

# МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ

И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, Б. Б. Фурсов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

Особенности и характер психиатрической помощи в любой стране определяются историческими, экономическими, географическими, культуральными, политическими и другими факторами.

Вместе с тем, имеются общие для всех стран закономерности ее развития, связанные с движением психиатрической науки. Поэтому столь важным является анализ опыта реформирования психиатрической помощи в других странах, – как положительный, так и возможный отрицательный – для учета в определении путей совершенствования психиатрической службы в нашей стране.

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 деинституциализации с закрытием или сокращением крупных психиатрических больниц и установлением альтернативных служб в обществе – 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 [62–64], 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). В 2006 г. обеспеченность психиатрическими койками на 100 тыс. чел. населения составила в Австрии – 53,1, в Дании – 75,8, в Англии – 59,1, в Германии – 153,0, в Ирландии – 79,9, в Италии – 16,5, в Нидерландах – 136,1, в Испании – 35,7, в Швейцарии – 105,5.

Сразу же отметим, что, проанализировав за эти же годы и установив, во-первых, значительный рост в большинстве из указанных стран числа больных, 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) [31, 46], указанные авторы отмечают, что все это перекрывает изменения, связанные с деинституциализацией. Они выдвигают положение о том, что эра деинституциализации сменяется эрой реинституциализации [62]. 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 деинституциализацией 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.

Так, например, в сообщении из Австралии [73] приводится годичный катамнез больных, выписанных после длительного пребывания из больниц, находящихся в процессе закрытия, в сообщество. Они были помещены в 20-местные резиденции и обслуживаются мультидисциплинарными бригадами специалистов. Через год большинство продолжало там находиться; по мнению авторов, они вряд ли полностью перейдут в общество, так как уровень психотических расстройств у них изменился мало. Тем не менее, условия их жизни менее ограничительные и не столь регламентированы, как прежде, качество жизни повысилось. Рекомендуется тиражировать этот опыт.

Японские авторы [58] сообщают о модели деинституционализации в Японии с переводом больных из больниц в резиденциальные учреждения.

В сообщении из Тайваня [75] приводятся данные о сравнительной эффективности двух 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. В новой системе выше качество жизни пациентов, больные реже поступают в стационар и время пребывания там короче, улучшилось их психическое и соматическое состояние, помощь стала более всеобъемлющей, меньше нагрузка на семью.

Лишь в определенной степени это пока касается стран с низким и средним доходом, в которых, согласно недавнему обзору I.Petersen, C.Lund, D.Stein [61], 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 [51]. В одних странах (например, скандинавских) это осуществлено наиболее полно, в других, при наличии такой тенденции, полного отказа от психиатрических больниц, отчасти в связи со спецификой оказания психиатрической помощи, не произошло.

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 [76], 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. Было обращено внимание на фрагментарность помощи: 26% получали помощь от нескольких секторов – 18% от двух, 7% от трех и 1% от четырех. Отмечается, что в течение последних 10 лет общий уровень использования психиатрической помощи в США в популяции вырос с 12 до 20% [40, 59]. При этом значительное увеличение произошло в объеме общемедицинской (159%), психиатрической (117%) помощи и в других секторах, связанных с психиатрией (59%). Выявилась важность звена первичной помощи с передачей только более тяжелых случаев в специализированный психиатрический сектор [36], а новые лекарства облегчили врачам общей практики использование психофармакотерапии без привлечения психиатрических специалистов [48]. В то же время сомнительная безопасность и недостаточная эффективность медицинской помощи обусловили необходимость рассмотрения таких секторов, как дополнительная (альтернативная) лечебная помощь и социальный сектор психиатрической помощи [38]. В своей работе авторы используют данные эпидемиологических исследований, начиная с 1980 г. [65], данные Национального исследования коморбидной патологии, полученные десятью годами позже [41], и собственные данные, показывающие, как помощь распределяется между секторами и как взаимоотношения между этими секторами эволюционируют во времени. В качестве наиболее обычных секторов-профилей помощи были выделены шесть следующих: 1) психиатрия, 2) другие специализированные психиатрические специальности, 3) практическая общемедицинская помощь, 4) социальная помощь (социальные, религиозные и др. учреждения), 5) дополнительные альтернативные методы лечения, 6) практическая общая медицина в сочетании с другими психиатрическими профилями.

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 помощи 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 первое 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 [33]. 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 скринирования для первичной помощи [71]. 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.

Использование изолированного профиля другой специализированной психиатрической помощи – психотерапии, который раньше был наиболее популярным, значительно снизилось 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 потребностей 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 выведением 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 общество при развитии полустационарных и многообразных бригадных дневных медицинских, реабилитационных и социально-реабилитационных программ, агентств, общественных организаций пациентов и их семей для оказания помощи в обществе, в том числе на дому.

Отмечается большое разнообразие этих программ, например, в одной из служб числятся такие программы как «расстройство пищевого поведения», «инициатива за здоровье студентов», «центр здоровой семьи», «связь с домом», «служба психиатрического обследования» и другие варианты внебольничной помощи, консультативные клиники, целый раздел кризисных вмешательств, в том числе различные службы для жертв насилия, с «приютом» для женщин в неотложных ситуациях, мобильные бригады, специализированные клиники, организации и программы для подростков и детей, обучение для трудоустройства, различные программы, осуществляющие поддержку и пр. Имеется также служба информации и подбора форм психиатрической помощи, существование которой понятно с учетом многообразия этих форм и затруднений больных при их выборе. Число таких самостоятельных форм помощи иногда достигает нескольких десятков.

Столь большой 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 обращаться потерей цельности клинического подхода к ведению пациента, а также потерями с усугублением нагрузки на семью.

A.Parabiaghi и соавт. [60] 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 (из катамнеза выпали только 6%) и репрезентативно отражающих повседневную практику по всей Италии. Улучшение 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. [68] 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 докладе Всемирной организации здравоохранения (2001) рекомендуется развивать различные формы общественно ориентированной психиатрии (community mental health care – СМНС). Этим термином, однако, охватываются разные подходы (широкий спектр) к организации психиатрической помощи. В обзоре авторы рассматривают 42 работы о программах общественно ориентированной психиатрии, опубликованные 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. Большинство этих работ из США и Великобритании, но несколько или единичные из Канады, Нидерландов, Австралии, Гонконга, Тайваня.

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. Име-

ются 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 – СРН) также являются неоднозначными. K.Cournay, J.Brooking [25] пришли к выводу, что лечение в рамках СРН и лечение, осуществляемое врачами общей практики, эффективны в равной степени, но в рамках СРН оно менее дорогостоящее по сравнению со стационарным лечением. По данным многих исследований выводы о сравнительной эффективности других программ не являются достаточно убедительными. Работы, которые соответствовали самым строгим стандартам осуществления медицинских исследований, делают вывод, что СМНС представляет собой более эффективную систему, чем стационарное лечение, но при этом нельзя сделать вывод о конкретном наиболее эффективном характере обслуживания и о том, какие группы больных при этом выигрывают. Авторы считают, что нужно повышать уровень исследований за счет стандартизации методов.

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 [62] о количестве мест в них в западноевропейских странах, причем в большинстве из них за последние 20 лет их число довольно быстро возрастало. В 2006 г. на 100 тыс. чел. 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 [54]. 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 [30, 69]: квартиры в клубном доме, групповые дома с круглосуточным персоналом, патронажные дома, дома индивидуальной помощи.

В итальянском исследовании [26] 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. Как это ни странно, медицинский аспект проблемы как бы выпадает из сравнительной оценки, хотя речь идет о госпитальном контингенте больных, в том числе с более тяжелыми психиатрическими проблемами, о госпитализациях, правда редких. Например, после перевода в общественно ориентированные структуры 38% пациентов имели, по меньшей мере, одно поступление в стационар на 5-летний период [52]. 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 и ранее приходилось отмечать важность этой проблемы [3].

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, навыков 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 рассматриваются только как «противоположные полюсы единого континуума, представляя собой продукт взаимодействия личности с окружающей средой» [15]. 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 [72] 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.

Такой вывод можно сделать не только на основании анализа приводимых в публикациях этих и подобных данных о деятельности резиденциальных учреждений в западных странах, но и опираясь на прямую оценку европейских авторов. Например, A.Ceecherini-Nelli, S.Priebe [23] 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 ак-

тивным 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 [27, 56, 57].

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 сравнении со стандартным обслуживанием установлено, что больные, включенные в программу АСТ, больше оставались в контакте со службами, меньше госпитализировались и более короткое время находились в больнице. Получены значимые различия по исходам заболевания, по жизненному статусу, трудоустройству и удовлетворенности пациентов помощью, больше больных проживали независимо. При этом различий по психическому состоянию и социальному функционированию не было. АСТ безусловно уменьшало стоимость обслуживания, но не имело явного преимущества при учете других затрат.

При описании и оценке общественно ориентированной психиатрии этой организационной модели помощи придается особое значение с точки зрения предупреждения госпитализаций в острые отделения психиатрических учреждений [42]. Описываются разные варианты этой модели [32, 34, 37, 49, 68, 74].

Оценка Лондонской модификации этой модели показала лучшие результаты по сравнению со стандартной помощью в краткосрочной перспективе (20 месяцев), большую удовлетворенность помощью пациентов и их семей при более низкой стоимости. Долгосрочная оценка (4 года) на небольшой выборке не обнаружила, однако, значимых преимуществ, хотя модель за весь 4-летний период подтвердила большую экономическую эффективность по сравнению со стандартной помощью (стационар с последующим переходом на амбулаторный контроль). Варианты, близкие к Висконсинской модели, как будто более экономически выгодны при сравнении с конвенциональными госпитальными службами.

Сравнение с кейс менеджментом показало, что больные, получающие АСТ, меньше времени проводят в больнице и стоимость их обслуживания дешевле.

Общий вывод: 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 (СМ) 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. Показатели улучшения психического состояния, социального функционирования и качества жизни пациентов не достигали статистической значимости.

Интенсивный кейс менеджмент (ИСМ) 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 сравнении со стандартным обслуживанием показано уменьшение длительности госпитализаций, снижение числа больных, потерявших контакт с психиатрической службой, в одном исследовании – улучшение по шкале GAF; лучше был жилищный статус и удовлетворенность помощью. Чем ближе модель интенсивного СМ к ассертивному обслуживанию, тем больше уменьшение длительности пребывания больных в больнице. Указанные модели работы с пациентами продолжают использоваться во многих психиатрических службах.

В литературе до сих пор продолжают представлять данные об эффективности вариантов этой модели. Например, M.Alonso Suarez и соавт. [16] сообщили об исследовании эффективности программы преемственной помощи (ППП), основанной на модели клинического менеджмента, в 3-х службах в сообществе в Мадриде, сфокусированной на использовании стационара больными шизофренией. Анализировались госпитализации у 250 пациентов до и после включения в ППП. В течение 1 года использования программы число госпитализаций уменьшилось на 40–69%, сократились длитель-

ность каждой госпитализации и общее число дней проведенных в стационаре, а также доля и число пациентов, обращающихся в службу неотложной помощи.

*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. В обзоре М. Marshall и соавт. [55] оценивалась пригодность и эффективность дневных стационаров для лечения лиц с острыми психотическими расстройствами. Были отобраны рандомизированные контролируемые исследования. Из 2268 госпитальных больных были признаны пригодными для лечения в дневном стационаре 1568 (23,2–37,5%). Длительность пребывания в больнице и дневном стационаре в большинстве случаев не различалась, но в дневном стационаре быстрее наступало улучшение психического состояния, а стоимость лечения оказывалась дешевле (на 20,9–36,9%). Когда потребность в госпитализации высока, «острые» дневные стационары особенно привлекательны. Рассматривалась также эффективность дневных стационаров как альтернативы амбулаторного обслуживания двух типов: дневные программы лечения (для больных с депрессией и тревогой, которым не помогло внебольничное лечение) и центры дневного обслуживания (для больных с тяжелыми и длительными состояниями). Программы дневного лечения по улучшению психотических симптомов превосходили внебольничную помощь, в остальном по эффективности различий не было.

*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-я версия Рекомендаций по психосоциальному лечению, опубликованная в журнале Schizophrenia Bulletin [28]. 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 (шизофрения, шизоаффективное и шизофреноформное расстройство). Отобранные таким образом работы соответствовали критериям значимости для терапевтических рекомендаций.

Предложенные рекомендации касаются следующего.

1. Ассертивная помощь в сообществе (АСТ), но поскольку это скорее организационная модель психиатрической помощи, она рассмотрена раньше в настоящей публикации. В какой-то степени «промежуточный» характер имеет и следующая рекомендация.

2. Поддерживаемое трудоустройство; оно включает индивидуальный подход, быстрый поиск места работы, доступность текущих видов трудовой поддержки и интеграцию трудовой занятости в психиатрическую помощь. По данным исследований отмечается эффективность в конкурентном трудоустройстве, увеличении продолжительности рабочего дня, зарплаты в сравнении с пациентами без подобной поддержки. 50% и более пациентов достигали успеха в получении работы в период исследования. Имеется большое число вариантов в разных странах [20, 50]. Часто комбинируется с когнитивными методиками, тренингом социальных навыков и когнитивно-бихевиоральной психотерапией.

3. Тренинги навыков социальных взаимодействий, независимого проживания, функционирования внутри общества. Эффективны, если структурированы и нацелены на четко определенные задачи, ситуации и проблемы [77]. Показано, что сохраняются приобретенные навыки в период до 1 года. Исследуются пути поддержки, генерализации, перспективны стратегии встраивания практических занятий непосредственно в общественное окружение и подготовка членов семьи в качестве «генерализующих агентов». Используются также в виде компонента интегративной помощи [47].

4. Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) как в групповом, так и индивидуальном формате продолжительностью 4–9 месяцев. Такая наиболее типичная продолжительность включает одно или двукратные занятия в неделю. Подходы КБТ направлены на отношение пациента к симптомам или проблеме и развитие более рациональных или адаптивных когнитивных реакций. КБТ при шизофрении показывает преимущества (несмотря на адекватную фармакотерапию) в снижении тяжести позитивной и негативной симптоматики. Влияние КБТ на депрессию, суицидальные тенденции, чувство безнадежности, инсайт, рецидивирование и госпитализации не подтверждено только небольшой частью исследований.

5. Методы жетонной системы вознаграждения. Ключевой элемент здесь – позитивное укрепление определенных моделей поведения. Почти все исследования таких методов выполнены более 25 лет назад. Не совсем ясно, насколько результаты сохраняются при переходе пациента в социальную среду.

6. Службы семьи. Больные шизофренией должны получать семейную помощь, по меньшей мере, 6–9 месяцев. Большое число исследований касается вмешательства по психообразовательной методике.

Это снижает частоту рецидивов и регоспитализаций, обеспечивает соблюдение медикаментозной терапии, уменьшает симптоматику, бремя семьи, улучшает семейные взаимоотношения. Если столь длительное воздействие невозможно, оно должно включать как минимум 4 сессии; короткие вмешательства могут также быть благотворными, особенно для членов семьи.

7. Психосоциальные вмешательства в отношении расстройств, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков. Больные шизофренией с коморбидными алкоголизмом или наркоманией должны получать также наркологическую помощь. Ключевые элементы терапии включают мотивационную коррекцию и поведенческие стратегии, нацеленные на вовлечение пациента в лечебный процесс, тренировку навыков копинга, предотвращение рецидивов и построение модели, интегрированной в систему психиатрической помощи. Применяется, например, в системе АСТ.

8. Психосоциальные вмешательства при избыточном весе. Больным шизофренией с избытком веса (индекс массы тела – 25,0–29,9) необходимо назначать психосоциальное вмешательство длительностью не менее 3-х месяцев. Оно включает психообразование, консультирование по питанию, потреблению и расходу калорий, порционному контролю, поведенческому самоуправлению (мотивационная коррекция, установка целей, регулярные взвешивания, мониторинг пищи и уровня активности, диета и физическая активность).

9. Когнитивное восстановление. «Когнитивная коррекция» воздействует на память, внимание, мышление с целью улучшения социального функционирования, хотя когнитивное восстановление еще не получило стандарт для лечебных рекомендаций.

10. Поддержка со стороны пациентов и службы с их участием. Участие пользователей в планировании, работе и оценке специализированной службы – основополагающий фактор общественно ориентированной помощи.

11. Вмешательства, повышающие соблюдение приема психотропной терапии (комплаенс-терапия).

12. Психосоциальные методы 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 по-

мощь заменяет крупные психиатрические учреждения, появляется больше работ по сопоставлению их экономической эффективности. М. Knapp и соавт. [42] 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 помощью 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 [70]. 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 соотношений 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. При прочих равных условиях является ли помощь в обществе дешевле, чем стоимость в учреждениях? Как влияет выраженность клинических, поведенческих и социальных проблем у данного контингента больных на стоимость оказания помощи в той и другой системе? Если стоимость помощи в обществе окажется выше, чем в учреждениях, может ли она при этом быть экономически более выгодной благодаря лучшим результатам, достигаемым пользователями и их семьями, для которых эти большие затраты оказываются оправданными? Эти вопросы очень важны, поскольку постановления о деинституционализации иногда больше опираются на стоимость, чем на результаты и исходы заболевания; в других случаях наоборот – на результаты. В публикациях имеются указания об осторожности и необходимости взвешенного подхода при закрытии учреждения и переводе пользователей в условия общественной помощи [39].

Крупное сравнительное исследование стоимости двух указанных видов помощи было проведено в



Англии и Уэльсе в середине 90-х годов [24, 44, 53] и касалось 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 [67], 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 [18, 35] показали, что для людей с более тяжелыми психическими проблемами стоимость помощи в обществе дороже, чем в госпитале. В исследовании, проведенном в Германии, авторы сопоставили среднюю стоимость всеобъемлющей общественной помощи 148 больным, первично госпитализированным с диагнозом «шизофрения» в Мангейме в течение 1 года (1977–1978), с типичной стоимостью продолжительной госпитальной помощи на гипотетического пациента за тот же период. Оказалось, что общественная помощь стоит меньше половины госпитальной, но в дальнейшем выявилась тенденция, которая показала, что общественно ориентированная психиатрическая система остается более дешевой до тех пор, пока тяжело больные и неработающие пациенты, нуждающиеся в особенно интенсивной помощи, не выписываются и остаются в госпитале.

Привлекают внимание сравнительные долгосрочные исследования [29, 43, 51]. 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.

Исследование при закрытии двух госпиталей в Лондоне показало, что спустя 5 лет после выписки у бывших стационарных больных отмечалось, по крайней мере, такое же качество жизни, как и в условиях госпиталя [51, 52]. Не было проблем с увеличением смертности, преступности или бездомности. В отношении большинства пациентов отмечалось стабильное приспособление к новым условиям, при этом, по мнению пользователей и исследователей, условия были гораздо лучшими, чем в госпитале. Однако, когда последняя группа из 128 пациентов, отличающихся тяжестью состояния, покинула госпиталь, стоимость общественной помощи в отношении всех 751 пациентов возросла до 112% по сравнению с госпитальной.

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.) [22, 66]. Через 12 лет 128 из 130 пациентов, переведенных из госпиталя, были проинтервьюированы: 39% жили в специализированных домах или домах с сестринским уходом, 17% – в менее интенсивно обслуживаемых домах, 34% – в условиях минимальной формальной поддержки и только 9% – в условиях психиатрического стационара [19]. Кроме того, было очевидно, что чем более ухудшалось поведение пациента за 12 лет, тем более повышалась стоимость оказываемой ему помощи в общественном секторе. В другой работе [45] 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 здоровья.

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. В том числе за последнее пятилетие сокращено свыше 10 тысяч коек, что по сравнению с предшествующим пятилетием свидетельствует: темп сокращения коечного фонда не уменьшился. Обеспеченность населения психиатрическими койками снизилась в 2010 году до 106,0 на 100 тыс. чел. 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, что привело к изъятиям в структуре и доступности психиатрической помощи; уменьшение за последние 10 лет числа психиатрических (на 228), психотерапевтических (на 190) кабинетов сказалось на первичном выявлении больных, в том числе с психозами, ши-

зофренией, в 2 раза с умственной отсталостью. По другой причине снизились возможности реабилитации с исчезновением или почти полным сокращением спецсехов 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 психически больных.

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. Такие больницы, удаленные от мест сосредоточения других медицинских учреждений с чрезмерно большим радиусом обслуживания контрастируют в рамках современной психиатрии с повсеместной психиатрической сетью приближенных к населению звеньев амбулаторной и полустационарной помощи, а теперь и помощи непосредственно в сообществе. Нельзя не отметить, что вообще интеграция психиатрии с общей медициной связана с развитием науки и проявляется во все более широком межпрофессиональном сотрудничестве с интернистами в области клинических проблем с появлением самостоятельных направлений в психиатрии, например, в области сердечно-сосудистой патологии [7], других разделах медицины [12], 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, нейронауки), совместное рассмотрение некоторых «сквозных» проблем (когнитивные расстройства) и пр. В свете этих процессов отчасти могут рассматриваться и «незаконные» вторжения других специалистов в традиционно психиатрические области знаний и практики, вызывающие возражения и дискуссии. Взаимодействию с другими специалистами способствует появление в повседневной деятельности психиатров круга расстройств в качестве побочных эффектов и осложнений фармакотерапии (ранее больше неврологических, а с появлением новых поколений лекарств – терапевтических и метаболических), а также актуализация проблемы соматического состояния психически больных с относительно большей подверженностью некоторым сомати-

ческим заболеваниям при наличии определенной психической патологии.

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 [4], к сожалению, тенденции к дальнейшему развитию таких отделений в настоящее время нет.

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

Еще один аспект объединения с общей медициной: детские психиатрические кабинеты чаще территориально расположены в структуре детских поликлиник, хотя стационарная помощь детям оказывается в рамках психиатрических больниц.

Интегративные процессы с общей медициной осуществляются и в звеньях раздела психиатрической помощи, который обычно обозначается как внедиспансерный [5]: 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. Их число быстро выросло и стало заметной сетью в системе психиатрической службы; относительное сокращение их количества в последнее время входит в общее число потерь психиатрической службы за этот период и скорее является временным явлением. 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 у них в клинической картине также неглубоких депрессий и психосоматических рас-

стройств. Как известно, в ряде регионов проводится научно-практическая работа и внедрение в практику модели совместного ведения этих больных [7]. 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 расширяющиеся 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. Число мест в дневных стационарах неуклонно росло. За предшествующее пятилетие (1999–2006 гг.) оно увеличилось с 13705 до 16145, а число выписанных из них в течение года к числу выписанных из стационаров круглосуточного пребывания достигло 18,1%. Число мест в дневных стационарах продолжало увеличиваться и в последующем. В 2009 г. их стало 17362, только в 2010 г. вдруг было сокращено до 16647. Дневные стационары берут на себя обслуживание все большей части ранее госпитализированных больных.

Если по данным зарубежных авторов [56, 57], как уже указывалось, до 37,5% пациентов больниц могут быть пригодны для лечения в дневных стационарах, то в отечественных публикациях было показано [6], что этот процент может быть выше (до 49%). Впрочем, такие различия могут обуслов-

ливаться влиянием разных показателей коечной обеспеченности и, следовательно, наличием в больницах большего числа больных с менее острыми состояниями, а также другими факторами.

Во всяком случае, остающиеся большие региональные различия в развитии дневных стационаров в нашей стране показывают, что возможности оказания этого вида психиатрической помощи без отрыва пациентов от привычной социальной среды, имеющего клинико-социальные и экономические преимущества, далеко не исчерпаны.

Кроме того, простые расчеты показывают, что затраты на развитие дневных стационаров и введение новых должностей немедицинских специалистов не сопоставимы с сокращением ресурсов психиатрической помощи, связанным 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 одновременным 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. Количество их в региональных психиатрических службах увеличивается медленно, а в истекшем пятилетии, по сравнению с предшествующим, значительно замедлилось (число некоторых из этих специалистов в диспансерах даже уменьшилось), во многих территориях остается крайне недостаточным и не позволяет в необходимом объеме проводить психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию (см. таблицу).

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.

**Динамика числа медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников (занятые ставки) в психиатрической службе страны за пятилетие (2006–2010 гг.)**

Годы	2006	2010	Рост (+) или уменьшение (–)
Медицинские психологи (всего), в том числе: в диспансерах в стационарах	3415,25 1435,50 1979,75	3616,25 1425,00 2191,25	+ 201,0 – 10,0 + 191,50
Специалисты по социальной работе (всего), в том числе: в диспансерах в стационарах	654,50 333,00 321,50	925,75 442,75 483,00	+ 271,25 + 109,75 + 161,50
Социальные работники (всего), в том числе: в диспансерах в стационарах	1614,75 671,25 943,50	1691,00 650,00 1041,00	+ 76,25 – 21,25 + 98,00

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 медико-реабилитационных подразделений (общежития для лиц с психическими расстройствами, утративших жилье и социальные связи) с целями восстановления навыков независимого проживания, создаваемых 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, наиболее 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 возможности возвращения к самостоятельной жизни, по крайней мере, значительной части «осевших» в стационаре свидетельствует имеющийся сегодняшний опыт в нашей стране [9, 14]. При небольшом числе мест в общежитиях для психически больных, утративших социальные связи и жилье (всего 368, для сравнения в психоневрологических интернатах в 2006 г. – 128809), обращает на себя внимание, что разработаны разные варианты общежитий: общежития как отделение стационара [9], как этап реабилитации [2], этап перед выпиской после длительного пребывания в стационаре; квартира для независимого проживания [11]; особенно важен вариант «континуума»: общежитие – отделение стационара – групповой дом – квартиры для независимого проживания – интеграция в социум [13, 14]. В настоящее время это возможный и необходимый путь при высокой концентрации «осевших» в стационаре лиц с феноменом больничного проживания, помимо создания общежитий, трансформации (как промежуточного решения) части отделений психиатрических больниц в реабилитаци-

онные подразделения с режимом резиденциального пребывания.

Другая составляющая реформирования психиатрических служб – повсеместное создание внебольничных отделений, уже включенных в Порядок оказания психиатрической помощи: 1) психосоциальной работы в амбулаторных условиях, 2) внебольничной реабилитации и 3) интенсивного оказания помощи в сообществе. 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 с помощью отделений внебольничной реабилитации можно сдвинуть акцент реабилитационных усилий на более ранние этапы течения болезни, что соответствует современным представлениям и с учетом того, что стационар должен иметь свое реабилитационное отделение [1].

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, 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, направленным 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 – неременное условие современной психиатрии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Багуцкий А.Ю., Былим И.А., Крестьянинова М.Г. и соавт. Психосоциальная реабилитация в краевой психиатрической больнице: клинко-экономическая и социальная результативность // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 226–242.
2. 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.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 72–83.
3. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. Предисловие // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 19–26.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М., 2011. 431 с.
8. Левина Н.Б., Любов Е.Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической службы // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 318–332.
9. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
10. Ньюфельдт О.Г., Тейвз Дж. Система оказания психиатрической помощи в Канаде на примере региона Калгари // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 27–43.
11. Поташева А.П. «Жилье под защитой» как реабилитационная форма психиатрической помощи: клинко-социальная и экономическая эффективность: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 23 с.
12. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство, 2003.
13. 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.
14. 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.

15. 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.Ньюфельда. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 305–317.
16. Alonso Suarez M., Bravo-Ortiz M.F., Fernandez-Liria A. et al. Effectiveness of community-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia // *Epid. Psychiatr. Sci.* 2011. Vol. 20, N 1. P. 65–72.
17. Audini B., Marks I., Laurence R. Home based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness: Phase II of a controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 165. P. 204–210.
18. 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.
19. 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. Ment. Health.* 2004. Vol. 13, N 4. P. 363–377.
20. 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.
21. Canadian Association of Social Workers. The role of social work in mental health. Ottawa: Canadian Association of Social Workers, 2011.
22. 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 management // *Br. J. Soc. Work.* 2004. Vol. 34. P. 313–333.
23. Ceecherini-Nelli A., Priebe S. Economic factors and psychiatric hospital beds: An analysis of historical trends // *Int. J. Soc. Econ.* 2007. Vol. 34. P. 788–810.
24. Chisholm D., Knapp M., Astin J. et al. The mental health residential care study: the costs of provision // *J. Ment. Health.* 1997. Vol. 6, N 1. P. 85–100.
25. Cournay K., Brooking J. Community psychiatric nurse in primary health care // *Br. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 165, N 2. P. 231–238.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Donnelly M., McCilloway S., Mays N. et al. Opening new doors: an evaluation of community care for people discharged from psychiatric and mental handicap hospitals. London: Her Majesty's Stationery Office, 1994.
30. Dressing H., Salize H., Gordon H. Legal frameworks and key concepts regulating diversion and treatment of mentally disordered offenders in European Union members states // *Eur. Psychiatry.* 2007. Vol. 22. P. 413–484.
31. Fazel S., Danisch J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 survey // *Lancet.* 2002. Vol. 359. P. 545–550.
32. Ford R., Minghella E., Chalmer C. et al. Cost consequences of home-based and in-patient-based acute psychiatric treatment: Results of an implementation study // *J. Ment. Health.* 2001. Vol. 10, N 4. P. 167–176.
33. Forrest L. Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: Effective filter or failed experiment? // *BMJ.* 2003. Vol. 326. P. 692–695.
34. 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.
35. Hafner H., van der Heiden W. The evaluation of mental health care systems // *Br. J. Psychiatry.* 1989. Vol. 155. P. 12–17.
36. 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.
37. Huxley P., Evans S., Burns T. et al. Quality of life outcome in a randomized controlled trial of case management // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid.* 2001. Vol. 36. P. 249–255.
38. 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.
39. Jones D. The TAPS Project II: The selection of patients for reprovizion // *Br. J. Psychiatry.* 1993. Vol. 162. P. 36–39.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. Knapp M., Cambridge P., Thomason C. et al. Care in the community: Challenge and demonstration. Ashgate, Aldershot, 1992.
44. Knapp M., Chisholm D., Astin J. et al. The cost consequences of changing in the hospital community balance: The mental health residential care study // *Psychol. Med.* 1997. Vol. 27, N 3. P. 681–692.
45. 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.
46. Konrad N. Prisons as new asylums // *Curr. Opin. Psychiatry.* 1999. Vol. 15. P. 583–587.
47. Kopelowicz 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.
48. Kravitz R., Epstein R., Feldman M. et al. Influence of patients requests for direct-to-consumer advertized antidepressants: A randomized controlled trial // *JAMA.* 2005. Vol. 293. P. 199–202.
49. Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature // *Can. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 44. P. 443–454.
50. 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 // *Br. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 189. P. 65–73.
51. Leff J. (Ed.). *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: J. Wiley and Sons, 1997.
52. 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.
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. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Marshall M., Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011. Vol. 13, N 4. CD001089.
58. 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.
59. Olfson M., Marcus S., Druss B. et al. National trends in the outpatient treatment of depression // *JAMA.* 2002. Vol. 287. P. 203–209.
60. 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).
61. 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.
62. Priebe S., Frottier P., Gaddini A. et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006 // *Psychiatric Services.* 2008. Vol. 59, N 5. P. 570–573.
63. Priebe S., Badesconyi A., Fioritti A. et al. Re-institutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries // *Br. Med. J.* 2005. Vol. 330. P. 123–126.
64. Priebe S. Institutionalisation revisited – with and without walls // *Acta Psychiatr. Scand.* 2004. Vol. 110. P. 81–82.
65. Regier D., Narrow W., Rael D. et al. The de facto use mental and addictive disorders service system: Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993. Vol. 50. P. 85–94.
66. Renshaw J., Hampson R., Thomason C. et al. Care in the community: The first steps. Aldershot: Gower Publishing Company Ltd., 1988.
67. Rivett J. From cradle to grave: 50 years of the NHS. London: King's Fund, 1998.
68. 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.
69. Salize H., Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of

- mentally ill people across the European Union // Br. J. Psychiatry. 2004. Vol. 184. P. 163–168.
70. 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.
  71. 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.
  72. Stromwell L., Hurdle D. Psychiatric rehabilitation: An empowerment-based approach to mental health // Health Soc. Work. 2003. Vol. 23, N 3. P. 206–213.
  73. 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.
  74. 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. Med. J. 1998. Vol. 316. P. 106–109.
  75. 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.
  76. Wang Ph., Demler O., Olsson 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.
  77. 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.

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ

И. Я. ГУРОВИЧ, Я. А. СТОРОЖАКОВА, Б. Б. ФУРСОВ

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, посвященные 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 деинституционализации (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, деинституционализация, общественно ориентированная психиатрия, интеграция психиатрии с общей медициной, новые организационные формы психиатрической помощи.

## INTERNATIONAL EXPERIENCE OF PSYCHIATRIC REFORM AND FURTHER DEVELOPMENT OF THE RUSSIAN PSYCHIATRIC CARE

I. Ya. GUROVICH, Ya. A. STOROZHAKOVA, B. B. FURSOV

This article presents an analysis of a large-scale reform in the psychiatric care systems in developed countries that has been taking place since middle 20<sup>th</sup> century till now, and emphasize its positive and negative effects and consequences, which should be taken into account in the development of Russian psychiatric care. The authors focus on two developments in psychiatric care abroad, specifically, integration of psychiatry in general medicine and community-based psychiatry. They use in their analysis the publications from the countries concerned on both specific (as examples)

and global issues, thus covering both general tendencies and evolution in all main sections of psychiatric care. From this perspective, the authors consider the deinstitutionalization (diminished hospital capacity) stage and challenges in current Russian psychiatric care, as well as directions for its further development.

**Key words:** psychiatric care reform, deinstitutionalization, community-based psychiatry, integration of psychiatry in general medicine, new service models in mental health care.

**Гурович Исаак Яковлевич** – профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

**Сторожакова Янина Абрамовна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: yanina.storozhakova@gmail.com

**Фурсов Борис Борисович** – врач-психиатр отделения психосоциальной реабилитации ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: fursovbb@gmail.com