

УДК Р11(2Рос)286.45
ББК 616.895.8-082

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ 22-го КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ)

Д.А. Крупченко¹, В.Г. Симонян²

¹ Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Минск, Белоруссия

² Психиатрический центр «Норк», Ереван, Армения

Данный обзор подготовлен по материалам Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (март 2014 г., Мюнхен) участниками Образовательной программы ВПА «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (East European Educational WPA-Servier Academy – «EEE WPA-Servier Academy»).

*«Recovery ... refers to the attainment of a meaningful and valued life, rather than recovery from a disease, and the absence of symptoms»
(Roe & Swarbrick, 2007)*

Введение

Шизофрения является одним из самых распространенных психических расстройств. В научной литературе существует много трудов, посвященных различным аспектам данной патологии. Еще В.А. Гиляровский в своих трудах [1] отмечал, что шизофрения – одно из самых распространенных психических заболеваний и половина всех пациентов, поступающих в психиатрические стационары, страдают шизофренией. Автором приводились данные о том, что в последнее десятилетие ведутся активные работы в сфере познания этиологии и развития новых моделей оказания помощи данной группе людей. Однако, несмотря на это, шизофрения остается одной из самых сложно протекающих патологий.

Распространенность заболевания в мире среди взрослого населения составляют около 1% [2]. По данным ВОЗ, во всем мире шизофренией страдают 24 млн человек, шизофрения входит в десятку заболеваний с самым высоким показателем инвалидизации за год

жизни в возрастной группе от 15 до 44 лет и занимает в этом списке восьмое место [3]. Экономические затраты, связанные с лечением данного психического расстройства, чрезвычайно высоки: общие затраты на лечение шизофрении в США составляют около 65 млрд долл. в год, среди которых не прямые затраты более чем в 2 раза превышают прямые [4].

Несмотря на то, что в странах Европейского Союза помощь при данном психическом расстройстве существенно улучшилась за последние десятилетия, необходимы дальнейшие действия, направленные на снижение рисков, которым подвержены пациенты данной группы:

- социальной изоляции;
- безработицы;
- потери жилья и тюремного заключения;
- ухудшения качества жизни;
- преждевременной смерти и суицида;
- предрассудков и дискриминации во всех сферах жизни.

Представленные проблемы актуальны не только для людей, непосредственно страдающих шизофренией, и их родственников, но и для общества в целом в связи с социально-экономическими последствиями, снижением работоспособности пациентов и людей, осуществляющих уход за ними.

Это обуславливает актуальность и большой интерес к данному расстройству в мировом психиатрическом сообществе. Особенно важными являются вопросы организации психиатрической помощи при шизофрении и общая политика по отношению к данному психическому расстройству, так как при нем как ни при каком другом заболевании необходимо развитие скоординированной, преемственной, мультидисциплинарной психиатрической службы.

За последние 50 лет многими отечественными психиатрами ведутся активные работы в направлении развития психиатрической службы, организации новых форм оказания психиатрической помощи с целью создания новых терапевтически и фармакоэкономически эффективных моделей, а также в направлении снижения стигматизации и использования современных научно оправданных методов в психиатрической службе [5].

Основные проблемы, необходимость пересмотра политики, основные приоритеты в развитии службы помощи при шизофрении были широко представлены и на 22-м конгрессе Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА), который проходил с 1 по 4 марта 2014 г. в Мюнхене. В них представлен взгляд на организа-

цию помощи при шизофрении с разных точек зрения. В данном обзоре сделана попытка рассмотреть и систематизировать наиболее важные моменты в рамках представленной тематики.

Основные проблемы организации помощи при шизофрении

Институционализация и необходимость развития нестационарных форм помощи

Основными видами помощи при шизофрении в странах СНГ, к сожалению, до сих пор остаются лечение в стационарах и наблюдение в психоневрологических диспансерах. В то же время известно, что при направлении пациента в психиатрический стационар всегда необходимо учитывать, что польза от такого лечения может быть меньше, чем вред, связанный с социальными последствиями, изоляцией пациента, исчезновением его из окружения, нарушением прав, усилением стигматизации [6]. Особенно это актуально при длительных госпитализациях.

До недавнего времени считалось, что психиатрические стационары предназначены для лечения лиц с расстройствами психотического уровня. Однако в современных условиях не все больные с психозами нуждаются в обязательной госпитализации в психиатрическую больницу, многие из них могут получать лечение амбулаторно. Поэтому на современном этапе развития психиатрической службы необходимо проводить максимальную деинституционализацию и переориентацию на формы помощи, осуществляемые внутри сообщества пациента. В странах Европейского Союза данный процесс осуществляется в течение нескольких десятилетий, и достигнут существенный успех во многих странах [7]. Так, все больше создаются промежуточные формы учреждений (дневные стационары, пансионы для людей с психическими расстройствами, жилье с предоставлением помощи (assisted living) и т.д.), в которых проводится активное лечение пациентов без полной изоляции от семьи, сообщества и привычного окружения.

Многими современными отечественными психиатрами также ведутся активные исследования в области развития психиатрической службы на дому [8], авторами разработана и внедрена служба настойчивого лечения в сообществе. Такие бригады направлены на реорганизацию психиатрической службы и перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия в естественном социальном окружении. Поскольку в странах СНГ такие организационные формы, как бригады, не входят в номенк-

латуру подразделений психиатрической службы, целесообразно создание отделений с подобными функциями в структуре диспансера или психиатрического стационара.

Психоневрологические диспансеры организуются в тех городах, где численность населения позволяет выделить пять и более врачебных должностей. В других случаях функции психоневрологического диспансера выполняет кабинет психиатра, входящий в состав районной поликлиники.

Еще одной сложностью, требующей решения, является организация помощи пациентам с длительным сроком пребывания в психиатрических стационарах. По данным некоторых авторов [8], в психиатрических больницах России почти пятая часть коечного фонда «заблокирована» оседающими в стационаре людьми с многолетним хроническим течением заболевания и длительными сроками госпитализации, причем большую их часть составляют пациенты с диагнозами шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Актуальность проблемы «оседания» людей в психиатрических стационарах связана и с формированием у этих пациентов синдрома «госпитализма». Очень часто образуется замкнутый круг, когда клинические причины «обрастают» социальными трудностями, последние, в свою очередь, часто становятся непосредственной причиной повторных госпитализаций.

Кроме того, актуальность сокращения коечного фонда стационаров обусловлена еще и тем, что основная доля прямых медицинских затрат (около 80%), связанных с шизофренией, приходится именно на больничные службы. При этом доля медицинских издержек в развитых странах составляет 1,5-3% психиатрического бюджета, или 0,03% национального ВВП [9]. Основное же бремя шизофрении определяется социальными затратами, соотношение которых с медицинскими составляет 4:1.

Стигматизация при психических расстройствах

Серьезной проблемой для современной психиатрии являются стигматизация и дискриминация лиц, страдающих шизофренией, которые затрудняют как организацию лечения, так и включение пациентов в социальную жизнь [10].

Последние исследования показывают, что стигма и дискриминация лиц с психическими расстройствами увеличиваются, если судить по социальному дистанцированию широкой общественности. Это имеет серьезные последствия в виде исключения из социальной жизни, благополучия людей с психическими заболеваниями [11].

При этом структурная стигма (дискриминация внутри системы, институциональная дискриминация) является одной из наиболее проблемных и зачастую игнорируемых областей. Структурная стигма включает в себя дискриминацию со стороны частных и государственных институтов, которые преднамеренно ограничивают лиц, страдающих психическими расстройствами, а также особенности ведения политики и организации помощи таким образом, что это сокращает возможности людей, имеющих психические расстройства [12]. Следовательно, одной из основных задач дестигматизации является реструктуризация психиатрических служб разных стран с целью максимального обращения своего внимания на права и потребности пациентов, предотвращение их исключения из социальной жизни: открытие дневных стационаров и амбулаторий в сообществе, выведение психиатрической службы из стен стационара, развитие реабилитационных программ.

В докладе S. Evans-Lacko и др. на симпозиуме «Есть ли будущее для социальной психиатрии в Европе?» была показана важность макро- и микроконтекста в предотвращении исключения пациентов из социальной жизни. Так, в одном из крупных европейских исследований GAMIAN (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe) показаны роль социальной среды и ее вклад в развитие проблем в сфере психического здоровья и общее благополучия как отдельных лиц, так и целых сообществ [12].

Были представлены данные, указывающие на чрезвычайную важность и эффективность кампаний по борьбе со стигмой в обществе [13] (Time to change). Ориентация обширных антистигматизационных программ на широкую общественность ведет к добродетельному кругу (virtuous cycle) посредством разрывания негативной обратной связи общественности по отношению к лицам, страдающим психическими расстройствами, тем самым снижения их самостигматизации.

В организации программ по борьбе со стигмой необходимо применение комбинированного подхода, направленного на знания, отношение и поведение. Наиболее эффективными подходами в плане снижения стигмы являются: опыт непосредственного и опосредованного (через творчество, фотографии) положительно социального контакта с лицами, имеющими психические расстройства; корректное раскрытие историй людей, имеющих опыт успешного лечения. Улучшение доступности информации по вопросам психического здоровья и облегчения доступа к медицинской помощи и обращению за помощью также показывает свою

эффективность в отношении снижения стигмы [12]. Кроме того, образовательные программы по борьбе со стигмой должны быть непрерывным процессом, так как одиночные кампании, как правило, имеют ограниченный эффект.

Соматическое здоровье пациентов, страдающих шизофренией

Существенной проблемой, ассоциированной с шизофренией, является то, что при этом заболевании люди страдают от соматических болезней гораздо больше, чем лица, которые не имеют данного расстройства [14]. Тема была затронута на симпозиуме «Улучшение соматического здоровья людей, страдающих шизофренией» под председательством профессора W. Gaebel.

Профессор N. Sartorius привел данные нескольких исследований, показывающих, что люди, которым выставлен диагноз шизофрении, живут в среднем на десять лет меньше, чем остальная часть населения. Причины такого положения многочисленны: люди с шизофренией, вероятно, более озабочены симптомами самой шизофрении и пренебрегают соматическим здоровьем, не обращаются за медицинской помощью, когда это необходимо; предоставляемые медицинские услуги в большинстве случаев имеют худшее качество для лиц, которые имеют диагноз психического заболевания; люди с шизофренией часто не в состоянии оплатить расходы на посещение врача и лечение; наконец, нельзя исключать того, что шизофрения и соматические заболевания имеют общие конституциональные причины, повышающие уязвимость человека как к психическим, так и к физическим заболеваниям.

Кроме того, была затронута проблема нарушений в сексуальной сфере пациентов. Так, недавние исследования показывают, что сексуальные, эмоциональные и личные отношения чрезвычайно важны, по крайней мере, для 65% лиц, страдающих шизофренией, что составляет столько же, сколько для лиц контрольной группы, не имеющих психических расстройств [15]. Было указано, что большинство пациентов имеют мало информации о половом воспитании и отмечают отсутствие соответствующих бесед с их лечащим врачом-психиатром, несмотря на необходимость этого. В то же время любовь и эмоциональные устойчивые отношения вносят огромный вклад в нормализацию жизни, ресоциализацию и лучший прогноз заболевания [16, 17].

Сексуальные дисфункции зачастую связаны с лечением психических заболеваний. Главным образом это касается антипсихотических препаратов, вызывающих гиперпролактинемия [18]. Многие пациенты, в основном молодые мужчины, считают ухудшение сек-

суальной функции одним из наиболее тяжелых побочных эффектов вместе с экстрапирамидными симптомами, увеличением массы и седацией. Они считают неприемлемыми нарушения сексуальной сферы под действием лечения, что оказывает влияние на их комплаенс. Необходимо учитывать эти данные при назначении лечения, иметь возможность обсудить с пациентом его беспокойство по поводу нарушений сексуальных функций [19].

На симпозиуме «Улучшение жизни людей, страдающих шизофренией: общая ответственность» [20] была затронута тема побочных эффектов при лечении антипсихотическими препаратами, которая является одной из наиболее важных в связи с нарушениями комплаенса, существенным влиянием на соматическое здоровье пациентов. В то же время важность мониторинга побочных эффектов зачастую недооценивается врачами. Положительные изменения могут быть достигнуты посредством обширных государственных программ, нацеленных на улучшение качества лечения при шизофрении и осуществляющих наблюдение и ревизию выписки психотропных препаратов [21].

Нарушения прав людей, страдающих шизофренией

Немаловажной проблемой, связанной с психическими расстройствами в целом и с шизофренией в частности, является распространенность нарушений прав человека и методы их предотвращения. Нарушения прав людей, страдающих шизофренией, как и в целом при психических расстройствах, к сожалению, широко распространены по всему миру [22].

На симпозиуме «Права и нужды пациента в свете Конвенции ООН по защите прав инвалидов» были представлены взгляды потребителей психиатрической помощи на права и нужды пациентов. Президент EUFAMI (Европейской федерации ассоциаций семей лиц, страдающих психическими заболеваниями) В. Johnson подчеркнул, что права любого человека, как они изложены в Уставе ООН, должны всегда оставаться священными, а любое законодательство как на национальном, европейском, так и на международном уровне всегда должно ставить принцип соблюдения прав людей в основу. Вместе с тем он высказал необходимость поиска баланса между продвижением прав и обязанностей человека и его социальной защитой.

Необходимость поиска данного баланса была поддержана и в докладе S. Mueller «Этические и клинические сложности психиатрии». В 2006 г. вступила в силу, а затем была подписана и ратифицирована в большинстве стран мира Конвенция ООН о правах ин-

валидов [23]. Данный документ открывает новую точку зрения на инвалидность и требует изменения многих существующих практик оказания, в том числе и психиатрической помощи.

В частности, в ст. 25 Конвенции указано, что оказание медицинской помощи должно предоставляться *«... в том числе на основе свободного и информированного согласия...»*, а в ст. 12 – что, *«... инвалиды обладают правоспособностью наравне с другими во всех аспектах жизни...»*, ст. 14 – *«... наличие инвалидности ни в коем случае не становится основанием для лишения свободы»*. Такая точка зрения требует пересмотра процедуры недобровольной госпитализации, принудительного лечения, лишения дееспособности. По сути, конвенция настаивает на недопустимости подобных практик.

В то же время возникает вопрос об организации помощи лицам, отказывающимся от получения помощи. Возникает конфликт между принципом уважения автономии пациента и заботой о его состоянии.

С одной стороны, врачи имеют юридическую и этическую ответственность за лечение пациентов только в случае их осознанного согласия. С другой стороны, врачи обязаны помогать пациентам. В то же время у многих пациентов с тяжелыми психическими расстройствами способность к автономному принятию решений может временно снижаться. В некоторых случаях принудительное лечение может быть единственным способом восстановить способности, лежащие в основе автономного принятия решений. Отказ от оказания помощи исключительно на основании принципа автономии увеличивает риск вреда здоровью пациентов. Указанная дилемма вновь ставится во главу угла современной психиатрии в свете Конвенции по правам инвалидов и требует разрешения в ближайшем будущем. Решение не может сводиться просто к запрету принудительного лечения, а требует поиска выхода, учитывающего волю пациента и эффективную помощь, направленную на восстановление способности к автономному принятию решений. Среди возможных путей выхода приводится подход *«заблаговременно сделанных указаний»* (advance directive), когда человек заранее заявляет о том, что именно предпочел бы в случае ухудшения психического состояния, ограничивающего способность к автономному принятию решений.

Другим необходимым действием в свете появления конвенции является пересмотр существующего процесса оказания недобровольной психиатрической помощи. Считается, что альтернативой стационарной психиатрической помощи должно являться прину-

дительной лечение в сообществе пациента (compulsory community treatment). Однако S. Kisely в выступлении на симпозиуме «Европейские модели помощи для лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами: принудительное лечение» привел данные, указывающие, что в отдаленной перспективе эффективность принудительного лечения в сообществе не отличаются от обычной психиатрической помощи на добровольной основе в плане регоспитализаций, социального функционирования и симптоматики [24]. Раннее вмешательство при психических расстройствах и доступность своевременной психиатрической помощи гораздо важнее хорошо налаженной процедуры принудительного лечения.

Современные приоритеты в организации помощи при шизофрении

В симпозиуме «Улучшение помощи при шизофрении – приоритет в политике здравоохранения» были представлены выводы рабочей группы, состоящей из психиатров разных стран, исследователей, медицинских сестер, пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними. Группа несколько раз встречалась и систематизировала ведущие мировые представления в современной клинической и научной доказательной базе относительно организации помощи при шизофрении в сочетании с опытом непосредственных потребителей психиатрической помощи. Три основных вывода, к которым удалось прийти, заключаются в следующем:

- вероятность хорошего исхода для людей с шизофренией улучшилась в последние десятилетия; в случае наличия надлежащего ведения многие люди в состоянии достичь приемлемого качества жизни.

- современный подход к ведению шизофрении должен стремиться продвинуть пациента по пути к восстановлению нормального функционирования, а также облегчать симптомы, вызывающие дистресс пациента.

- стимуляция будущих изменений с целью улучшения прогноза при шизофрении требует фундаментальных изменений в политике.

Ниже приведены основные направления изменений политики, сформулированные группой [25].

Ориентация на восстановление (recovery)

Содействие восстановлению (recovery) при шизофрении:

- 1) известно, что до 50% людей с шизофренией могут иметь хороший прогноз, если они получают соответствующее лечение, что, в свою очередь, зависит от точной и полной клинической оценки;

2) для пациента, страдающего шизофренией, восстановление может быть рассмотрено как процесс личного роста, несмотря на присутствие психического заболевания;

3) расширение прав и возможностей является важным фактором в достижении восстановления пациентов;

4) работники сферы психического здоровья должны признать, что большинство пациентов с шизофренией могут достичь некоторой степени функционального восстановления и вести продуктивную и полноценную жизнь в обществе;

5) с начальных этапов терапии, восстановление должно рассматриваться как наиважнейшая цель.

Интегрированный подход к лечению шизофрении

Второй предпосылкой достижения положительных результатов при шизофрении является развитие комплексного подхода к лечению (т.е. сочетающего медицинские и психологические методы лечения, а также внимание физическому здоровью). Врачи должны быть частью междисциплинарной команды, состоящей из специалистов в области здравоохранения, поставщиков социальных услуг и других соответствующих учреждений (например, жилищных органов). Кроме того, как представил S. Steffen в своем докладе, немаловажную роль в процессе повышения качества жизни и проводимого лечения при шизофрении имеют общественные организации. Дублинской декларацией, подписанной в 2013 г., создана сеть из негосударственных общественных организаций 22 стран, которые проводят программу по поддержке пациентов, страдающих шизофренией и их семей.

Таким образом, для достижения ощутимого улучшения в сфере политики по отношению к шизофрении необходимо сотрудничество всех заинтересованных сторон общества. Лишь при таком сотрудничестве данная политика может принести ожидаемый результат.

Создание поддерживающей среды, которая содействует восстановлению

Улучшение среды, в которой существуют пациенты, способствует лучшему контролю симптомов и восстановлению функций. Соответственно, создание благоприятной среды, в которой люди с шизофренией могут работать над своим восстановлением, занимает центральное место в организации помощи. Поиск и сохранение работы, способность управлять личными финансами, создание и поддержание хороших межличностных отношений являются ключевыми потребностями людей с шизофренией. Следует поощрять программы

поддерживаемого трудоустройства (supported employment) и системе льгот, способствующих удержанию на рабочем месте.

Люди с психическими расстройствами, как было указано выше, часто сталкиваются с предрассудками и дискриминацией при поиске работы или обучения, при попытке сформировать тесные отношения. Следовательно, необходимо развитие информационно-просветительских кампаний, направленных на снижение бремени стигмы.

Основные направления изменения политики

Суммируя вышеперечисленные проблемы, основные приоритеты в организации помощи при шизофрении, можно кратко сформулировать *основные направления изменения политики*.

В своем докладе «Изменение курса (политики) при шизофрении» профессор W. Fleischhacker и соавт. представили рекомендации по изменению курса и политики помощи при шизофрении. Авторами приводятся рекомендации по улучшению оказываемой помощи и качества жизни людей, которые страдают шизофренией. Данные рекомендации даются на местном, национальном и региональном уровнях [25]:

1. Обеспечение психиатрической службы научно обоснованными, интегрированными протоколами и стандартами помощи, которые должны быть поддержаны национальной системой здравоохранения.

2. Обеспечение поддержки пациентов с целью их интеграции в сообщество и развитие механизмов помощи выхода из трудного положения (безработица, потеря жилья и т.д.) для достижения восстановления. Сопровождение и образовательные программы должны быть развиты и внедрены для поддержки включения пациентов в их сообщества, трудовые коллективы, школы.

3. Обеспечение поддержкой, информацией и образовательными программами семей пациентов, которые обучают правильному уходу, способствующему восстановлению пациентов, и сводят к минимуму ухудшения собственной жизни опекунов.

4. Сотрудничество со специалистами других служб, а также общественными организациями, которые поддерживают пациентов, консультации с семьями и опекунами по вопросам постоянных пересмотров, улучшений и обновлений политики в области шизофрении.

5. Поддержка исследований и разработки новых методов лечения, которые улучшают перспективы пациентов и прогноз при шизофрении.

6. Организация и адекватное финансирование продолжительных и регулярных компаний повышения информированности с целью увеличения понимания шизофрении среди широких слоев общест-венности; подчеркивания важности положительного социального отношения к психическим расстройствам; акцентирования поддерж-ки правильного ведения шизофрении; сдерживания дискримини-рующих отношений и действий. Подобные программы должны яв-ляться неотъемлемой частью любого комплекса мероприятий.

Выводы

Вышеприведенные данные показывают, что и в западных странах, и в странах СНГ проводятся множественные исследова-ния, которые выявляют и сравнивают разные аспекты оказания психиатрической помощи при шизофрении. Последние включают в себя вопросы терапии и психосоциальной реабилитации паци-ентов этой группы. Учеными неоднократно исследовано значение таких разных организационных форм психиатрической службы, как стационары, клиники для больных с первым психотическим эпизодом, а также диспансерные отделения и т.д. Проведены множественные исследования эффективности разных антипсихо-тических препаратов и их побочных эффектов. Часто исследовате-лями затрагиваются вопросы рентабельности в организации пси-хиатрической службы, которые занимаются лечением и психосо-циальной реабилитацией при шизофрении.

В обзоре представлены основные проблемы организации помо-щи при шизофрении, о которых шла речь на 22-м конгрессе Европей-ской психиатрической ассоциации, среди них: необходимость реор-ганизации психиатрической службы с ориентацией ее на внестацио-нарные формы помощи; стигматизация лиц, страдающих шизофре-нией, и необходимость ее преодоления; плохое соматическое здоро-вье пациентов, страдающих шизофренией, и побочные эффекты пси-хотропных препаратов; распространенность нарушений прав чело-века в свете конвенции по защите прав инвалидов. Систематизиро-ваны приоритеты политики организации помощи при шизофрении, среди которых: ориентация на восстановление, интегрированный подход к лечению, создание поддерживающей среды, способствующей выздоровлению. Кратко приведены рекомендации основных на-правлений изменения политики оказания помощи при шизофрении.

Данные рекомендации по улучшению политики по борьбе с шизофренией очень актуальны и в странах бывшего Советского Союза, однако только теоретические рекомендации сегодня не в силе решить проблемы данной группы пациентов наших стран.

Необходима скоординированная, целенаправленная и планомерная деятельность всех заинтересованных структур. Представленные рекомендации могут служить в качестве основных ориентиров данной деятельности.

Важны также развитие и активное участие сети общественных организаций, непосредственных потребителей психиатрической помощи и их семей. Также необходима помощь в вопросах переподготовки и обмена опытом работников сферы психического здоровья.

Благодарности

Авторы выражают благодарность компании «Сервье» в лице доктора F. Camus, а также куратору академии WPA-Servier, региональному представителю ВПА в Восточной Европе профессору П.В. Морозову за предоставленную возможность участия в работе 22-го конгресса Европейской психиатрической ассоциации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляровский В.А. Психиатрия, руководство для врачей и студентов. М.; Л.: Биомедгиз, 1935. С. 282–283.
2. McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 2008, vol. 30, pp. 67–76.
3. WHO | The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope.
4. Wyatt R.J., Henter I., Leary M.C., Taylor E. An economic evaluation of schizophrenia – 1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, vol. 30(5), pp. 196–205.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999). М.: Медпрактика, 2000. 506 с.
6. Ahern L., Rosenthal E. Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey. Mental Disability Rights International, Istanbul, 2005, 87 p.
7. Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally. New Jersey, John Wiley & Sons, 2011, p. 240.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Бабушкина Е.И., Давыдов К.Б., Есяяц Ж.Л. Оптимизация психиатрической помощи больным шизофренией с длительными госпитализациями. Пособие для врачей. М., 2007. 26 с.
9. Evers S., Ament A. Cost of schizophrenia in Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21, pp. 141–153.
10. Sartorius N., Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 2005, p. 238.
11. Evans-Lacko S., Brohan E., Mojtabai R., Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 2012, vol. 42(8), pp. 1741–1752.
12. Corrigan P.W., Markowitz F.E., Watson A.C. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, vol. 30(3), pp. 481–491.
13. Evans-Lacko S., Malcolm E., West K., Rose D., London J., Rüschn N., Thornicroft G. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, supp. 55, pp. 77–88.

14. De Hert M., Correll C.U., Bobes J., Cetekovich-Bakmas M., Cohen D., Asai I., Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2011, vol. 10(1), pp. 52–77.
15. Montejo A.L., Majadas S., Rico-Villademoros F., Llorca G., De La Gándara J., Franco M., Prieto N. Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010, vol. 7(10), pp. 3404–3413.
16. Heald A., Montejo A.L., Millar H., De Hert M., McCrae J., Correll C.U. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 41–45.
17. Montejo A.-L. The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 3–5.
18. Malik P., Kemmler G., Hummer M., Riecher-Roessler A., Kahn R.S., Fleischhacker W.W. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2011, vol. 31(3), pp. 274–280.
19. Östman M., Björkman A.-C. Schizophrenia and relationships: the effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2013, vol. 7(1), pp. 20–24.
20. Nordentoft M., Melau M., Rasmussen J., Thorup A., Secher G., Austin S., Jeppesen P., Mors O., Lone P., Bertelsen M. Update on Interventions for Patients with Schizophrenia, Article: EPA-1816, Topic: CS04. 2014. Abstracts book of the 22 European Congress of Psychiatry. Munich, 2014.
21. Barnes T.R., Paton C. Improving prescribing practice in psychiatry: the experience of the Prescribing Observatory for Mental Health (POMH-UK). *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 2011, vol. 23(4), pp. 328–335.
22. Drew N., Funk M., Tang S., Lamichhane J., Chávez E., Katontoka S., Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*, 2011, vol. 378(9803), pp. 1664–1675.
23. International Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Adopted by the United Nations General Assembly in December 2006. URL: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.
24. Kisely S., Xiao J., Crowe E., Paydar A., Jian L. The effect of community treatment orders on outcome as assessed by the Health of the Nation Outcome Scales. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 215(3), pp. 574–578.
25. Fleischhacker W.W., Arango C., Arteel P., Barnes T.R.E., Carpenter W., Duckworth K., Woodruff P. Schizophrenia-time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 2014, vol. 40(3), pp. 165–194.

REFERENCES

1. Gilyarovskii V.A. *Psikhiatriya: rukovodstvo dlya vrachei i studentov* [Psychiatry: a guide for doctors and students]. Moscow, 1935, pp. 282–283.
2. McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 2008, vol. 30, pp. 67–76.
3. WHO | The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope.

4. Wyatt R.J., Henter I., Leary M.C., Taylor E. An economic evaluation of schizophrenia – 1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, vol. 30(5), pp. 196–205.
5. Gurovich I.Ya., Golland V.B., Zaichenko N.M. *Dinamika pokazatelei deya-tel'nosti psikiatricheskoi sluzhby Rossii (1994–1999)* [Dynamics of activity of psychiatric service in Russia (1994–1999)]. Moscow, 2000, 506 p.
6. Ahern L., Rosenthal E. Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey. Mental Disability Rights International, Istanbul, 2005, 87 p.
7. Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally. New Jersey, John Wiley & Sons, 2011, p. 240.
8. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Shashkova N.G., Visnevskaya L.Ya., Babushki-na E.I., Davydov K.B., Esayants Zh.L. *Optimizatsiya psikiatricheskoi pomo-shchi bol'nyim shizofreniei s dlitel'nyimi gospitalizatsiyami. Posobie dlya vrachei* [Optimizing the help of psychiatric-soup schizophrenia with long-term hospitalization. Manual for physicians]. Moscow, 2007, 26 p.
9. Evers S., Ament A. Cost of schizophrenia in Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21, pp. 141–153.
10. Sartorius N., Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 2005, p. 238.
11. Evans-Lacko S., Brohan E., Mojtabai R., Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 2012, vol. 42(8), pp. 1741–1752.
12. Corrigan P.W., Markowitz F.E., Watson A.C. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, vol. 30(3), pp. 481–491.
13. Evans-Lacko S., Malcolm E., West K., Rose D., London J., Rüschn N., Thornicroft G. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, supp. 55, pp. 77–88.
14. De Hert M., Correll C.U., Bobes J., Cetkovich-Bakmas M., Cohen D., Asai I., Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2011, vol. 10(1), pp. 52–77.
15. Montejo A.L., Majadas S., Rico-Villademoros F., Llorca G., De La Gándara J., Franco M., Prieto N. Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010, vol. 7(10), pp. 3404–3413.
16. Heald A., Montejo A.L., Millar H., De Hert M., McCrae J., Correll C.U. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 41–45.
17. Montejo A.-L. The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 3–5.
18. Malik P., Kemmler G., Hummer M., Riecher-Roessler A., Kahn R.S., Fleischhacker W.W. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2011, vol. 31(3), pp. 274–280.
19. Östman M., Björkman A.-C. Schizophrenia and relationships: the effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2013, vol. 7(1), pp. 20–24.
20. Nordentoft M., Melau M., Rasmussen J., Thorup A., Secher G., Austin S., Jeppesen P., Mors O., Lone P., Bertelsen M. Update on Interventions for Patients with Schi-

zophrenia, Article: EPA-1816, Topic: CS04. 2014. Abstracts book of the 22 European Congress of Psychiatry. Munich, 2014.

21. Barnes T.R., Paton C. Improving prescribing practice in psychiatry: the experience of the Prescribing Observatory for Mental Health (POMH-UK). *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 2011, vol. 23(4), pp. 328–335.

22. Drew N., Funk M., Tang S., Lamichhane J., Chávez E., Katontoka S., Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*, 2011, vol. 378(9803), pp. 1664–1675.

23. International Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Adopted by the United Nations General Assembly in December 2006. Available at: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.

24. Kisely S., Xiao J., Crowe E., Paydar A., Jian L. The effect of community treatment orders on outcome as assessed by the Health of the Nation Outcome Scales. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 215(3), pp. 574–578.

25. Fleischhacker W.W., Arango C., Arteel P., Barnes T.R.E., Carpenter W., Duckworth K., Woodruff P. Schizophrenia-time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 2014, vol. 40(3), pp. 165–194.

Крупченко Д.А., Симонян В.Г. Вопросы организации помощи лицам, страдающим шизофренией (по материалам 22-го конгресса Европейской психиатрической ассоциации) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 95–111.

Аннотация. В обзоре представлены основные проблемы организации помощи при шизофрении, речь о которых шла на 22-м конгрессе Европейской психиатрической ассоциации (1–4 марта 2014 г., Мюнхен, Германия), среди которых необходимость реорганизации психиатрической службы с ориентацией ее на внестационарные формы помощи; стигматизация лиц, страдающих шизофренией и необходимость ее преодоления; плохое соматическое здоровье пациентов, страдающих шизофренией и побочные эффекты психотропных препаратов; распространенность нарушений прав человека в свете конвенции по защите прав инвалидов. Систематизированы приоритеты политики организации помощи при шизофрении, среди которых ориентация на восстановление, интегрированный подход к лечению, создание поддерживающей среды, способствующей выздоровлению. Кратко приведены рекомендации основных направлений изменения политики оказания помощи при данном психическом расстройстве.

Ключевые слова: шизофрения, политика, служба помощи.

Информация об авторах:

Крупченко Дмитрий Александрович, врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, учреждение здравоохранения «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Белоруссия, 220013, Минск, ул. П. Бровки, 7. Тел. +375 17 3318496. dmitry.krupchenko@gmail.com.

Симонян Ваган Гагикович, заведующий клиникой первого психотического эпизода, Психиатрический центр «Норк» Минздрава Армении. Армения, 0025, Ереван, Норк, ул. Овсепяна 2А. Тел. +374 91 40 98 58. simonyanvahan@yahoo.com.

Krupchanka D.A., Simonian V.G. Voprosy organizatsii pomoshchi litsam, stradayushchim shizofreniei (po materialam 22-go kongressa Evropeiskoi psikhiatricheskoi assotsiatsii) [Issues of health care provision for people suffering from schizophrenia (based on materials of 22nd congress of European Psychiatric Association)] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 95–111.

Abstract. The article presents an overview of main issues of providing people suffering from schizophrenia with health care which were mentioned during the 22nd Congress of the European Psychiatric Association (March 1-4, 2014, Munich, Germany). These issues include the necessity of reorganizing the psychiatric service and reorienting it toward out-patient facilities, stigmatization of people with schizophrenia and the necessity to overcome it; poor physical health of patients with schizophrenia and adverse effects of psychotropic drugs; the abundance of human rights violations in the light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The authors systematize the policy priorities in health care provision for patients with schizophrenia which include focus on recovery, an integrated approach to treatment, creating a supportive environment for the recovery. They also give a brief account of recommendations on the main directions of policy changes in treating patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, policy, service.

Information about author:

Krupchanka Dzmitry, M.D., psychiatrist, psychotherapist, «Psychiatry-Narcology» Regional Clinical Center, Minsk. 7, Petrus' Brovka Str., Minsk, 220013, Belarus. Tel. +375 17 3318496. dmitry.krupchenko@gmail.com.

Simonyan Vahan, M.D., Head of First Psychotic Episode Clinic, «Nork» psychiatric center, Ministry of Health, Armenia. Armenia, 0025, Yerevan, Nork, Hovsepian 2A. Tel: +374 91 40 98 58. simonyanvahan@yahoo.com.

Поступила: 08.12.2014

Received: 08.12.2014