

5. Послание Президента РФ Федеральному Собранию Российской Федерации 5 декабря 2008 г. Российская газета. 2008; 6 нояб., № 230.
6. Закон РМЭ от 2 августа 2011 г. № 43-3 «О дополнительных мерах социальной поддержки неработающих трудоспособных граждан, являющихся родителями детей-инвалидов и осуществляющих уход за ними» (принят Госсобранием РМЭ 28.07.2011) [Текст]: [Электронный ресурс]. — Электрон. ст. — Режим доступа к ст. www.consultant.ru.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» от 11 апреля 2011 г. № 295н. Российская газета. 2011; 3 авг., № 168.
8. Информация о деятельности Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Марий Эл». Йошкар-Ола; 2011.
9. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. (в ред. от 30 декабря 2008 г. № 7 — ФКЗ) [Текст]: [Электронный ресурс]. — Электрон. ст. — Режим доступа к ст. www.consultant.ru.

REFERENCES

1. The basic indicators of activity of a bureau medico-social examination. www.gks.ru, 23.11.2012 (in Russian).
2. The federal law «About ratification of the Convention on the

rights of invalids» from 3.05.2012, № 46. www.consultant.ru, 23.11.2012 (in Russian).

3. Government program of the Russian Federation «the Accessible environment» on 2011—2015. www.consultant.ru, 23.11.2012 (in Russian).
4. The concept of perfection of the state system of medico-social examination and rehabilitation of invalids. <http://www.saphia.ru/index.php?id=1354>, 23.11.2012 (in Russian).
5. The message of the President of the Russian Federation to Federal Meeting of the Russian Federation from 5.12.2008. Rossiyskaya gazeta. 6.11.2008, № 230 (in Russian).
6. The law of Republic Mary El «About additional measures of social support of the idle able-bodied citizens who are parents of children-invalids and carrying out care by them» from 2.08.2011. www.consultant.ru, 23.11.2012 (in Russian).
7. The order of Ministry of Health and social development of the Russian Federation «About the statement of Administrative regulations on granting of the state service in carrying out medico-social examination» from 11.04.2011, N 295n. Rossiyskaya gazeta 03.08.2011, N 168 (in Russian).
8. The information on activity of Federal state establishment «The Main bureau medico-social examination on Republic Mary El». Ioshkar Ola, 2011 (in Russian).
9. The constitution of the Russian Federation from 12.12.1993, N 7. www.consultant.ru (in Russian).

Поступила 23.10.12

ЛЕКЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.89-036.86-08:364.4

Н.Б. Захаров, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев

ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

КО ГКУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева», 610029, г. Киров

Систематизированы основные понятия, достижения и проблемы современной психиатрической реабилитации. Подчеркнута необходимость учета социальных факторов в реабилитационном процессе. Представлена возможная оценка эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: психиатрическая реабилитация, эффективность реабилитации, биопсихосоциальный подход.

ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES OF MODERN PSYCHIATRIC REHABILITATION

N.B. Zakharov, M.V. Zlokazova, A.G. Solov'ev

V.M. Bekhterev Kirov Regional Clinical Psychiatric Hospital, 610029, Kirov, Russian Federation

The basic concepts, achievements and challenges of modern psychiatric rehabilitation are systematized. The need to take account of social factors in the rehabilitation process is stressed. Shows a possible assessment of treatment and rehabilitation effectiveness is shown.

Key words: Psychiatric rehabilitation, rehabilitation efficiency, biopsychosocial approach.

В последние годы реабилитация пациентов является одной из основных тем медицины в целом и психиатрии в частности, что отражает тенденции развития мировой и отечественной науки [11, 29].

Для корреспонденции:

Захаров Николай Борисович — канд. мед. наук, зам. гл. врача; 610029, г. Киров, пос. Ганино, Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева, e-mail: nb_zakharov@mail.ru.

Многочисленные научные публикации и обсуждение различных методов реабилитации приводят к расширенному толкованию этого термина, что требует, вероятно, более точного определения его границ, так как разнообразие терминологии приводит к непониманию предмета, а следовательно, возрастает возможность ошибочных действий. Статья 40 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет медицинскую реабилитацию как «комплекс мероприятий медицинского и

психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество» [3].

Данное определение имеет слишком общую характеристику, и реабилитация в отдельных отраслях медицинских знаний требует ее уточнения. Так, реабилитация после остро возникшего патологического процесса часто отождествляется с понятием «долечивание» или «восстановительное лечение» [4], что характерно, например, для лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения; а для пациентов после ампутации конечности наиболее важным являются технические средства реабилитации. Конечно, в этих случаях вслед за первым этапом должны следовать следующие, в том числе решение вопросов психологической, социальной и профессиональной реабилитации.

Целью данного исследования явилась систематизация основных понятий, достижений и проблем реабилитации для лиц с психическими расстройствами. Они значительно отличаются от общемедицинских, и связано это с теми обстоятельствами, что при психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения [5].

На вопрос, какие функции необходимо восстанавливать у лиц с психическими расстройствами, казалось бы, ответ очевиден: при психических заболеваниях нарушаются высшие психические функции, приводящие к утрате трудоспособности и социальной дезадаптации, на восстановление которых и требуется направлять основные усилия. Отчасти это действительно так, однако значительное количество психических расстройств имеют склонность к хроническому и затяжному течению и, несмотря на все усилия и достижения современной психофармакотерапии и появление новых поколений препаратов, существенного повышения эффективности лечения больных, в частности больных шизофренией, не произошло [6]. Хотя существуют подтверждения того, что антипсихотики второго поколения способны улучшать когнитивные функции [7] и уменьшать выраженность негативной симптоматики у больных шизофренией [8], именно когнитивные нарушения являются основной преградой для профессиональной и социальной реабилитации больных [9]. Кроме того, побочные действия лекарств могут ослабить способность человека выполнять социальные роли. Поэтому адекватная лекарственная терапия сегодня представляется важнейшей составляющей реабилитации, так как именно она является основой, на которой возможно построение и проведение реабили-

литационных программ. Таким образом, и терапия, и реабилитация являются в психиатрии составляющими единого лечебно-реабилитационного процесса [10].

Наряду с нарушениями высших психических функций у лиц с психическими расстройствами остро стоит вопрос социальной адаптации, на восстановление, улучшение или поддержание которой сегодня направляются основные усилия специалистов в области психического здоровья. Так, социально-психологическая концепция выздоровления (recovery) понимает процесс «выздоровления» путем «инкорпорации болезненного опыта в свою идентичность», реализующийся вследствие связанных с тяжелой болезнью изменений у личности, не позволяющих вернуться к прежней жизни [11, 12]. В связи с этим совершенно справедливо и оправданно говорить о психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации [13], что, с одной стороны, делает акцент на социальную составляющую реабилитации, а с другой — подчеркивает взаимосвязь терапевтических и реабилитационных аспектов в психиатрии. И это в полной мере соответствует биопсихосоциальному подходу [14], где наряду с биологической составляющей лечебного процесса, такую же важную роль играют социальные и психологические факторы.

В связи с этим возникает необходимость повышения эффективности подготовки кадров для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, в первую очередь это касается врачей-психиатров. Естественно, что для подготовки компетентных специалистов в области реабилитации необходимо обладать, помимо традиционных навыков и умений врача-психиатра, особым мировоззрением, базирующимся на биопсихосоциальном подходе. Система подготовки врачебных кадров в отечественных медицинских высших учебных заведениях в последние десятилетия в основном ориентирована на пастеровскую парадигму [15], когда будущего врача в первую очередь учат постановке синдромального и нозологического диагноза, затем назначению терапии, соответствующей диагнозу, и решению экспертных вопросов, в значительной степени связанных с поставленным диагнозом. Таким образом, выпускник медицинского вуза нацелен на постановку диагноза и медикаментозное лечение (для терапевтических специальностей), но не на решение реабилитационных вопросов. С подобными проблемами сталкиваются и за рубежом, когда молодые психиатры обучаются в основном диагностике и выписыванию рецептов, нацелены исключительно на контроль симптомов, а не на интеграцию фармакологических и социальных вмешательств [16].

Вероятно, формирование биопсихосоциального подхода у будущих врачей-психиатров необходимо делать на этапе послевузовского образования. В меньшей степени эта проблема характерна для врачей-психотерапевтов именно из-за особенностей последипломной подготовки, в еще меньшей степени — для психологов и специалистов по социальной работе.

Вместе с основной задачей реабилитации в психиатрии — сохранения, восстановления или поддер-

жания уровня социальной адаптации, что важно для всех лиц, страдающих психическими расстройствами, для целевых групп пациентов, объединенных общими проблемами, требуется разработка индивидуальных лечебно-реабилитационных программ [17]. Решение о типе и объеме вмешательств должно быть сделано для каждого больного отдельно, учитывая его уникальность, ответы на лечение и фазы заболевания. Совершенно очевидно, что реабилитация для первичных пациентов будет отличаться от таковой в отношении больных с непрерывным пребыванием в стационаре более года или лиц, находящихся на принудительном лечении. Это требует концентрации усилий специалистов для «проблемной» группы больных, что оправдывает создание специализированных подразделений, например клиник (отделений) первого эпизода [17]. В данном случае реабилитация для пациентов с дебютом заболевания или небольшой длительностью психоза является превентивной, сберегающей. Создание подобных отделений требует организационных и материальных ресурсов, в частности улучшения условий пребывания в стационаре. Однако требуется достаточно большое количество времени (несколько лет) для оценки успешности и целесообразности нахождения пациента в таком отделении. Кроме того, даже в подобных целевых группах пациентов имеется слишком много индивидуальных различий как по длительности заболевания, так и по тяжести социальной дезадаптации.

Возникает и другой вопрос: как решать вопросы госпитализации по мере увеличения длительности психоза. Пациент и его родственники привыкают к возможности нахождения именно в отделении первого эпизода, врачи в свою очередь также привыкают к пациентам. Требуется большая принципиальность со стороны администрации клиники, чтобы соблюдать условия и положение о госпитализации в подобные специализированные отделения. В противном случае имеется тенденция перехода отделения первого эпизода в обычное психиатрическое, но с особыми условиями пребывания пациентов. Один из возможных вариантов решения этого вопроса — создание во всех отделениях стационара обстановки, включая необходимые материальные и кадровые ресурсы, приближенной к условиям отделения первого эпизода.

Еще одна проблема, с которой сталкиваются врачи в таких подразделениях, — это проблема госпитализации. Естественным является налаживание партнерских отношений с пациентом, в том числе и по вопросу о добровольности пребывания в психиатрическом стационаре. Так как недобровольная госпитализация не улучшает взаимопонимания между врачом и пациентом, доктор стремится «договориться» о добровольном лечении там, где пациент по своему психическому состоянию может дать осознанное информированное добровольное согласие на госпитализацию и лечение. По мере улучшения психического состояния пациент начинает тяготиться госпитализацией и прерывает свое лечение в стационаре, что приводит к обострению заболевания и повторной госпитализации. Это может показаться

парадоксальным, но недобровольная госпитализация в таких случаях себя оправдывает, так как она позволяет завершить курс лечения, хотя и нарушает принцип партнерства.

Сегодня рядом авторов подчеркивается необходимость бригадного метода оказания психиатрической помощи, на котором основывается лечебно-реабилитационный процесс [18—20]. В 2010 г. были впервые получены статистические данные о числе психически больных, получивших назначенный курс лечения/реабилитации бригадным методом, включая реабилитацию в психосоциальных группах. Так, удельный вес больных, пролеченных в амбулаторно-поликлинических учреждениях бригадным методом, включая реабилитацию в психосоциальных группах, в среднем по РФ составил 6,6%, а в стационарных учреждениях психиатрической службы законченный курс реабилитации, включая реабилитацию в психосоциальных группах, получили 159 121 человек [21]. К сожалению, сегодня мы имеем только количественную оценку охвата пациентов бригадным методом оказания психиатрической помощи, но не качественную. Более того, мы не знаем, много это или мало, и сколько требуется. В данном случае речь идет не о тех цифрах, которые могут быть доведены до лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в виде объемов оказания медицинской помощи, а о действительно необходимых, а главное — оправданных. Не секрет, что уровень финансирования ЛПУ, оказывающих психиатрическую помощь, может значительно различаться в различных регионах, что, естественно, сказывается и на возможности оказания бригадной (полипрофессиональной) помощи. Особенности оказания психиатрической помощи населению региона (обеспеченность врачами и другими специалистами, доступность и приближенность психиатрической помощи) также влияют на эти показатели. С учетом вышесказанного в условиях ограниченного финансирования психиатрических служб целесообразно направлять усилия специалистов на наиболее уязвимые в социальном отношении группы пациентов, например на лиц, находящихся под диспансерным наблюдением.

Говоря о статистических показателях, необходимо упомянуть о четком определении понятий «бригадный метод оказания психиатрической помощи» и «психосоциальная группа». Если в отношении первого это сделано, то в отношении психосоциальных групп в инструкции по составлению государственного статистического отчета «Сведения о контингентах психически больных» [22] данная информация отсутствует. Это может привести к неправильной трактовке понятия «психосоциальная группа», что скажется на представляемых статистических данных. Необходимо также дать разъяснение, возможно ли совмещение в одном лице функции двух специалистов при оказании бригадной психиатрической помощи, так как нередко врач-психиатр, имея сертификат по психотерапии, совмещает как врач-психотерапевт. На наш взгляд, в данном случае целесообразен принцип: один специалист — одно физическое лицо.

Вероятно, один из самых сложных методологических вопросов — как следует оценивать эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий [23]. Нам представляется, что сегодня может быть использован комплекс параметров и каждый из них будет иметь различное значение для оценки эффективности у разных групп пациентов. В частности, стандартные критерии оценки деятельности стационара могут одновременно служить косвенными критериями эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, например показатель повторной госпитализации или средняя длительность пребывания больного на койке. Казалось бы, снижение уровня повторной госпитализации должно говорить о повышении эффективности лечебно-реабилитационной работы, что, с одной стороны, действительно так. Но с другой стороны, на этот показатель значительное влияние оказывают эффективность работы амбулаторного звена психиатрической помощи, возможности дополнительного лекарственного обеспечения и целый ряд социальных факторов. Говоря о средней длительности пребывания на койке вышедшего больного, необходимо упомянуть о «конflikте интересов», когда сроки госпитализации искусственно затягиваются с целью заполнения лечебного подразделения. Иначе вслед за пустующими койками произойдет сокращение коечной мощности с уменьшением штата персонала и объемов финансирования ЛПУ.

Критерием эффективности проводимой лечебно-реабилитационной работы могут служить клинические показатели психического состояния, например оценка выраженности показателей шкалы PANSS у больных шизофренией. Однако шизофрения характеризуется значительной гетерогенностью психопатологической симптоматики и требуется дифференцированный подход к оценке ремиссии согласно форме и типу течения шизофрении [24], хотя, безусловно, в отношении отдельных групп пациентов это может служить индикатором эффективности комплексной терапии и реабилитации.

Клиническое состояние часто определяет условия и цели реабилитационного процесса, но адаптация лиц с длительным психическим заболеванием к жизни в обществе вызывает смещение фокуса внимания от заболевания к модели функциональной инвалидности [25]. В таких случаях, кроме клинической оценки, становятся актуальными другие критерии, а именно показатели социальной адаптации и уровня социального функционирования.

Существует достаточно много методов оценки параметров социальной адаптации и социального функционирования [26, 27]. Однако требуется дифференцированный подход для выбора показателей в зависимости от задач реабилитационных мероприятий. Так, например, у пациентов с непрерывной госпитализацией более года вряд ли можно ожидать существенного улучшения таких параметров социальной адаптации, как работа, обучение, семейные отношения и ряд других, требующих большого временного промежутка и концентрации усилий специалистов амбулаторного звена. Здесь более важным является оценка способности ведения повседневной деятель-

ности, насколько эта оценка возможна в условиях психиатрического стационара.

К субъективным показателям оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий относится оценка качества жизни (КЖ). Именно улучшение КЖ ставится на ведущее место при проведении реабилитации во многих сферах медицины [28]. На свое субъективное восприятие у лиц с психическими расстройствами большое влияние оказывает выраженность психопатологической симптоматики, степень критического отношения к своему состоянию, прогностическое значение заболевания. Так, например, у лиц с первичными госпитализациями в стационар КЖ может парадоксально снижаться при улучшении клинического состояния, а КЖ пациентов с непрерывными длительными госпитализациями может быть лучше КЖ других групп больных.

Еще одной группой показателей, отражающих эффективность лечебно-реабилитационной работы, являются фармакоэкономические исследования, способные комплексно оценивать медицинскую, социальную и экономическую эффективность лечения [29]. Для проведения фармакоэкономического анализа важна позиция, выбранная для анализа: общественная, правительственная, системы здравоохранения, плательщиков, пациентов и т. д. Очевидно, что для пациентов повышение КЖ или удовлетворенность лечением как возможные исходы заболевания более приоритетны по сравнению со снижением стоимости заболевания или снижением расхода ресурсов, что более важно для плательщиков. Здесь мы снова сталкиваемся с «конflikтом интересов», когда требуется, с одной стороны, увеличение расходов на здравоохранение, связанных, например, с дорогостоящими технологиями создания и производства новых лекарственных средств, и с ограниченным бюджетом здравоохранения — с другой. С учетом того, что сегодня все антипсихотики обладают примерно равной эффективностью, а различаются в основном по спектру и выраженности побочных эффектов [6], дорогостоящие лекарственные средства не возвращают деньги, они лишь обуславливают социально-медицинский эффект, т.е. пациенты лучше живут. А улучшение КЖ в первую очередь касается гуманитарной составляющей лечения и реабилитации.

Психиатрическая реабилитация является многогранным и динамическим процессом с участием не только пациента и его семьи, но и государства и общества. Этот процесс происходит в конкретных социально-экономических условиях, в связи с чем проблема реабилитации в психиатрии затрагивает не только отдельных пациентов или даже группы пациентов. Она является более глобальной и связана в том числе с престижем профессии врача-психиатра, от подготовленности которого как специалиста зависит судьба пациента. Это не означает, что психиатр должен уметь делать все: от коррекции социальных навыков до профессиональной реабилитации больного. Это означает, что психиатр должен знать, что необходимо делать и как управлять командой профессионалов. Это связано также и со значимостью психиатрии для общества в целом. Повышение внимания государства

к проблемам лиц с психическими расстройствами, улучшение финансирования психиатрической службы — показатели гуманности общества и социальной ответственности власти.

Сегодня психиатрическая реабилитация достигла несомненных успехов и продолжает активно развиваться. Ее дальнейшее развитие требует уточнения отдельных понятий, решения некоторых методологических вопросов, а также внедрения конкретных управленческих решений. Это позволит совершенствовать не только лечебно-реабилитационный процесс, но и всю систему оказания психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
2. Rossler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry. 2006; 5 (3): 151—7.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». М.; 2011.
4. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина? Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2006; 1: 3—12.
5. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни. Социальная и клиническая психиатрия. 2001; 1: 19—22.
6. Мосолов С.Н., ред. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике). М.: Издательство «Социально-политическая мысль»; 2012.
7. Mishara A.L., Goldberg T.E. A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia: opening a closed book. Biol. Psychiatry. 2004; 55:1013—22.
8. Möller H.J. Management of negative symptoms of schizophrenia: new treatment options. SNS drugs. 2003; 17: 793—823.
9. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования больных шизофренией: Пособие для врачей. М.: Издательство «Мирей и Ко»; 2007.
10. Liberman R.P., Glick I.D. Drug and psychosocial curricula for psychiatry residents for treatment of schizophrenia: part I. Psychiatr. Serv. 2004; 55: 1217—9.
11. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «RECOVERY». Социальная и клиническая психиатрия. 2008; 18 (2): 7—14.
12. Farcas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry. 2007; 6 (2): 4—10.
13. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии (второе издание). М.: ИД «Медпрактика-М»; 2007.
14. Ghaemi S.N. The rise and follow of the biopsychosocial model. Br. J. Psychiatry. 2009; 195 (1): 3—4.
15. Нуллер Ю.Л. Смена парадигмы в психиатрии. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 1992; 1: 13—9.
16. Liberman R. Caveats for psychiatric rehabilitation. World Psychiatry. 2006; 5 (3): 158—9.
17. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., ред. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М»; 2010.
18. Гурович И.Я., ред. Бригадное полипрофессиональное (включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию) оказание психиатрической помощи (сборник метод. рекомендаций). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М»; 2011.
19. Горбунова М.В., Антохин Е.Ю., Кузнецов И.П. Реабилитационная бригада в структуре амбулаторной помощи душевно-больным. В кн.: XV съезд психиатров России (Материалы съезда). ИД «МЕДПРАКТИКА-М»; 2010: 39.
20. Гурович И.Я., Ньюфельдт, ред. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М»; 2007.
21. Чуркин А.А., Творогова Н.А. О применении бригадного метода обслуживания психически больных в Российской Федерации в 2010 году. В кн.: Кекелидзе З.И., Краснов В.Н., ред. Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии, посвящ. 90-летию ФГБУ «Государственный национальный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» «Модернизация психиатрической службы — необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профессиональные аспекты)». Всероссийская конференция «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным»: (Материалы конгресса и конф.). СПб.: Айсинг; 2011: 53.
22. Инструкция по составлению государственного статистического отчета «Сведения о контингентах психически больных» (отчетная форма № 36, утв. Постановлением Росстата от 13.08.2009 № 171). М.; 2009.
23. Захаров Н.Б., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Проблемы оценки реабилитации в психиатрии. Психическое здоровье. 2010; 11: 51—4.
24. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А., Костюкова А.Б., Ушаков Ю.В., Бурыгина Л.А. и др. Разработка и валидизация стандартизированных критериев терапевтической ремиссии при шизофрении. Современная терапия психических расстройств. 2011; 3: 2—6.
25. Harvey P.D., Keefe R.S. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. Am. J. Psychiatry. 2001; 178: 506—17.
26. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных: Пособие для врачей. М.: Издательство «Мирей и Ко»; 2007.
27. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В., Аристова Т.А. и др. СПб.: Издательство «Гиппократ»; 2004.
28. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп»; 2007.
29. Воробьев П.А., ред. Клинико-экономический анализ. 3-е изд. дополненное с приложениями. М.: Ньюамедиа; 2008.

REFERENCES

1. Kazakovtsev B.A. Development of mental health service. M.: GJeOTAR-Media, 2009 (in Russian).
2. Rossler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry. 2006;5 (3): 151—7.
3. Federal Law of the Russian Federation dated November, 21st, 2011 No 323-FZ «On the fundamentals of public health protection in the Russian Federation». M., 2011 (in Russian).
4. Bogolyubov V.M. Medical rehabilitation or restorative medicine? Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya. 2006;1: 3—12 (in Russian).
5. Kabanov M.M. Problem of mental patients' rehabilitation and quality of their life . Social'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2001; 1: 19—22 (in Russian).
6. Mosolov S.N., ed. Biological methods of mental disorders (evidence-based medicine — clinical practice). M.: Izdatel'stvo «Social'no-politicheskaya mysl'», 2012 (in Russian).
7. Mishara A.L., Goldberg T.E. A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia: opening a closed book. Biol. Psychiatry 2004; 55: 1013—22.
8. Möller H.J. Management of negative symptoms of schizophrenia: new treatment options. SNS drugs. 2003; 17: 793—823.

9. The correlation of neurocognitive deficiency and social functioning of patients with schizophrenia. Guide for doctors. Moskovskij nauchno-issledovatel'skij institut psikiatrii. M.: Izd. «Mireya i Ko», 2007 (in Russian).
10. *Liberman R.P., Glick I.D.* Drug and psychosocial curricula for psychiatry residents for treatment of schizophrenia: part I. Psychiatr. Serv. 2004; 55: 1217—9.
11. *Gurovich I.Ya., Lyubov E.B., Storozhakova Ya.A.* Recovery from schizophrenia. «RECOVERY» conception. Social'naya i klinicheskaya psikiatrii. 2008; 18 (2): 7—14 (in Russian).
12. *Farcas M.* The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry. 2007; 6 (2): 4—10.
13. *Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A.* Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry (the 2nd edition). M.: ID «Medpraktika-M», 2007 (in Russian).
14. *Ghaemi S.N.* The rise and follow of the biopsychosocial model. Br. J. Psychiatry. 2009; 195 (1): 3—4.
15. *Nuller Yu.L.* A paradigm shift in psychiatry. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii. 1992; 1: 13—9 (in Russian).
16. *Liberman R.* Caveats for psychiatric rehabilitation. World Psychiatry. 2006; 5 (3): 158—9.
17. *Gurovich I.Ya., Shmukler A.B.*, eds. The first psychotic episode (problems and mental health services). M.: ID «MEDPRAKTIKA-M», 2010 (in Russian).
18. *Gurovich I.Ya.*, ed. Team-based occupational (including psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation) psychiatric treatment service (collected book of methodological recommendations). M.: ID «MEDPRAKTIKA-M», 2011 (in Russian).
19. *Gorbunova M.V., Antohin E.Yu., Kuznecov I.P.* Rehabilitation team in the structure of ambulatory care of mental patients. XV s'ezd psikiatrov Rossii (materialy s'ezda). ID «MEDPRAKTIKA-M». 2010 (in Russian).
20. *Gurovich I.Ya., N'jufel'dt O.G.*, eds. Current trends of development and new forms of mental health services. M.: ID «MEDPRAKTIKA-M», 2007 (in Russian).
21. *Churkin A.A., Tvorogova N.A.* On application of team work method of mental patients care in the Russian Federation in 2010. In: Kekelidze Z.I., Krasnov V.N., eds. The fourth national Congress on social psychology, devoted to the 90-anniversary of FGBU „State national scientific center of social and forensic psychiatry. VP Serbian „modernization» of mental health services is a necessary condition to improve public mental health (organizational, therapeutic and professional aspects) „, All-Russian Conference „improving the effectiveness of therapeutic and rehabilitative assistance mentally ill» (proceedings of the Congress and Conference) // Z.I. Kekelidze ed., V.N. Krasnov, ed. SPb.: Ajsing. 2011: 53.
22. State statistical report instructions «Data on mental patients' cohorts» (report form No. 36, approved by the Decree of the Federal Service of State Statistics dated 13.08.2009 No. 171). M., 2009 (in Russian).
23. *Zaharov N.B., Zlokazova M.V., Solov'ev A.G.* Problems in rehabilitation rating in psychiatry. Psihicheskoe zdorov'e 2010; 11: 51—4 (in Russian).
24. *Mosolov S.N., Potapov A.V., Shafarenko A.A., Kostyukova A.B., Ushakov Yu.V., Burygina L.A.* et al. Formulation and validation of therapeutic remission standard criteria in schizophrenia. Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroystv. 2011; 3: 2—6 (in Russian).
25. *Harvey P.D., Keefe R.S.* Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. Am. J. Psychiatry 2001; 178: 506—17.
26. *Gurovich I.Ya., Shmukler A.B.* Questionnaire for social performance and life quality rating of mental patients. Textbook for doctors. M., Izd. «Mireya i Ko», 2007 (in Russian).
27. *Kotsyubinskiy A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O., Sheynina N.S., Zaytsev V.V., Aristova T.A.* et al. Schizophrenia: vulnerability-diathe-sis-stress-illness. SPb.: Izd. «Gippokrat+», 2004 (in Russian).
28. *Novik A.A., Ionova T.I.* Note for guidance on life quality in medicine. The 2nd edition. M.: ZAO «OLMA Media Grupp», 2007 (in Russian).
29. *Vorob'ev P.A.*, ed. Clinicoeconomic analysis. The 3rd edition, supplemented with appendices. M.: N'yamedia, 2008 (in Russian).

Поступила 05.10.12

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС РЕДАКЦИИ ЖУРНАЛА:

107140, Москва, ул. Верхняя Красносельская, д. 17А, стр. 1Б, ОАО «Издательство “Медицина”»

Телефон: 8(499) 264-36-66;

e-mail: mseeandr@mail.ru

Зав. редакцией М. П. Прошина

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ Тел./факс 8-499-766-05-05, *44-19, *44-20 Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели.	Редактор И. Ю. Крепких Переводчик В. С. Маличенко Художественный редактор Р. Р. Катеева Технический редактор Т. В. Нечаева Корректор А. В. Малахова	ОАО «Издательство “Медицина”» E-mail: meditsina@mtu-net.ru WWW страница: www.medlit.ru ЛР №010215 от 29.04.97 г. Сдано в набор 29.04.13. Подписано в печать 01.07.13. Формат 60 X 88 1/8. Печать офсетная. Печ. л. 7,00. Усл. печ. л. 6,86. Уч.-изд. л. 7,81. Заказ 252. Подписной тираж номера 503 экз. Отпечатано в типографии ООО «Подольская Периодика», 142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15
--	--	---