в-третьих, рост тюремной популяции (значительное число лиц среди них, как предполагается, имеют психические расстройства) [4, 5], указанные авторы отмечают, что все это перекрывает изменения, связанные с деинституционализацией. Они выдвигают положение о том, что эра деинституционализации сменяется эрой реинституционализации [6]. Авторы высказывают ряд предположений, которые могли бы объяснить указанные изменения. Одно из них то, что в обществе в целом и среди клиницистов, в частности, сказывается избегание риска и это может приводить в условиях сокращения традиционных коек к более частым решениям о направлении, отчасти другими путями, пациентов в стационары, что является более безопасным.

Восточно-европейские страны вступили на путь реформ психиатрических служб с деинституционализацией значительно позже и находятся на другой стадии их развития. Что касается иных регионов, то имеются сообщения о развитии общественно ориентированной психиатрии и в этих странах [7].

Японские авторы [8] сообщают о модели деинституционализации в Японии с переводом больных из больниц в резиденциальные учреждения.

В сообщении из Тайваня [9] приводятся данные о сравнительной эффективности 2-х моделей помощи: традиционной и вновь созданной сети. Последняя включает отделения в больнице общего профиля, в том числе для длительного пребывания, 10 внебольничных клиник и мультиальтернативные программы в сообществе.

Лишь в определенной степени это пока касается стран с низким и средним доходом, в которых согласно недавнему обзору I.Petersen, C.Lund, D.Stein [10] оптимизация психиатрических служб предполагает: 1) принятие децентрализованного ступенчатого подхода к обслуживанию, включающего передачу задач не специалистам только для тех расстройств, в отношении которых это эффективно, 2) обеспечение достаточного количества специалистов в сфере психического здоровья и супервизий для них, а также путей обращения за помощью, 3) обеспечение адекватной инфраструктуры для поддержки децентрализованного обслуживания, 4) продвижение грамотности населения в области психического здоровья, 5) развитие мультисекторального обслуживания в сообществе.

Интеграция с общей медициной. Одним из направлений интеграции с общей медициной является переход к оказанию психиатрической помощи в местах расположения других медицинских учреждений, и в частности, стационарной – в психиатрических отделениях обычных соматических больниц, что считается важным для преодоления стигмы психических расстройств [11].

Представляют интерес публикации, показывающие, что процесс более тесной интеграции психиатрической помощи с общемедицинской важен и осуществляется, но имеет свои проблемы. Так, группа авторов из США [12], анализируя психиатрическую помощь в этой стране, продвинутую в смысле интеграции с общемедицинской, указывают, что сложность ее системы с учетом разных секторов обслуживания, представляет собой проблему как для пациентов, так и специалистов, а реорганизация психиатрической службы по Докладу руководителей медицинских служб, а также заключению Президентской комиссии по психическому здоровью представляется высоко приоритетной. Отмечается, что в течение последних 10 лет общий уровень использования психиатрической помощи в США в популяции вырос с 12 до 20% [13, 14]. При этом значительное увеличение произошло в объеме общемедицинской (159%), психиатрической (117%) помощи и других секторах, связанных с психиатрией (59%). Выявилась важность звена первичной помощи с передачей только более тяжелых случаев в специализированный психиатрический сектор [15], а новые лекарства облегчили врачам общей практики использование психофармакотерапии без привлечения психиатрических специалистов [16]. В то же время сомнительная безопасность и недостаточная эффективность медицинской помощи обусловили необходимость рассмотрения таких секторов как дополнительная (альтернативная) медицинская помощь и социальный сектор медицинской помощи [17]. В своей работе авторы используют данные эпидемиологических исследований, начиная с 1980г., данные Национального исследования коморбидной патологии, полученных десятью годами позже [18] и собственные данные, показывающие как помощь распределяется между секторами и как взаимоотношения между этими секторами эволюционируют во времени.

Исследовались 12-месячные показатели частоты использования разных профилей пациентами. Было установлено, что наибольший прирост отмечался в использовании практической общемедицинской помощи. Также отмечалось увеличение использования врачебной психиатрической помощи, как и профиля общемедицинской помощи с другими специализированными психиатрическими профилями. Снизилось изолированное использование других профилей специализированной психиатрической помощи, социальной и альтернативных методов лечения. Свыше 70 % респондентов соответствовали критерию комбинированной фармакологической и психотерапевтической помощи. Отмечалась значимая положительная связь между тяжестью расстройств и использованием профиля врачебной психиатрической помощи; к ней обращались на 80 % больше больных,

чем при менее тяжелых психических расстройствах, что отмечалось и в прошлых исследованиях. Кроме того, авторы высказывают предположение, что по крайней мере 10–15 % больных не получают никакой активной помощи, а также, что те больные, которые получали комбинированную фармако- и психотерапию, пользовались ею в недостаточно адекватном режиме.

Несмотря на определенные ограничения (не включались пациенты стационаров), исследование проливает свет на важные изменения профилей помощи. Профиль общей медицинской помощи обнаружил самый большой рост за последние 10 лет, и по объему занимает 1-е место, что в настоящее время является наиболее обычным. Это свидетельствует о том, что врачи общей медицинской практики (первичного звена) выступают в роли «фильтров» примерно для половины пациентов [19]. На наш взгляд, это вряд ли может считаться достижением, хотя, как указывают авторы обеспечение психиатрической помощи в общемедицинских условиях улучшилось из-за более глубокого знания врачами общей практики психических расстройств и разработки инструментов сканирования для первичной помощи [20]. Этому способствовало также появление антидепрессантов с улучшенными профилями безопасности и большее проникновение на этап общей медицинской помощи психотерапевтических методик. Есть, однако, и повод для беспокойства в связи с тем, что сфера общемедицинской помощи иногда распространяется на тяжелые психические расстройства, хотя психиатрический профиль обнаруживал рост в последнее десятилетие и в настоящее время занимает второе место. При более тяжелых расстройствах растут преимущества лечения с двойной модальностью, в том числе в виде сочетания общемедицинской помощи с другой специализированной медицинской помощью, но это сочетание не увеличилось в объеме за период между исследованиями.

Изолированный профиль другой специализированной психиатрической помощи – психотерапии, который раньше был наиболее популярным, значительно снизился за последние 10 лет.

Авторы делают вывод об излишней фрагментарности и сложности системы (к проблеме фрагментарности при общественно ориентированной психиатрии мы еще вернемся) психиатрической помощи из-за чего многие американцы не получают необходимого лечения, а также предлагают мероприятия по преодолению имеющихся недостатков.

Общественно ориентированная помощь

Цели и структура общественно ориентированной психиатрии

Среди факторов, способствующих замене модели психиатрической помощи на общественно ориентированную были следующие:

- 1) доказательство негативного влияния на лиц с психическими расстройствами длительного пребывания в институциональных условиях (социальная депривация);
- 2) необходимость организации помощи с учетом многообразия индивидуальных нужд пациентов и общественной поддержки, интеграции и соучастия в обществе;
- 3) растущие запросы пациентов к возможности выбора и контроля, гарантирование их независимого проживания в обществе;
- 4) то обстоятельство, что с институциональной помощью зачастую связаны нарушения международно принятых стандартов прав человека;
- 5) необходимость привлечения к помощи ресурсов сообщества, особенно на стадии социального восстановления лиц с психическими расстройствами.

Деинституционализация характеризуется сведением к минимуму числа психиатрических стационаров с круглосуточным пребыванием больных, кратковременной (2–3 недели) госпитализацией в случае необходимости, закрытием стационаров для длительной госпитализации и выведения из них больных в условия независимого или возможно более независимого существования в учреждениях резиденциального проживания с разной степенью активности медицинской и социальной или только социальной помощи, либо непосредственно в обществе при развитии полустационарных и многообразных бригадных дневных медицинских, реабилитационных и социально-реабилитационных программ, агентств, общественных организаций пациентов и их семей для оказания помощи в сообществе, в том числе на дому.

Отмечается большое разнообразие этих программ, и число таких самостоятельных форм помощи иногда достигает нескольких десятков. Подобный диапазон форм психиатрической помощи ориентирован не только на выявление, диагностику, лечение и реабилитацию традиционных контингентов психически больных, но отвечает также широкому кругу задач охраны психического здоровья. Вместе с тем, такая сложность структуры помощи, излишнее ее дробление, «дисперсный» характер может оборачиваться потерей цельности клинического подхода к ведению пациента, а также потерями с усугублением нагрузки на семью.

A.Parabiaghi и соавт. [21] осуществили оценку изменений с помощью национальной шкалы исходов (HoNOS), включающей клинические и социальные характеристики у 2059 пациентов, посещающих 9 итальянских психиатрических служб в сообществе в течение 1 года. Улучшение как на индивидуальном, так и на популяционном уровне достигнуто у 22 % впервые обратившихся и у около 7 % более долгосрочных пользователей. Достоверное улучшение через 6 мес. было предиктором улучшения для всей когорты к концу года. Авторы делают вывод о получении ожидаемой реалистичной картины исходов в течение года использования служб в сообществе.

В обзоре E.Roberts и соавт. [22] отмечается, что согласно многочисленным публикациям в работах, отвечающих всем стандартам проведения медицинских исследований, с точки зрения результатов лечения общественно ориентированная психиатрия является более эффективной формой организации психиатрической помощи по сравнению с госпитальной психиатрией. В обзоре авторы рассматривают 42 работы о программах общественно ориентированной психиатрии, опубликованных в основном в 80–90-е годы (с 1979 по 2003): 1) активное лечение в сообществе; 2) ведение случая; 3) патронаж психически больных; 4) сестринская помощь в сообществе; 5) лечение в дневных стационарах и 6) резиденциальные учреждения, хотя отмечается, что они не исчерпывают всех имеющихся форм.

Поскольку исследование в основном направлено на экономическую оценку программ в связи с их эффективностью, авторы обзора отмечают трудности в сопоставлении с традиционной помощью, связанные иногда с поверхностным описанием программ, а также с разноаспектными их различиями в содержании, длительности, используемых методиках, оценке эффективности. Что касается такой программы как активное лечение в сообществе (Assertive Community Treatment – АСТ), то в ходе ее реализации были достигнуты более высокие результаты на фоне снижения затрат по сравнению со стационарным и амбулаторным лечением, хотя существуют исследования, которые не подтверждают этот вывод или не обнаруживают различий. Имеются данные, что программы АСТ менее затратные по сравнению с программой, использующей метод ведения случая (case management). Данные о методе ведения случая противоречивы, отсутствуют данные, однозначно подтверждающие, что эта программа более эффективна, экономическая ее оценка менее очевидна, чем в ситуации с АСТ.

Данные, касающиеся эффективности программы с сестринским обслуживанием в сообществе (community psychiatric nurses – CPN) также являются неоднозначными. K.Cournay, J.Brooking [23] пришли к выводу, что лечение в рамках CPN и лечение, осуществляемое врачами общей практики эффективны в равной степени, но в рамках CPN оно менее дорогостоящее по сравнению со стационарным лечением.

Обратимся к данным по оценке отдельных разделов общественно ориентированной помощи.

Выведение больных в резиденциальные учреждения. О значительной «ключевой» роли в системе общественно ориентированной психиатрической помощи различных резиденциальных учреждений дают представление данные о количестве мест в них в западноевропейских странах, причем в большинстве из них за последние 20 лет их число довольно быстро возросло. В 2006 г. на 100 тыс. населения таких мест в Австрии было 86,5, в Дании – 86,9, в Англии – 24,3, в Германии – 63,3, в Ирландии – 75,1, в Италии – 38,8, в Нидерландах 51,3, в Испании – 10,6, в Швейцарии – 32,6. Кстати, следует отметить, что можно встретить публикации, в которых (сообщение из Канады) потребность в жилье под защитой определяется как 170 мест на 100 тыс. чел. населения [24]. Речь идет о различных формах резиденциального ухода и жилья с супервизией и поддержкой, которые

различаются в диапазоне от традиционных домов сестринского ухода до поддержки, предоставляемой в обычных квартирах в сообществе [25, 26]: квартиры в клубном доме, групповые дома с круглосуточным персоналом, патронажные дома, дома индивидуальной помощи.

В итальянском исследовании [27] отмечено, что уровень общественно ориентированной помощи обнаруживал обратную корреляцию с доступностью амбулаторной и дневной помощи. При анализе всех резидентов из 265 отобранных по случайному признаку учреждений постоянного проживания (20 % от всех) только 7 % резидентов были готовы в ближайшем будущем к выписке для независимого самостоятельного проживания или проживания в условиях семьи. Иными словами, эти учреждения не характеризовались достаточно заметным движением в них больных в направлении интеграции в социальную среду, такая помощь недостаточно способствовала этому. Еще одна особенность деинституционализации, как это следует из публикаций, по-видимому, нередкое стремление вывести в общественные структуры в конечном итоге всех больных из госпиталя, вплоть до его закрытия, что вряд ли свидетельствует о достаточно дифференцированном подходе к решению проблемы.

Следует отметить также другие общие недостатки системы общественно ориентированной помощи, а также недостатки ее исследований, очевидные из приведенных данных. Медицинский аспект проблемы как бы выпадает из сравнительной оценки, хотя речь идет о госпитальном контингенте больных, в том числе с более тяжелыми психиатрическими проблемами (например, 38 % пациентов имели, по меньшей мере, одно поступление в стационар на 5-летний период) [28]. Хотя в связи с переводом пациентов из институционального сектора в общественно ориентированные структуры много говорится о необходимости сопоставления проблем и нужд самих пациентов в той или другой системе помощи, не уделяется достаточно внимания одному из важнейших вопросов такого перевода: где может оканчиваться специализированная медицинская помощь, включая медико-социальную реабилитацию, где она прекращается или снижается ее активность, и когда пациент оказывается без нее в общественных структурах? При отмеченной в процессе динамической оценки во многих случаях стабильности психического состояния больных, длительное катамнестическое наблюдение выявляет также изменения, связанные с отсутствием специализированной лечебно-реабилитационной помощи. Нам [29] и ранее приходилось отмечать важность этой проблемы.

В работе, где рассматривается 12-летний катамнез перевода больных из госпиталя, отмечено, что некоторые индивидуальные поведенческие навыки у части больных пришли в упадок. Это касалось мобильности, способности к гигиеническим процедурам, навыкам регулярно мыться, следить за внешним видом снижался уровень совместного проживания. Отмечалось значительное повышение частоты необычного поведения, манерности, obsessions, депрессий и суицидальных намерений. Контакты больных включали главным образом персонал и других пользователей. Несмотря на проживание в обществе (более 10 лет), люди не были интегрированы в локальные общества, они взаимодействовали в основном в рамках «общества внутри общества».

Была также отмечена характерная особенность: пациенты, проживающие в домах, организованных местными властями, редко пользовались услугами, предоставляемыми службой здравоохранения, в то время как живущие в домах службы здравоохранения редко пользовались службами социальной помощи.

Нельзя не отметить, что сказанное свидетельствует о том, что эти формы общественно ориентированной помощи со временем могут утрачивать реабилитационный потенциал и не ведут к преодолению в достаточной мере барьеров, способствующих сохранению черт, характерных для сегрегации этих групп в социальной среде.

Из сказанного видно, что в этом, как и в некоторых других аспектах допускается доминирование социального подхода, когда психическое здоровье и психическое расстройство рассматривается только как «противоположные полюсы единого континуума, представляя собой продукт взаимодействия личности с окружающей средой» [30]. Превалирование социального подхода, выдвигая на авансцену такие важные факторы как материальная обеспеченность, социальная изоляция, дискриминация при обращении к ресурсам сообщества, маргинализация, семейное и социальное насилие и пр. (что обычно

находит отражение [31] в структуре общественно ориентированной психиатрической помощи), обнаруживает, вместе с тем, свою недостаточность, когда речь идет о помощи психически больным в системе социального обслуживания, а из междисциплинарного бригадного ее оказания начинает выпадать медицинский и медико-реабилитационный контекст.

А.Сеечерин-Нели, S.Priebe et al. [32] указывают, что резиденциальное обслуживание, жилье с супервизией и поддержкой варьирует от неприемлемого («возврат к частным приютам для умалишенных») до комфортабельного («золотые клетки»), но мало поощряющего больных к более независимому проживанию. Отмечается, что стандарты качества для жилья с супервизией и поддержкой зачастую низкие и не вполне определенные; они не требуют от этих служб продвижения пациентов к более независимому проживанию. В соответствии с этим указывается, что национальная политика должна быть нацелена на разработку и внедрение четких стандартов, с тем, чтобы все проживающие в таких учреждениях пациенты получали приемлемую помощь, включая последовательную реабилитацию.

Активное лечение в сообществе и ведение случаев. На ранней стадии деинституционализации в связи с активным сокращением коечного фонда было разработано несколько методов, направленных на то, чтобы удержать пациентов, выписанных из стационара в сфере действия психиатрических служб. Сюда относятся такие модели как активное лечение в сообществе, ведение случая (кейс менеджмент) и интенсивный кейс менеджмент. Им посвящено довольно большое количество публикаций. Роль и эффективность этих моделей была проанализирована и представлена в Кохрановской базе данных [33–35].

Ассертивное (активное, настойчивое лечение в сообществе (Assertive community treatment – АСТ) для лечения больных с тяжелыми психическими расстройствами было разработано в начале 1970-х годов как ответ на закрытие психиатрических больниц. АСТ характеризуется бригадным подходом, нацеленным на контакт психиатрических служб с пациентами с целью уменьшения госпитализаций и улучшения исходов болезни, улучшения социального функционирования и качества жизни пациентов. В опубликованных работах эффективность АСТ определяется в сравнении со стандартным обслуживанием, традиционной реабилитацией на базе больниц и в сопоставлении с кейс менеджментом.

При описании и оценке общественно ориентированной психиатрии этой организационной модели помощи придается особое значение с точки зрения предупреждения госпитализаций в острые отделения психиатрических учреждений [36]. Описываются разные варианты этой модели [37–41].

АСТ – эффективный подход к обслуживанию в сообществе тяжелых психически больных с частыми госпитализациями; с помощью АСТ можно существенно снизить стоимость помощи при улучшении исходов болезни и повысить удовлетворенность пациентов оказываемой помощью.

Кейс менеджмент (КМ) стал использоваться с 1960 года, когда вследствие закрытия крупных психиатрических больниц лечение тяжелых психически больных стало перемещаться во внебольничные клиники, дневные центры или центры психического здоровья. Использование кейс менеджмента привело к увеличению числа больных, остающихся в контакте с психиатрической службой, но почти удвоило число госпитализаций. За исключением влияния на комплаенс, не было значимых преимуществ перед стационарной психиатрической помощью, а стоимость оказалась не в пользу кейс менеджмента.

Интенсивный кейс менеджмент (ИКМ) нацелен на долгосрочное обслуживание больных с тяжелыми психическими заболеваниями, не требующими в данный момент госпитализации. Метод возник из сочетания двух моделей: ассертивного лечения в сообществе и просто кейс менеджмента. От последнего он отличается тем, что на одного специалиста, осуществляющего ведение случая приходится меньше 20 больных. В литературе до сих пор продолжают представлять данные об эффективности вариантов этой модели [42].

Дневные стационары. Определенное число исследований посвящено сравнительной оценке «острых» дневных стационаров (acute day hospital) для тяжелых психически больных с

острыми психотическими состояниями в сравнении с госпитализацией и внебольничным обслуживанием. Программы дневного лечения по улучшению психотических симптомов превосходили внебольничную помощь, в остальном по эффективности различий не было [43].

Психосоциальная терапия. Большое значение в современной психиатрической помощи придается психосоциальному лечению. Группой исследования исходов при шизофрении (The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) разработана уже 3 версия Рекомендаций по психосоциальному лечению и опубликована в журнале *Schizophrenia Bulletin* [44]. Публикации предыдущих версий вызвали предположение, что недостаточное число больных шизофренией имеет доступ к разнообразным психосоциальным программам, что повлекло за собой много крупномасштабных усилий. Указанная версия включает 7 основных и 5 новых программ. В обзор по каждой из программ включались рандомизированные контролируемые исследования, касающиеся групп пациентов, среди которых более 50 % имели диагноз расстройств шизофренического спектра. Отобранные таким образом работы соответствовали критериям значимости для терапевтических рекомендаций.

Одна из рекомендаций касается: 1. Ассертивной помощи в сообществе (АСТ); 2. Поддерживаемого трудоустройства [45, 46]; 3. Тренингов навыков социальных взаимодействий [47, 48]; 4. Когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) как в групповом, так и индивидуальном формате продолжительностью 4–9 месяцев; 5. Методов жетонной системы вознаграждения; 6. Служб семьи; 7. Психосоциальных вмешательств в отношении расстройств, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков; 8. Психосоциальных вмешательств при избыточном весе; 9. Когнитивного восстановления; 10. Поддержки со стороны пациентов и службы с их участием; 11. Вмешательств, повышающих соблюдение приема психотропной терапии (комплаенс-терапия); 12. Психосоциальных методов при недавно начавшейся шизофрении.

В заключении рекомендаций указывается, что перечисленные методы демонстрируют отсутствие согласованных подходов для классификации психосоциальных вмешательств, что не исключает того, что различные вмешательства могут использовать общие элементы. Объединение вмешательств применяется в клинической практике.

Экономический аспект проблемы.

Поскольку многие европейские системы психиатрической помощи подвергаются изменениям по мере того как общественно ориентированная помощь заменяет крупные психиатрические учреждения, появляется больше работ по сопоставлению их экономической эффективности анализируют данные из трех стран (Великобритания, Германия, Италия), «достигших хороших результатов» и прошедших длительный путь в этом направлении. При этом главным образом рассматриваются экономические последствия деинституционализации, так как смещение баланса между институциональной и общественно ориентированной помощи актуализирует проблему их сравнительной экономической оценки. Вообще, как считают авторы, стратегия деинституционализации поднимает много экономических вопросов.

Новые модели сталкиваются нередко с препятствиями, что, кстати, видно и по некоторым другим публикациям [49]. Они стремятся к тактикам, обеспечивающим индивидуализацию и благоприятные условия, а также лучшие исходы заболевания, то есть вариантам помощи, которые даже по определению могут казаться более дорогостоящими. Кроме того, они относительно более затратные, поскольку требуют вначале инвестиций, набора и обучения нового персонала, в то время как существующие институты имеют устойчивый трудовой коллектив и скромный бюджет на текущее поддержание службы.

При сравнительной оценке стоимости оказания помощи в двух указанных системах – ориентированной на учреждения и ориентированной на сообщество, авторы указывают на сложность бесчисленных связей между бюджетом, персоналом и другими нанимаемыми ресурсами (и стоимости их использования), связанными с ними видами помощи и результатами (в области изменения психического состояния и качества жизни), которые будут доступны для пользователей и их семей.

Такое исследование ставит перед собой ряд вопросов. В публикациях имеются указания об осторожности и необходимости взвешенного подхода при закрытии учреждения и переводе пользователей в условия общественной помощи [50].

Крупное сравнительное исследование стоимости двух указанных видов помощи было проведено в Англии и Уэльсе в середине 90-х годов [51–53]. Они касались почти 400 учреждений общественной адаптации и острых отделений, которые вместе обслуживали почти 2000 чел. Такое простое сравнение госпитальной и общественно ориентированной помощи показало значительно большую стоимость первой. Аналогичные результаты были получены и в других странах с высоким качеством институциональной помощи [54], в то время как в странах, где институциональная помощь осуществлялась на низком экономическом уровне и имела низкое качество, такая разница в стоимости могла отсутствовать даже независимо от тяжести состояния больных и их нужд.

Другие исследования [55, 56] показали, что для людей с более тяжелыми психическими проблемами стоимость помощи в обществе дороже, чем в госпитале.

Привлекают внимание сравнительные долгосрочные исследования [57, 58]. Эти исследования в Англии и Северной Ирландии показали, что общественно ориентированная помощь осуществляемая с меньшими или сопоставимыми затратами, может приводить к таким же или лучшим результатам для большинства пациентов, переведенных после длительного госпитального лечения, однако приспособление к условиям общественной помощи для некоторого количества из них с выраженными или сложными потребностями оказалось дорогостоящим.

Еще более долгосрочное (12-летнее) исследование последствий перевода больных из госпиталя длительного пребывания в условия общественной помощи проведено в связи со специальной программой в Англии (1980 г.) [59, 60, 61]. Из данных работ следует, что чем более ухудшалось поведение пациента за 12 лет, тем более повышалась стоимость оказываемой ему помощи в общественном секторе. В другой работе [62] были обнаружены различия стоимости обслуживаемых участков Лондона, обеспечивающих помощь 429 пациентам, живущим в специализированном общественном психиатрическом приюте. Она оказалась ниже в коммерческом секторе (небольшие дома, которые содержат владельцы-управляющие) за счет снижения качества по сравнению с сектором, где обслуживание обеспечивает Национальная служба.

Учет данных приведенного анализа основных тенденций реформирования психиатрической помощи в экономически развитых странах, ее особенностей, положительных сторон и ставших очевидными к настоящему времени некоторых отрицательных ее последствий в других странах на данном этапе очень важен **для определения путей дальнейшего развития психиатрической службы в нашей стране.**

Сопоставление с международным опытом показывает, что появление признаков завершения эры сокращения психиатрических коек в рамках деинституционализации относится и к России. Сокращение коечного фонда в нашей стране началось с 1990 года, с тех пор число психиатрических коек уменьшилось более, чем на четверть – с 200192 до 149211, то есть на 50981 коек. Обеспеченность населения психиатрическими койками снизилась в 2010 году до 106,0 на 100 тыс. населения. Россия в этом отношении уже обогнала некоторые европейские страны (Германию и Нидерланды), при этом сокращение не избежало хаотического характера, сказалось на числе небольших стационаров, часть которых были закрыты, заодно сокращено 750 мест в дневных стационарах привело к изъянам в структуре и доступности психиатрической помощи, за последние 10 лет уменьшилось число психиатрических (на 228), психотерапевтических (на 190) кабинетов, сказалось на первичном выявлении больных, в том числе с психозами, шизофренией, в 2 раза с умственной отсталостью. По другой причине снизились возможности реабилитации с исчезновением или почти полным сокращением спеццехов и ЛТМ. Актуальная задача – сохранение и восстановление ресурсов психиатрической помощи, прежде всего за счет амбулаторных форм и методов или работающих непосредственно в сообществе с реабилитационным потенциалом, направленных на социальное восстановление.

Рассмотрим состояние и перспективы дальнейшего развития психиатрической службы в нашей стране, имея в виду те направления и разделы помощи, которые представлены в опыте других стран.

Интеграция психиатрии с общей медициной является естественным процессом преодоления исторически сложившегося отрыва психиатрии от общей медицины с

развитием на определенном этапе крупных больниц-изолятов для лиц с психическими расстройствами. Нельзя не отметить, что вообще интеграция психиатрии с общей медициной связана с развитием науки и проявляется во все более широкое межпрофессиональное сотрудничество с интернистами в области клинических проблем с появлением самостоятельных направлений в психиатрии, например, в области сердечно-сосудистой патологии [63], других разделах медицины [64], в новых аспектах взаимодействия с неврологами в связи с общими проблемами изучения мозговых механизмов прежде всего в традиционных (церебрально-органические расстройства, эпилепсия) областях, а также в других (деменции, болезнь Альцгеймера) и, кроме того, в области изучения аффективных расстройств и шизофрении.

Отражением этого является появление обобщающей терминологии (нейропсихиатрия, нейронаука), совместное рассмотрение некоторых «сквозных» проблем (когнитивные расстройства) и пр. Взаимодействию с другими специалистами способствует появление в повседневной деятельности психиатров круга расстройств в качестве побочных эффектов и осложнений фармакотерапии.

Переход от обособленных психиатрических учреждений к территориально объединенным с учреждениями общей медицины, к психиатрическим отделениям в многопрофильных больницах в нашей стране, как это осуществляется в других странах, затруднен не только в связи с традициями и спецификой психиатрии, но и представил бы в настоящее время серьезную экономическую проблему.

Вместе с тем, психиатрическая помощь территориально обычно объединяется с общемедицинской в сельской местности: психиатрические кабинеты чаще всего располагаются при центральных районных больницах. В некоторых регионах в структуре этих больниц существуют также стационарные психиатрические отделения: важная роль таких отделений, приближенных к сельскому населению, доказывалась неоднократно [65].

Кроме того, в многопрофильных стационарах имеются психосоматические отделения для лечения лиц с психическими и соматическими расстройствами; в потребности в психосоматических койках постоянно сохраняется напряженность, хотя и здесь отмечается тенденция к их сокращению.

Интегративные процессы с общей медициной осуществляются и в звеньях раздела психиатрической помощи, который обычно обозначается как внедиспансерный [66]: в рамках суицидологической службы (в том числе кризисные стационары в общесоматических больницах), в системе помощи при патологии речи и нейрореабилитации, сексологии и пр.

Относительно новым шагом в направлении интеграции с общей медициной является организация психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках. Они выполняют важную роль взаимодействия психиатров со специалистами первичной медицинской сети по выявлению, диагностике и лечению четко очерченного контингента больных, обращающихся к различным специалистам поликлиник (до 30% от всех пациентов) с наличием их в клинической картине также неглубоких депрессий и психосоматических расстройств. Как известно, в ряде регионов проводится научно-практическая работа и внедрение в практику модели совместного ведения этих больных. Такой подход обоснован и существенно отличается от указанного выше зарубежного опыта с передачей не специалистам (врачам общего профиля) оказания помощи значительной части психически больных.

Логика направления сближения психиатрии с общей медициной будет сказываться и в дальнейшем в организации психиатрической помощи при сохранении особенностей, связанных с ее спецификой, что, несомненно, должно учитываться в плановой стратегии, но некоторые ее аспекты представляют собой сегодня важную актуальную задачу, особенно взаимодействие психиатров со специалистами первичного звена здравоохранения, а также сохранение, укрепление и развитие психиатрических звеньев на муниципальном уровне.

Переход к полипрофессиональному ведению психически больных и расширение помощи психически больным без отрыва от привычной социальной среды и непосредственно в сообществе.

Признание Минздравсоцразвития новых разработанных форм психиатрической помощи (издание Методических рекомендаций и включение их в «Порядок оказания

психиатрической помощи») может привести к тому, что впервые участковый психиатр окончательно перестанет быть в ситуации, когда он один стоит перед необходимостью решения многообразных задач помощи амбулаторному контингенту лиц с психическими расстройствами при наличии лишь такой альтернативы как госпитализация.

В этой ситуации всегда ощущалась необходимость в «промежуточных» подразделениях, помимо возможности госпитализации. Значительное место продолжают занимать расширяющееся в числе и количестве мест в них **дневные стационары**, которые практически стали центрами психофармакотерапии в диспансерах, концентрируя у себя подбор и проведение фармакотерапии при подострых психотических состояниях и частично обострениях амбулаторного уровня. Дневные стационары берут на себя обслуживание все большей части ранее госпитализированных больных.

Если по данным зарубежных авторов, как уже указывалось, до 37,5 % пациентов больниц могут быть пригодны для лечения в дневных стационарах, то в отечественных публикациях было показано [67], что этот процент может быть выше (до 49 %).

Простые расчеты показывают, что затраты на развитие дневных стационаров и введение новых должностей немедицинских специалистов не сопоставимы с сокращением ресурсов психиатрической помощи, связанных с масштабным сокращением числа психиатрических коек за последние 18 лет. Эти ресурсы должны быть вложены в развитие новых внебольничных форм психиатрической помощи.

Указанное сокращение психиатрических коек – это значительное уменьшение и без того недостаточных ресурсов психиатрической помощи, поскольку должно было сопровождаться (и что не делалось) согласно международно принятым правилам одновременно с развитием форм помощи во внебольничных условиях. Что же все-таки предпринималось в этом направлении?

С 1995 г. преимущественно медицинская модель оказания психиатрической помощи начала заменяться биопсихосоциальной моделью с возможностью полипрофессионального бригадного подхода к ее оказанию и привлечением к этому значительного числа психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. По прошествии 15 лет мы все еще далеки от достаточной укомплектованности штатных возможностей этими специалистами.

Как это ни странно, до сих пор вообще нет медицинских психологов в 4-х, специалистов по социальной работе – в 15, социальных работников – в 13 региональных психиатрических службах. Повышение требовательности к укомплектованию штатов указанными специалистами является важной задачей, что позволит более широко перейти к полипрофессиональному, биопсихосоциальному подходу к оказанию психиатрической помощи и дальнейшему развитию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Фактически в нашей стране отмечается неразвитость системы **резиденциальных учреждений**, хотя в определенном смысле аналогом такого раздела психиатрической помощи в России являются психоневрологические интернаты в рамках системы социального обеспечения а также небольшое число отделений-общежитий для лиц с психическими расстройствами, утративших жилье и социальные связи, создающиеся в структуре психиатрических учреждений.

К этому следует добавить, что число мест в этих специализированных учреждениях (психоневрологические интернаты) социального обеспечения стало превышать 90 на 100 тыс. населения (2006 г. – 90,6), то есть больше, чем в любой из стран Западной Европы. В этих странах, как указывалось, резиденциальные учреждения отличаются значительным разнообразием. Это говорит, во-первых, о том, что в нашей стране существует крен в сторону развития одной такой организационной формы, и, во-вторых, эта форма выполняет функции социального обеспечения. Этот перекокс сказывается в крайне недостаточном развитии других форм.

Другие формы должны развиваться в структуре психиатрических служб и рассматриваться в рамках медико-социальной реабилитации, то есть как реабилитационные подразделения, использующие для этого предоставление места проживания с системой медико-психосоциальной реабилитации, направленной на восстановление (формирование)

навыков независимого проживания, целью чего является интеграция в обычную социальную среду.

Следует учитывать особенности больных, из которых формируется контингент лиц особенно остро нуждающихся в подобной системе реабилитации. Это, прежде всего лица с чрезмерно длительным пребыванием в стационаре (феномен «больничного проживания»), большая часть которых утратила социальные связи, жилье, навыки независимого проживания, что в основном является препятствием к их выписке, хотя, как показывает опыт, у них сохраняется возможность социального восстановления. В течение ряда лет среднее число больных, находящихся в стационарах страны свыше года и число занятых ими коек на конец года остается около или несколько более 20%, то есть составляет примерно пятую часть стационарного контингента. В довольно значительной части территориальных служб удельный вес их свыше 30%. Даже если учесть, что из этого числа находящихся в стационарах свыше года нужно вычесть около 30%, поскольку это доля лиц на принудительном лечении, остается значительный контингент лиц, «осевших» (в том числе на 2–3–5 и более лет) в стационарах страны.

О возможность возвращения к самостоятельной жизни, по крайней мере, значительной части «осевших» в стационаре свидетельствует имеющийся сегодняшний опыт в нашей стране [68, 69]. При небольшом числе мест в общежитиях для психически больных, утративших социальные связи и жилье (всего 600, для сравнения в психоневрологических интернатах в 2006 г. – 128809) обращает на себя внимание, что разработаны разные варианты общежитий: общежития как отделение стационара, как этап реабилитации [70], этап перед выпиской после длительного пребывания в стационаре; квартира для независимого проживания [71], особенно важен вариант «континуума»: общежитие–отделение стационара – групповой дом – квартиры для независимого проживания – интеграция в социум [72].

Другая составляющая реформирования психиатрических служб – повсеместное создание внебольничных отделений уже включенных в Порядок оказания психиатрической помощи: 1) отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, 2) медико-реабилитационное отделение и 3) отделение интенсивного оказания психиатрической помощи. Это впервые окончательно изменит ситуацию, когда участковый врач-психиатр один оказывается перед решением нередко сложных, многоаспектных проблем помощи амбулаторному контингенту больных, без того, чтобы направить пациента в больницу, используя возможности этих подразделений. Особенно следует подчеркнуть, что открытие данных отделений позволит сдвинуть акцент реабилитационных усилий на более ранние этапы течения болезней, что соответствует современным представлениям [73].

Заключение. Изложенные материалы позволяют следующим образом представить общую характеристику отечественной психиатрической службы, по крайней мере, в ближайшей перспективе ее развития. Она должна учитывать не только общие для всех стран тенденции ее развития, но и исторически сложившиеся условия и ее особенности в нашей стране, а также выявившиеся в международном опыте реформирования психиатрических служб недостатки и некоторые негативные стороны этих реформ.

Речь идет об организационной структуре психиатрической помощи с системой диспансерного наблюдения, способствующего единству биопсихосоциального, полипрофессионального подхода на всех этапах ее оказания при наличии помимо стационаров, ряда организационных форм помощи, создающихся в соответствие с разнообразием нужд и потребностей пациентов, но без ее излишнего дробления и сегментации. Ее развитие связано с тенденцией к интеграции с общей медициной и дальнейшим сдвигом во внебольничные, менее ограничительные условия без отрыва пациентов от привычной социальной среды или непосредственно в сообществе, что будет больше способствовать их автономии и независимому проживанию. Важно иметь также в виду необходимость развития звеньев, связанных непосредственно с охраной психического здоровья.

Для современной психиатрии характерно все большее внимание, наряду с фармакотерапией и другими методами лечения, к психосоциальным воздействиям на всех этапах течения болезни, направленных на психосоциальное восстановление лиц, имевших психические расстройства. Акцент делается на адаптации пациентов в семье, социальном

окружении, сохранении социальных ролей, социальной сети, позитивной самоидентификации. Для формирования и реализации индивидуальных программ реабилитации нужна организация взаимодействия диспансеров на административном уровне с центрами социального обслуживания, центрами занятости населения, отделами по трудоустройству и пр., совместная работа с которыми могла бы стать реальностью на основе заключения с ними договоров, в которых были бы прописаны совместные обязательства по помощи лицам с психическими расстройствами, инвалидам.

Все возрастающая роль принадлежит общественным организациям больных и их родственников в дизайне психиатрической помощи, а их партнерское в ней участие – неперемное условие современной психиатрии.

Примечания:

1. Regier D., Narrow W., Rael D. et al. The de facto us mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Carchment Area prospective 1-year prevalance rates of disorders and services // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993. Vol. 50. P. 85–94.
2. Priebe S. Institutionalisation revisited with and without walls // *Acta Psychiatr. Scand*. 2004. Vol. 110. P. 81–82.
3. Priebe S. et al. Re-institutionalisation in mental health care: comparison of data on severe provision from six European countries // *Br. Med. J*. 2005. Vol. 330. P. 123–126.
4. Fazel S., Danisch J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 survey // *Lancet*. 2002. Vol. 359. P. 545–550.
5. Konrad N. Frisons as new asylums // *Curr. Opin. Psychiatry*. 1999. Vol. 15. P. 583–587.
6. Priebe S. et al. Mental Health Care Institutions in Nine European Countries. 2002 to 2006 // *Psychiatric Services*. 2008. Vol. 59, N 5. P. 570–573.
7. Trauer T., Farhall J., Newton R., Cheung P. From long-stay psychiatric hospital to Community Care Unit: Evaluation at 1 year // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid*. 2001. Vol. 36, N 8. P. 416–419.
8. Mizuno M., Sakuma K., Ryn Y et al. The Sasagawa project: a model for deinstitutionalisation in Japan // *Keio J. Med*. 2005. Vol. 54, N 2. P. 95–101.
9. Tzeng D., Liam L., Chang L. et al. Healthcare in schizophrenia effectiveness and progress of a redesigned care network // *BMS Health Serv. Res*. 2007. Vol. 17, N 7. P. 129.
10. Petersen I., Lund C., Stein D. Optimizing mental health services in low–income and middle-income countries // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2011. Vol. 4. P. 318–323.
11. Leff J. (Ed.) *Care in the Community: Illusion of Reality?* Chichester: J.Wiley and Sons, 1997.
12. Wang Ph., Demler O., Olfson M. et al. Changing Profiles of Service Sectors used for Mental Health Care in the United States // *Am. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 163. P. 1187–1198.
13. Kesler R., Demler O., France R. et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990–2003 // *N. Engl. J. Med*. 2005. Vol. 352. P. 2515–2523.
14. Olfson M., Marcus S., Druss B. et al. National trends in the outpatient treatment of depression // *JAMA*. 2002. Vol. 287. P. 203–209.
15. Hirschfeld R., Kellert M., Panico S. et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the under treatment of depression // *JAMA*. 1997. Vol. 277. P. 333–340.
16. Kravitz R., Epstein R., Feldman M. et al. Influence of patients requeste for direct-to-consumer advertized antidepressants: a randomized controlled trial // *JAMA*. 2005. Vol. 293. P. 1999–2002.
17. Hypericum Depression Trial Study Group: Effect of Hypericum perforatum (St. John's wort) in major depressive disorder: a randomized controlled trial // *JAMA*. 2003. Vol. 287. P. 1807–1814.
18. Kessler R., McGonagle K., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: result from the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1994. Vol. 51. P. 8–19.
19. Forrest L. Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referats: effective filter or failed experiment? // *BMJ*. 2003. Vol. 326. P. 692–695.
20. Spitzer R., Kroenke K., Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study // *JAMA*. 1999. Vol. 282. P. 1737–1744.
21. Parabiaghi A., Rapisarda F., D'Avanzo et al. Measuring clinical change in routine mental health care: differences between first time and longer term service users // *Aust. NZ J. Psychiatry*. 2011. May 11 (Epub ahead print).
22. Roberts E., Coming Y., Nelson K. A Review of economic evaluations of community mental health care // *Med. Care Res. Rev*. 2005. Vol. 62, N 5. P. 503–543.
23. Cournay K., Brooking J. Community psychiatric nurse in primary health care // *Br. J. Psychiatry*. 1994. Vol. 165, N 2. P. 231–238.

24. Lesage A., Phill M., Gelmas D. Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders // *Can. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 48, N 7. P. 485–492.
25. Dressing H., Salize H., Gordon H. Legal frameworks and key concepts regulatung diversion and treatment of mentally disordered offenders in European Union members states // *Eur. Psychiatry*. 2007. Vol. 22. P. 413–484.
26. Salize H., Dressing H. Epidemiology of in-voluntary placement of mentally ill people across the European Union // *Br. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 184. P. 163–168.
27. DeGirolamo C., Picard I.A., Micciolo R. et al. Residential care in Italy: national survey of non-hospital facilities // *Br. J. Psychiatry*. 2002. Vol. 181. P. 220–225.
28. Leff J., Trieman N., Gooch C. The TAPS Project 33: a prospective follow up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals // *Am. J. Psychiatry*. 1996. Vol. 153. P. 1318–1324.
29. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (Ред.). Предисловие кн. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика-М. 2007. 355 с.
30. Фукс Д.М. Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России // *Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи* Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельд. М., 2007 С. 305–317.
31. Stomwell L., Hurdle D. Psychiatric rehabilitation: An empowerment-based approach to mental health // *Health Soc. Work*. 2003. Vol. 23, N 3. P. 206–213.
32. Ceecherini-Nelli A., Priebe S. Economic factors and psychiatric hospital beds an analysts of historical trends // *Int. J. Soc. Econ*. 2007. Vol. 34. P. 788–810.
33. Dieterich M., Irving C.B., Park B., Marshall M. Intensive case management for severe mental illness // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2010. Vol. 6, N 10 CD007906.
34. Marshall M., Gray A., Lockwood A., Green R. Case management for people with severe mental disorders // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2011. Vol. 13, N 4 CD000050.
35. Marshall M., Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2011. Vol. 13, N 4 CD001089.
36. Knapp M., Beecham J., McDavid D. et al. The economic consequences of deinstitutionalization of mental health services: lessons from a systematic review of European experience // *Health Soc. Care Comm*. 2011. Vol. 19, N 2. P. 113–125.
37. Ford R., Minghella E., Chalmer C. et al. Cost consequences of home-based and in-patients-based acute psychiatric treatment results of an implementation study // *J. Mental Health*. 2001. Vol. 10, N 4. P. 167–176.
38. Huxley P., Evans S., Burns T. et al. Quality of life outcome in a randomized controlled trial of care management // *Soc. Psychiatry Psychiatric Epid*. 2001. Vol. 36. P. 249–255.
39. Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment a review
40. Tyrer P., Evans K., Gandini M. et al. A randomized controlled trial of two models of care for discharged patients no advantage for better community care with insufficient hospital beds // *Br. Mental J*. 1998. Vol. 316. P. 106–109.
41. Gater R., Goldberg D., Jackson G. et al. The care of patients with chronic schizophrenia a comparison between two services // *Psychol. Med*. 1997. Vol. 27. P. 1325–1336.
42. Alonso Suarez M., Bravo-Ortiz M.F., Fernandez-Liria A. et al. Effectiveness of community-of-care programs to reduce time in hospital in person with schizophrenia // *Epid. Psychiatr. Sci*. 2011. Vol. 20. N 1. P. 65–72.
43. Marshall M., Crownther R., Almaraz-Serrano A. et al. Systematic review of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care // *Health Technol. Asses*. 2001. Vol. 21, N 2. P. 1–75.
44. Dixon L., Dickerson F., Bellack A. et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatments recommendations and Summary Statements // *Schizophr. Bull*. 2010. Vol. 36, N 1. P. 48–70.
45. Burns T., Catty J., Becker T. et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial // *Lancet*. 2007. Vol. 370. P. 1146–1152.
46. Latimer E., Lecomte T., Becker D. et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment results of a Canadian randomized controlled trial serratum appearch in *Br. J. Psychiatry*. 2006. P. 189–191 // *Br. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 189. P. 65–73.
47. Xiang V.T., Weng V.Z., Li W.Y. et al. Efficacy of the community re-entry module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up // *Br. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 190. P. 49–56.
48. Kopelovwicz A., Zarate R., Gonzales-Smith V. et al. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach // *Schizophr. Bull*. 2003. Vol. 29. P. 211–227.
49. Spaulding W.D., Sullivan E., Pollard J.S., Ritchie A.J. State Psychiatric Institutions and the Left-Behinds of Mental Health Reform // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2010. Vol. 50, N 3. P. 327–333.
50. Jones D. The TAPS Project II: The selection of patients for reprovision // *Br. J. Psychiatry*. 1993. Vol. 162. P. 36–39.

51. Chisholm D., Knapp M., Astin J. et al. The mental health residential care study: the costs of provision // *J. Mental Health*. 1997. Vol. 6, N 1. P. 85–100.
52. Knapp M., Chisholm D., Astin J. et al. The cost consequences of changing in the hospital community balance: the mental health residential care study // *Psychological Medicine*. 1997. Vol. 27, N 3. P. 681–692.
53. Lelliott P., Andini B., Knapp M. et al. The mental health residential care study: classification of facilities and description of services // *Br. J. Psychiatry*. 1996. Vol. 169, N 2. P. 139–147.
54. Rivett J. *From Cradle to Grave: 50 Years of the NHS*. 1998, King's Fund, London.
55. Beecham J., Hallam A., Knapp M. et al. Costing care in the hospital and in the community // *Care in the Community: Illusion or Reality?* / J.Leff (Ed.). 1997. P. 93–108.
56. Hafner H., van der Heiden W. The evaluation of mental health care systems // *Br. J. Psychiatry*. 1989. Vol. 155. P. 12–17.
57. Donnely M., McCilloway S., Mays N. et al. *Opening new doors: an evaluation of community care for people discharged from Psychiatric and Mental Handicap Hospitals*. Her Majesty's Stationery Office. London, 1994.
58. Knapp M., Cambridge P., Thomason C. et al. *Care in the community: Challenge and demonstration*. Ashgate, Aldershot. 1992.
59. Carpenter J., Schneider J., McNiven F. et al. *Integration and Targeting of community care for people with severe and enduring mental health problems: Users experiences of the care programme approach and care*
60. Renshaw J., Hampson R., Thomason C. et al. *Care in the Community: The First Steps*. Aldershot: Gower Publishing Company Ltd. 1988.
61. Beecham J., Hallam A., Knapp M. et al. Twelve years on: service use and costs for people with mental health problems who left psychiatric hospital // *J. Mental Health*. 2004. Vol. 13, N 4. P. 363–377.
62. Knapp M., Hallam A., Beecham J., Beines B. Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental health care // *Policy Politics*. 1999. Vol. 27. P. 25–41.
63. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М., 2011. 431 с.
64. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство, 2003.
65. Гусева Л.Я., Иванов В.И., Виноградова Р.Н. Эффективность стационарной психиатрической помощи населению района, включающей психиатрическое отделение центральной районной больницы // *Вопросы эффективности психиатрической помощи*. М., 1987. С. 134–143.
66. Ковалев В.В., Гурович И.Я. О внедиспансерном разделе психиатрической помощи // *Журн. невропатол. и психиатр. им.С.С.Корсакова*. 1986. Т. 86, № 9. С. 1410–1416.
67. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 167 с.
68. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с
69. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Дисс. ...канд. мед. наук. М., 2009. 144 с.
70. Гажа Ф.К., Монастырский В.А., Асоскова Т.Н. Струкова Е.Ю. Этапы психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического стационара // *Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи* / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельд. М., 2007.
71. Поташева А.П. "Жилье под защитой" как реабилитационная форма психиатрической помощи: клинико-социальная и экономическая эффективность: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 23 с.
72. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 157 с.
73. Багуцкий А.Ю., Былим И.А., Крестьянинова М.Г., Любов Е.Б. Психосоциальная реабилитация в краевой психиатрической больнице: клинико-экономическая и социальная результативность // *Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи*. 2007. С. 226–242.

УДК 616.89

**Современные тенденции в оказании психиатрической помощи
зарубежом и в России**¹ Исаак Яковлевич Гурович² Олег Олегович Папсуев¹⁻² Московский НИИ психиатрии, Российская Федерация
107076 Россия, Москва, Потешная ул. 3, к.10¹доктор медицинских наук, профессор

E-mail: prof.gurovich@gmail.com

²Старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук

E-mail: oleg.papsouev@gmail.com

Аннотация. Приводится анализ масштабной реформы психиатрической помощи в экономически развитых странах, продолжающейся со второй половины прошлого века до настоящего времени – ее положительных результатов и некоторых отрицательных последствий, важных для учета дальнейшего развития психиатрической службы в России. Анализируются два направления развития психиатрической помощи в других странах: интеграция психиатрии с общей медициной и развитие общественно ориентированной психиатрии. Используя публикации авторов, указанных стран, посвященных как более частным вопросам (которые приводятся в качестве примеров), так и обзорные работы, позволяющие делать более широкие оценки, рассматриваются не только общие тенденции, но также изменения во всех основных разделах психиатрической помощи. С учетом этих данных оценивается этап деинституциализации (сокращения коечного фонда) и наиболее актуальные в наше время проблемы психиатрической службы и направления дальнейшего ее развития в нашей стране.

Ключевые слова: реформа психиатрической помощи; деинституциализация; общественно ориентированная психиатрия; новые организационные формы психиатрической помощи.