

# Психическое здоровье в мире: настоящее состояние и перспективы развития

Graham Thornicroft, Tanya Deb, Claire Henderson

Centre for Global Mental Health, King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, London SE5 8AF, UK

Перевод: Страчунская Е.Л., Касьянов Е.Д.

Редактура: к.м.н. Северова Е.А.

Данная статья представляет обзор ключевых вопросов, стоящих перед специалистами, способными повлиять на планирование и обеспечение систем психического здравоохранения, а также перед теми, кто отвечает за организацию оказания услуг, получение инвестиций в данный сектор и несет ответственность за пациентов. В статье рассматриваются следующие вопросы: а) формулировка задач «организации психического здоровья» б) концептуальные основы, необходимые для клиник и организации психиатрической помощи в) возможности для более широкого использования ресурсов общества с целью улучшения психического здоровья, включающая в себя образовательные учреждения и рабочие места г) данные о качестве развития служб психиатрической помощи в различных регионах мира д) необходимость в развитии служб психиатрической помощи в странах с низким и средним уровнями дохода (в соответствии с особенностями каждого региона; е) как регистрировать качество оказания психиатрической помощи в рамках интегрированных моделей для выявления и лечения людей с коморбидными длительными состояниями; ж) возможные неблагоприятные последствия деинституционализации. Затем мы представляем серию из десяти рекомендаций для будущего усовершенствования систем здравоохранения в области поддержки и лечения людей, страдающих психическими заболеваниями.

**Ключевые слова:** общество охраны психического здоровья, психиатрическая служба, страны с низким и средним уровнями дохода, вмешательство на основе доказанных данных, школы, рабочие места, модель хронических заболеваний, деинституционализация.

(World Psychiatry 2016; 15: 276–286)

Большинство людей, имеющие психические расстройства не получают никакого лечения<sup>1,2</sup>. Такой «разрыв в лечении» всё больше осознаётся в мире<sup>3-6</sup>. Всемирная организация здравоохранения опубликовала в 2010 г. первое издание Программы действий по отставанию в психическом здоровье<sup>7-9</sup>, которое содержит руководство по выявлению и лечению девяти категорий психических и неврологических расстройств, которые имеют глобальное значение для здравоохранения.

Изложенный в статье научно-обоснованный подход в настоящее время осуществляется на практике в более чем 90 странах по всему миру. Но какие модели услуг, и какие системы помощи наилучшим образом предоставляют качественное лечение людей с психическими заболеваниями в различных ситуациях (не только в странах со средним и низким уровнями дохода, но и в районах с низким ресурсом в пределах одной страны)? Данный вопрос рассматривается в этой статье, в фокусе которой текущее состояние и перспективы развития всемирной организации психического здоровья.

## Определение понятия организации психического здоровья

Наше определение понятия организации психического здоровья затрагивает несколько фундаментальных вопросов.

Во-первых, организация психического здоровья включает в себя: а) популяционный подход; б) рассмотрение пациента со стороны социально-экономического контекста; в) профилактику как на индивидуальном, так и на уровне всей популяции; г) системный взгляд на оказание помощи; д) открытый доступ к услугам; е) оказание помощи командой специалистов; ж) долгосрочный, лонгитюдный подход в лечении; з) эффективность с точки зрения затрат в отдельно взятом регионе<sup>10</sup>. Всё это также включает в себя стремление к социальной справедливости путем решения потребностей наиболее незащищенных групп населения таких как этнические меньшинства, бездомные, дети, подростки, а также эмигранты, когда оказание услуг нуждающимся оказывается в контексте «приемлемо и доступно».

Во-вторых, организация психического здоровья фокусируется не только на людях с отклонениями и инвалидностью (с точки зрения болезни), но и на их сильных сторонах, возможностях и устремлениях (в перспективе реабилитации). Таким образом, помощь и поддержка имеют под собой цель повысить личную способность к позитивной идентичности в рамках собственного заболевания, возможности самостоятельно управлять своей болезнью и самостоятельно брать на себя важные социальные роли<sup>12</sup>.

В-третьих, организация психического здоровья включает себя сообщество в широком смысле. Как следует из второго пункта, особая роль уделяется не только сокращению и управлению вредным влиянием окружающей среды, но и делается упор на позитивные стороны семейных отношений, сообществ и организаций, которые окружают людей, страдающих психическими недугами<sup>13</sup>.

В-четвертых, организация психического здоровья базируется на доказательной медицине и практической этике. Научный подход к оказанию помощи использует имеющиеся данные об эффективности врачебного вмешательства. В то же время, люди, страдающие психическим недугом, имеют право на понимание своего заболевания (до такой степени, чтобы профессионалы могли четко понимать их). Данный подход позволяет рассматривать все возможные варианты для лечения, а также получать информацию об эффективности и побочных эффектах того или иного пути лечения для выбора наиболее предпочтительного для пациента<sup>14,15</sup>.

Таким образом, мы понимаем организацию психического здоровья как совокупность принципов и практик, необходимых для укрепления психического здоровья населения посредством: а) удовлетворения потребности населения в доступной и приемлемой помощи; б) ориентировки на цели и возможности людей, страдающих психическим расстройством; в) содействия в создании масштабной сети поддержки, медицинского обслуживания с необходимым набором ресурсов; г) акцента на услугах, которые одновременно подкреплены доказанными фактами и ориентированы на реабилитацию<sup>16</sup>.

## Концептуальные основы для организации психического здравоохранения

Имеющиеся данные<sup>17-20</sup> свидетельствуют о том, что модель оказания помощи, основанная исключительно на больничном звене будет несоответствующей для людей, которым сложно ее получить. В то же время нет убедительных доказательств в пользу того, что услуги на базе общественных институтов могут оказать помощь во время интенсивного течения психического кризиса. Была разработана сбалансированная модель в качестве концептуальной основы для обеспечения помощи в больнице и по месту жительства<sup>18</sup>.

В регионах со средним доходом сбалансированная модель помощи ориентируется на инвестиции в дополнение к медицинской помощи, включающей в себя пять главных элементов: а) амбулаторные/стационарные клиники<sup>29</sup>; б) группы психического здоровья<sup>30-33</sup>; в) службы острой стационарной помощи; г) долгосрочные сообщества в клиниках-интернатах с соответствующим уровнем поддержки<sup>16</sup>; д) возможности для работы и занятий<sup>30</sup>.

В странах с высоким уровнем доходов, в дополнении к первичной медико-социальной помощи, сбалансированная модель предполагает ряд специализированных

Рисунок 1.



Однако, очевидно, что страны с высоким уровнем дохода имеют, примерно, в 200 раз больше финансовых ресурсов для обеспечения психического здоровья, чем у малообеспеченных стран<sup>21</sup>. Во многих странах с низким уровнем дохода, например, в Африке к югу от Сахары есть только один психиатр на каждый миллион людей (Чад, Эритрея и Либерия имеют только одного психиатра на всю страну), для сравнения – в США на миллион жителей приходится сто тридцать семь психиатров<sup>22</sup>. Таким образом, единой глобальной модели ухода просто не может быть. Поэтому сбалансированная модель применяется несколько иначе в странах, которые классифицируются Всемирным банком<sup>23</sup> как с высоким, средним и низким уровнем доходов (см. рис. 1).

Сбалансированная модель предполагает, что в странах с низким уровнем доходов большую часть ресурсов по охране психического здоровья нужно вкладывать в персонал первичной медико-санитарной помощи. Целью первичного звена является выявление случаев и оценка, разъяснение больным о психосоциальных методах лечения, а также о фармакотерапии<sup>24-26</sup>. Очень ограниченное число специалистов по охране психического здоровья (как правило, в столице и районных центрах) могут обеспечить грамотное обучение и контроль персонала первичного звена. Сложным представляется оказание консультативной связи в сложных случаях; амбулаторное и стационарное обследование и последующее лечение в тех случаях, когда с этим не может справиться персонал первичного звена [27, 28].

услуг, которые могут быть предоставлены при наличии необходимых ресурсов (см. рис.1). Эти услуги должны быть предоставлены в тех же пяти категориях, что и для стран со средним уровнем дохода.

## Организация услуг, представленных на более широкой платформе

Многие мероприятия, предназначенные для улучшения психического здоровья, могут быть улучшены со стороны служб здравоохранения. Последнее издание Руководства по приоритетам в контроле заболеваний (DSP-3) излагает аргументы для этой работы<sup>40</sup>. Основой для широких видов вмешательства иногда называют «платформами». Уместно сказать о двух: государственный уровень и уровень общественной платформы. К общественному относятся законы, постановления и общественно-информационные кампании, примерами последних являются школы, трудовые мастерские и районные («соседские») сообщества<sup>41,42</sup>. Недавний анализ, основанный на наилучших имеющихся доказательствах для государств с низким и средним уровнем дохода, показал, что такие меры являются наиболее рентабельными.

На уровне государства способы регулирования включают в себя: законы и нормативные акты, направленные на сокращение спроса на алкоголь (соблюдение пределов содержания алкоголя в крови для водителей автомобилей, акцизы, запрет на рекламу, установление возрастных ограничений<sup>43,44</sup>). Санкционирование

государством правил<sup>42</sup>, ограничивающих доступ к средствам самоповреждения; законы о защите прав детей<sup>46</sup>; акты, направленные на борьбу с бедностью, а также информирование населения<sup>48, 49, 50, 51</sup>.

На общественном уровне, интервенция включает в себя: интеграцию стратегий по укреплению психического здоровья (например, снижение стресса, отказ от приёма алкогольных и наркотических веществ; политика в сфере охраны здоровья и безопасности<sup>52</sup>; всеобщее и социально-эмоциональное обучение в рамках образовательных программ для детей, находящихся в зоне повышенной опасности<sup>50, 53</sup>; обучение методикам идентификации детей с психическими расстройствами в образовательных учреждениях<sup>54, 55</sup>; гендерное равенство и программы расширения экономических возможностей для наиболее уязвимых групп), а также обучение инструкторов (в том числе, из числа медицинских работников, полицейских и социальных работников) способам выявления подростков с психическими расстройствами, включая самоповреждения<sup>60</sup>.

### Масштабы развития организации психического здравоохранения

Существует огромное количество вариантов развития услуг в сфере психического здоровья по всему миру<sup>61</sup>. Наиболее полным является глобальный источник в виде Атласа психического здоровья под редакцией ВОЗ<sup>21</sup>, в котором приведены основные характеристики национальных систем охраны психического здоровья по всему миру. Самое последнее издание (2014) включает в себя данные из 171 стран-членов ООН.



На рис. 2 показаны пропорциональные расходы психиатрической клиники (стационар и дневной стационар, амбулаторная и первичная помощь) для государств с уровнем дохода ниже среднего, среднего, а также высокого. Данные ясно иллюстрируют очень большое различие в абсолютных расходах, а также относительные расходы по трем категориям услуг, что подкрепляет утверждение о малых расходах бюджета в область охраны психического здоровья в странах с низким и средним уровнями дохода<sup>21</sup>.

Атлас ВОЗ определяет несколько важных тенденций. По сравнению с результатами опроса 2011 года в мире присутствует тенденция к сокращению числа больничных коек, число которых упало на 30%, при этом более существенное снижение наблюдается в Северной и Южной Америке (45%). В то же время, наблюдается увеличение уровня госпитализации (на 20%) в отделения психиатрических клиник<sup>21</sup>.

На глобальном уровне число койко-мест в психиатрических отделениях в больницах общего профиля увеличилось в период с 2011 по 2014 гг. на 60%. В частности, в западной части Тихоокеанского региона количество психиатрических коек в больницах общего профиля выросло более чем в 8 раз.

"Атлас" ВОЗ не содержит данных, позволяющих сделать вывод о том, связано ли сокращение койко-мест в клиниках с увеличением расходов в сфере коммунальных услуг.

### Развитие моделей сообществ психического здоровья в странах с низким и средним уровнями дохода

Работа целевой группы ВПА заключается в раскрытии более подробных закономерностей в развитии служб охраны психического здоровья последних лет<sup>11, 62</sup>. Эта работа объединяет обзоры соответствующей литературы с подробным консультированием во многих регионах мира для выявления проблем и путей их решения в реализации модели общего психического здоровья. Ряд региональных газет описывают эти пути подробно<sup>63-68</sup>. В таб. №1 представлены основные задачи и Примеры извлеченных уроков и предложения по их решению.

Продолжающаяся нехватка квалифицированных специалистов в области психического здоровья является важной проблемой, которая затрагивает большинство стран мира<sup>21</sup>. В ответ на это были разработаны альтернативные подходы, которые распределяют обязанности, ранее зарезервированные для психиатров, и делегируют их неспециализированному персоналу. Такое перераспределение задач среди персонала было реализовано в программах сопровождения больных с такими заболеваниями как ВИЧ<sup>70</sup>, эпилепсия<sup>71</sup>, гипертония и диабет<sup>73</sup>.

Появились новые доказательства того, что этот подход является эффективным методом лечения и уходом за людьми с депрессией<sup>74-76</sup>, психозами<sup>77, 78</sup> и перинатальной психической патологией<sup>79</sup>. Одна из частей нового подхода – обеспечение обучения с использованием четких и соответствующих руководств, для того чтобы сотрудники могли применять их непосредственно в клинической ситуации, например, GAP руководство по вмешательствам (идентификатор)<sup>7</sup>. Но одного обучения недостаточно. Очевидно, что постоянная супервизия будет необходима для поддержки сотрудников, чтобы начать применять эти руководящие принципы, заслужить и сохранить клиническую компетентность сотрудников<sup>80</sup>. В стоимость таких наблюдений, следовательно, должна быть включена в базовые ресурсы, чтобы сделать общий медицинский уход устойчивым<sup>78</sup>.

Новый штат сотрудников включает в себя, например, работников здравоохранения и промежуточные должности между медсестрой и врачом, например, фельдшер или медицинский работник<sup>81-84</sup>. Сотрудники часто набираются из ближайших к клинике районов, что позволяет им глубже понимать социо-культурные условия<sup>82-84</sup>.

Такого переосмысления роли психиатра требует, первую очередь, новый учебный план, который подчеркивает потребности общественного здравоохранения работать непосредственно как во вторичной, так и в третичной сфере услуг и выступать в качестве руководителей и координаторов, выявляя и проводя лечение людей с психическими заболеваниями 4,85,86, через усиление потенциала сотрудников первичной медико-санитарной помощи.

Было высказано предположение, что в странах с высоким уровнем дохода этот потенциал (а именно, лечение пациентов с большим депрессивным расстройством) может быть улучшен за счет изменений в организации и деятельности многофункциональных бригад медицинской помощи; за счет мер, которые уже используются для улучшения результатов при других хронических заболеваниях.

Ответственность за принятие активных мер следует поручить менеджеру (например, медсестре). Приверженность к лечению пациентов и результаты лечения

Уровни регуляции проблем	Препятствия и проблемы	Примеры извлеченных уроков и предложения по их решению
Общество	Пренебрежение и насилие над правами психических больных	Контроль над обществом, группами пользователей, государственная инспекция, международные негосударственные организации, профессиональное сообщество
	Стигма и дискриминация, отраженные в негативном отношении медперсонала	Поощрение потребителей и их семей, участие воспитателей в формировании политики медицинского образования, в оказании услуг и их оценке (опрос удовлетворенности услугами)
	Необходимость рассмотрения различных форм поведения	Традиционные и религиозные парадигмы должны быть уравнены или соединены с медицинскими парадигмами
Государство	Недостаточный уровень внимания, оказываемый государством службе психического здоровья	Целевая направленность правительства на решение вопросов медицинской службы
		Создание межпартийной поддержки
		Эффективная пропаганда недостатков в службе медпомощи, глобального бремени болезней, влияния психических расстройств на функционирование в социуме, экономической эффективности проводимых мероприятий
	Отсутствие или неуместность политики системы здравоохранения	Пропаганда и разработка широкого сотрудничества со всеми заинтересованными группами
	Устаревшее или неуместное законодательство в сфере здоровья	Пересмотр закона об охране психического здоровья
	Недостаточное финансирование по отношению к нуждам населения	Набор ключевых политических и государственных деятелей для пропаганды адекватного финансирования инициатив
	Недостаток выравнивания между методами оплаты, услугами и результатами	Обеспечение разумного финансирования для достижения ценных результатов
		Создать категории возмещения в соответствии со стратегией системы
	Необходимость участия инфраструктуры	Руководить планированием и финансированием эффективного строительства, снабжения и цифровыми разработками
	Рассмотрение структуры службы услуг для общества	Разработать систему медпомощи психически больным от первой до специализированной помощи и устранить недостатки за счет новых ресурсов по мере увеличения финансирования
	Нехватка людских ресурсов для оказания помощи	Совместное выполнение задач с медработниками, соц. служащими и санитарями
	Утечка мозгов и невозможность их удержания	Оптимизировать надежность программ в агентствах по поиску сотрудников как в США, так и в международных негосударственных организациях
Несостоятельность программ негосударственных международных организаций	Улучшение взаимодействия с министерствами, МНО, другими заинтересованными лицами и группами.	
Организация системы здравоохранения	Необходимость в разработке, контроле и исправлении организации системы здравоохранения	Создать план системы координации между службами мед. услуг
		Использовать допустимые ресурсы, распределять обязанности, соблюдать сроки и подотчетность, развивать системы контроля и оценки
	Недостаточное осуществление или невыполнение программ медпомощи	Составлять пяти и десяти летние планы
	Уточнять фазу развития	Улучшение информированности о преимуществах средств и услуг
	Недостаточное использование существующих средств	Контроль качества оказываемых услуг
		Подключать семьи, религиозные общины, НМО, жилищные услуги, профессиональные и экспертные услуги, профессиональную и экспертную помощь, т.е. всех заинтересованных лиц и групп
	Необходимость задействовать немедицинские службы	Участие всех заинтересованных лиц и групп в развитии и реализации программ службы медицинской помощи
Низкая доступность психотропных препаратов	Сотрудничество с другими местными службами для выявления и помощи лицам с психическими расстройствами.	
	Ознакомительные лекции и занятия между сотрудниками западных и незападных направлений	
	Оборотные фонды, общества частных и нечастных лиц	

Уровни регуляции проблем	Препятствия и проблемы	Примеры извлеченных уроков и предложения по их решению
Практикующие врачи-специалисты	Необходимость в руководстве	Психиатры и другие специалисты должны быть вовлечены в качестве экспертов в планирование, образование, исследования и преодоление сопротивления в условиях настоящей обстановке
	Трудности в сфере обучения и руководства мед. услугами	Обучение преподавателей специалистами из других стран
	Высокий оборот и выгорание медперсонала или низкие моральные установки	Перенос некоторых обязанностей психиатра на обученных специалистов
	Низкая заинтересованность в уровне навыков медперсонала	Длительные учебные программы
	Недооценка специалистами эффективности общественной помощи	Государство и профессиональные сообщества должны содействовать в понимании важности общественной помощи специалистами
	Нехватка соответствующих исследований для информирования экономически эффективных услуг и недостаток данных об оценке работы системы медпомощи	Обучение специалистов отделений психосоциальной реабилитации, включая мед. образовательные учреждения в странах низкого и среднего уровней дохода
	Неприятие других мировоззрений	Увеличение финансирования исследований для улучшения оказываемой медицинской помощи
Пользователи медицинской помощи, их семьи и другие заинтересованные лица	Необходимость в пропаганде	Все пользователи мед. услуг должны быть привлечены в процессы развития и функционирования системы медицинских услуг и улучшение их качества
	Развитие потребности в самопомощи и экспертных службах поддержки	Обучение пользователей для контроля процесса самопомощи
	Необходимость в совместном принятии решений	Пользователи мед. услугами требуют учитывать их мнение в эффективности лечения

следует регулярно контролировать. Если состояние пациента не улучшается, планы лечения должны регулярно корректироваться. Тот же менеджер пациентов и лечащий врач должны иметь возможность обратиться к психиатру при любой необходимости.

Гибкое и доступное рабочее взаимодействие между лечащим врачом, менеджером пациентов и специалистом в области психического здоровья необходимо, чтобы большинство пациентов с психическими расстройствами получили доступ к более эффективной первичной помощи, а также для меньшинств, нуждающихся в постоянной специализированной медицинской помощи. В странах с низким и средним уровнем дохода адаптацию идей по этой модели еще предстоит изучать.

### Оказание помощи пациентам с сопутствующими хроническими заболеваниями

В последнее время все чаще встречается коморбидность психических расстройств и соматической патологии. Так, среди пациентов страдающих от артериальной гипертензией, сахарным диабетом, туберкулезом, а также ВИЧ-инфекцией, уровень тревоги и депрессии по крайней мере вдвое больше, чем среди населения в целом<sup>88</sup>. Одновременное диагностирование соматического заболевания и психического расстройства у пациента влияет на подбор и эффективность терапии, например, оценка эффективности лечения пациента, страдающего туберкулезом или ВИЧ/СПИДом, может значительно снизиться при наличии нелеченной депрессии<sup>89,90</sup>.

В то же время в странах с низким и средним уровнем дохода медицинская помощь направлена лишь на лечение соматической патологии, не учитывая наличие психических расстройств. Растущее свидетельство этого ясно дает понять необходимость реструктуризации оказываемой помощи, настолько часто встречаются

коморбидные состояния и отсутствует адекватная реакция системы здравоохранения.

В контексте растущих требований к улучшению качества оказываемой медицинской помощи<sup>91</sup>, лишь некоторые страны могут адекватно реагировать на этот факт, что в настоящее время лечению психических расстройств при соматической патологии необходимо уделять неформальное влияние. С целью улучшения качества жизни пациентов с хронической соматической патологией в системе здравоохранения необходимо разработать новые подходы, способные обеспечить комплексное и эффективное реагирование на лечение и профилактику.

С целью постепенного реформирования системы здравоохранения предложена комплексная модель профилактики и лечения сочетанной патологии. Подобный подход был сформулирован как «модель лечения хронических заболеваний» и разработан исследователями службы здравоохранения США, адаптирован к международной классификации ВОЗ и опубликован в «Innovative Care for Chronic Conditions Framework»<sup>94</sup>.

Данная разработка представляет собой такие базовые принципы и требования к оказанию скоординированной помощи как общественная основа, индивидуальная реабилитация и нацеленность на системный подход. Это показало свою эффективность в улучшении результатов лечения и качества жизни пациентов с сочетанными психическими и соматическими заболеваниями в странах с высоким уровнем дохода<sup>95,96</sup>. Вместе с тем, на сегодняшний день имеется несколько примеров успешной реализации данной модели в странах с низким и средним уровнем дохода. В Индии, Эфиопии и Южной Африке на сегодняшний день имеются наиболее амбициозные проекты, направленные на реформирование и модернизацию оказываемой помощи при коморбидных расстройствах<sup>97-99</sup>.

Данная модель включает ряд системных изменений, направленных на улучшение качества терапии сочетанных заболеваний: развитие способности к саморегуляции в социуме, сокруация врачей психотерапевтов, психиатров с врачами соматологами, четкое разграничение клинических ролей и обязанностей, улучшение в информационной системе и координационной службе, сотрудничество с общественными группами. Успешный результат, достигнутый с помощью данной модели при артериальной гипертонии и сахарном диабете, привел исследователей к успешному лечению депрессии и тревоги. Таким образом, все больше данных свидетельствует об эффективности данной разработки<sup>88, 95, 96, 100-106</sup>.

Одним из преимуществ такого комплексного подхода, который в будущем будет проверен эмпирическим путем, является то, что эффективное лечение может послужить основой социальной адаптации и комфортной жизни, оптимистических взглядов на будущее пациентов с хроническим соматическим заболеванием и по данным некоторых исследований снизить уровень преждевременной смертности до 20-30 лет<sup>107-110</sup>.

### **Возможные неблагоприятные последствия деинституализации**

Деинституализация уже на протяжении более полувека присутствует во многих странах мира с высоким уровнем дохода. Несмотря на поддержку ВОЗ<sup>112</sup> и ВПА<sup>11</sup>, данный процесс подвергся определенной критике. Аналитики установили ряд неблагоприятных последствий, который мешает стигматизированным пациентам (заключенные, бездомные, страдающие хроническими заболеваниями, презираемые) адаптироваться в социуме. Более того, имело место предложение вернуть изоляцию для этих пациентов. Наибольшее давление направлено на возвращение изоляции отмечалась там, где были опасения, что улучшение статистических данных, вызванное закрытием или сокращением больниц, не сопровождалось увеличением полноценных мест в обществе<sup>114, 115</sup>.

Обращения к помощи общественных организаций были изучены в недавнем исследовании, выявившем последствия сокращения койко-мест для пациентов с хроническими заболеваниями<sup>116</sup>. Авторы исследования акцентировали внимание на когортных исследованиях пациентов с тяжелыми расстройствами, которые были выписаны из стационара после госпитализации от года и более, данные которых были индивидуально проанализированы. Был сделан вывод, что вопреки экономическим исследованиям, в случае адекватной социальной интеграции беспризорность, лишение свободы и суициды среди последних были редки.

В действительности, несмотря на сокращение койко-мест, при сохранении экономической нагрузки при индивидуальной реабилитации пациентов в социуме, качество жизни пациентов сохранялось. С другой стороны, там, где закрытие больниц главным образом направлено на сокращение расходов, но без надлежащей замены помощи в обществе, привело к неудовлетворительной оценке пациентов качества медицинской помощи<sup>120, 121</sup>.

### **Значение доказательной базы для развития службы психического здоровья**

Остается важным вопрос: почему в лечении и уходе за пациентами с установленным психическим расстройством, а также в применении доказанных методов их профилактики, инвестиционный интерес правительства невысок в большинстве стран. Что, по-нашему мнению, является структурной или системной дискриминацией. Какой же вывод сделан с середины 20-го века, когда идея набрала обороты в некоторых странах с высоким уровнем дохода? В заключении раздела представляем ряд рекомендаций о вышеизложенном.

Основная проблема в области охраны психического здоровья заключается в степени невнимания к тому, что большинство людей по всему миру не получают должного лечения<sup>124</sup>. В целях расширения услуг до необходимого уровня необходимо их оказание не столько в специализированных учреждениях, сколько в более широких структурах службы психического здоровья.

**Рекомендация 1.** *Центральные и региональные власти должны учитывать процент получающих необходимое лечение пациентов с хроническими заболеваниями, сопровождающиеся хроническими психическими расстройствами и ставить конкретные задачи по увеличению процента выявленных больных за установленный период времени.*

Недопустимо, что правительства многих стран закрывают глаза на увеличение смертности людей с сочетанной патологией. Неоказание им своевременной комплексной медицинской помощи способствует сокращению продолжительности жизни.

**Рекомендация 2.** *Медицинская служба должна признать факт, что среди людей, страдающих хроническими заболеваниями, по статистическим данным продолжительность жизни ниже, и разработать программы для снижения данного показателя.*

Стигма и дискриминация оказывают огромное влияние, что отражается на всех уровнях планирования и реализации помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Все же, сейчас есть доказательная база, что разработка программ для комплексного лечения и реабилитации пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, приводит к дестигматизации и решает проблему их социальной адаптации.

**Рекомендация 3.** *Основные на фактических данных мероприятия должны быть представлены обществу в долгосрочной перспективе.*

Стоит отметить, что оказываемые услуги часто отторгаются пациентами и их опекунами в силу недооценки их эффективности. В действительности, комплексный подход в лечении хронических заболеваний значительно улучшает качество оказываемой помощи<sup>131-132</sup>. При этом вопрос институционализации обычно описывается внутри ЛПУ, вопросы прав человека также должны быть гарантированного качества в рамках сообществ охраны психического здоровья<sup>133</sup>.

**Рекомендация 4.** *Услуги, оказываемые медицинским персоналом пациентам и членам их семей, должны быть доступными и приемлемыми.*

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что объем оказываемой медицинской помощи как местно, так и регионально, должен включать в себя помощь в условиях стационара и широкий спектр амбулаторных и социальных услуг, в соответствии с имеющимися ресурсами<sup>17</sup>.

**Рекомендация 5.** *Служба психиатрической, психотерапевтической и психологической поддержки должна быть территориально доступна, соблюдать междисциплинарную, внутри больничную и социальную преемственность.*

Экономическое сопровождение должно быть эффективным и направленным на достижение конкретных результатов и основано на доказательной базе при наличии конкретных программ. При отсутствии должных разработок в странах всех уровней дохода экономическое сопровождение и как следствие деинституализация не может быть эффективной<sup>134-136</sup>.

**Рекомендация 6.** *Вне зависимости от экономической ситуации в стране, разработанные программы по деинституализации лиц, страдающих хроническими заболеваниями, экономически оправданы.*

Необходимо уделять внимание приему медикаментозного лечения у лиц, страдающих хроническим психическим расстройством, с целью избежать применения недобровольных мер медицинского характера,

которые практикуются во многих странах по всему миру. В Конвенции США отражены права лиц, признанных недееспособными<sup>137</sup> и особое значение придается активному вовлечению пациентов в лечебный процесс, что позволяет избежать недобровольных мер медицинского характера.

**Рекомендация 7.** Пользователи медицинской помощи и медицинский персонал должны принимать непосредственное участие в разработке и оценке совместной работы службы медицинской помощи, как внутрибольничной, так и общественной.

В некоторых странах разработки с целью улучшения оказания медицинской помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами<sup>138</sup>, ведутся. Однако, в отличие от западного направления имеется ряд проблем: 1) в документах систематически не отражается результат работы, 2) не фиксируются в полном объеме методы оценки и формулировки, 3) отсутствуют статистические данные о наличии пациентов, 4) в медицинской документации в полном объеме не отражен объем медицинских вмешательств, 5) отсутствуют динамические результаты лечения, подтвержденные стандартизированными методами, 6) отсутствуют данные об экономической эффективности проведенного лечения.

Официальная медицинская политика не признает существования негосударственных фондов и секторов обслуживания. По-нашему мнению, необходимо уделять большое внимание уточнению данных вопросов и поиску эффективных методов вовлечения незападного медицинского персонала в систему оказания медицинской помощи по примеру западных стран<sup>139-141</sup>. Необходимо провести эффективный анализ как западных, так и незападных методов оказания медицинской помощи с целью создания более эффективной модели и ее распространению.

**Рекомендация 8.** Медицинские работники всех стран должны предпринимать шаги навстречу развитию партнерства между ними с целью увеличения общего количества доступной медицинской помощи больным с психическими расстройствами.

В докладах многих пользователей медицинских услуг отмечен пессимизм медицинских работников, что непосредственно влияет на результаты лечения и клинический прогресс<sup>143</sup>.

**Рекомендация 9.** Медицинский персонал должен быть ориентирован на достижение выздоровления для каждого пациента и поощрять их успехи.

Медицинской службе в США дано задание в разработке индикаторов и целевых показателей в рамках Целей Устойчивого Развития до 2030 года, результатом чего должен стать улучшение оказания медицинской помощи при психических расстройствах как прямыми так и не прямыми способами.

### Цели устойчивого развития (ЦУР)

*Психическое здоровье включено в принципы целей устойчивого развития (Декларация)*

1. Для поддержания психического и физического здоровья и благополучия, а также увеличения продолжительности жизни, необходимо увеличить доступность и достигнуть всеобщего охвата в оказании медицинской помощи

2. Врачебное сообщество обязано предотвращать возникновение таких расстройств как расстройства поведения, развития и неврологические расстройства, которые представляют собой серьезную проблему для устойчивого развития.

*Психическое здоровье является приоритетом устойчивого развития (цель 3)*

1. К 2030 году необходимо сократить смертность от неинфекционных заболеваний посредством предотвращения, лечения и поддержания психического здоровья и благополучия

2. Усиление профилактики и лечения злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами

3. Всеобщий охват в оказании медицинской помощи, включая защиту от финансовых рисков, доступность, качество, безопасность, эффективность медицинской помощи и лекарственных препаратов.

**Рекомендация 10.** Разработки для улучшения службы психического здоровья будут усилены благодаря 1) улучшению доступности медицинской помощи для лиц с психическими расстройствами, 2) финансово-интеллектуальному инвестированию, 3) внедрению методов доказательной базы с целью улучшения помощи пользователям медицинских услуг и предотвращению возникновения психических расстройств.

### Библиография:

1. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
2. Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 2007;370:807-8.
3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
4. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
5. Collins PY, Patel V, Joestl SS et al. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011;475:27-30.
6. Collins PY, Saxena S. Action on mental health needs global cooperation. *Nature* 2016;532:25-7.
7. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2010.
8. Dua T, Barbui C, Clark N et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Med* 2011;8: e1001122.
9. Barbui C, Dua T, Van Ommeren M et al. Challenges in developing evidence-based recommendations using the GRADE approach: the case of mental, neurological, and substance use disorders. *PLoS Med* 2010;7: e1000322.
10. Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
11. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
12. Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
13. Warner R. Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy. Hove: Brunner-Routledge, 2004.
14. Drake RE, Bajraktari I, Tansella M. Technology and behavioural health: an implementation challenge. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014;23:313-5.
15. Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
16. Thornicroft G, Szmukler G, Mueser K et al. Oxford textbook of community mental health. Oxford: Oxford University Press, 2011.
17. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care – Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
18. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med* 2013;43:849-63.
19. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry* 2013; 202:246-8.

20. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008;7:87-92.
21. World Health Organization. *World mental health atlas 2014*. Geneva: World Health Organization, 2014.
22. Miller G. Mental health in developing countries. The unseen: mental illness's global toll. *Science* 2006;311:458-61.
23. World Bank. *World Bank list of economies*. Washington: World Bank, 2014.
24. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. *World mental health. Problems and priorities in low income countries*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
25. Eaton J. Ensuring access to psychotropic medication in sub-Saharan Africa. *Afr J Psychiatry* 2008;11:179-81.
26. Beaglehole R, Bonita R. Global public health: a scorecard. *Lancet* 2008; 372:1988-96.
27. Saxena S, Maulik P. Mental health services in low and middle income countries: an overview. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:437-42.
28. Alem A. Community-based vs. hospital-based mental health care: the case of Africa. *World Psychiatry* 2002;1:99-100.
29. Becker T, Koesters M. Psychiatric outpatient clinics. In: Thornicroft G, Szukler GI, Mueser KT et al (eds). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press, 2011:179-91.
30. Rodriguez JJ. Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. *Int Rev Psychiatry* 2010;4:317-24.
31. Thornicroft G, Becker T, Holloway F et al. Community mental health teams: evidence or belief? *Br J Psychiatry* 1999;175:508-13.
32. Tyrer S, Coid J, Simmonds S et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD000270.
33. Dieterich M, Irving CB, Park B et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;10:CD007906.
34. Holloway F, Sederer L. Inpatient treatment. In: Thornicroft G, Szukler GI, Mueser KT et al (eds). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press, 2011:223-31.
35. Johnstone P, Zolse G. Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *BMJ* 1999;318:1387-90.
36. Lasalvia A, Tansella M. Acute in-patient care in modern, community-based mental health services. Where and how? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010;19:275-81.
37. Lelliott P, Bleksley S. Improving the quality of acute inpatient care. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010;19:287-90.
38. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D et al. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *Br J Psychiatry* 2009; 195:109-17.
39. Crowther RE, Marshall M, Bond GR et al. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001;322:204-8.
40. Patel V, Chisholm D, Parikh R et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from *Disease Control Priorities*, 3rd edition. *Lancet* 2016;387:1672-85. 284 *World Psychiatry* 15:3 - October 2016
41. Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015;14:36-42.
42. Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M et al. Promotion, prevention and protection: interventions at the population- and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:30.
43. Rehm J, Chisholm D, Room R et al. Alcohol. In: Jamison D, Breman J, Measham A et al (eds). *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2006:887-906.
44. Rehm J, Mathers C, Popova S et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223-33.
45. World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014.
46. Petersen I, Lund C, Stein DJ. Optimizing mental health services in low-income and middle-income countries. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24:318-23.
47. Lund C, De Silva M, Plagerson S et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011;378:1502-14.
48. Thornicroft G, Mehta N, Clement S et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016;387:1123-32.
49. Clement S, Lassman F, Barley E et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7: CD009453.
50. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. *Mental health promotion and prevention: the economic case*. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2011.
51. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G et al. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. *Br J Psychiatry* 2013;202(Suppl. 55):s95-101.
52. Probst TM, Gold D, Caborn J. A preliminary evaluation of SOLVE: addressing psychosocial problems at work. *J Occup Health Psychol* 2008;13:32-42.
53. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB et al. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev* 2011;82:405-32.
54. Rahman A, Mubbashar MH, Gater R et al. Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet* 1998;352:1022-5.
55. Kelly CM, Mithen JM, Fischer JA et al. Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:4.
56. Barry MM, Clarke AM, Jenkins R et al. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health* 2013;13:835.
57. Kagitcibasi C, Sunar D, Bekman S et al. Continuing effects of early enrichment in adult life: the Turkish Early Enrichment Project 22 years later. *J Appl Dev Psychol* 2009;30:764-79.
58. Rahman A, Iqbal Z, Roberts C et al. Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child Care Health Dev* 2009;35:56-62.
59. Ssewamala FM, Han CK, Neilands TB. Asset ownership and health and mental health functioning among AIDS-orphaned adolescents: findings from a randomized clinical trial in rural Uganda. *Soc Sci Med* 2009;69:191-8.
60. Chibanda D, Mesu P, Kajawu L et al. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health* 2011;11:828.
61. Thornicroft G, Semrau M, Alem A et al. *Global mental health: putting community care into practice*. London: Wiley-Blackwell, 2011.
62. Thornicroft G, Alem A, Drake RE et al. *Community mental health: putting policy into practice globally*. London: Wiley-Blackwell, 2011.
63. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
64. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.
65. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
66. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
67. Thara R, Padvamati R. Community mental health care in South Asia. *World Psychiatry* 2013;12:176-7.
68. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and Southeast Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.



69. McPake B, Mensah K. Task shifting in health care in resource-poor countries. *Lancet* 2008;372:870-1.
70. Shumbusho F, van GJ, Lowrance D et al. Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda. *PLoS Med* 2009;6:e1000163.
71. Kengne AP, Fezeu L, Awah PK et al. Task shifting in the management of epilepsy in resource-poor settings. *Epilepsia* 2010;51:931-2.
72. Chu K, Rosseel P, Gielis P et al. Surgical task shifting in Sub-Saharan Africa. *PLoS Med* 2009;6:e1000078.
73. Labhardt ND, Balo JR, Ndam Met al. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Serv Res* 2010;10:339.
74. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2010;376:2086-95.
75. Patel VH, Kirkwood BR, Pednekar S et al. Improving the outcomes of primary care attenders with common mental disorders in developing countries: a cluster randomized controlled trial of a collaborative stepped care intervention in Goa, India. *Trials* 2008;9:4.
76. Chatterjee S, Chowdhary N, Pednekar S et al. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. *World Psychiatry* 2008;7:39-46.
77. Chatterjee S, Leese M, Koschorke M et al. Collaborative community based care for people and their families living with schizophrenia in India: protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2011;12:12.
78. Chatterjee S, Naik S, John S et al. Effectiveness of a community-based intervention for people with schizophrenia and their caregivers in India (COPSD): a randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1385-94.
79. Rahman A, Fisher J, Bower P et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013;91:593-601.
80. Kohrt BA, Jordans MJ, Rai S et al. Therapist competence in global mental health: development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behav Res Ther* 2015;69:11-21.
81. Sodhi S, Banda H, Kathyola D et al. Supporting middle-cadre health care workers in Malawi: lessons learned during implementation of the PALM PLUS package. *BMC Health Serv Res* 2014;14(Suppl. 1):S8.
82. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet* 2011;378:1654-63.
83. Ssebunnya J, Kigozi F, Kizza D et al. Integration of mental health into primary health care in a rural district in Uganda. *Afr J Psychiatry* 2010;13:128-31.
84. Balaji M, Chatterjee S, Koschorke M et al. The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. *BMC Health Serv Res* 2012;12:42.
85. Kigozi F, Ssebunnya J. The multiplier role of psychiatrists in low income settings. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014;23:123-7.
86. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
87. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001;323:948-9.
88. Oni T, McGrath N, BeLue R et al. Chronic diseases and multimorbidity – a conceptual modification to the WHO ICCC model for countries in health transition. *BMC Public Health* 2014;14:575.
89. Joska JA, Obayemi A Jr, Cararra H et al. Severe mental illness and retention in anti-retroviral care: a retrospective study. *AIDS Behav* 2014;18:1492-500.
90. Gaynes BN, Pence BW, Atashili J et al. Changes in HIV outcomes following depression care in a resource-limited setting: results from a pilot study in Bamenda, Cameroon. *PLoS One* 2015;10:e0140001.
91. World Health Organization . Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
92. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74:511-44.
93. Wagner EH, Austin BT, Davis C et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001;20:64-78.
94. World Health Organization . Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization, 2002.
95. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005;11:478-88.
96. Coleman K, Austin BT, Brach C et al. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff* 2009;28:75-85. [PMC free article]
97. Semrau M, Evans-Lacko S, Alem A et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med* 2015;13:79.
98. Lund C, Tomlinson M, De Silva M et al. PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2012;9:e1001359.
99. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J et al. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-102.
100. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation . Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva: World Health Organization, 2014.
101. Hipgrave DB, Alderman KB, Anderson I et al. Health sector priority setting at meso-level in lower and middle income countries: lessons learned, available options and suggested steps. *Soc Sci Med* 2014;102:190-200.
102. Ku GM, Kegels G. Adapting chronic care models for diabetes care delivery in low-and-middle-income countries: a review. *World J Diabetes* 2015;6:566-75.
103. Maher D, Harries AD, Zachariah R et al. A global framework for action to improve the primary care response to chronic non-communicable diseases: a solution to a neglected problem. *BMC Public Health* 2009;9:355.
104. Mahomed O, Asmail S, Freeman M. An integrated chronic disease management model: a diagonal approach to health system strengthening in South Africa. *J Health Care Poor Underserved* 2014;25:1723-9.
105. Mahomed OH, Asmail S. Development and implementation of an integrated chronic disease model in South Africa: lessons in the management of change through improving the quality of clinical practice. *Int J Integr Care* 2015;15:e038.
106. Nuno R, Coleman K, Bengoa R et al. Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCC Framework. *Health Policy* 2012;105:55-64.
107. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011;199:453-8.
108. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011;199:441-2.
109. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 2013;346:f2539.
110. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* (in press).
111. Thornicroft G, Bebbington P. Deinstitutionalisation – from hospital closure to service development. *Br J Psychiatry* 1989;155:739-53.
112. World Health Organization . World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
113. Sisti DA, Segal AG, Emanuel EJ. Improving long-term psychiatric care: bring back the asylum. *JAMA* 2015;313:243-4.

114. Lamb RH, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001;52:1039-45.
115. Leff J, Thornicroft G, Coxhead N et al. The TAPS Project. 22: A five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl. 25):13-7.
116. Winkler P, Barrett B, McCrone P et al. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016;208:421-8.
117. Salisbury TT, Thornicroft G. Deinstitutionalisation does not increase imprisonment or homelessness. *Br J Psychiatry* 2016;208:412-3.
118. Knapp M, Beecham J, Anderson J et al. The TAPS project. 3: Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1990;157:661-70.
119. Taylor TL, Killaspy H, Wright C et al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2009;9:55.
120. Prins SJ. Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? *Community Ment Health J* 2011;47:716-22.
121. Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry* 2007;6:313-6.
122. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004;30:481-91.
123. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
124. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. Treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
125. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153-60.
126. Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013;346:f2969.
127. Fekadu A, Medhin G, Kebede D et al. Excess mortality in severe mental disorders: a 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *Br J Psychiatry* 2015;206:289-96.
128. Mehta N, Clement S, Marcus E et al. Systematic review of evidence for effective interventions to reduce mental health related stigma and discrimination: medium and long-term effectiveness and interventions in low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry* 2015;207:377-84.
129. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 2012;63:963-73.
130. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A et al. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2014;13:161-75.
131. Eaton J, McCay L, Semrau M et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011;378:1592-603.
132. Gaebel W, Grossimlinghaus I, Heun R et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *Eur Psychiatry* 2015;30:360-87.
133. Drew N, Funk M, Tang S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011;378:1664-75.
134. Bauer MS, Williford WO, Dawson EE et al. Principles of effectiveness trials and their implementation in VA Cooperative Study #430: 'Reducing the efficacy-effectiveness gap in bipolar disorder'. *J Affect Disord* 2001;67:61-78.
135. Thornicroft G, Lempp H, Tansella M. The place of implementation science in the translational medicine continuum. *Psychol Med* 2011;41:2015-21.
136. Thornicroft G. Evidence-based mental health care and implementation science in low- and middle-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:241-4.
137. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: United Nations, 2006.
138. Campbell-Hall V, Petersen I, Bhana A et al. Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: developing a workable partnership for community mental health services. *Transcult Psychiatry* 2010;47:610-28.
139. Abbo C, Ekblad S, Waako P et al. The prevalence and severity of mental illnesses handled by traditional healers in two districts in Uganda. *Afr Health Sci* 2009;9(Suppl. 1):S16-22.
140. Ngoma MC, Prince M, Mann A. Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania. *Br J Psychiatry* 2003;183:349-55.
141. Shankar BR, Saravanan B, Jacob KS. Explanatory models of common mental disorders among traditional healers and their patients in rural south India. *Int J Soc Psychiatry* 2006;52:221-33.
142. Starcevic V. Overcoming therapeutic pessimism in hypochondriasis. *Am J Psychother* 2002;56:167-77.
143. Slade M. *100 ways to support recovery*. London: Rethink, 2009.
144. United Nations. *The 2030 Agenda for Global Action and the Sustainable Development Goals*. New York: United Nations, 2015.
145. Thornicroft G, Patel V. Including mental health among the new sustainable development goals. *BMJ* 2014;349:g5189.
146. Gureje O, Thornicroft G. Health equity and mental health in post-2015 sustainable development goals. *Lancet Psychiatry* 2015;2:12-4.
147. Votruba N, Eaton J, Prince M et al. The importance of global mental health for the Sustainable Development Goals. *J Ment Health* 2014;23:283-6.
148. Minas H, Tsutsumi A, Izutsu T et al. Comprehensive SDG goal and targets for non-communicable diseases and mental health. *Int J Ment Health Syst* 2015;9:12.