

УДК 616.89-02-085:614.2

*Т.Л. Ряполова***ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕНЕДЖМЕНТА
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психиатрическая помощь, мультидисциплинарная бригада, технология, интегративный подход

Развивающаяся в последние десятилетия дитез-стрессовая модель психических расстройств основана на взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов [1]. Современный стандарт оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствием этапу развития заболевания, потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [2, 3]. Это делает мультипрофессиональный подход предпочтительным при организации психиатрической помощи, а мультидисциплинарные бригады – основным направлением организации менеджмента, ориентированным на оказание всесторонней, интегративной, основанной на биопсихосоциальном подходе лечебно-диагностической помощи больным с психическими расстройствами.

Мультидисциплинарная бригада – термин, используемый для описания различных видов мультипрофессиональной активности в сфере медицинского обслуживания. Наиболее общее определение мультидисциплинарной бригады – это «представители различных профессий, работающие вместе». Термины «мультидисциплинарный», «мультипрофессиональный» и «интердисциплинарный» являются взаимозаменяемыми. Различные специалисты используют как различные приставки («мульти» и «интер»), так и прилагательные («дисциплинарный» и «профессиональный») [4].

Интердисциплинарная бригада в сфере медицинского обслуживания обозначает коллектив, в котором члены принимают участие в совместном осуществлении целей и работают самостоятельно (автономно) в планировании, разрешении проблем, принятии решений, обеспечении выполнения и оценке связанных с командой задач [5].

Jefferies et al. (2004) описывают мультидисци-

линарную бригаду как «основной механизм для обеспечения в полном смысле глобальной помощи больным и цельного обслуживания пациентов по всей траектории их болезни в рамках первичной, вторичной и третичной помощи» [6].

Работа мультидисциплинарной бригады направлена на «максимальную клиническую эффективность» [7]. Бригадам необходимо иметь совместные цели, нужно понимать и уважать компетентность других членов бригады, необходимо получать знания из других дисциплин, уважать их различные взгляды и перспективы. Каждый член команды может нуждаться в переоценке собственных претензий к знаниям и полномочиям специалистов в связи с формированием мультидисциплинарных бригад, которые предлагают наилучшую возможность помощи в индивидуальном обслуживании пользователей.

Целью мультипрофессиональной бригады является совместное использование индивидуальных знаний и навыков на пользу пациента. Цели мультипрофессиональной бригады могут быть описаны следующим образом:

- правильная и быстрая постановка диагноза;
- планирование и осуществление интегративного лечения и обслуживания;
- эффективное взаимодействие с пациентами и другими структурами, оказывающими помощь больным;
- аудит активности и исходов.

Мультидисциплинарные бригады дают существенные преимущества и потребителям помощи, и собственным членам, такие как постоянный характер помощи, возможность всестороннего, глобального взгляда на нужды потребителей, доступность ассортимента навыков, взаимная поддержка и образование.

Мультидисциплинарные бригады, работающие в сообществе, обеспечивают:

- постоянную профилактическую помощь больным с хроническими психическими расстройствами;

- 24-х часовый доступ к информации и поддержке,

- интервенцию и лечение во время кризиса;

- помощь сотрудникам первичного звена медицинской помощи в решении вопросов, связанных с психическим здоровьем.

Работа мультидисциплинарных бригад с больными с хроническими тяжелыми психическими расстройствами в рамках модели программы помощи нуждающимся оказалась экономически эффективной, была положительно оценена врачами других специальностей. Больные и лица, осуществляющие уход, предпочитают помощь мультидисциплинарных бригад в сравнении с традиционной системой оказания психиатрической помощи [8].

Помимо этого, мультидисциплинарная бригада предоставляет перечень услуг для удовлетворения растущих потребностей потребителей помощи, которые требуют различных навыков различных профессионалов, и предлагает непрерывную помощь потребителям, расширяя преемственность помощи.

Преимуществами работы в мультидисциплинарных бригадах для профессионалов в сфере психического здоровья являются:

- сплоченная равная поддержка для всех профессионалов и разбор всех видов деятельности, иногда работа со стрессом, связанным с недобровольной госпитализацией, агрессией, суицидом;

- разделение труда для предоставления мультидисциплинарной помощи, гарантия того, что все биопсихосоциокультуральные компоненты интервенции и помощи будут предоставлены;

- гарантия того, что все члены мультидисциплинарной бригады используют наиболее эффективные подходы, которые могут быть применены немедленно, если потребители нуждаются в специфических услугах;

- «перекрестное опыление» навыков между профессионалами;

- мультидисциплинарный обзор всех случаев в заранее установленных интервалах на встречах бригады и оценка каждым членом бригады успешности работы с конкретным пациентом. Это делает возможным каждому члену бригады видеть и знать работу других, давать советы и осуществлять обмен информацией;

- бригада приобретает новые навыки, принимает участие в принятии решений и берет на себя ответственность, что ведет к росту профессио-

нальной удовлетворенности;

- предоставление запланированных и координируемых услуг;

- предоставление экономически эффективной помощи;

- распределение информации и рационализация организации труда.

Существует множество факторов, оказывающих влияние на деятельность мультипрофессиональной бригады. Paris et al (2000) в научном обзоре исследований, посвященных изучению деятельности бригад мультидисциплинарной помощи, выделил следующие, воздействующие на активность бригады, факторы: контекстуальные, структурные, фактор дизайна бригады, процессуальные факторы и фактор обслуживаемого контингента [9].

Таким образом, важными аспектами эффективности работы мультидисциплинарной бригады являются компетентность ее членов, четкое представление членов бригады о компетентности друг друга, отношения членов бригады между собой и к работе в команде. Также важными процессуальными факторами, определяющими эффективность полипрофессионального подхода являются четкое распределение ролей между членами команды при наличии командного звена, координирующего работу бригады и определяющего ее эффективность и надежность [10].

Комиссией по вопросам психического здоровья (2006) описаны следующие факторы, влияющие на эффективность работы мультидисциплинарной бригады [11]:

- коллективная модель бригадного менеджмента является фактором, определяющим единство бригады. Оптимальным для мультидисциплинарной бригады является обслуживание по договору, уважающему нужды команды;

- важным фактором является то, что каждый профессионал чувствует ценность собственной компетентности и ответственности, привносимых им в бригадную работу. При усилении непрерывности помощи члены команды могут ощущать давление «напряжения» при предоставлении помощи, так что некоторые члены команды могут избегать вовлечения в оказание помощи потребителю. Такое ожидание быть менее востребованным порождает «роль пресмыкающегося» [12] и размывание ролевых границ, в связи с этим – риск потери специфических свойств каждой профессии. Если снижение профессионализма не выявлено и не прояснено командой, каждый профессионал может все время чувствовать размытость собственной профес-

сиональной идентичности и начинать выказывать высокую степень амбивалентности в отношении работы в команде. Однако если бригада может успешно идентифицировать коллективную роль и ответственность и отличать их от специфических уникальных навыков, это может повышать успешность функционирования мультидисциплинарной команды;

- хорошее функционирование мультидисциплинарной бригады требует консенсуса касательно обслуживаемых групп клиентов. Способность команды фокусировать помощь и лечение специфических групп клиентов, используя согласованные и однозначные критерии включения, является ключевым фактором успешной работы мультидисциплинарной бригады;

- творческое напряжение в процессе работы может повышать уровень конфликтности в бригаде. Члены команды могут иметь различную степень приверженности биопсихосоциальной модели психического здоровья и болезни, что может быть основой острых дебатов о терапевтических подходах. Следовательно, требуются специальные механизмы разрешения конфликтов на этой почве, предпочтительным механизмом является мультипрофессиональный консенсус [13];

- значительным фактором, определяющим функционирование бригады, является наличие членов бригады, персонально ответственных за определенный подход и организацию работы команды;

- поскольку вербальное общение является основным в деятельности мультидисциплинарной бригады, необходима простая система хранения записей, что улучшает функционирование команды. Регулярный и структурированный обзор встреч с использованием современных записей может предотвратить многие проблемы;

- пока организационные и менеджерские структуры не предоставят бригадам адекватного обучения, возможно саморазвитие, включающее развивающий командный тренинг (в том числе, направленный на развитие достаточного уровня доверия в соответствии с поставленными задачами), формулирование операциональной политики, системы интегративного менеджмента, что может способствовать адекватному развитию и образованию бригады [14].

В обзоре S. Reeves et al. (2008), посвященном проблемам межпрофессионального обучения с точки зрения его влияния на профессиональную практику и исходы терапии, представлены результаты 4х рандомизированных (RCT) и двух контролируемых (CBA) исследований.

4 исследования показали эффективность межпрофессионального обучения в следующих областях: удовлетворенность пациентов; поведение команды, ориентированное на сотрудничество; снижение количества ошибок в бригадах неотложной помощи; обслуживание жертв насилия; компетентность специалистов бригады при обслуживании пациентов. Два из 6 исследований показали смешанные исходы (положительные и нейтральные), и два исследования представили результаты об отсутствии влияния междисциплинарного обучения на профессиональную практику и обслуживание пациентов [15].

В систематическом обзоре L. I. Rabshl et al. (2012) представлены исходы командного тренинга вмешательств для мультидисциплинарных бригад, работающих в стационаре. Тренинг мультипрофессиональной госпитальной бригады может быть рекомендован как способ повышения безопасности больных. Обзор показывает в основном положительные эффекты вмешательства на реакции участников, их обучаемость и поведение [16].

В то же время имеется достаточно много сообщений о серьезных проблемах взаимодействия специалистов внутри мультидисциплинарных бригад. Например, членами мультидисциплинарной бригады могут быть специалисты с разными способностями и занимающие различные места в управленческой иерархии, нередко лица, имеющие преимущества в профессионализме или занимаемой социальной позиции навязывают свое мнение другим сотрудникам бригады, что мешает эффективной работе и приводит к конфликтам. Помимо этого, источниками проблем могут быть:

- вопросы лидерства и подотчетности, причем, чем больше сотрудников в бригаде, тем более частыми являются внутренние конфликты;

- потеря индивидуальности и утрата своих ролей сотрудниками бригады, исчезновение профессиональных границ между ними;

- приемы работы бригады, отдаляющие ее от пациентов и клиники. Решения, принимаемые бригадой, иногда являются выхолощенными и оторванными от нужд больных. В то же время, несоразмерно много усилий тратится на поддержание связей внутри бригады в процессе ее работы. Так, непосредственно на помощь больным тратится лишь 25% рабочего времени, а 140 часов на каждого сотрудника в год уходит на административную работу;

- функционирование бригады как самостоятельной единицы, когда команда сама заключа-

ет договора и берет на себя обязательства по оказанию помощи, имея в своем составе менеджера, отдаваясь тем самым от нужд психиатрической службы.

Неизбежность использования при первом психотическом эпизоде шизофрении и заболеваний шизофренического спектра стационарных форм помощи делает необходимым создание в отделениях терапевтической среды, которая сводит к минимуму ограничительно-изоляционные эффекты от пребывания в них пациентов и способствует достижению лечебно-реабилитационных целей. Метод полипрофессионального бригадного обслуживания пациентов является одной из предпосылок функционирования терапевтической среды.

Внедрение интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и заболеваний шизофренического спектра позволило разработать принципы работы мультидисциплинарной бригады в отделениях медико-социальной реабилитации [17].

В отделениях МСР возможно формирование мультидисциплинарной бригады в составе: врач-психиатр, врач-психотерапевт и/или медицинский психолог, специалист по социальной работе, реабилитационная медицинская сестра.

Основные психологические подходы в деятельности персонала реабилитационной бригады:

- восприятие пациентов как равных себе и другим (принцип партнерства);
- искренне уважительное отношение к больному, его чувствам, поступкам, переживаниям («эмпатическое понимание» по К. Роджерс, 1994);
- умение видеть способности пациента (сохраненные стороны личности) и возможности установления связей между ним и окружающими;
- определение социальной реинтеграции пациентов как конечной цели реабилитационного вмешательства;
- нацеленность на долговременность и этапность процесса реабилитации.

В основу деятельности полипрофессиональных бригад должен быть положен принцип автономии с разграничением функций и задач, стоявших перед членами реабилитационной бригады. Это обеспечивает оптимальное выполнение ими своих обязанностей, стимулирует творческий подход, активность в совершенствовании работы, введение новых методик и вариантов психосоциальных интервенций, поиск наиболее эффективных путей социального восстановления больных. В то же время, автономия членов

бригады предполагает определенные формы внутрибригадного взаимодействия. Таковыми являются еженедельные встречи членов мультидисциплинарной бригады с целью установления и/или коррекции функционального реабилитационного диагноза, выбора мишеней комплексного вмешательства, определения тактики ведения больного и ее коррекции, оценки результатов лечения и реабилитации с определением дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении каждого пациента. Это обеспечивает взаимную информацию каждого члена бригады обо всех проводимых в отношении пациента мероприятиях, дает более полную картину динамики состояния больного, позволяет сформировать единую реабилитационную стратегию, направленную на социальное восстановление пациента [18].

Мультидисциплинарный бригадный подход, берущий за основу биопсихосоциальную модель психических расстройств, предполагает учет всех биологических, психических и социальных характеристик данного конкретного пациента. Взаимодействие специалистов различного профиля может основываться, в частности, на многоуровневой диагностике имеющихся расстройств (рис. 1).

Врач-психиатр, осуществляя биологическую терапию, воздействует на все уровни поражения, причем воздействие это чаще всего опосредованное (например, при купировании психопатологической симптоматики может улучшаться социальное функционирование больного). Психолог при психотерапевтической деятельности работает на интерперсональном уровне, уровне личностных проблем и, при наличии соответствующей подготовки, на экзистенциальном уровне. Социальный работник оказывает воздействие на интерперсональном и социальном уровнях. При этом могут возникнуть сложности при взаимодействии психолога и социального работника, поскольку направление их деятельности (интерперсональные отношения) совпадает. Предметом социальной работы является событие, а предметом работы психотерапевта – переживание. Событие может быть объектом работы психотерапевта, но предмет его работы – переживание. Социальный работник должен в основном оставаться на уровне события, на уровне социально-поведенческих тренингов [19].

Мультидисциплинарная бригада представляет собой не только группу специалистов разного профиля, совместно осуществляющих уход за больными, а скорее определенный стиль вза-

взаимодействия между медработниками и больным, основанный на знаниях его индивидуальных функциональных характеристик. Принципиальной особенностью такого взаимодействия явля-

ется приобретение пациентом опыта сотрудничества с бригадой и способности помогать самому себе вместо пассивного ожидания выздоровления.



Рис. 1. Области профессионального функционирования членов мультидисциплинарной бригады при различном уровне нарушения (И.Я. Гурович и соавт., 2004).

J. Qvretveit (1990) выделяет следующие типы бригад:

1. Управляемые бригады, когда один член бригады (это может быть менеджер) является руководителем и отвечает за все деловые решения.

2. Интегративные и «демократические» бригады – в них нет лидера с формальной авторитарностью и ответственностью.

3. Координированные бригады – в них один из членов бригады берет на себя роль координатора с осуществлением и менеджерских функций.

4. Бригады, управляемы ядром команды, то есть внутри бригады есть несколько человек, которые и осуществляют руководство; они обычно представляют лидирующие в бригаде специальности [20].

Междисциплинарные бригады как самостоятельные структурные элементы психиатрической помощи занимают все более важное место в психиатрической и медицинской службах ряда стран. Они являются как бы промежуточным звеном между амбулаторной и стационарной помощью. Такие бригады доказали свою эффективность особенно в отношении наиболее тяжелого контингента больных с наиболее выраженной социальной дезадаптацией, плохой включаемостью в сферу услуг амбулаторной сети, частыми госпитализациями. Эта форма междисциплинарной помощи является важным звеном психиатрической службы с опорой на общество.

линарной помощи является важным звеном психиатрической службы с опорой на общество.

Согласно Закону Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования предоставления медицинской помощи» от 7 июля 2011 г. и Закону Украины «Про порядок проведения реформування системи охорони здоров'я у Вінницький, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», возникает вопрос о месте и роли мультидисциплинарных бригад в отечественной системе оказания психиатрической помощи с учетом объема и степени специализированности оказываемых услуг (первичный, вторичный и третичный уровень). На основе анализа современных исследований нами рассматривается возможность использования имеющегося опыта в разработке новых технологий в области мультипрофессиональной интегративной помощи больным с психическими расстройствами.

Провайдеры первичной помощи определяют себя как «профессионалы в области оказания медицинской помощи, осуществляющие первый контакт и продолжающие лечение больных вне зависимости от их возраста, пола и существующих проблем» [21]. В 61% стран лечение тяжелых психических расстройств осуществляется в сети первичной медицинской помощи, что по-

могает уменьшить стигматизацию, улучшает раннюю диагностику и лечение, ведет к снижению стоимости, частично возмещает ограничения ресурсов психиатрической службы за счет использования общественных ресурсов [22]. В Великобритании от 18% до 30% больных с тяжелыми психическими расстройствами наблюдаются у врачей первичного звена медицинской помощи [23]. Однако, несмотря на это, большинство врачей общей практики наблюдают и лечат физические болезни, и лишь небольшая часть из них вовлечены в мониторинг и лечение психических расстройств. При этом значительной проблемой является нежелание врачей общей практики участвовать в оказании данного вида помощи [24, 25]. Достаточно данных о недостаточном уровне профилактики и предлагаемых услуг для больных с тяжелыми психическими расстройствами в первичном звене медицинской помощи [26, 27].

Существующее в Великобритании руководство рекомендует пациентам с установленным диагнозом шизофрении или биполярного расстройства, кто обслуживается в первичном звене медицинской помощи, требовать регулярной оценки своего здоровья и социальных нужд. Оценка должна включать мониторинг психического состояния, использования препаратов, приверженности лечению, побочных эффектов, социальной изоляции, прибегание к помощи, уровень занятости. Пациенты с диагнозом шизофрении или биполярного расстройства должны иметь план, основанный на развитии связей между первичным и вторичным уровнями помощи.

Также должен осуществляться регулярный мониторинг их физического здоровья. По соглашению с пользователями помощи, лица, осуществляющие за ними уход, могут требовать регулярной оценки нужд их подопечных, а также собственных специфических нужд [28].

В Великобритании сотрудничество между первичной медицинской помощью и специалистами по охране психического здоровья стало необходимым с 1980х годов, когда мультидисциплинарные общественные бригады психического здоровья (СМНТ) стали основными структурами, осуществляющими координированную, всестороннюю, основанную на сообществе помощь больным с психическими расстройствами. Количество их возросло с 81 в 1987г. до 826 в 2006г. [29]. При этом проблемы взаимодействия первичной и вторичной помощи по отношению к больным с тяжелыми психическими расстройствами остаются актуальными [30]. Предлагаются различные модели оказания психиатрической помощи в первичном звене (рис. 2) [31].

Тренинг команды первичной медицинской помощи. Было проведено два высококачественных обзора тренингов. Согласно одному из них, наиболее распространенными видами обучения являются пассивное распространение руководств и краткосрочные курсы, что не привело к значительному улучшению исходов у пациентов [32]. Второе исследование исследовало эффективность более интенсивных тренингов психосоциальных интервенций для врачей общей практики и продемонстрировало более последовательные данные их успешности [33].



Рис. 2. Модели оказания психиатрической помощи в первичном звене медицинской помощи (P. Bower, S. Gilbody, 2005).

Модель консультативных контактов. Представлено два обзора консультативных контактов, позволяющих бригаде первичного звена оценить советы и навыки специалистов психиатрической службы. Ограниченные и непоследовательные данные показывают, что консультативные кон-

такты могут воздействовать на поведение врачей общей практики [34], но нет данных, что этот успех может быть генерализован на широкую практику. Другой обзор двух исследований не смог показать улучшения исходов у больных [35], он был ограничен изучением влияния

психиатрических консультаций, не учитывая более комплексного консультирования, включающего команды мультидисциплинарных профессионалов.

Возвращение/направление включает передачу первичной ответственности из первичного звена на вторичный уровень оказания помощи для длительного лечения. Проведено небольшое количество исследований различного качества [36, 37]. Большинство из обзоров показывают, что модель возвращения/направления была в основном клинически эффективной, по меньшей мере, в течение небольшого промежутка време-

ни, потенциально воздействуя на тип терапии и пациентов.

Помощь, основанная на сотрудничестве. Она не имеет четкого определения и включает компоненты тренинга и консультирования при участии case manager (координатора), который работает с больными и консультирует врачей первичного звена и специалистов вторичного уровня. Функции case manager совместно с мультидисциплинарной бригадой заключаются в координировании консультаций и выполнения рекомендаций (табл. 1).

Таблица 1

Определения помощи, основанной на сотрудничестве

Автор	Состояния, включенные в исследование	Определение помощи, основанной на сотрудничестве
Druss 2005	Психические расстройства и зависимость от ПАВ	«Подход, основанный на модели Вагнеровской Хронической Помощи [38], использует мультидисциплинарные бригады, включая поставщиков психиатрической и первичной помощи для обеспечения координации и последующей помощи. Ключевой элемент подхода, основанного на сотрудничестве, является то, что они включают функциональные команды интегрированной помощи»
Bower 2006	Депрессии	«Многостороннее организационное вмешательство, включающее компоненты: а) введение новой роли (case manager) в первичную помощь, что помогает обслуживанию пациентов с депрессией при структурированном и систематическом предоставлении вмешательств; б) введение механизмов, побуждающих скрытые контакты между врачами первичного звена и специалистами в области психического здоровья (включая case manager) для оказания индивидуальной помощи больному; с) введение механизма сбора и распределения информации о каждом пациенте»
Craven 2006	Уровень психических расстройств, включая депрессию и тяжелые психические расстройства	«Помощь, основанная на сотрудничестве, включает представителей различных специальностей, дисциплин или секторов, работающих вместе по предоставлению дополнительных услуг и взаимной поддержке, для гарантии того, что пациенты получают наиболее соответствующее обслуживание от наиболее соответствующих представителей в наиболее подходящих условиях, так быстро, насколько это необходимо с минимумом препятствий. Сотрудничество может включать лучшие коммуникации, скрытые персональные контакты, распределение клинической помощи, общие образовательные программы и/или общую программу и систему планирования»
Gilbody 2006	Депрессии	«Включает структурированный подход к помощи, основанный на принципах обслуживания хронических заболеваний и значительной роли специалистов немедики, таких как практикующие медсестры, сотрудничающие с врачами первичной службы и специалистами психиатрами. Помощь, основанная на сотрудничестве, объединяет интервенции различной интенсивности от телефонных вмешательств по достижению комплайенса в приеме медикаментов до более комплексных вмешательств, которые включают интенсивные последующие и совместные структурированные психосоциальные интервенции»
Gunn 2006	Депрессии	«Мультипрофессиональный подход к оказанию помощи пациентам. Требует, чтобы врач общей практики, семейный врач и хотя бы один другой профессионал в области охраны здоровья (медсестра, психолог, психиатр, фармацевт) были включены в оказание помощи пациенту»
Fletcher 2009	Депрессии и тревога	«Помощь, основанная на сотрудничестве, определяется как многостороннее вмешательство, которое включает 3 различных профессионалов, сотрудничающих на основе первичной помощи. Один профессионал работает как case manager, один как специалист первичного звена и третий – как психиатр [39]. Специфические роли этих профессионалов: - врач первичной медицинской помощи – начальное распознавание, диагностика и лечение; - case manager – осуществляет снабжение медикаментами и психологическое вмешательство, занимается профилактикой, оценивает приверженность лечению, мониторирует прогрессирование и обратную связь с врачом первичного звена; - специалист в области охраны психического здоровья – предлагает поддержку/консультирование менеджера или врача первичной помощи. Эти функции может выполнять не только квалифицированный профессионал, но и специализированная медсестра [40]»

Обзоры помощи, ориентированной на сотрудничество (обычно на примере депрессий) отмечают успешность образования и активации пациентов, распределения информации и координирования помощи между первичным звеном и представителями психиатрической службы.

Результаты протокола, представленного S. Reilly et al. (2012), определяют активность и профиль работы мультидисциплинарных бригад в первичном звене медицинской помощи, оценивая эффективность основанного на сотрудничестве подхода к оказанию помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами [41].

Ведение (менеджмент) индивидуального случая (case management) – бригадное полипрофессиональное обслуживание психически больных с опорой на сообщество.

Целью данной формы помощи является обеспечение преемственности, доступности и эффективности для выписанных из стационара больных, которые сталкиваются с разрозненными медицинскими и социальными службами в сообществе. В результате социально уязвимая группа хронически психически больных получает возможность улучшить приспособление в обществе, повысить уровень социального функционирования [42]. Задачи данного вида помощи являются выявление нужд больных, планирование на этой основе всестороннего обслуживания, его организация, мониторинг результатов и дальнейшее поддерживающее лечение.

Первоначально этот вариант работы получил название брокерского. Поскольку многие больные в силу когнитивного дефицита и недостатка социальной компетентности с трудом ориентируются в многообразии медицинских и социальных служб при условии наличия их в сообществе. Координаторы (брокеры, менеджеры, возможно, не имеющие медицинского образования) выступают в роли администратора, контактируют с другими специалистами для получения от них сведений о потребностях пациентов и направляют последних для получения необходимой помощи. Речь идет о стратегии дифференциации и координации различных служб в интересах больного, распределения индивидуальной помощи.

В последние годы данная система претерпела значительные изменения, трансформируясь в т.н. менеджмент помощи (care management). При этом социальный менеджер (имеющий специальное образование и принимающий непосредственное участие в оказании помощи больному) организует пакет услуг, в которых нуждается

пациент, используя помощь персонала лечебного учреждения и контрактных организаций.

Программа «case (care) management» включает:

- идентификацию больных на основании данных о находящихся под наблюдением пациентов с целью составления групп-мишеней;
- оценку клиничко-социального статуса больных, их профессиональной занятости, жилищных нужд, уровня дезадаптации, характера и результатов прошлых попыток помощи по каждой из сфер функционирования больного;
- определение индивидуальных программ помощи на основе полученных данных с учетом имеющихся в наличии ресурсов и возможностей;
- оценку эффективности помощи через определенные промежутки времени.

В последние годы в США получил распространение клинический вариант ведения индивидуального случая (clinical case management). В Великобритании используется термин «интенсивное (настойчивое) лечение в сообществе» (assertive community treatment). Эти два варианта бригад («интенсивное (настойчивое) лечение в сообществе» и «case management») оказываются столь близкими, что некоторые авторы их практически не дифференцируют [43].

При «интенсивном (настойчивом) лечении в сообществе» (assertive community treatment) помощь организуется и осуществляется полипрофессиональной бригадой, практикующей интенсивное лечение с предоставлением экстренных ее видов. Основная цель данного подхода – предупреждение повторных госпитализаций и сокращение времени, проведенного больным в стационаре. Объектом помощи являются пациенты с выраженным нарушением социальной адаптации, плохо соблюдающие режим поддерживающей терапии, имеющие высокий риск регоспитализации.

Задачами бригады в данном случае является достаточно широкий спектр услуг – от экстренной психиатрической помощи до трудоустройства. Бригада активно осуществляет принцип преемственности между стационарным и внебольничным звеном психиатрической помощи. В ее задачи входит оценка психического состояния больного, поддерживающее медикаментозное лечение, развитие комплайенса, круглосуточная экстренная помощь и психосоциальная реабилитация, направленная на обеспечение независимости пациентов, их ответственности за социальное поведение и интеграцию в сообщество.

щество. Членами бригады являются психиатр, психолог, медсестра, социальный работник, ответственный за дневную программу, специалист по терапии занятостью, при этом состав команды может изменяться. Четкое распределение обязанностей внутри бригады под руководством врача-психиатра позволяет оказывать интенсивную, комплексную, дифференцированную помощь с использованием ресурсов сообщества и максимальным акцентом на нужды конкретного пациента. Значительная роль принадлежит активному участию самих пациентов во всех видах помощи.

Полипрофессиональная бригада может обслуживать территорию с населением 280 000 чел. В стандартном варианте нагрузка на каждого члена бригады составляет 20-40 чел., при этом больной посещает специалист 1 раз в неделю (41 визит в год). При интенсивном варианте оказания помощи нагрузка уменьшается до 10 чел. На каждого члена бригады, а визиты осуществляются 2 раза в неделю (103 визита в год). Несколько специалистов могут обслуживать одного пациента. При этом установлено, что увеличение нагрузки приводит к ухудшению результатов.

Установлено, что при работе бригад в системе «интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе» на 60-70% снижается частота повторных госпитализаций, повышается уровень комплайенса до выполнения 80% рекомендаций специалистов (в сравнении с 50% до применения данной формы помощи). Отмечается, что в случае использования подобного бригадного обслуживания пациентов значительно улучшается социальное функционирование больных, их социализация, они лучше структурируют время, лучше адаптированы при менее выраженных изменениях в психическом состоянии, трудовом статусе и доходах [44].

Одним из примеров эффективности работы мультидисциплинарных бригад является программа COSTAR (Community Support Treatment and Rehabilitation) – «Социальное поддерживающее лечение и реабилитация». Программа сочетала принципы ведения индивидуального случая и психиатрическое лечение хронически психически больных. Обслуживались психически больные с выраженной дезадаптацией, спектр помощи программы охватывал проблемы цивилизации (городские проблемы), бедности, безработицы, нестандартного проживания, высокой преступности, употребления наркотиков. Больным предоставлялись услуги по оказанию ста-

ционарной, полустационарной, внебольничной помощи, кризисной помощи (в течение 24 часов), реабилитации, в т.ч. по программе общежитий. В результате программа обеспечивала оказание помощи психически больным в любом аспекте. Штат бригады включал психиатра, медсестер, социальных работников и других немедицинских помощников. На каждого сотрудника приходилось примерно 12 больных. Одним из основных принципов работы бригады было постепенное вовлечение пациентов в программу на основании ее привлекательности для больного и установления доверительных отношений между участниками программы. При этом ставилась задача соединения лечения с реализацией нужд каждого пациента. Большое внимание уделялось поддерживающим социальным сетям, сотрудники бригады фактически сами становились членами социальной сети, поддерживая пациентов, способствуя расширению сети, привлекая к поддержке больных более широкий круг людей. При оценке эффективности программы через два года четверть больных показала улучшение в социальном поведении (повысилась активность, больные научились формулировать цели, преодолевали неряшливость и пассивность при проведении досуга). Эффект программы заключался в поддержке социальной реинтеграции больных, что является буфером против частых рецидивов психических расстройств [19].

Общественные бригады психического здоровья определяются как «мультидисциплинарные бригады, несущие ответственность за проведение оценки, лечения и помощи в определенных популяциях, чаще ограниченных определенными географическими областями или регистрацией в сети первичной помощи. Такие бригады осуществляют полный перечень функций, определенных для специализированного уровня помощи, включая начальную оценку взрослого контингента больных, направленных другими структурами или бригадами, консультации бригад первичной медицинской помощи по ведению больных, назначение лечения при начале психического расстройства, на его ранних стадиях или при обострении, а также постоянную помощь больным с хронической инвалидностью. Бригады могут быть пополнены необходимыми специалистами, например, для ранней интервенции, для домашнего лечения во время кризиса или для настойчивого лечения в сообществе, однако основное предоставление помощи большинству пациентов осуществляется специалистами бригад психического здоровья» [42].

Метаанализ D. Malone et al. (2010) посвящен изучению результатов работы общественных бригад психического здоровья (community mental health teams, СМНТ) по обслуживанию пациентов с тяжелыми психическими расстройствами и расстройствами личности. Проведен анализ трех рандомизированных исследований обслуживания пациентов в общественных бригадах психического здоровья в сравнении со стандартными формами оказания помощи [45].

Общественные бригады психического здоровья - оказание помощи мультидисциплинарными, основанными на сообществе, бригадами. Стандартная помощь – обычная помощь в районе обслуживания (вне бригадная, амбулаторная, поступление в стационар, дневной стационар).

Менеджмент в СМНТ не сопровождался статистически значимыми отличиями в смертельных исходах от суицида или в подозрительных обстоятельствах (n=587, 3 RCTs, RR 0.49 CI 0.1 to 2.2) при более низкой смертности в данной группе. Не было выявлено статистически значимых отличий в количестве пациентов, раньше прекративших участие в исследовании (n=253, 2 RCTs, RR 1.10 CI 0.7 to 1.8). Значительно меньше пациентов в программе СМНТ высказывали неудовлетворенность лечением в сравнении с теми, кто получал лечение в рамках стандартной помощи (n=87, RR 0.37 CI 0.2 to 0.8, NNT 4 CI 3 to 11). Уровень госпитализаций был статистически значимо ниже в группе СМНТ в сравнении со стандартной помощью (n=587, 3 RCTs, RR 0.81 CI 0.7 to 1.0, NNT 17 CI 10 to 104). Не выявлено статистически значимых различий в сравниваемых группах по показателям неотложной госпитализации, контактам с первичной помощью, контактами с другими социальными службами.

Менеджмент в СМНТ не ниже уровня помощи в стандартной сети и выше по показателю удовлетворенности лечением. Результаты лучше в плане уменьшения частоты госпитализаций и снижения смертности вследствие суицида.

Обзор M. Dieterich et al. (2011) посвящен сравнительному анализу эффективности интенсивного ведения индивидуального случая (Intensive case management, ICM), стандартного ведения индивидуального случая (non-ICM) и стандартных форм оказания помощи (standard care) больным с тяжелыми психическими расстройствами [46]. ICM является основанным на сообществе пакетом услуг, предназначенных для длительного ведения больных с тяжелыми психическими расстройствами (шизофрения и другие

психозы, биполярное аффективное расстройство, расстройства личности), не требующими неотложной госпитализации. ICM включает компоненты двух оригинальных общественных моделей: настойчивого лечения в сообществе (ACT) и ведения индивидуального случая (CM), но ICM работает в группах с меньшим количеством людей (менее 20), обслуживает пациентов на дому и предоставляет помощь в течение 24 часов на протяжении определенного промежутка времени. Неинтенсивное ведение индивидуального случая (non-ICM) предоставляет потребителям тот же пакет услуг, но профессионалы обслуживают более чем 20 клиентов. В случае стандартной помощи амбулаторные пациенты, нуждающиеся в поддержке, получают менее дифференцированную помощь. Было проанализировано 38 исследований, охвативших 7328 пациентов в США, Канаде, Европе и Австралии.

ICM осуществляется мультидисциплинарными бригадами, организованными несколько иначе, нежели в стандартной сети, поскольку оказываемая ими помощь должна быть надежной, систематизированной, подвижной и координируемой, использующей интегрированный комплекс медицинских и социальных услуг для удовлетворения нужд пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. Целями данного вида помощи является сохранение у пациентов навыков использования материальных ресурсов (пища, жилье, одежда, медицинская помощь) и улучшение их социального функционирования, предоставление поддержки в сохранении прежнего уровня общественной жизни, предоставление возможностей для роста автономии пациентов, развитие копинг-стратегий совладания с жизненными трудностями, сохранение комплаенса с медицинской службой. Ключевая цель ICM – улучшение исходов, снижение госпитализаций и предупреждение сокращения контактов со службой [47].

Сравнение ICM со стандартными формами оказания помощи:

24 исследования оценивали продолжительность госпитализаций, и преимущественно их длительность сокращалась у больных, обслуживаемых в системе ICM (n=3595, 24 RCTs, MD -0.86 CI -1.37 to -0.34). В 9 исследованиях было выявлено, что пациенты группы ICM в меньшем количестве теряют связь с психиатрической службой (n=1633, 9 RCTs, RR 0.43 CI 0.30 to 0.61, P=49%, p=0.05). Не выявлено существенных различий в улучшении психического статуса и общего состояния (шкала GAF) (n=818, 5

RCTs, MD 3.41 CI 1.66 to 5.16). Не выявлено различий в смертности как по «всем причинам» (n=1456, 9 RCTs, RR 0.84 CI 0.48 to 1.47), так и по причине суицида (n=1456, 9 RCTs, RR 0.68 CI 0.31 to 1.51). Выявлено значительное улучшение приспособляемости, особенно у пациентов, не проживающих самостоятельно, уровень которых был ниже среди больных, находящихся в сфере обслуживания ICM (n=1185, 4 RCTs, RR 0.65 CI 0.49 to 0.88). Больные группы ICM были значительно более удовлетворены уровнем оказываемой помощи (n=423, 2 RCTs, MD 3.23 CI 2.31 to 4.14).

Сравнение ICM и ведения индивидуального случая (non-ICM):

Преимущества ICM касались лишь возможности удержания пациентов в системе оказываемой помощи, в группе ICM было меньше случаев досрочного выхода из исследования (n=2195, 9 RCTs, RR 0.72 CI 0.52 to 0.99). Однако в целом не было выявлено различий в таких оцениваемых показателях как длительность госпитализаций, смертность, социальное функционирование, психическое состояние, поведение, качество жизни, удовлетворенность и стоимость.

Т.о., ICM является более эффективной системой в улучшении исходов у больных с тяжелыми психическими расстройствами. В сравнении со стандартной системой помощи, использование ICM позволяет снизить уровень госпитализаций, сохранить пациентов в системе оказания помощи, улучшить социальное функционирование больных. Однако, неясно, каковы преимущества ICM в сравнении с менее формальным поп-ICM подходом.

Проведенный анализ метаобзоров позволяет предложить разделение функций мультидисциплинарных бригад в соответствии с уровнем оказываемой психиатрической помощи. Врачи первичного звена медицинской помощи, в функции которых входит выявление психических расстройств непсихотического уровня и контроль за состоянием больных с тяжелыми психическими расстройствами, вправе рассчитывать на помощь и сотрудничество со стороны членов мультидисциплинарных бригад, работающих на втором уровне специализированной психиатри-

ческой помощи. С другой стороны, именно семейные врачи и/или члены полипрофессиональной бригады (если последние в составе врачей, медсестер и социальных работников будут организованы в районах обслуживания амбулаторий) могут оказать существенную помощь специалистам-психиатрам. Полученная или при непосредственном контакте с пациентами информация об изменениях в психосоциальном функционировании больных может быть передана на второй уровень и использована членами мультидисциплинарной бригады психосоциального профиля для коррекции реабилитационного диагноза и индивидуальной программы реабилитации пациента. В то же время, в основу работы мультидисциплинарных бригад второго уровня могут быть положены методологии ведения индивидуального случая (case management) или общественных бригад психического здоровья (community mental health teams, СМНТ), в функциональные обязанности которых, помимо стандартных процедур реабилитационной диагностики и психосоциального вмешательства, должна входить основанная на сотрудничестве помощь в полипрофессиональном обслуживании больных с психическими расстройствами на первичном уровне (консультации, обучение, преемственность в наблюдении пациентов) [48].

Высокоспециализированная психиатрическая помощь – это мультидисциплинарная помощь, обеспечивающая технологическую возможность полномасштабной реализации основных принципов психиатрической помощи, интегративных биопсихосоциальных подходов к лечебно-диагностическому процессу и максимальное удовлетворение базовых, жизненно важных потребностей пациента. С этой точки зрения наиболее приемлемым подходом к организации работы мультидисциплинарной бригады является технология интенсивного ведения индивидуального случая (Intensive case management, ICM). Описанные подходы не являются единственными и абсолютными, поэтому поиск и адаптация новых технологий деятельности мультидисциплинарных бригад является одним из аспектов продолжающейся разработки стандартов высокоспециализированной психиатрической помощи.

ІНТЕГРАТИВНА ТЕХНОЛОГІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Мультидисциплінарний підхід надання психіатричної допомоги включає інтегративний комплекс лікувально-діагностичних процедур, що здійснюється бригадою професіоналів (лікар загальної практики/психіатр, психолог, психотерапевт, медична сестра, соціальний робітник). У статті представлено різні мультипрофесійні технології на підставі мета аналізів наукових оглядів. Здійснено спробу диференціації таких технологій відповідно до рівня психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 101-113).

T.L.Ryapolova

INTEGRATIVE TECHNOLOGY OF THE ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF THE MULTIDISCIPLINARY PSYCHIATRIC HELP

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

Multiprofessional approach in the psychiatry administration includes the integrative complex of the treatment and diagnostic procedures which is carried out by the team of professionals (general practice doctor/psychiatrist, psychologist, psychotherapist, nurse, social worker). Different multiprofessional technologies are presented at the background of the reviews metaanalysis. The attempt to differentiate these technologies according to the levels of psychiatric help was performed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 101-113).

Литература

1. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание / А. П. Кошобинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова [и др.]. — СПб.: Гиппократ+, 2004. — 336 с.
2. Harrigan S. M. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? / S. M. Harrigan, P. D. McGorry, H. Krstev // Psychol. Med. — 2003. — Vol. 33, № 1. — P. 97-110.
3. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
4. Leathard A. Going Interprofessional. Working Together for Health and Welfare / A. Leathard. - London: Routledge, 1994. — 254 p.
5. Drinka T. J. Interdisciplinary geriatric teams: Approaches to conflict as indicators of potential to model teamwork / T. J. Drinka // Educational Gerontology. - 1994. — Vol. 20. — P. 87 - 103.
6. Jefferies N. Multidisciplinary team working: is it both hostile and effective? / N. Jefferies, K.K. Chan // Int. J. Gynecol. Cancer. — 2004. — Vol. 14, N 2. — P. 210 - 211.
7. Junor E.J. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team members / E.J. Junor, D.J. Hole, C.R. Gillis // British Journal of Cancer. — 1994. — Vol. 70, N 2. — P. 363 - 370.
8. Tyrer J. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review) / Tyrer J. [et al.]. // The Cochrane Library. - 2003.
9. Paris C. R. Teamwork in multiperson systems: A review and analysis / C. R. Paris, E. Salas, J. A. Cannon-Bowers // Ergonomic. - 2000. — Vol. 43. — P. 1052 - 1075.
10. Pagliari C. Impact of group structure and process on multidisciplinary evidence-based guideline development: An observational study / C. Pagliari, J. Grimshaw // Journal of Evaluation in Clinical Practice. - 2002. — N 8. — P. 145-153.
11. Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice. Discussion Paper // Mental Health Commission. - 2006. — 72 p.
12. Berger M. Threats to the profession / M. Berger // Clinical Psychology Forum. — 1991. — N 28. — P. 26 - 29.
13. Byrne M. Community mental health team functioning: A review of the Literature / M. Byrne // The Irish Psychologist. — 2005. — Vol. 31/32. — N 12/1. — P. 347 - 351.
14. Wilson V. Multidisciplinary Teamworking. Beyond the Barriers? A Review of the Issues / V. Wilson, A. Pirrie // Scottish council for Research in Education. - 2000.
15. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review) / S. Reeves, M. Zwarenstein, J. Goldman [et al.] // The Cochrane Library. — 2009. - Issue 4. — 24 p.
16. Rabuhl L.I. Outcomes of classroom-based team training interventions for multiprofessional hospital staff. A systematic review / L.I. Rabuhl, D. Illstergaard, T. Mogensen // Qual Saf Health Care. — 2010. — Vol. 19, N 27. — P. 1 - 11.
17. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина — Донецк: «Каштан», 2009. — 583 с.
18. Ряполова Т. Л. Ранняя реабилитация больных шизофренией (биопсихосоциальная модель) : автореф. дис. на соиск ученой степ. докт. мед. наук : спец. 14.00.16 «Психиатрия». — Харьков., 2010. — 36 с.
19. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
20. Qvretveit J. Making the team work! / J. Qvretveit // Prof. Nurse. — 1990. — Vol. 5, N 6. — P. 284 - 288.
21. Harkness E. F. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers / E. F. Harkness, P. Bower // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2010. - Issue 1 [DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub2].
22. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope / WHO - Geneva: World Health Organization, 2001.
23. Rodgers J. Audit of primary care of people with schizophrenia in general practice in Lothian / J. Rodgers, G. Black, A. Stobbart, J. Foster // Quality in Primary Care. - 2003. — Vol. 11, N 2. — P. 133 - 140.
24. Lester H. Shared care for people with mental illness - a GP perspective / H. Lester // Advances in Psychiatric Treatment. — 2005. — Vol. 11. — P. 133 - 141.
25. Kisely S. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures / S. Kisely, M. Smith, D. Lawrence [et al.] // Canadian Medical Association Journal. — 2007. — Vol. 176, N 6. — P. 779 - 784.
26. Daumit G. Characteristics of primary care visits for individuals with severe mental illness in a national sample / G. Daumit, L. Pratt, R. Crum [et al.] // General Hospital Psychiatry. - 2002. Vol. 24. — P. 391 - 395.
27. Osborn D. Risk for coronary heart disease in people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care / D. Osborn, I. Nazareth, M. King // Br. J. of Psych. — 2006 — Vol. 188-P. 271 - 277.
28. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (CG82). - London: National Institute for Health and Clinical Excellence. - 2009.
29. Adult mental health service mapping: report Autumn 2004 and Spring 2006. - Centre for Public Mental Health, Durham University. - 2006.
30. Crawford M. Providing continuity of care for people with severe mental illness / M. Crawford, E. Jonge, G. Freeman, T. Weaver // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 2004. — Vol. 39. — P. 265 - 272.
31. Bower P. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base / P. Bower, S. Gilbody // BMJ. — 2005. — Vol. 330. — P. 839 - 842.
32. Gilbody S. Educational and organisational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review / S. Gilbody, P. Whitty, J. Grimshaw, R. Thomas // JAMA. - 2003. — Vol. 289. — P. 3145 - 3151.
33. Huibers M. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners / M. Huibers, A. Beurskens, G. Bleijenberg, C. Van Schayck // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2004. - Issue 3 [DOI: 10.1002/14651858.CD003494].
34. Bower P. On-site mental health workers in primary care: effects

on professional practice / P. Bower, B. Sibbald // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2004. - Issue 1 [DOI:10.1002/14651858.CD000532.pub2].

35. Katon W. A review of randomised trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care / W. Katon, J. Gonzales // *Psychosomatics*. – 1994- Vol. 35. – P. 268 – 279.

36. Bower P. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and metaanalysis / P. Bower, N. Rowland, R. Hardy // *Psychological Medicine*. – 2003. –Vol. 33. – P. 203 – 215.

37. Bower P. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care / P. Bower, N. Rowland, J. Mellor-Clark [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2004. - Issue 3 [DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub2].

38. Bodenheimer T. Improving primary care for patients with chronic illness / T. Bodenheimer, E. H. Wagner, K. Grumbach // *JAMA*. – 2002. – Vol. 288, N 14. – P. 1775 – 1779.

39. Katon W. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist primary care physician and the practice nurse / W. Katon, M. Von Korff, E. Lin, G. E. Simon // *General Hospital Psychiatry*. – 2001. – Vol. 23. – P. 138 – 144.

40. Gask L. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the normalization process model / L. Gask, P. Bower, K. Lovell [et al.] // *Implementation Science*. – 2010. - Vol. 5, N 15. – P. 1 – 11 [DOI: 10.1186/1748-5908-5-15].

41. Reilly S. Collaborative care approaches for people with severe mental illness (Protocol) / S. Reilly, C. Planner, L. Gask [et al.] // *The*

Cochrane Library. – 2012. - Issue 1. - 26 p.

42. Tornicroft G., Breakey W. R., Primm A. B. Case management and network enhancement of the long-term mentally ill // *Social support and psychiatric disorder: research findings and guidelines for clinical practice* / T.S. Brugha (Ed.) – Cambridge University Press, 1995. – P. 239 – 256.

43. Burns T. Case management or assertive community treatment. What is the difference? / T. Burns // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. – 2008. - Vol. 17, N 2. – P. 99 – 105 [PUBMED: 18589623].

44. Arana J. D. Continuous case teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients / J. D. Arana, B. Hastings, E. Herron // *Hosp. Community Psychiatry*. – 1991. – Vol. 42, N 5. – P. 503 – 507.

45. Malone D. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Review) / D. Malone, S. Marriott, G. Newton-Howes [et al.] // *The Cochrane Library*. – 2010. - Issue 3. – 38 p.

46. Dieterich M. Intensive case management for severe mental illness (Review) / M. Dieterich, C. B. Irving, B. Park, M. Marshall // *The Cochrane Library*. – 2011. - Issue 2. - 247 p.

47. Johnson S. So what shall we do about assertive community treatment?. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2008; Vol. 17, issue 2:110–4. [PUBMED: 18589625].

48. Ряполова Т. Л. Роль реабилитационного диагноза в организации психиатрической помощи / Т. Л. Ряполова, В. А. Абрамов, О. Г. Студзинский, Е. А. Кокотова // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, вып. 1 (70). – С. 72.

Поступила в редакцию 05.09.2012