

# Разворот движения по нисходящей спирали людей с тяжелыми психическими расстройствами при помощи инноваций в образовании

Ранее, в двух опубликованных в этом журнале работах<sup>1,2</sup>, посвященных физическим заболеваниям у людей с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР), мы указали на то, что скрининг, оценка и наблюдение за физическим здоровьем таких пациентов осуществляются в недостаточно качественно даже в развитых странах. Хотя пациенты с ТПР (как молодые, так и взрослые) должны получать помощь по тем же стандартам, что и другие люди<sup>3</sup>, Liu et al<sup>4</sup> сообщают, что спустя пять лет ситуация практически не улучшилась. Более того, кажется, что разрыв в уровне смертности у таких людей и в популяции в целом только увеличился<sup>3,5</sup>. Таким образом, несмотря на многочисленные призывы серьезно заняться физическим здоровьем людей с ТПР, среди них по-прежнему наблюдается повышенная заболеваемость и смертность от физических заболеваний, и они по-прежнему получают медицинскую помощь плохого качества.

Очевидно, что интеграция соматической и психиатрической систем медицинской помощи еще не скоро станет реальностью, а плохо налаженная или отсутствующая связь между ними ограничивает возможности большинства психиатров выходить за пределы собственной специализации. Более того, в некоторых странах реформы в психиатрии, делающие акцент на амбулаторном лечении и помощи по месту проживания, привели к сокращению продолжительности и количества госпитализаций, что, в свою очередь, сократило время, которое можно уделить проблемам с физическим здоровьем.

В своей работе Liu et al<sup>4</sup> предлагают многоуровневую модель мероприятий для снижения избыточной смертности у людей с ТПР. Эта модель исходит из того, что эффективный подход должен включать в себя мероприятия и стратегии, нацеленные на отдельного человека, систему здравоохранения и сообщество. Хотя мы считаем, что принятие этой модели значительно улучшит физическое и психическое здоровье людей с ТПР (несмотря на сложность в ее реализации на системном уровне, особенно в развивающихся странах)<sup>2</sup>, есть еще несколько важных моментов, оставшихся незамеченными. Физическое

здоровье людей с ТПР касается как врачей первичного звена, так и узких специалистов. Но, кажется, что большинство психиатров и медиков первичного звена или врачей общей практики блуждают по дороге Чеширского кота. Остается много путаницы и неопределенности, как в диалогах Алисы с Чеширским котом в знаменитой книге “Алиса в Стране чудес”. Для того, чтобы мероприятия и стратегии могли дать результат в виде улучшения здоровья людей с ТПР, важно, чтобы обе стороны понимали, в чем цель происходящего.

Согласно докладу британского Национального аудита шизофрении от 2014 года<sup>6</sup>, мониторинг физического здоровья людей с ТПР не соответствует принятым стандартам. Только приблизительно каждый пятый человек с шизофренией проходил проверку физического здоровья – согласно клиническим рекомендациям по шизофрении британского Национального института здоровья и совершенствования помощи (NICE) – у врача общей практики, и многие из тех, у кого было задокументировано наличие факторов риска, не получали соответствующего лечения. Недавно NICE опубликовал новый набор стандартов качества, специально затрагивающий проблему плохого физического здоровья у молодых и взрослых людей с шизофренией. Данное руководство обязывает медиков первичного звена проводить мониторинг факторов риска физического здоровья у всех пациентов с шизофренией<sup>7,8</sup>. Чтобы избежать неясности и разногласий по вопросу разделения ответственности между психиатрами и медицинскими работниками первичного звена, отдельно оговаривается то, что специалисты по психическому здоровью несут ответственность за пациента в первые 12 месяцев лечения или до момента стабилизации его состояния, а затем ответственность переходит к медицинским работникам первичного звена, если нет необходимости в помощи узких специалистов. Например, люди с ТПР могут чаще встречаться с психиатрами, чем с медиками первичного звена, и потому предпочитать проходить мониторинг у специалистов по психическому здоровью. В любом случае наблюдение за физическим

здоровьем людей с ТПР также предполагает быстрый обмен результатами обследований между медиками первичного звена и узкими специалистами.

Однако требуется нечто большее, чем новые рекомендации и структурные изменения для того, чтобы остановить движение людей с ТПР по нисходящей спирали. Во-первых, необходимо изменить корпоративную культуру психиатров и медиков первичного звена, расценивающих психическое и физическое здоровье своих пациентов, как на взаимоисключающие сферы ответственности. Во-вторых, нужно донести до них больше информации о проблемах с физическим здоровьем, чаще всего встречающихся при ТПР. Обе задачи могут быть решены с помощью инноваций в образовании<sup>3,7,8</sup>. С одной стороны, во время обучения психиатров следует прояснять их ответственность за то, чтобы их пациенты с ТПР получали адекватную терапию по поводу своих соматических заболеваний, а контроль за такими простыми и устранимыми факторами риска как вес и артериальное давление, должен быть частью рутинной психиатрической практики. Таким образом, они должны учиться не делать излишний акцент на психическом здоровье ценой пренебрежения физическим здоровьем. Кроме того, нужно, чтобы они улучшили свои навыки коммуникации и избавлялись от ошибочных представлений о том, насколько их пациенты способны изменять образ жизни и следовать лечебным рекомендациям. Последний момент особенно важен. Помимо факторов, связанных с психическими заболеваниями, отсутствием равенства в доступе к медицинской помощи, стигмами и факторами образа жизни, психотропные препараты могут способствовать возникновению или ухудшению соматических заболеваний<sup>3,8-10</sup>. Высокие дозы и полипрагмазия, по всей видимости, оказывают более выраженный эффект на большинство соматических заболеваний<sup>10</sup>.

Все это не так просто как кажется. Редакционная статья в “The Lancet” привлекла внимание к “тревожащему” недостатку подготовки психиатров и психиатрических медсестер в вопросах физического здоровья<sup>11</sup>. Поэтому врачи, делающие

карьеру в психиатрии, должны получать знания и навыки для выявления физических заболеваний и выполнения основных медицинских задач. Более того, знание об эффектах определенных препаратов и повышенное внимание к возможному влиянию психотропных медикаментов на физическое здоровье людей с ТПР может помочь психиатрам в подборе подходящего лечения<sup>3,10</sup>.

Та же проблема характерна и для медицинских работников первичного звена. Некоторые из них негативно относятся к данной группе пациентов или ошибочно относят признаки и симптомы физических заболеваний к сопутствующим психическим расстройствам, что приводит к гиподиагностике и неправильному лечению соматических заболеваний. Видимо, не у всех врачей достаточно знаний о том, что у людей с ТПР повышен риск развития таких физических заболеваний как болезни сердца, ожирение и диабет<sup>3</sup>. Медики первичного звена также могут быть плохо осведомлены о рисках для здоровья, связанных с приемом психотропных препаратов, и о показанном лицам с ТПР мониторинге состояния здо-

ровья. Поэтому им следует проходить специальное обучение, касающееся выявления и лечения проблем с физическим здоровьем у людей с ТПР<sup>3</sup>.

Ясно, что из-за недостатков медицинской помощи людям с ТПР, вызванных культуральными и образовательными факторами, а также неясностью ролей и распределения ответственности между врачами, многие остаются незащищенными перед лицом проблем с физическим здоровьем, что мешает их выздоровлению. Мы можем изменить ситуацию с помощью инноваций в образовании. Только после этого мы уйдем с дороги Чеширского кота, а многоуровневые мероприятия или стратегии, подобные тем, что были предложены Liu et al<sup>4</sup>, приведут к улучшению состояния людей с ТПР.

### Marc De Hert, Johan Detraux

KU Leuven - University Psychiatric Centre, Department of Neurosciences, Kortenberg, Belgium

Перевод: Филиппов Д. С. (Санкт-Петербург)  
Редактура: к.м.н. Потанин С. С. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(1):1-2)

### Библиография

1. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. World Psychiatry 2011;10:52-77.
2. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. World Psychiatry 2011;10:138-51.
3. The Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. London: Rethink Mental Illness, 2012.
4. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
5. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. World Psychiatry 2014;13:153-60.
6. Royal College of Psychiatrists. Report of the second round of the National Audit of Schizophrenia. London: Healthcare Quality Improvement Partnership, 2014.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: the NICE guideline on treatment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2016.
9. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. World Psychiatry 2013;12:155-64.
10. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J et al. World Psychiatry 2015;14:119-36.
11. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K et al. Lancet 2011;377:611.

## Оценка системы мероприятий с точки зрения внедрения в условиях недостатка ресурсов

В течение последних десяти лет нарастает внимание к повышенному уровню смертности среди лиц, страдающих психическими и неврологическими заболеваниями, зависимостью от психоактивных веществ, а также к существенной нагрузке на систему здравоохранения и экономику, связанную с этими пациентами<sup>1,2</sup>. Существует постулат о том, что повышенная смертность у лиц с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР) – это проблема “права на здоровье”, а отсутствие доступа к эффективному лечению физических заболеваний является формой “структурной дискриминации”<sup>3</sup>. Liu с коллегами<sup>4</sup> предложили и описали многоуровневую модель, направленную на понимание взаимоотношений между факторами риска и различными корреляциями, относящимися к повышенному уровню смертности среди людей с ТПР, а также систему мероприятий на индивидуальном, уровне системы здравоохранения и социально-бытовом уровнях. Кроме того, они описали приоритеты для клинической практики, государственных стандартов

оказания помощи и исследований, которые должны способствовать равенству возможностей в получении медицинской помощи людьми с ТПР. Я рассмотрю вопрос актуальности этой (в иных отношениях крепкой) работы с точки зрения её валидности в условиях недостатка ресурсов.

Liu et al. приводят хорошо проработанные доказательства, показывающие, что люди с ТПР – т. е. с шизофренией и другими психотическими расстройствами, биполярным расстройством и депрессией умеренной и тяжелой степени – умирают на 10-20 лет раньше по сравнению с популяцией в целом; при этом большинство смертей людей с ТПР вызваны теми заболеваниями, которые можно предотвратить, а именно сердечно-сосудистыми, респираторными, инфекционными и онкологическими заболеваниями. Однако они преувеличивают, когда утверждают, что это относится также и к странам с низким и средним уровнем дохода (СНСД). Систематические обзоры популяционных эпидемиологиче-

ских исследований, проводившихся для исследования Глобального Бремена Болезней, показали, что в СНСД практически отсутствуют репрезентативные данные о смертности людей с ТПР. Такие данные существуют только в отношении шизофрении в пяти СНСД и большого депрессивного расстройства в одной СНСД<sup>5</sup>.

Оценка смертности в СНСД проблематична из-за того что многие смерти не подтверждаются медицинскими документами, а для составления картины о причинах смерти используются разные источники данных и разные диагностические подходы<sup>6</sup>. Следует уделить особое внимание необходимости совершенствования и расширения источников национальных данных о смертности. Хочется надеяться, что в документах, касающихся СНСД, представлены актуальные данные из этих стран, а не обобщения, сделанные на основе показателей стран с высоким уровнем дохода.

Особенно важный фактор, относящийся к преждевременной смерт-

ности лиц с ТПР в СНСД, это инфекции, ответственные за более чем половину преждевременных смертей в этих странах<sup>7,8</sup>. Этому факту должно быть уделено пристальное внимание в схеме мероприятий, помимо работы с риском ВИЧ, включенным в “сексуальные и поведенческие риски”, поскольку туберкулез и другие инфекции, характерные для “местных условий”, ответственны как минимум за такое же количество смертей, как ВИЧ у людей с ТПР.

Основываясь по большей части на данных, касающихся лечения шизофрении, Liu et al утверждают, что правильное применение лекарств способствует снижению повышенного уровня смертности у людей с ТПР. Это утверждение спорно в случае включения в число ТПР депрессии (от умеренной до тяжелой степени), состояния, риск развития которого в популяции выше, чем у шизофрении и биполярного расстройства<sup>1,2</sup>, а стандарты лечения в меньшей степени сконцентрированы на медикаментах<sup>9</sup>. Чрезмерный акцент на фармакологических решениях – печальная тенденция в подходах к проблемам с психическим здоровьем в СНСД<sup>10</sup>.

В дискуссии почти не учитывается тот факт, что медицинские услуги в СНСД преимущественно предоставляются клиниками первичного звена, в основном врачами общей практики, медсестрами и вспомогательным медперсоналом. Многие рекомендации, которые касаются координации отделений, занимающихся психическим и физическим здоровьем, с трудом соотносятся с реальностью клиник первичного звена в СНСД, где скорее можно говорить о координации между медиками первичного звена и специалистами, а не о координации между врачами разных специализаций.

Предлагаемая схема работы не затрагивает вопрос, возможно ли проведение более целостных и

жизнеспособных, адаптированных с учетом особенностей культуры мероприятий в СНСД. Вместо этого сделан акцент на стратегиях здравоохранения, успешно используемых в Северной Америке и Европе, с упором на активную вовлеченность в наблюдение, образование и попечение. Нет ясности в ответе на вопрос, насколько успешно эти стратегии могут быть транслированы в СНСД. Авторы описывают факторы, способствующие и препятствующие внедрению рекомендаций, и советуют, как реализовать рекомендации на практике, но не принимают в расчет стоимость внедрения рекомендаций и мониторинга в условиях недостатка ресурсов.

Другой вопрос касается обязательств и способности государства предоставить адекватную помощь своим гражданам<sup>11</sup>. Люди с ТПР часто живут в небезопасных районах, имеют трудности с доступом к здоровой пище и вовлечением в полезную для здоровья активность, что приводит к ухудшению их образа жизни. Предложенная схема мероприятий уклоняется от комментариев по поводу структурных экономических, политических и социальных факторов, определяющих смертность в группе ТПР. Уровень неравенства и неравноправия влияют на доступ к здравоохранению и социальной помощи в различных странах, поэтому прогресс в медицинской науке, здравоохранении и социальном обеспечении сам по себе не может уменьшить смертность и заболеваемость. Более того, акцент на самостоятельности в решении проблем при хронических заболеваниях и паритете в доступе к медицинским услугам при отсутствии структурных изменений может способствовать разрушению традиционных, зависящих от государства механизмов помощи и ослабить само желание оказывать помощь<sup>11</sup>.

Наконец, предложенная схема мероприятий исходит из того, что улучшение качества диагностики и лечения коморбидных соматических заболеваний в целом улучшит исходы терапии ТПР. Однако, есть вероятность, что перенос акцента с неадекватности на смертность в условиях ограниченности ресурсов в СНСД может увести внимание от психических заболеваний к факторам риска, которые, как предполагается, лежат в основе как физических, так и психических заболеваний.

## Pratap Sharan

Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India

Перевод: Филиппов Д.С. (Санкт-Петербург)  
Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(1):1-2)

### Библиография

1. Dua Tet al (eds). Mental, neurological, and substance use disorders. Washington:World Bank Group, 2015:41-65
2. Walker ER, McGee RE, Druss BG. JAMA Psychiatry 2015;72:334-41.
3. Thornicroft G. Br J Psychiatry 2011;199: 441-2.
4. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
5. Baxter AJ, Patton G, Scott KM et al. PLoS One 2013;8:e65514.
6. Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. Lancet 2012;380:2095-128
7. Fekadu A, Medhin G, Kebede D et al. Br J Psychiatry 2015;206:289-96.
8. Chong SA, Tay JA, Subramaniam M et al. J Clin Psychopharmacol 2009;29:5-8
9. World Health Organization. Mental health gap action programme intervention guide. Geneva: World Health Organization, 2010.
10. Jain S, Jadhav S. Transcult Psychiatry 2009;46:60-85.
11. Reubi D, Herrick C, Brown

# Рассмотрение вопроса с точки зрения внедрения государственных стандартов медицинской помощи

В настоящее время существуют в достаточной степени достоверные сведения о том, какие именно мероприятия эффективны в области психического здоровья, как и где наилучшим образом их проводить и кто этим должен заниматься. Но мы все еще далеки от достижения тех целей, которые мы поставили в Комплексном плане мероприятий

Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья 2013–2020 гг<sup>1</sup>.

Говоря о системе мероприятий, предложенных Liu et al<sup>2</sup> для снижения смертности у людей с тяжелыми психическими расстройствами, нужно признать, что авторы затрагивают все стороны вопроса в рамках целостного, научно обоснован-

ного подхода к проблеме. И все же я позволю себе указать на несколько крайне важных моментов.

Во-первых, на рабочий вопрос, который можно коротко сформулировать так: как эта схема соотносится с системами здравоохранения различных стран? Какова стоимость и в каком порядке лучше всего проводить различные пред-

ложенные мероприятия? Есть ли наиболее важные элементы для стран, которые не могут позволить себе применить все меры полностью? Как расставлены приоритеты с учетом других мероприятий в области психического здоровья на уровне страны и на мировом уровне? Нужно ли внедрять одни меры – особенно те, что относятся к государственному уровню – прежде чем внедрять другие? Например, нужны ли программы по сокращению курения табака среди людей с тяжелыми психическими расстройствами в тех странах, где не приняты ограничения в соответствии с Рамочной конвенцией по борьбе против табака? При рассмотрении этой схемы появляются подобные всеобъемлющие вопросы.

Второе замечание касается в большей степени содержания схемы, а точнее, того, как сгруппированы тяжелые психические расстройства и интеграции психиатрической помощи в систему общемедицинской помощи.

Включение депрессии умеренной и тяжелой степени в группу “тяжелых психических расстройств” несколько спорно, поскольку течение этого заболевания, то, как человек ведет себя в поисках медицинской помощи, и характер стигмы отличаются от шизофрении. Включение депрессии умеренной и тяжелой степени в одну схему мероприятий вместе с шизофренией может быть контрпродуктивным в отношении обоих расстройств, так как, по крайней мере в нашей практике, оказание помощи для одного и другого расстройства имеет свои особенности, например, на уровне первичного звена.

Помимо этого, говоря об интеграции психиатрической помощи в первичное звено, полезно обратить внимание на то, как это делается. Хотя исследования вопроса реализации программы все еще продолжаются, Руководство Программы ВОЗ по устранению пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP) приносит пользу в обучении и контроле над работой персонала первичного звена. Однако для того, чтобы добиться эффективной и стабильной интеграции психиатрической помощи в систему здравоохранения, требуются инструменты для реализации и

внедрения mhGAP в существующую систему. Такие инструменты помогли бы в распределении задач среди работников на уровне первичного звена, наборе мероприятий для различных расстройств, информационной системе здравоохранения и в связях первичного звена со специализированной помощью.

Большого внимания требует работа с персоналом. Для многих медиков первичного звена переломный момент в улучшении отношения к людям с психическими расстройствами часто происходит после того, как они делятся с наставником mhGAP личным или семейным опытом, связанным с психическим здоровьем, и чувствуют, что наставник может выслушать и поддержать. Внимание к психическому здоровью персонала принципиально важно для интеграции психиатрической помощи в первичное звено и поэтому заслуживает большего внимания.

Следующий фактор, который нужно принять во внимание, работая над интеграцией психиатрической помощи в первичное звено, это использование инноваций в таких областях как организация работы и информационные технологии, которые могут снизить стоимость и повысить эффективность работы.

Третий момент связан с важностью того контекста, в котором живут люди с тяжелыми психическими расстройствами. Два основных примера – тюрьмы и гуманитарный кризис. Было бы хорошо, если бы в схему, начерченную Liu et al, включили параграф о живущих в тюрьмах людях с тяжелыми психическими расстройствами как об уязвимой группе, нуждающейся в особом подходе. То же самое касается людей с тяжелыми психическими расстройствами, живущих в обстоятельствах, в которых они зависят от крупных государственных структур, или имеют значительные проблемы с доступом к необходимой помощи, что в том и другом случае повышает риск ранней смертности.

Говоря в целом, необходима детальная разработка методов внедрения системы мероприятий и того, как она связана с другими приоритетными направлениями психиатрической помощи. Тем не менее, эта схема обогащает набор

доступных средств и правильным образом подчеркивает важность обращения к проблеме повышенного уровня смертности у людей с тяжелыми психическими расстройствами. При недостатке ресурсов – когда психиатрическая помощь развивается в условиях конкуренции приоритетов – лечение психических и соматических заболеваний, скрининговые обследования и дестигматизация видятся теми компонентами системы мероприятий, внедрение которых представляется более легким и наиболее важным, особенно, когда здравоохранение в целом фрагментировано или сталкивается с крупными проблемами.

Наконец, мы как специалисты в области психиатрии и разработчики государственных стандартов здравоохранения, можем многое почерпнуть из других дисциплин и новых исследований в близких областях, например, из недавно опубликованного доклада “Инсайты для внедрения”<sup>3</sup>. Это поможет лучше согласовывать любые предлагаемые нами модели с окружающим нас социально-политическим и технологическим миром. Используя знания об инновациях в управлении и новейшие данные о психологии и психическом здоровье, мы можем разработать подходящие для системы здравоохранения и медицинских работников мероприятия с целью улучшить вовлеченность, самочувствие и продуктивность каждого работника и системы, способствуя улучшению здоровья людей, которым они помогают.

## Rabih El Chammy

Head of the National Mental Health Programme, Ministry of Public Health, Lebanon

Перевод: Филиппов Д.С. (Санкт-Петербург)  
Редактура: к.м.н. Потанин С. С. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(1):1-2)

## Библиография

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
2. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
3. Ruggeri K (ed). Insights for impact. Cambridge: Cambridge University Press, 2016

# Рассмотрение вопроса с точки зрения пациентов

Решение проблемы повышенного уровня смертности людей с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР) требует использования многомерного подхода, при условии, что связь и сотрудничество с системой здравоохранения в целом эффективно налажено, и что этот подход будет применяться в локальных, взаимной поддержке и общественных организациях, занимающихся психосоциальной реабилитацией и сопровождением.

Успех в лечении ТПР зависит не только от психофармакотерапии, но требует целостного подхода, при котором уважаются права людей с психическими расстройствами – право на доступ к качественным медицинским услугам, на высокое качество жизни, право пользоваться различными возможностями на равных условиях и жить с достоинством.

Важно осознавать ту роль, которую играет стигма в доступе к медицинской помощи и в пренебрежении вопросам психического здоровья в рамках системы здравоохранения. Необходимо, чтобы инициативы по дестигматизации присутствовали в качестве компонента всех предлагаемых мероприятий, а психическое здоровье воспринималось наравне с физическим здоровьем.

Медицинские услуги в психиатрии должны предоставляться с акцентом на права человека, что воспринимается лицами с ТПР как проявление помощи и поддержки. К сожалению, эти услуги могут выглядеть как “наказание” в виде оскорбительного отношения и отрицания права людей с ТПР вносить свой вклад в собственное лечение и выздоровление. Система, которая не слышит “голос” людей с ТПР или не принимает во внимание их взгляды и мнения, работает в пользу лишения прав таких пациентов. Людям с ТПР необходимо признать в качестве ключевых партнеров в масштабировании медицинских услуг в психиатрии и в работе по ослаблению стигмы. Нужно позволить им включаться в процесс на том уровне, где они могут активно участвовать в разработке стандартов, внедрении программ и мониторинге системы здравоохранения.

Кампания по психическому здоровью в сельских районах Южной Африки привлекла пациентов для оценки качества внедрения Южноафриканской Рамочной схемы политики в области психического здоровья и Стратегического плана,

и опубликовала результаты<sup>1</sup>. Один из пациентов, включенных в исследование сельского сообщества, подтвердил тот факт, что пациентам не признают ключевыми партнерами в деле улучшения психиатрической помощи: “Мнения сумасшедших по спорным вопросам игнорируются”. Проверка вовлеченности пациентов, проведенная Федерацией психического здоровья Южной Африки, еще раз подтвердила то, что пациентам не дают в полной мере участвовать в собственном лечении и выздоровлении, а также то, что их не принимают всерьез, автоматически отмечая их взгляды и мнения.

Медицинским работникам общей практики нужно проходить соответствующую подготовку в области психических расстройств, особенно ТПР, в качестве составляющей части учебной программы, и становиться более внимательными к нуждам лиц с ТПР для того, чтобы нивелировать барьеры, связанные с отношениями к ним, приводящие к тому, что люди с ТПР не обращаются за помощью или отказываются продолжать лечение как психических, так и соматических заболеваний. Некоторые исследования неожиданно показали, что отношение медработников к людям с психическими расстройствами менее позитивное, чем у популяции в целом<sup>2,3</sup>. В другом исследовании было показано, что у работников психиатрических клиник (медсестры и санитары) встречается как позитивное, так и негативное отношение к людям с психическими расстройствами, и было высказано предположение, что специальные тренинги (замена мифов в области психического здоровья фактами) могут повлиять на отношение к пациентам<sup>4</sup>. Чтобы разработать адресный подход к образовательным инициативам и улучшить предоставляемые медицинские услуги, важно понять, как формируется это отношение.

Учреждения здравоохранения и клиники на местах должны перестать быть “распределителями лекарств” и стать комплексным медицинским центром, который предлагает людям с ТПР все доступные услуги, рассматривая личность в целом, как предлагается Liu et al.<sup>5</sup> в многоуровневой системе мероприятий.

Необходимо признать группы взаимной поддержки пациентов и инициативы семейной поддержки в качестве существенных элементов социальной модели, делающей акцент на устранении системных

барьеров, негативного отношения и выключенности из общества, т. к. стигма производит волновой эффект в создании барьеров для доступа к услугам и возможностям, что в итоге ведет к нарушению прав человека.

Учитывая то, что безработица является сильным независимым фактором повышения уровня смертности, жизненно необходимо сосредоточить внимание на социально-бытовых детерминантах здоровья. Проблеме безработицы у людей с ТПР уделяется очень мало внимания, хотя она оказывает огромное влияние на жизнь людей, оставляя их с чувством невостребованности, неспособности жить независимо и финансово самостоятельно и способствуя их изоляции. В идеале психотерапевты должны проводить специальные мероприятия для облегчения трудоустройства или трудотерапии, а также помогать людям с ТПР в оптимизации когнитивного функционирования и достижения возможного уровня самостоятельности, при которой они смогут брать на себя ответственность за собственную жизнь и заботиться о физическом здоровье и психическом благополучии.

Система здравоохранения должна взаимодействовать с общественными организациями для того, чтобы построить эффективную и комплексную платформу для предоставления услуг людям с ТПР. Разрыв этой связи может вызвать сильное разочарование у людей с ТПР, стремящихся к тому, чтобы план лечения и восстановления был сконцентрирован на их индивидуальных нуждах.

Цель Устойчивого Развития не “оставить никого без внимания” должна быть выполнена во имя людей с ТПР, особенно тех, кто живет в бедной или сельской местности. Должны быть проведена проверка применимости стандартов<sup>6</sup> в сельской местности, чтобы убедиться в том, что живущие там не оставлены без внимания, т. к. именно они оказываются на периферии доступа к социальным и экономическим возможностям, включая здравоохранение.

## Charlene Sunkel

South African Federation for Mental Health

Перевод: Филиппов Д.С. (Санкт-Петербург)  
Редактура: к.м.н. Потанин С. С. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(1):1-2)

## Библиография

1. Rural Mental Health Campaign Partners. The rural mental health campaign report. South Africa, 2015.
2. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al. Aust N Z J Psychiatry 1999;33:77-83.
3. Rao H, Mahadevappa H, Pillay P et al. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009;16:279-84
4. Foster K, Usher K, Baker JA et al. Aust J Adv Nurs 2008;25:72-9
5. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
6. Eagar D, Versteeg M. International best practice and the rural-proofing of policy: opportunities for the South African context. Johannesburg: Rural Health Advocacy Project, 2013

# Снижение преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний, в том числе среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами

Цели Устойчивого Развития, утвержденные Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 2015 году, включают конкретную мишень в цели<sup>3,4</sup> в отношении неинфекционных заболеваний (НИЗ): сократить на одну треть показатель преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний к 2030 году посредством профилактики и лечения, а также улучшения психического здоровья и благополучия<sup>1</sup>. Эта мишень согласуется с содержанием статьи Liu и соавторов<sup>2</sup>, в которой предложена многоуровневая система мероприятий для снижения повышенного уровня смертности у лиц с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР). Глобальный План Действий по Профилактике ТПР и борьбе с ними (2013-2020) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)<sup>3</sup> также предполагает достижение этой цели и предусматривает различные варианты решения проблемы, в том числе коррекцию факторов риска, более активное лечение в первичном звене, наблюдение и привлечение специалистов из других областей. Подход к жизни с позиции прав человека и социальной справедливости и всеобщего охвата услугами здравоохранения являются основополагающими принципами в реализации этого глобального плана действий.

Краеугольным камнем борьбы с НИЗ является сосредоточение на профилактике, особенно на противодействии четырем общим факторам риска: употребление табака, злоупотребления алкоголем, неправильное питание и недостаток физической активности. Влияние таких общественных мероприятий, как налогообложение или ограничение доступа, на людей с ТПР может не быть недостаточно значимым. Люди, страдающие ТПР, нуждаются в специфическом подходе к снижению риска: для них необходимы когнитивные тренинги, стимулирующие факторы,

информирование и обучение медицинского персонала и членов семьи. Некоторые факторы риска, такие как избыточный вес и особенности питания, зависят от психического состояния больных ТПР, принимаемых ими лекарств, что необходимо учитывать. Изменение в восприятии опекающих лиц и медицинских работников могут быть необходимы для осознания важности контроля факторов риска у людей с ТПР.

НИЗ, особенно сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет, онкологические и хронические респираторные заболевания, становятся все более широко распространенными из-за эпидемиологических и демографических сдвигов. В дополнение к профилактике, сокращению преждевременной смертности и заболеваемости и улучшению качества жизни могут способствовать раннее выявление и своевременное лечение. На ранних стадиях НИЗ оно гораздо проще, дешевле и может проводиться на более первичных уровнях системы здравоохранения.

ВОЗ разработала Набор необходимых вмешательств в отношении НИЗ, которые подходят для первичного звена медицинской помощи и могут быть применены в условиях ограниченных ресурсов. Они включают в себя протоколы для выявления людей с высоким риском развития ССЗ, диагностики и лечения пациентов с астмой и хроническими заболеваниями легких, а также протокол для индивидуального консультирования. Краткий перечень минимально необходимых лекарственных средств и методов приложен к данным протоколам<sup>4</sup>. Предлагаемый подход, состоящий из разделов «Вопросы» (оценки факторов риска), «Оценка» (обследования и объективных тестов), «Подсчет» (оценки риска ССЗ), «Направление» (для высокого риска) и «Консультация и лечение», является системой, которая может быть соответствующим образом

интегрирована в Программу Устранения Пробелов в Психическом Здравье ВОЗ (mhGAP)<sup>5</sup>.

Работники здравоохранения, работающие с больными ТПР, в том числе специалисты в области психического здоровья, могут получить информацию, и их возможности вмешательства могут быть расширены благодаря простому обследованию в зависимости от клинического состояния. Лицам с высоким риском ССЗ на основе его оценки может быть предложена дополнительная поддержка и проверка параметров, а также последующее наблюдение за их психическим состоянием. Это объединение должно рассматриваться через активное вовлечение работников как с НИЗ, так и в области психического здоровья, а также в рамках соответствующих оперативных вмешательств в лечебно-профилактических учреждениях. Службы охраны психического здоровья должны быть обеспечены лекарствами для лечения НИЗ, а также технологиями, умениями и обучением для работников здравоохранения. Включение записей о НИЗ в медицинскую документацию также поможет идентифицировать лиц, которые имеют ТПР и НИЗ, и уделить им особое внимание.

Важно учитывать наличие сахарного диабета при ТПР. Набор необходимых вмешательств, предложенный ВОЗ, подразумевает протокол ведения больных с диабетом, и при разработке плана помощи должны быть отражены особые потребности людей с ТПР. Ограничения в питании и физической активности, которые являются частью плана ведения пациентов с диабетом, могут представлять собой более серьезную проблему у людей с ТПР, чем фармакотерапия. Самостоятельное выполнение назначений, которое часто предлагается людям с НИЗ, не так легко выполнимо у людей с ТПР.

Респираторные заболевания, такие как астма, имеют более яркую

симптоматику и легче выявляются и поддаются лечению. Осведомленность о признаках и симптомах распространенных онкологических заболеваний среди работников службы охраны психического здоровья может позволить рано диагностировать данные заболевания, например, рак молочной железы.

Все основные НИЗ требуют длительного лечения, а также комплаенса. Регулярное наблюдение и выявление признаков осложнений может помочь предотвратить или отсрочить возникновение нежелательных явлений при НИЗ. Включение этих обследований в протоколы и использование их в качестве элемента ведения больных с ТПР суждено быть частью плана ведения пациентов.

Люди с НИЗ могут страдать от таких психических расстройств, как депрессия и тревога, в связи с чем необходимо, чтобы работники здравоохранения в области НИЗ были компетентны в диагностике и ведении этих заболеваний или направляли таких лиц с сопутствующими заболеваниями к соответствующим специалистам.

Внедрение профилактики и лечения НИЗ у лиц с ТПР будет происхо-

дить только с помощью систематического и устойчивого многоуровневого процесса. Национальные программы в области НИЗ, психического здоровья и первичной медико-санитарной помощи могут действовать согласованно для разработки руководств и распределения ресурсов. Национальные стратегии и планы действий в этих сферах и в секторе здравоохранения в целом должны адекватно это отражать.

Необходимо разрабатывать и структурированно внедрять должные меры системного характера, включающие изменения протоколов, полномочий работников здравоохранения, медикаментозного обеспечения и технологий, консультативной поддержки и мер финансовой защиты. Соответствующие контексту подходы можно разрабатывать на основе общих рекомендаций, и непрерывная практика может принести пользу как больным ТПР, так и лицам с НИЗ.

ВОЗ планирует продемонстрировать этот подход в условиях, которые предусматривают включить протоколы необходимых вмешательств в рамках mhGAP. Предлагае-

мый в статье Liu и соавторов подход поможет ускорить эту работу.

### **Cherian Varghese**

Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention Department, World Health Organization, Geneva, Швейцария

Перевод: Дорофейкова М.В.

(Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

(World Psychiatry 2016;16(1):45-47)

### **Библиография:**

1. United Nations. Sustainable development goals. <https://sustainabledevelopment.un.org>.
2. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
4. World Health Organization. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization, 2013.
5. World Health Organization. Mental health gap action programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization, 2008.

## **Разум и тело: вопросы физического здоровья людей с психическими заболеваниями в 21-м веке**

Известно, что у людей с тяжелыми психическими расстройствами высок риск суицида и возникновения различных соматических заболеваний, что негативно сказывается на продолжительности жизни<sup>1</sup>. Табакокурение, употребление наркотиков и алкоголя дополнительно способствуют повышению заболеваемости и смертности. Данная проблема является одной из самых важных для общественного здоровья 21 века. Позднее обращение за помощью по поводу соматического или психического заболевания и гиподиагностика вследствие стигматизации и других факторов также увеличивают разницу в состоянии здоровья этих пациентов в сравнении с общей популяцией. Liu et al<sup>2</sup> разработали модель здравоохранения, основанную на многоуровневом подходе (индивидуальном, системы здравоохранения и уровне социальных детерминант), направленном на снижение повышенного уровня смертности среди психически больных людей. Мы считаем это предложение актуальным для системы современной медицинской помощи.

Хотя на индивидуальном уровне эффективными стратегиями по снижению уровня смертности являются ранняя диагностика и лечение соматических заболеваний, представляется важным и изучение того, какие именно люди обращаются за помощью и куда они обращаются. На самом деле, учитывающие особенности культуры и четко описанные модели будут способствовать поиску источников помощи, особенно тех, которые находятся в легком доступе. Объяснение причин дистресса и симптомов (проясняющие модели) будет отличаться в зависимости от культур и сообществ, а также должны соотноситься с образовательным и социоэкономическим статусом.

Система здравоохранения должна быть географически доступна и эмоционально открыта людям с психическими заболеваниями, чтобы они могли обратиться за помощью как можно раньше. Сопутствующая психическим заболеваниям соматическая патология не всегда бывает диагностирована клиницистами, и периодически

ответственность за диагностику и лечение этих состояний перекладывается на врачей первичного звена или специалистов, которые, в свою очередь, могут не распознать имеющееся психическое расстройство либо, вследствие стигматизации, могут своевременно не оказать помощь. Такая ситуация, по крайней мере на Западе, связана с достаточно жестким разграничением между службами по охране психического и физического здоровья. Длившееся на протяжении веков влияние философии Декарта и ее дуализма души и тела на медицинскую практику привело к увеличению разделения между упомянутыми службами охраны здоровья. Этот дуализм, возможно, внес свой вклад в развитие стигмы в отношении психических заболеваний, самих психически больных и системы психиатрической помощи<sup>4</sup>. Более того, в то время как терапевты не очень компетентны в диагностике психических заболеваний и исследовании психического статуса, психиатры, в свою очередь, не очень компетентны в диагностике и лечении соматической патологии. В случаях,

когда было налажено взаимодействие между психиатрической и терапевтической службами, отмечалось улучшение физического здоровья у больных тяжелыми психическими заболеваниями.

На социальном уровне представления о причинах заболеваний различаются не только в различных культурах и сообществах. Они также отличаются у разных пациентов, их семей и опекунов, которые могут интерпретировать происходящее как биологические или психосоциальные явления. В индустриально развитых обществах в роли причин заболевания обычно выступают психологические, медицинские или социальные факторы, а в более традиционных сообществах – сверхъестественные или природные<sup>3</sup>. Во многих культурах, разум и тело неотделимы друг от друга, в связи с чем пациенты могут связывать свои симптомы как с телом, так и с психикой, переживая этот опыт как целостный (холистический). К примеру, среди панджабских женщин в Индии и Пакистане дистресс может переживаться как одновременное ощущение жара и холода в различных частях тела<sup>3</sup>. В связи с этим, в случае обращения за медицинской помощью этих женщин к специалистам, которые не знают о культуральных особенностях данного сообщества, и дистресс, и находящееся в его основе психическое заболевание могут быть не диагностированы вовсе.

В 2013 году, в отчете для Фонда Психического Здоровья Великобритании<sup>5</sup>, мы рекомендовали меры по интеграции на различных уровнях, аналогичные предложенным в модели Liu et al. Одним из возможных решений может быть создание отделений, основанных на взаимодействии между медицинскими работниками, таких как консультативно-интегративная психиатрия, где врачи соматического профиля работают вместе с психиатрами с

целью ранней диагностики и лечения заболеваний<sup>6</sup>. Кроме того, мы считаем, что многоуровневая модель, предложенная Liu et al. предполагает соответствующую подготовку специалистов. Обучение работников здравоохранения – это важнейший первый шаг к пониманию ими различных аспектов здоровья пациента. Также представляется актуальным изучение культурных особенностей, которые могут влиять на физическое и психическое здоровье. Одним из вариантов может быть изучение социологии и медицинских гуманитарных наук в начале подготовки врачей для того, чтобы клиницисты были осведомлены о влиянии культурных различий на симптоматику и взаимодействие между телом и разумом.

Психообразовательные программы о физическом здоровье для психически больных людей должны активно внедряться, и их польза широко освещаться, так как эффективность таких программ надёжно доказана<sup>1</sup>. В дополнение к общей информации о различных факторах риска, должны быть разработаны особые программы для особо уязвимых групп и пациентов. Кроме того, скрининг на ранних этапах лечения может уменьшить риск соматических осложнений, тем самым улучшая исходы психических заболеваний<sup>1,6</sup>. Сотрудничество со службами социальной помощи может способствовать предоставлению всей необходимой людям с хроническими психическими заболеваниями помощи в одном месте.

Идея медицинской помощи, основанная на интеграции первичного и вторичного медицинских звеньев, физического и психического здоровья, а также социальной опеки и системы здравоохранения подразумевает, что в приоритете государственной программы здравоохранения должны быть подготовка, набор и удержание сотрудни-

ков с целью получения пациентами с тяжелыми психическими заболеваниями наилучшего ухода<sup>8</sup>. Психиатрам необходимо взять на себя ведущую роль в определении потребностей в области физического здоровья лиц с тяжелыми психическими заболеваниями, а также в ориентации программ общественного здравоохранения на учет особенностей культурных норм и ценностей при разработке и внедрении системы интегрированной помощи. Они должны находиться в контакте с заинтересованными сторонами, в том числе с больными и их семьями, для того, чтобы интегрированная помощь была релевантной потребностям пациентов.

**Dinesh Bhugra<sup>1</sup>,**

**Antonio Ventriglio<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>President, World Psychiatric Association; Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK;

<sup>2</sup>Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Foggia, Foggia, Italy

Перевод: Лян Е. М.

Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

(World Psychiatry 2017; 47-48)

#### Библиография:

1. Ventriglio A, Gentile A, Stella E et al. Front Neurosci 2015;9:297.
2. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
3. Tseng WS. Handbook of cultural psychiatry. San Diego: Academic Press, 2001.
4. Ventriglio A, Bhugra D. Epidemiol Psychiatry Sci 2015;24:368-70.
5. Carlile A, Bhugra D. Starting today: the future of mental health services. London: Mental Health Foundation, 2013.
6. Horth P, Davidsen AJ, Kilian R et al. Aust N Z J Psychiatry 2014;48:861-70.
7. Bhugra D, Ventriglio A. BJPsych Int 2015;12:79- 80.
8. Bhugra D. World Psychiatry 2015;14:254.

DOI:10.1002/wps.20381

## Повышенный уровень смертности при тяжелых психических расстройствах: потребность в комплексном подходе

Статья Liu et al<sup>1</sup> вышла в ключевой и соответствующий времени момент, так как её тематика релевантна периоду усиления глобальных усилий по привлечению пристального внимания к проблемам психического здоровья, целью которых является создание условий

для адекватного лечения, что в результате должно привести к сокращению пробелов в психиатрической медицинской помощи. Мы должны быть уверены, что современные методы лечения доступны людям с тяжелыми психическими расстройствами в той

же степени, в какой они доступны всем остальным, и как семейный врач, я особо приветствую это.

Хотя нам известно, что продолжительность жизни у больных тяжелыми психическими расстройствами, такими как шизофрения и биполярное аффективное рас-



стройство, на 10–20 лет короче, чем в общей популяции, в течение долгого времени отмечался незначительный прогресс в устранении этого неравенства, и в настоящее время существует острая необходимость в сокращении этого разрыва.

Люди часто пытаются найти простые ответы на сложные вопросы, но в статье Liu et al. подчеркивается, что повышенный уровень смертности не является следствием какого-либо одной причины. Это означает, что существует потребность в новых подходах к этой комплексной проблеме. Бездействие в данном случае неприемлемо. Мы не можем продолжать относиться к статистике неблагоприятных исходов психических расстройств как к вполне ожидаемому результату. Каждая человеческая жизнь важна, и данное утверждение, безусловно, относится и к жизни, отягощенной психическим заболеванием.

Всегда существовали разные мнения о том, какие именно меры по улучшению психического здоровья и образа жизни положительно влияют на исход психических заболеваний, в том числе сокращая повышенный уровень смертности. Результаты исследований, представленных в статье Liu et al's, свидетельствуют в пользу некоторых мер по укреплению здоровья, включая отказ от курения и нормализацию веса тела. Кроме того, традиционно считается, что злоупотребление психоактивными веществами оказывает существенное влияние на состояние физического и психического здоровья у людей с психическими расстройствами в долгосрочной перспективе. Было создано множество различных лечебных программ для преодоления конкретно этой проблемы, и в вышеуказанной статье отмечено, что доказательства эффективности применяемых в настоящее время стратегий недостаточны. Это согласуется с недавним обзором<sup>2</sup>, подчеркивающим необходимость направления ресурсов на продолжение исследования проблемы эффективного лечения злоупотребления психоактивными веществами у людей с тяжелыми психическими расстройствами с целью снижения заболеваемости и смертности.

Предложенная система мероприятий согласуется с текущей точкой зрения на проблему, суть которой состоит в том, что решение

настолько многокомпонентных проблем необходимо осуществлять помощью комплексной медицинской помощи, учитывая то, что каждая составляющая этой помощи является набором услуг. Некоторые из них должны предоставляться теми лицами, которые сами страдают от психических заболеваний, другие – реализовываться путем принятия мер по улучшению социальной помощи, первичной медицинской помощи или специализированной медицинской помощи.

Изменение стандартов оказания медицинской помощи часто рассматривается как инструмент предоставления упомянутых услуг, но такое мнение ошибочно. Стандарты оказания медицинской помощи сами по себе следует рассматривать как набор услуг. Этот новый взгляд должен быть осознан теми, кто занимается финансированием медицинских услуг и назначает ответственных за их выполнение, в результате чего они смогут изменить свои собственные методы работы, особенно учитывая, что текущая реализация поставленных им задач не произвела значительного влияния на повышенный уровень смертности у людей с тяжелыми психическими расстройствами.

Предложенная система многоуровневых мероприятий также заостряет внимание на потребности в создании комбинированных методических рекомендаций по охране психического и физического здоровья, необходимых для улучшения качества диагностики и лечения, так как на протяжении слишком долгого времени существовала переоценка возможностей «узкой специализации», не приносившая желаемых результатов в лечении тяжелых психических расстройств. Данная модель также говорит о необходимости создания служб по охране здоровья в рамках комплексного подхода по продвижению здорового образа жизни, подчеркивает роль личности и заботы о своем здоровье, а также необходимость проведения исследований, релевантных практике, для обеспечения возможности внедрения действительно работающих методик.

Необходимы инновации и перераспределение задач, например, появление сотрудников, которые будут заниматься диагностикой и лечением соматических и психических заболеваний в долгосрочной перспективе, так как коморбид-

ность психических и физических болезней значительно увеличивает траты на здравоохранение и нагрузку на его ресурсы<sup>3,4</sup>.

Как семейный врач, защитник психического здоровья и человек, который ранее принимал участие в запуске служб по охране физического и психического здоровья, я нахожу полезной статью Liu et al's, потому что она объединяет большую часть фактических данных о том, что действительно работает в единую конструкцию, и описывает систему мероприятий, которая делает задачу изменения сложившейся ситуации менее пугающей. Тем не менее, мне бы хотелось увидеть больше информации о роли, которую могут играть различные методы работы с семьями пациентов в сокращении повышенного уровня смертности у людей с тяжелыми психическими расстройствами, особенно в связи с тем, что уже имеются убедительные доказательства роли семьи в профилактике рецидива и повторной госпитализации<sup>5</sup>. В системе здравоохранения существует системный провал в профилактике, выявлении и лечении соматических заболеваний у психически больных людей, частично связанный с отказом признать то, что стандарты оказания помощи – это комплексный пакет услуг, а не просто инструмент. Статья Liu et al. представляет собой призыв делать то, что возможно, и описывает систему мероприятий для осуществления этой работы.

## Gabriel Ivbijaro

President, World Federation for Mental Health; Wood Street  
Medical Centre, Walthamstow, London, UK

Перевод: Лян Е.М.

Редактура: к.м.н. Потанин С. С. (Москва)

(World Psychiatry 2017; 48-49)

## Библиография

1. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
2. McGinty EE, Baller J, Azrin S et al. Schizophr Bull 2016;42:96-124.
3. Ivbijaro G, Patel V, Chisholm D et al. East Mediterr Health J 2015;210:486-92.
4. Ivbijaro G, Enum Y, Khan A et al. Curr Psychiatry- try Rep 2014;16:506.
5. Jewell TC, Downing D, McFarlane WR. J Clin Psychol 2009;65:868-78.

DOI:10.1002/wps.20382