

## Паллиативная медицинская помощь и психиатрия

**ЧЕБЕРЕВ А.В.** аспирант; e-mail: galenchik.alex@mail.ru

**КАЗАКОВЦЕВ Б.А.** д.м.н., проф., руководитель отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии; e-mail: bakazakovtsev@serbsky.ru

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Минздрава России, Москва; 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23

*Представлен обзор исследований по проблеме сочетания паллиативной медицинской и психиатрической помощи. Намечены направления разработки рекомендаций по повышению качества жизни пациентов, длительно находящихся на стационарном психиатрическом лечении в учреждениях здравоохранения и в учреждениях социального обслуживания.*

**Ключевые слова:** социальная психиатрия, психосоциальная реабилитация, паллиативная медицинская помощь.

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации [13], на период до 2020 г. включает подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи» и «Оказание паллиативной помощи». Цель первой подпрограммы — развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах, цель второй — повышение качества жизни неизлечимых больных путем решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

К основным задачам указанных подпрограмм относятся:

- совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;
- создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам; повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников; повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

Несмотря на известные успехи фармакотерапии и медицинской реабилитации, клинический и социальный прогнозы при психических расстройствах для многих пациентов остаются неблагоприятными. Численность инвалидов первой и второй групп вследствие психических расстройств продолжает увеличиваться. Увеличивается число пациентов-хроников, более года находящихся в психиатрических стационарах. Увеличивается число пациентов, нуждающихся в длительном проживании в психоневро-

логических интернатах, но в связи с недостатком мест в них продолжающих находиться в неблагоприятных домашних условиях или в психиатрической больнице. Указанные тенденции обусловлены увеличением продолжительности жизни лиц, страдающих психическими расстройствами и соответствующим ростом распространенности психических расстройств в населении старших возрастных групп.

В указанных условиях оказание паллиативной медицинской помощи становится важнейшим, но при этом недостаточно разработанным аспектом организации психиатрической помощи, в целом, и особенно в стационарных учреждениях здравоохранения и социального обслуживания [16, 36, 63, 115].

По некоторым экспертным оценкам, объем оказания паллиативной медицинской помощи составляет около 10% от потребности [3].

Вместе с тем, по данным обзоров [109, 112, 113], для ведения пациентов с психическими расстройствами многими исследованиями выявлены явные преимущества междисциплинарных бригад паллиативной помощи, использующих психосоциальную терапию. По данным недавно проведенного в США опроса 260 директоров программ развития паллиативной медицинской помощи, установлено, что 71% из них выражает надежду на более активное участие психиатров в работе этих бригад [118].

Одним из важных направлений к установлению более прочных связей между психиатрией и паллиативной помощью считают разработку образовательных возможностей для психиатров-стажеров, поскольку формальных условий для обучения заинтересованных слушателей в рамках общих программ не хватает [74].

Согласно определению ВОЗ (2007), паллиативная помощь — направление медицинской и социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов — физических, психологических и духовных [154].

Медицинская, психологическая, социальная и духовная составляющие паллиативной помощи включают лечение, преодоление чувства страха, депрессии и стрессовых расстройств у пациентов и их родственников, материальную поддержку семьи, правовое консультирование и помощь в оформлении документов. Особое место в структуре паллиативной помощи отводится оказанию бытовых и ритуальных услуг, встрече со священнослужителем [18, 73].

Представляет интерес взгляд Milstein J. (2005) [103], согласно которому паллиативное лечение может проводиться в критических состояниях, возможных у любого пациента при любом диагнозе и на любой стадии болезни, поскольку паллиативные меры в качестве дополнения к основному лечению часто адресованы к таким проявлениям как боль, тревога, делирий или депрессия. На вопрос, нужна ли паллиативная помощь психиатрическим пациентам, Косенкова И.В. и соавт. (2009), отвечают: «Любой человек, страдающий неизлечимым заболеванием, особенно нуждается в поддержке. Данная помощь предназначена для всех пациентов в конце их жизненного пути. Известны многие психические заболевания, требующие паллиативной помощи на терминальных стадиях». [9].

Von Gunten F.D et al. (2004; 2012) делит оказание паллиативной медицинской помощи на 3 уровня:

1. Все врачи, независимо от специальности, должны быть компетентными в предоставлении паллиативной помощи (внимание к целостной личности и семейным заботам, к пониманию опыта болезни, уточнению основных целей терапии, облегчению симптомов и качеству жизни);

2. Подмножество врачей, накапливающих опыт или формально обученных, практикуют специализированную или «вторичную» паллиативную помощь в роли консультантов или членов мультидисциплинарной бригады;

3. «Третичная» паллиативная помощь необходима для наиболее сложных случаев и проводится экспертами, которые также участвуют в научных исследованиях и образовании новых стажеров в субспециальности. [149, 150].

Существенными уточнениями и дополнениями данной схемы, актуальными для России, могут служить предложения Жукова А.Е. и соавт. (2013) по

использованию комплексного подхода к организации паллиативной помощи с включением:

- обучения специалистов первичного звена медицинской помощи практическим навыкам оказания паллиативной помощи;
- увеличения числа специализированных выездных бригад;
- широкого информирования пациентов и членов их семей о возможностях получения паллиативной помощи в учреждениях независимо от форм их собственности;
- координации усилий учреждений здравоохранения и социальной защиты по оказанию комплексных услуг больным и членам их семей;
- расширения сети штатных психологов и психотерапевтов для сопровождения пациентов и членов семей и профилактики синдрома выгорания у персонала в сфере оказания паллиативной помощи;
- социального сопровождения пациентов и членов их семей;
- обеспечения доступности лекарственных препаратов;
- преодоления стигматизации и дискриминации пациентов [6].

Несмотря на очевидную связь упомянутого выше определения ВОЗ с текстом ст. 27 Закона Российской Федерации о психиатрической помощи [7], относящейся к «лицам, страдающим хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», в отечественной научной медицинской литературе использование паллиативной помощи при психических расстройствах описывается крайне редко. Эти описания, главным образом в форме рутинных отчетов, относятся к пациентам реанимационных подразделений, хосписов и центров паллиативной помощи, отделений сестринского ухода, реже — к пациентам, паллиативная помощь которым оказывается на дому или в специальных центрах дневного пребывания.

В США рядом авторов прямо указывается на сходство психиатрической помощи лицам с тяжелыми стойкими психическими расстройствами с паллиативной медицинской помощью и подчеркивается необходимость объединения усилий специалистов в области психического здоровья, первичной медицинской помощи, неотложной и паллиативной помощи. Это сотрудничество может проявляться в том, что психиатры могут быть как консультантами, так и членами бригад междисциплинарной паллиативной помощи, в том числе на руководящих должностях. [73, 74, 155, 29, 99, 88]. Много внимания уделяется последипломному обучению специалистов, включая врачей [149, 106, 129], ме-

дицинских сестер [135], специалистов по социальной работе [153, 31, 32] и капелланов [47].

Авторы прослеживают связь данной концепции с мнением британского врача Saunders С., впервые в 1963 г. отметившей, что «психический дистресс может быть наиболее резистентной общей болью» у пациентов в терминальной стадии рака. Под «общей болью» Saunders С. подразумевала эмоциональные переживания, физическую боль, социальные и духовные проблемы, утверждая, что эффективный уход за умирающими пациентами требует внимания к облегчению страданий в каждой из этих областей. [123].

В России о существовании подобного рода обстоятельств длительное время умалчивалось. Более того, согласно Положению о доме сестринского ухода, хосписе и отделении сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц, утвержденному приказом Минздрава РСФСР от 01.02.1991 №19, психические расстройства до настоящего времени являются противопоказанием для направления пациентов в указанные учреждения и подразделения [14]. Для преодоления подобного рода установки в программы подготовки студентов медицинских вузов и последипломного образования врачей должны быть, вероятно, включены разделы, посвященные: специфике оказания паллиативной помощи при неонкологических прогрессирующих заболеваниях; содержанию помощи больному в конце жизни; диагностике и коррекции психических расстройств у терминальных больных; психологическим, социальным и духовным аспектам паллиативной помощи [2].

В реанимационных отделениях учреждений здравоохранения врачам постоянно приходится работать с людьми, переживающими острые утраты или длительное умирание родственников от неизлечимых болезней. На терминальных стадиях заболевания работа с пожилыми пациентами с делирием, особенно в случаях сочетания делирия и деменции, значительно затрудняет связь врачей с пациентами и их семьями. Данная работа требует дополнительных усилий в плане структурирования подходов к распознаванию, оценке болезненных проявлений и управлению ими [65, 54].

Для обеспечения и поддержания своей доступности и открытости к сопереживанию врачам рекомендуется самим поддерживать здоровый образ жизни [159, 38]. При сравнении распространенности синдрома выгорания и заболеваемости психическими расстройствами среди врачей-онкологов и среди врачей паллиативной помощи установлено, что у первых заболеваемость психическими расстройствами существенно выше и она связана со всеми субшкалами выгорания. В целом же, как сообщают авторы, из

697 принявших участие в опросе врачей обеих специальностей высокий уровень эмоционального истощения был выявлен в 22%, деперсонализация в 11%, низкий уровень личностных достижений в 62% случаев [24].

В остром госпитальном отделении Национального онкологического центра в Японии при оказании паллиативной помощи в 70% случаев используется участие психиатра как члена команды. У 2 тыс. пролеченных пациентов Центра психические расстройства в форме делирия отмечены в 28%, в форме расстройства адаптации — в 18%, в форме депрессии — в 7,6%, в форме деменции — в 6,6% случаев [114].

В хосписах, паллиативных центрах и стационарных подразделениях паллиативной медицинской помощи у пациентов, как правило, проводится диагностика психических расстройств.

В США в услуги хосписа включается уход за членами семьи до и после смерти пациента. Уход в хосписе доступен для пациентов с прогнозом жизни 6 месяцев или меньше [56, 53]. При повышении баллов по показателям качества жизни продолжительность жизни у пациентов, получающих паллиативную помощь, можно продлить в среднем более чем на 2,5 месяца [132].

Одним из главных хоспис-сообществ в США в 2009 г. была создана программа привлечения специалистов в области психического здоровья к преодолению эмоциональных проблем у пациентов и обслуживающего их персонала, что способствовало изданию специального Руководства по психиатрии в паллиативной помощи [62].

Однако, по данным сплошного исследования, проведенного в г. Эдинбурге, в хосписе на 37 мест по выявлению депрессивных расстройств установлено, что из общего числа получивших паллиативную помощь 282 пациентов 134 пациента (47,7%) «оказались слишком плохи, чтобы участвовать в психиатрическом собеседовании» [89].

Считается, что от 33 до 50% больных с терминальной стадией болезни нуждаются в психологической поддержке. Однако до 50% психических расстройств в хосписах при этом остаются нераспознанными врачебным и сестринским персоналом. По данным исследования [75], психические расстройства по критериям МКБ-10 выявляются у 62% пациентов хосписа. Наиболее распространенными оказываются органические психические расстройства, невротические и связанные со стрессом расстройства и депрессии (27%, 16% и 16% соответственно).

По данным Irwin S.A. et al. (2008), примерно 50% пациентов хосписа испытывают симптомы депрессии, а 70% — клинически значимую тревогу. По мере приближения к смерти почти у всех пациен-

тов диагностируется делирий. При этом имеют место различия в частоте делириозных расстройств у пациентов, поступающих в хоспис после длительного периода лечения на дому (7,8%, n=386), и у пациентов, поступающих в хоспис после лечения в стационаре (28,3%, n=514). Одной из мер по преодолению гиподиагностики делирия авторы считают обслуживание пациентов междисциплинарными бригадами [73].

В связи с ростом заболеваемости, различной прогредиентностью и различным при болезни Альцгеймера и болезни Крейтцфельда—Якоба соотношением интеллектуальных и эмоциональных расстройств обсуждаются показания для помещения в хоспис страдающих этими заболеваниями лиц [70, 50, 82, 101]. К поводам к установлению сотрудничества в хосписе психиатров и врачей паллиативной помощи относят наличие у лиц со смертельной болезнью риска самоубийства, опасного несоблюдения условий лечения (dangerous noncompliance), сочетания зависимости от веществ и тревоги [119] и диагностику резистентной нервной анорексии [94].

В отличие от депрессии, в качестве адекватной для условий оказания паллиативной медицинской помощи психологической диагностической категории предлагается так называемый синдром деморализации, проявляющийся в ощущении безысходности, потери смысла и экзистенциальных переживаниях. По мнению авторов, формирование данного синдрома может быть обусловлено хроническими соматическими заболеваниями, инвалидностью, телесным уродством, страхом потери достоинства, чувством зависимости от других, чувством бессилия и беспомощности [83, 81].

Ключевыми для оказания медицинской помощи в условиях хосписа Гнездилов А.В. (2002) считает понимание персоналом хосписа проблем и потребностей неизлечимо больного человека, формирование у него способности вынести неизбежное страдание, комплексную работу с близкими и семьей умирающего, использование психотерапии, в том числе для профилактики эмоционального выгорания персонала [4].

Преобладающее в настоящее время в паллиативной онкологии гуманистическое психотерапевтическое направление в виде экзистенциального анализа (Франкл В.Е., 1990) [17] и экзистенциально-гуманистической психотерапии стало использоваться сравнительно недавно [156, 12, 20]. К принципам экзистенциальной терапии, в том числе в виде групповых сессий, относятся: развитие подлинных личностных отношений между терапевтом и пациентом, между пациентом и другими людьми; ценность переживаний, возможностей, способностей к развитию во всех жизненных отношениях; важность смягчения нервной напряженности, вызванной нарушением при-

вычного течения жизни в связи с болезнью. Цель терапии — облегчить пациенту возможность с достоинством принять свое страдание, довериться своему переживанию как наиболее полному и истинному в жизни, обнаружить высокое значение и смысл своей собственной жизни [44, 45, 33—35].

В отечественной практике в работе с данными пациентами продолжает развиваться и традиционная клиническая психотерапия, основанная на учете личностной почвы и клинических показаний и противопоказаний. Показаниями к применению собственного двухнедельного варианта терапии творческим самовыражением, по М.Е. Бурно, психическим расстройствам Орлова Т.В. (2011) считает органические эмоционально-лабильные (астенические) расстройства, неврозоподобные реакции на соматически отягощенной почве и мягкие делириозные расстройства [10].

В отличие от практики традиционных хосписов и отделений сестринского ухода на 25 коек, располагающих должностями медицинских сестер (8), младшего медицинского персонала (4) и инструктора по лечебной физкультуре (1), с 2013 года [15] паллиативная помощь в России может оказываться амбулаторно, в дневном стационаре и в стационаре. В многопрофильных и специализированных стационарных учреждениях здравоохранения создаются отделения паллиативной медицинской помощи со штатными должностями заведующего отделением и старшей медицинской сестры, должностью врача по паллиативной медицинской помощи на 10 коек, должностью врача-психотерапевта на 20 коек, должностью медицинского психолога на 20 коек, семью сестринскими должностями на 10 коек и во семью должностями младшего медицинского персонала на 5 коек.

С начала 2014 г. два таких отделения функционируют в Республиканской клинической психиатрической больнице в г. Казани. Они оказывают паллиативную медицинскую и психиатрическую помощь пациентам с «неизлечимыми хроническими психическими заболеваниями», имеющим существенно ограниченные психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном уходе. Отделения осуществляют динамическое наблюдение за состоянием пациентов, оказывают социально-психологическую помощь родственникам, обучают родственников навыкам ухода за больными, оформляют разного рода документы, в том числе для направления в учреждения социального обслуживания. На должность заведующих отделением и врачей отделения назначаются врачи-психиатры, прошедшие обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи [11].



Данный опыт соответствует рекомендации министра здравоохранения Российской Федерации Скворцовой В.И. от мая 2013 г. по профилизации части больничных коек в койки для реабилитации и ухода [8], что актуально для психиатрических стационаров с учетом накопления в них тяжелых пациентов-хроников.

В распространенных за рубежом домах сестринского ухода, предназначенных в основном для проживания престарелых, более чем у половины резидентов диагностируется деменция [130].

По данным проведенного в Исландии ретроспективного анализа переменных здоровья у резидентов (279 женщин, 106 мужчин) дома сестринского ухода в Рейкьявике за 20 лет (1983—2002 гг.) (279 женщин, 106 мужчин), средний их возраст при поступлении составляет  $85 \pm 7$  лет. Наиболее распространенными диагнозами при поступлении являются деменция (56%), ишемическая болезнь сердца (46%), переломы костей (35%) и стенокардия (27%). Ежегодный уровень смертности равен 29%. Средняя продолжительность пребывания  $3 \pm 2,9$  года. Со временем резиденты чаще поступают из госпиталя, а не из собственного дома. В большинстве случаев смерть наступает в доме сестринского ухода [76].

В США реформирование деятельности домов сестринского ухода было начато в 1987 г. с целью поддержания у резидентов максимально достижимого физического, психического, психологического и социального благополучия. По результатам сравнительного когортного исследования ( $n > 2000$ ), проведенного в 254 домах сестринского ухода 10 штатов, было отмечено, что за 4 года реформы (1990—1993) в них произошло значительное улучшение качества медицинской помощи, включая уменьшение числа случаев медикаментозного и физического стеснения [66].

В дальнейшем в США отмечают актуальность для резидентов домов диагностики депрессии и поведенческих расстройств при деменции. Признается, что несмотря на федеральные нормативы, ограничивающие использование антипсихотиков, последние, в отличие от бензодиазепинов и антидепрессантов, наиболее эффективны при лечении поведенческих расстройств [128, 21]. По мнению Snowden M. et al. (2003) [128], структурированная деятельность при поведенческих расстройствах более эффективна, чем тренинги.

В США считаются необходимыми творческие и новаторские решения в части повышения качества помощи в домах сестринского ухода [116]. Например, как упущение расценивается отсутствие в Акте 1987 года положения о введении в штат учреждений должностей социальных работников и специалистов по психическому здоровью [124].

По данным исследования 1992—1995 гг. ( $n = 2153$ ), проведенного в 59 учреждениях данного профиля в штате Мэриленд, в первые 90 дней пребывания в доме резиденты с диагнозом *деменция* умирают достоверно реже, чем резиденты без деменции. При этом они практически не отличаются от вторых по числу заболеваний с повышением температуры тела, наличию пролежней и переломов. Авторы полагают, что это обусловлено более высоким уровнем обслуживания резидентов с деменцией [96].

Клиническими обоснованиями необходимости повышения уровня обслуживания примерно пятой части резидентов являются: психические расстройства (64,1%), трудности передвижения (40,4%), недержание (20,6%), показания для реабилитационной терапии (18%), тяжелые сенсорные нарушения (8,7%) [97].

Miller F.A. et al. (2006) [100] считают, что шансы на поступление в дом сестринского ухода у лиц пожилого возраста с диагнозом *деменция* на 58% выше, чем с диагнозом *шизофрения* или *личностное расстройство*. К паттернам прогрессирующей деменции у резидентов домов сестринского ухода с правами хосписа Kverno K.S. et al. (2008) [87] относят выявление слабо выраженных ее симптомов лишь в 36% случаев, психоз и агитацию или агрессию — в 23% случаев и ослабление контакта с действительностью или летаргию — в 41% случаев.

При сенильной деменции у пациентов отмечаются симптомы, сходные с таковыми при онкологических заболеваниях и возникающие с аналогичной частотой: состояние спутанности (83%), недержание мочи (72%), боль (64%), сниженное настроение (61%), запоры (59%) и потеря аппетита (57%). Однако указанные симптомы у пациентов с деменцией более продолжительны. Указывается, что в Соединенном Королевстве медицинская помощь таким больным не может считаться удовлетворительной в связи с тем, что собственно паллиативной помощи они в настоящее время лишены [69].

В США в 2004 г. почти каждый четвертый из резидентов в возрасте 65 лет и старше получал антипсихотические средства: 24,45% — атипичные и 1,9% — типичные антипсихотики. Наиболее часто у этих лиц диагностировались деменция (70%), депрессия (41%) и тревога (18%). При этом особое внимание обращалось на необходимость осторожного назначения атипичных антипсихотиков пациентам в возрасте 75 лет и старше [77—79] и на необходимость учета возможных серьезных побочных когнитивных эффектов антихолинергических препаратов у пациентов с деменцией [42].

Что касается антипсихотиков, то по сравнению с rispидоном в последние годы появились новые

доказательства более высокого риска смерти при лечении галоперидолом и более низкого риска — при лечении кветиапином. В связи с рисками развития у пожилых пациентов бактериальных инфекций, цереброваскулярных расстройств, атеросклероза, анемии и сахарного диабета подчеркивается важность тщательного отбора конкретных атипичных антипсихотиков, их дозы и их мониторинга безопасности в домах сестринского ухода [71, 105]. Риск смерти при лечении типичными антипсихотиками в первые 40 дней их применения у резидентов домов сестринского ухода почти в 2 раза выше, чем при использовании атипичных [23].

В России аффективным расстройствам в хосписе и в отделении сестринского ухода была посвящена диссертация Шахуровой Н.И. (2009) [19]. Аффективные расстройства со злокачественными новообразованиями были выявлены автором в 69,39% случаев. У больных позднего возраста, находившихся в отделении сестринского ухода, ассоциированные с соматическими заболеваниями расстройства депрессивного спектра были выявлены в 65,35% случаев. Оценка эффективности фармакотерапии депрессивных расстройств у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, при использовании антидепрессантов с разными механизмами действия показала достоверное снижение степени выраженности депрессии. Следует отметить, что в связи с этим некоторыми зарубежными авторами используются психостимуляторы и кетамин [40, 64, 158]. При лечении тревоги используется гипнотерапия или когнитивная терапия [121, 58].

В Австралии средний возраст резидентов ( $n = 647$ ) в 11 домах сестринского ухода составляет 82,3 года. В 51,5% случаев психотропные средства назначаются постоянно, в остальных случаях — «по мере необходимости». В 22,7% случаев одновременно назначаются несколько психотропных средств. В 30,4% случаев антидепрессанты назначаются в терапевтических, в 19,8% случаев в субтерапевтических дозах. Психотические (58,8%) и поведенческие (91,9%) расстройства более распространены у резидентов с назначением антипсихотических средств, чем у резидентов, которым они не назначаются (42,5% и 76,6% соответственно) [51]. Результаты исследования, проведенного на том же клиническом материале с целью сравнения эффективности медикаментозного воздействия на пациентов с деменцией, осложненной депрессией и психозом ( $n = 86$ ), показали отсутствие достоверных различий в эффективности стандартной терапии и терапии, проводимой с участием специалистов по психогериатрии [37].

В Бельгии при сравнительном изучении динамики медицинских показаний для поступления в дом се-

стринского ухода за 12 лет (1993—2005 гг.) установлено, что соотношение психических, соматоневрологических и социально-эмоциональных проблем стабильно (48, 43 и 9% соответственно). Вместе с тем, отмечено, что частота тяжелых осложнений сахарного диабета (ампутация и слепота) в качестве причин поступления за указанный период увеличилась почти в 3 раза [144]. В 2006 г. всем 594 и в 2010 г. 69 домам сестринского ухода во Фландрии было предложено принять участие в ретроспективном посмертном исследовании влияния планирования помощи со стороны врачей общей практики и семейных врачей в последние 2 месяца жизни резидентов на повышение шансов умереть в больнице. По данным опросника, полученным из 345 домов (58% ответов), установлено, что получение специализированной паллиативной медицинской помощи резидентами с деменцией по своевременному заказу врача общей практики может повлиять на отсрочку смерти. С другой стороны, отмечается, что направления в медицинские учреждения умирающих резидентов редки, а уровень согласованности между лицами, профессионально осуществляющими уход, и родственниками пациентов низок [140—142, 49].

В Швейцарии проводится разработка методических рекомендаций для медицинских директоров домов сестринского ухода по организации медикаментозной терапии типичными и атипичными антипсихотиками и антидепрессантами, по ведению образовательных сессий для практикующих врачей и фармацевтов по алгоритмам лечения депрессии, нарушений сна и ажитации [93].

Размещение лиц с психическими расстройствами в домах сестринского ухода в США рассматривается как важная политическая задача. Отмечается, что со временем возраст вновь поступающих в данные учреждения лиц с психическими расстройствами снижается и что вновь поступающие лица с психическими расстройствами настроены на длительное в них пребывание [61, 25].

В США и Европе отмечен рост в домах сестринского ухода объемов реабилитационной работы с резидентами с деменцией, проводится сравнительное изучение эффективности использования личностно-центрированного и традиционного подходов [57, 122, 143]. Для повышения эффекта занятости и поддержки у резидентов чувства независимости рекомендуется на протяжении 12 недель психосоциальной работы использовать компоненты драмы [86].

По данным обследования голландских домов сестринского ухода ( $n = 2032$ ), депрессия имеет место у 51% резидентов, а психотические расстройства — у 15%. У резидентов с деменцией депрессии в большей мере, чем психозы и боль, связаны с ажитацией. [147]. Вовлечение резидентов с когнитивными рас-

стройствами в осмысленную деятельность упорядочивает их поведение [148].

В Норвегии к факторам повышенного риска поступления в дом сестринского ухода лиц в возрасте 65 лет и старше в течение одного года после госпитализации в учреждение здравоохранения, по данным исследования, проведенного на материале сельских больниц ( $n = 463$ ), относят замедленное когнитивное и физическое функционирование [67].

Реализация интегративной психотерапевтической программы в отношении пациентов положительно влияет на снижение бремени, лежащего на лицах, осуществляющих уход за резидентами, и повышение качества жизни резидентов домов сестринского ухода [27, 26]. В данном отношении в Нидерландах были признаны сопоставимыми оценки работы с умирающими резидентами с деменцией так называемых семейных и профессиональных сиделок. При этом обсуждается целесообразность обеспечения резидентам «комфорта в процессе умирания». [137, 138, 30]. В частности, обсуждается вопрос эффективности использования с этой целью так называемой непрерывной глубокой седации [68, 22].

При сравнении данных опросов, проводимых в семьях резидентов с деменцией в конце жизни, в Нидерландах (пилотное исследование 2005—2007 гг.,  $n = 54$ ) и в США (1999 г.,  $n = 76$ ) установлено сходство даваемых семьями оценок клинического ведения пациентов и оценок «комфортного умирания». В связи с этим для выявления недостатков в организации помощи в домах сестринского ухода предлагается проведение синхронных кросс-национальных исследований [137].

В данном отношении представляют интерес результаты годичного проспективного когортного исследования, проводившегося в 57 домах сестринского ухода ряда европейских стран (Англия, Германия, Италия, Нидерланды, Финляндия, Франция, Чехия) и одной страны, не входящей в ЕС (Израиль). Средний возраст резидентов, включенных в исследование ( $n = 4156$ ), составил  $83,4 \pm 9,4$  года. Женщины составили 73%. Инвалидность и ухудшение когнитивных способностей отмечены в 81,3% и 68% случаев соответственно. Отмечена высокая распространенность поведенческих расстройств (27,5%), падений (18,6%), пролежней (10,4%), боли (36%) и недержания мочи (73,5%). [117]. В ходе сравнительного анкетирования родственников резидентов 34 голландских ( $n = 337$ ), и 69 бельгийских ( $n = 190$ ) домов сестринского ухода по вопросу о качестве ведения пациентов в последний месяц их жизни установлено отсутствие различий в медицинском ведении пациентов и меньший дискомфорт пребывания в бельгийских домах [145].

В связи с ростом инвестиций в развитие домов сестринского ухода анализируется использование мер, направленных на повышение качества их работы, включая осуществление принципов управления, обеспечение обратной связи по результатам, оценку потребностей резидентов в планировании средств ухода, внутреннего аудита и обучения, а также в наличии омбудсмена для резидентов. Предлагается при исследованиях эффективности и качества работы учреждений использовать качественный и количественный (многомерный и многоуровневый) подходы [151].

В работах, посвященных пациентам, паллиативная помощь которым оказывается амбулаторно или на дому, приводятся данные, характеризующие психосоциальную помощь хронически больным различного возраста и лицам, осуществляющим уход за ними в семьях.

По данным Царенко А.В. и Губского Ю.И. [18], в Украине в последние 5 лет ежегодно нуждаются в паллиативной и хосписной помощи около 600 тыс. пациентов, однако из них только 5% могут получить ее в стационарных условиях (при потребности в 4,5 тыс. в стране развернуто 850 коек). Более 20% пожилых пациентов страдают неизлечимыми хроническими прогрессирующими заболеваниями: онкологическими, сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными, болезнью Альцгеймера и др.

В связи с этим, по сообщению авторов, начиная с 2009 г. в Киеве начала использоваться межведомственная модель оказания паллиативной помощи на дому. В состав выездной бригады входят врачи поликлиник и работники территориального центра социального обслуживания одиноких малообеспеченных пенсионеров и инвалидов: медсестры, социальные работники, психолог, юрист, волонтеры. Преимущество подобного предоставления комплексной паллиативной помощи на дому заключается в том, что она оказывается в относительно короткое время и в привычной для пациентов обстановке. Практика оказания паллиативной медицинской помощи на дому существует также в Бельгии, Венгрии, Молдавии, Польше, России, Словакии и в других странах, однако она недостаточно отражается в научных изданиях и СМИ.

В литературе приводятся данные, свидетельствующие об успешности предпринимаемых в семьях со стороны психиатров психосоциальных вмешательств в отношении хронически больных детей и подростков, в том числе в виде оказания им компьютерных лечебных и образовательных услуг [52, 98, 85]. Отмечается, что подростки с хроническими заболеваниями (онкологическими, инсулинзависимым диабетом, эпилепсией, астмой) более склонны к депрессивным реакциям, чем их здоровые сверстники. Они сознают, что имеют меньшую социальную поддержку от своих семей, чем от друзей [110].

Указывается на наличие статистически значимой связи с хроническими заболеваниями (диабет, астма, мигрень) и депрессией у молодых мужчин и отсутствие таковой связи у хронически больных женщин того же возраста [84].

Амбулаторная паллиативная помощь онкологическим пациентам с участием психиатра в течение ряда лет широко и успешно оказывается хосписными службами в Японии [28].

Эффективность подобного рода помощи подтверждается данными специального исследования, согласно которому более 400 включенных в него пациентов указали на значительное сокращение боли, усталости, одышки, бессонницы, депрессии и тревоги и значительное улучшение качества жизни [157].

Различного рода вмешательства, фармакологические и нефармакологические, пожилым людям в условиях проживания в общине предлагается начинать уже на ранних этапах формирования деменции [125, 126, 90, 39] при обязательном условии одновременного формирования копинг-стратегий у членов их семей [48, 136]. При оказании помощи пожилым людям на дому доказана эффективность использования поведенческой терапии, психообразования и консультирования членов семьи [133, 134, 91, 92, 127, 120]. С участием экспертов из 23 стран определены следующие критерии оптимальной амбулаторной паллиативной помощи лицам пожилого возраста с синдромом деменции:

- лично-ориентированная помощь, общение и совместное принятие решений;
- оптимальное лечение симптомов и обеспечение комфорта;
- установление целей и перспективное планирование;
- непрерывность помощи;
- психологическая и духовная поддержка;
- забота о семье и ее участие;
- подготовка бригады специалистов для оказания помощи;
- решение социальных и этических вопросов. [139].

В целом, проводимую за рубежом оценку участия психиатрии в оказании паллиативной помощи, независимо от места пребывания пациентов, можно свести к признанию значительного вклада в нее со стороны соответствующих специалистов в области охраны психического здоровья, включая:

- разрешение семейных проблем инкурабельных больных [43, 60, 95];
- измерение стоимости управления качеством медицинской деятельности «долгосрочных» стационарных учреждений, составляющей от 0,3% до 3,5% бюджета в домах сестринского ухода и от 0,8% до 3,5% бюджета в учреждениях здравоохранения [152];

- измерение результатов лечения, из которых, например, можно выделить: удовлетворенность помощью в конце жизни при деменции (SWC-EOLD); управление симптомами в конце жизни при деменции (SM-EOLD) и оценка комфортного умирания при деменции (CAD-EOLD) [146, 104];

- обеспечение высокого уровня помощи до конца жизни пациента [111, 131, 108, 107, 132, 41, 59, 72, 80].

По данным опроса медицинских сестер, прошедших обучение на курсах паллиативной медицинской помощи, 64,7% из них считают, что специалист, осуществляющий данный вид помощи, должен обладать такими качествами, как милосердие, сострадание, умение слушать, высокий профессионализм, умение работать в команде, коммуникабельность, духовность [3].

По мнению Fairman N. et al. (2013), для окончательного решения вопроса о месте психиатрии в сфере паллиативной помощи предстоит еще многое сделать в плане установления основных эпидемиологических параметров, диагностики и лечения психических расстройств у пациентов соответствующих служб, разработки стратегий быстрого и эффективного облегчения страданий пациента, повышения качества его жизни. Особое внимание авторы обращают на необходимость фокусировать усилия психиатров на эмоциональной сфере страдающих пациентов с тяжелыми соматическими и психическими, в том числе хроническими, расстройствами. Развивающаяся на пересечении психиатрии и паллиативной медицины субспециальность, как считают авторы, вносит более глубокое понимание психосоциальных аспектов человеческого опыта, приносящего в конце жизни пользу пациентам и их семьям [53].

В перечисленных в данном обзоре аспектах следует, на наш взгляд, рассматривать деятельность стационарных учреждения социальной защиты, которые Рубайлов Ю.В. и соавт. (2012) [16], например, относят к стационарным учреждениям паллиативной помощи.

В психоневрологические интернаты (ПНИ) направляются пациенты, утратившие способность к социальному и бытовому самообслуживанию и в основной массе лишённые дееспособности судом. Большинство из них осознаёт свою социальную несостоятельность, что причиняет им дополнительные страдания. У пожилых нетранспортабельных пациентов зачастую имеют место и боль, и физические страдания, и неблагоприятный для жизни прогноз. Полагаем, что приведенные характеристики соответствуют современному определению паллиативной помощи [154], а ПНИ правомерно рассматривать как центры её оказания.

Особое место в структуре ПНИ занимают отделения милосердия, функции которых практически совпадают с функциями стационарных подразделений



паллиативной медицинской помощи. Соответственно назрела необходимость уточнения критериев отбора лиц для направления на проживание в этих отделениях, как и необходимость разработки принципов их динамического наблюдения и оценки эффективности паллиативной помощи.

Приведенные в обзоре данные подтверждают возможность использования определения, данного ВОЗ паллиативной медицинской помощи, в качестве основы для распространения понятия *паллиативная помощь* на достаточно широкий спектр тяжелых психических расстройств, наблюдаемых в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания. Эти данные свидетельствуют о продуктивности сочетания подходов к полипрофессиональному оказанию психиатрической и паллиативной медицинской помощи и, возможно, к выделению субспециальности паллиативная психиатрическая помощь, которая может охватывать широкий контингент тяжелых пациентов-хроников, длительно находящихся в психиатрических стационарах.

Рассмотренные примеры обосновывают возможность использования указанного определения паллиативной медицинской помощи и для разработок в сфере лечения коморбидных соматических и психических расстройств.

В настоящее время лица, находящиеся на постельном режиме или передвигающиеся с посторонней помощью, могут находиться на государственном обеспечении в доме-интернате (отделении) милосердия для престарелых и инвалидов постоянно, временно (от 2 до 6 месяцев) и 5 дней в неделю.

Отделение милосердия может быть создано для лиц старческого возраста с нерезко выраженными изменениями психической деятельности и без расстройств поведения. Оно может предназначаться также для детей и инвалидов молодого возраста с нерезко выраженным снижением интеллекта, для детей от 4 до 16 лет с выраженной степенью имбецильности и идиотией, для хронически психически больных лиц 16 лет и старше.

К уходу за указанными лицами в период их проживания в интернате могут привлекаться члены общественных и религиозных организаций. Периодичность врачебных осмотров зависит от тяжести их состояния, но практически составляет не реже одного раза в неделю. На договорной основе для консультирования этих лиц могут приглашаться специалисты из лечебно-профилактических учреждений. Психологическая служба оказывает психологическую, педагогическую, социальную и бытовую помощь. При необходимости организуется учебный процесс.

Приказом Минздрава России от 21.12.2012 №1343 [15] определено, что паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимым больным,

имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

С учетом того, что многие лица с глубокой умственной отсталостью, как правило, в интенсивной симптоматической терапии не нуждаются, но при этом их реабилитационный потенциал низок, а клинический и социальный прогноз неблагоприятен, приходится признать, что, несмотря на потребность, значительная доля пациентов (до 30% в отделениях милосердия) остаётся вне рамок паллиативной помощи.

Определение показаний для паллиативной помощи в области психиатрии способствовало бы более рациональной (бригадной) организации труда врачей, психологов, социальных работников и специалистов по реабилитации, разработке индивидуальных программ реабилитации (комплексной реабилитации, по Жигаревой Н.П.) [5] для лиц, проживающих в отделениях милосердия ПНИ.

Де-факто в ПНИ подразделениями, оказывающими паллиативную медицинскую помощь, во многом являются не только отделения милосердия, куда направляют или переводят лиц, утративших или не имевших способности к самостоятельному передвижению и нуждающихся в постоянном постороннем уходе. В какой-то мере этим заняты также общие отделения ПНИ, где проживают соматически здоровые лица с психическими расстройствами, беспомощные в социально-бытовом отношении. Анализ медико-социальных характеристик данного контингента лиц способствовал бы разработке психиатрического аспекта медицинской паллиативной помощи, а также определению критериев отбора пациентов для их направления в указанные отделения.

Приведенные данные свидетельствуют об актуальности и целесообразности проведения исследований, направленных на разработку психиатрических показаний для паллиативной медицинской помощи лицам, проживающим в ПНИ, по результатам анализа их медицинских, психологических и социальных характеристик.

Для разработки этих показаний необходимы:

- определение психиатрических критериев неизлечимости (долгосрочного неблагоприятного клинического и социального прогноза) у лиц, проживающих в ПНИ с учетом их психопатологических, психологических и социальных характеристик;
- определение места психиатрических показаний в общем перечне показаний к проведению паллиативной медицинской помощи лицам, проживающим в ПНИ;
- разработка комплекса мер психосоциальной помощи лицам, проживающим в ПНИ;

- разработка критериев эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и качества жизни у лиц, проживающих в ПНИ;
- разработка рекомендаций к определению условий приема и выписки из ПНИ.

### Список литературы

1. Введенская Е.С. Паллиативная помощь — современное направление общественного здравоохранения // Нижегородский медицинский журнал. — 2004. — №2.
2. Введенская Е.С. О необходимости преподавания вопросов паллиативной помощи в системе высшего медицинского образования. 09.07.2013 // [vestnik.mednet.ru/content/view/485/lang.ru/](http://vestnik.mednet.ru/content/view/485/lang.ru/).
3. Воронова Е.А. Научное обоснование организации центра паллиативной помощи в условиях крупного промышленного города. — Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2013.
4. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. — СПб: Издательство «Речь», 2002. — 162 с.
5. Жигарева Н.П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты. Учебно-практическое пособие. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2011. — 208 с.
6. Жуков А.Е., Молчанова Л.Ф. и соавт. Разработка организационных подходов к совершенствованию паллиативной помощи пациентам в условиях крупного промышленного города. 06.11.2013 // <http://www.science-education.ru/111-10679>.
7. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
8. Комаров Ю.М. Паллиативная помощь в РФ: текущее состояние и перспективы развития // *Здравоохранение*. — 2013. — №8.
9. Косенкова И.В., Базик Ж.Н. Паллиативная терапия. Роскошь или необходимость? // Газета «Новости медицины и фармации». Украина. — 2009. — Психиатрия (303) // [www.mif-ua.com/archive/article/11008](http://www.mif-ua.com/archive/article/11008).
10. Орлова Т.В. Краткая история и современное состояние психотерапии в паллиативной онкологии // *Медицинская психология в России*. — 2011. — №5 // [www.medpsy.ru/mprij/archiv\\_glo-bal/2011\\_5\\_10/nomer/nomer15.php](http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_glo-bal/2011_5_10/nomer/nomer15.php).
11. Паллиативная психиатрическая помощь в РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева // <http://www.rkpbtatar.ru/about/news/570/>.
12. Панков М.Н., Шрага М.Х. Психосоциальная реабилитация пациентов Архангельского хосписа // *Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении: Тезисы докладов международной конференции*. Под ред. В.И. Чиссова. — М., 1996. — С. 174—175.
13. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
14. Приказ Минздрава РСФСР от 01.02.1991 №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц».
15. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 №1343н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».
16. Рубайлов Ю.В., Малова И.Ю. Актуальные проблемы паллиативной помощи больным в России. 2012. // [www.rae.ru/forum2012/9/1823](http://www.rae.ru/forum2012/9/1823).
17. Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.
18. Царенко А.В., Губский Ю.И. Организация межведомственного сотрудничества семейных врачей при оказании амбулаторной паллиативной помощи пациентам пожилого возраста. — 2013 // [med36.com/article/134](http://med36.com/article/134).
19. Шахурова Н.И. Аффективные расстройства в паллиативной медицине: хоспис и отделение сестринского ухода (клинический, социально-психологический, деонтологический аспекты оказания медицинской помощи больным позднего возраста). — Автореф. дис. канд. мед. наук. — Томск, 2009.
20. Ялом И. Вглядываясь в солнце: Жизнь без страха смерти. — М.: Эксмо, 2012. — 352 с.
21. Alexopoulos G.S., Jeste D.V. et al. The expert consensus guideline series/ Treatment of dementia and its behavioral disturbances. Introduction: methods, commentary, and summary // *Postgrad. Med.* — 2005. — Spec. No: 6—22.
22. Anquetin L. et al. Rietjens J.A. et al. Continuous deep sedation until death in nursing home residents with dementia: a case series // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2013. — Vol. 61. — S. 10. — P. 1768—1776.
23. Aparasu R.R., Chatterjee S. et al. Risk of death in dual-eligible nursing home residents using typical or atypical antipsychotic agents // *Med. Care.* — 2012. — Vol. 50. — S. 11. — P. 962—969.
24. Asai M., Morita T. et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan // *Psychooncology*. — 2007. — Vol. 16. — S. 5. — P. 421—428.
25. Aschbrenner K., Grabowski D.C. et al. Nursing home admissions and long-stay conversions among persons with and without serious mental illness // *J. Aging Soc. Policy*. — 2011. — Vol. 23. — S. 3. — P. 286—304.
26. Bakker T.I., Duivenvoorden H.J. et al. Prognostic factors for a favourable long-term outcome from an integrative psychotherapeutic nursing home programme // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* — 2011. — Vol. 32. — S. 5. — P. 318—331.
27. Barolin G.S. Psychotherapy in senile dementia? // *Wien. Med. Wochenschr.* — 2001. — Vol. 151. — S. 15—17. — P. 342—347.
28. Berk M., Berk L. et al. Palliative models of care for later stages of mental disorder: maximizing recovery, maintaining hope, and building morale // *Aust. NZJ Psychiatry*. — 2012. — Vol. 46. — S. 2. — P. 92—99.
29. Billings J.A., Block S.D. Integrating psychiatry and palliative medicine: the challenges and opportunities // Chochinov H.M. et al., ed. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. 2nd edition Oxford University Press. Oxford, 2009.
30. Boogaard J.A., van Soest-Poortvliet M.C. et al. Feedback on end-of-life care in dementia: the study protocol of the follow-up project // *BMC Palliat. Care*. — 2013. — Aug. 7; 12(1): 29.
31. Bosma H., Johnston M. et al. Creating social work competencies for practice in hospice palliative care // *Palliat. Med.* — 2010. — Vol. 13. — S. 7. — P. 869—875.

32. Bosma H, van Boxtel M.P. et al. To what extent does IQ 'explain' socio-economic variations in function? // *BMC Public Health*. — 2007. — Vol. 25. — P. 179.
33. Breitbart W., Gibson C. et al. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality // *Can. J. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 49. — P. 366—372.
34. Breitbart W., Rosenfeld B. et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial // *Psychooncology*. — 2010. — Vol. 19. — P. 21—28.
35. Breitbart W., Poppito S. et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer // *J. Clin. Oncol.* — 2012. — Vol. 30. — S. 12. — P. 1304—1309.
36. Brickner L., Scannell K. et al. Barriers to hospice care and referrals: survey of physicians' knowledge, attitudes, and perceptions in a health maintenance organization // *Palliat. Med.* — 2004. — Vol. 7. — S. 3. — P. 411—418.
37. Brodaty H., Draper B.M. et al. Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis // *J. Clin. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 64. — S. 1. — P. 63—72.
38. Bruce C.A. Helping patients, families, caregivers, and physicians, in the grieving process // *J. Am. Osteopath. Assoc.* — 2007. — Vol. 107. — S. 7.
39. Bruvik F.K., Allore H.G. et al. The effect of psychosocial support intervention on depression in patients with dementia and their family caregivers: an assessor-blinded randomized controlled trial // *Dement. Geriatr. Cogn. Dis. Extra*. — 2013. — Vol. 3. — S. 1. — P. 386—397.
40. Candy M., Jones L. et al. Psychostimulants for depression // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2008. — Vol. 2. — CD006722.
41. Carozzi N.E., Tulsy D.S. et al. Traumatic brain injury patient-reported outcome measure: identification of health-related quality-of-life issues relevant to individuals with traumatic brain injury // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 2011. — Vol. 92. — S. 10. — P. 52—60.
42. Chatterjee S., Mehta S. et al. Prevalence and predictors of anticholinergic medication use in elderly nursing home residents with dementia: analysis of data from the 2004 National Nursing Home Survey // *Drugs Aging*. — 2010. — Vol. 27. — S. 12. — P. 987—997.
43. Chochinov H.M. Psychiatry and terminal illness // *Can. J. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 45. — S. 2. — P. 143—150.
44. Chochinov H.M. Conserving care: a new model for palliative care // *JAMA*. — 2002. — Vol. 287. — P. 2253—2260.
45. Chochinov H.M., Hack T. et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients nearing death // *J. Clin. Oncol.* — 2005. — Vol. 23. — P. 5520—5525.
46. Chochinov H.M., Kristianson L.J. et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally-ill patients: a randomized controlled trial // *Lancet Oncol.* — 2011. — Vol. 12. — S. 8. — P. 753—762.
47. Cooper D., Aherne M. et al. The competencies required by professional hospice palliative care spiritual care providers // *Palliat. Med.* — 2010. — Vol. 13. — S. 7. — P. 869—875.
48. Coventry P.A., Grande GE, et al. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant, life-threatening disease: a systematic review // *Age and Ageing*. — Vol. 34. — S. 3. — P. 218—227.
49. De Gendt C., Bilsen J. et al. Advance care planning and dying in nursing homes in Flanders, Belgium: an nationwide survey // *J. Pain Symptom Manage.* — 2013. — Vol. 45. — S. 2. — P. 223—234.
50. de Vries K., Sque M. et al. Variant Creutzfeldt-Jakob disease: need for mental health and palliative care team collaboration // *Int. J. Palliat. Nurs.* — 2003. — Vol. 9. — S. 12. — P. 512—520.
51. Draper B., Brodaty H. et al. Use of psychotropics in Sydney nursing homes: associations with depression, psychosis, and behavioral disturbances // *Int. Psychogeriatr.* — 2001. — Vol. 13. — S. 1. — P. 107—120.
52. Ell K.O., Reardon K.K. Psychosocial care for the chronically ill adolescent: challenges and opportunities // *Health Soc. Work.* — 1990. — Vol. 15. — S. 4. — P. 272—282.
53. Fairman N., Irwin S.A. Palliative care psychiatry: update on an emerging dimension of psychiatric practice // *Curr. Psychiatry Rep.* — 2013. — Vol. 15. — S. 7. — P. 374.
54. Feles E., Rockwood K. Delirium in the long-term care setting: clinical and research challenges // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2008. — Vol. 9. — S. 3. — P. 157—161.
55. Ferris F.D., Balfour H.M. et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice // *J. Pain Symptom Manage.* — 2002. — Vol. 24. — S. 2. — P. 106—123.
56. Ferris F.D., Al Khateib A.A. et al. Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the International Palliative Wound Care Initiative // *J Palliat Med.* — 2007. — Vol. 10. — S. 1. — P. 37—39.
57. Fullerton C.A., Mc Guire T.G. et al. Trends in mental health admissions to nursing homes, 1999—2005 // *Psychiatr. Serv.* — 2009. — Vol. 60. — S. 7. — P. 965—971.
58. Galfin J.M., Watkins E.R. et al. A brief guided self-help intervention for psychological distress in palliative care patients: a randomized controlled trial // *Palliat. Med.* — 2012. — Vol. 26. — S. 3. — P. 197—205.
59. Gysels M., Evans N. et al. Diversity in defining end of life care: an obstacle or the way forward? // *PLOS One*. — 2013. — Vol. 8. — S. 7.
60. Goy E., Ganzini L. End-of-life care in geriatric psychiatry // *Clin. Geriatr. Med.* — 2003. — Vol. 19. — S. 4. — P. 841—856.
61. Grabowski D.C., Aschbrenner K.A. et al. Mental illness in nursing homes: variations across States // *Health Aff. (Millwood)*. — 2009. — Vol. 28. — S. 3. — P. 689—700.
62. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Ed. 2 by H.M/ Chochinov, W. Breitbart. Oxford University Press. — 2009. — 592 p.
63. Hanratty B., Hibbert D. et al. Doctor's understanding of palliative care // *Palliat. Med.* — 2006. — Vol. 20. — S. 5. — P. 493—497.
64. Hardy S.E. Methylphenidate for the treatment of depressive symptoms, including fatigue and apathy, in medically-ill older adults and terminally ill adults // *Am. J. Geriatric Pharmacother.* — 2009. — Vol. 7. — S. 1. — P. 34—59.
65. Harris D. Delirium in advanced disease // *Postgrad. Med.* — J. 2007. — Vol. 83. — S. 982. — P. 525—528.
66. Hawes C., Mor V. et al. The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality // *J. Am Geriatr. Soc.* — 1997. — Vol. 45. — S. 8. — P. 977—985.

67. Helvik A.S., Skancke R.H. et al. Nursing home admission during the first year after hospitalization — the contribution of cognitive impairment // *PLOS One*. — 2014. — Vol. 9. — S. 1.
68. Higgins P.C., Altילו T. Palliative sedation: an essential place for clinical excellence // *J. Soc. Work. End. Life Palliat. Care*. — 2007. — Vol. 3. — S. 4. — P. 3—30.
69. Hughes J.C., Jolley D. et al. Palliative care in dementia: issues and evidence // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2007. — Vol. 13. — P. 251—260.
70. Hurley A.C., Volicer L. Alzheimer disease: «It's okay, mama, if you want to go, it's okay» // *JAMA*. — 2002. — Vol. 288. — S. 18. — P. 2324—2331.
71. Huybrechts K.E., Schneeweiss S. et al. Comparative safety of antipsychotic medications in nursing home residents // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2012. — Vol. 60. — S. 3. — P. 420—429.
72. Irwin S.A. Palliative Care // *Focus*. — 2013. — N. 11. — P. 48—51.
73. Irwin S.A., Ferris F.D. The opportunity for psychiatry in palliative care // *Can. J. Psychiatry*. — 2008. — Vol. 53. — S. 11. — P. 713—724.
74. Irwin S.A., Montross L.P. et al. Psychiatry resident education in palliative care: opportunities desired training and outcomes of targeted educational intervention // *Psychosomatics*. — 2011. — Vol. 52. — S. 6. — P. 530—536.
75. Ita D., Keorney M. et al. Psychiatric disorder in a palliative care unit // *Palliat. Med.* — 2003. — Vol. 17. — S. 2. — P. 212—218.
76. Jynsson A., Bernhufst I. et al. Retrospective analysis of health variables in a Reykjavik nursing home 1983—2002 // *Laeknabladid*. — 2005. — Vol. 91. — S. 2. — P. 153—160.
77. Kamble P., Chen H. et al. Antipsychotic drug use among elderly nursing home residents in the United States // *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2008. — Vol. 6. S. 4. P. 187—197.
78. Kamble P., Chen H. et al. Use of antipsychotics among elderly nursing home residents with dementia in the US: an analysis of National Survey Data // *Drugs Aging*. — 2009. — Vol. 26. — S. 6. — P. 483—492.
79. Kamble P., Sherer J. et al. Off-label use of second-generation antipsychotic agents among elderly nursing home residents // *Psychiatr. Serv.* — 2010. — Vol. 61. — S. 2. — P. 130—136.
80. Kelley A.S., Deb P. et al. Hospice enrollment saves money for medicare and improves care quality across a number of different lengths-of-stay // *Health Aff.* — 2013. — Vol. 32. — S. 3. — P. 552—561.
81. Kelly B., McClement S. et al. Measurement of psychological distress in palliative care // *Palliat. Med.* — 2006. — Vol. 20. — S. 8. — P. 779—789.
82. Kiely D.K., Givens J.L. et al. Hospice use and outcomes in nursing home residents with advanced dementia // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2010. — Vol. 58. — P. 2284—2291.
83. Kissane D.W., Clarke D.M. et al. Demoralization syndrome — a relevant psychiatric diagnosis for palliative care // *J. Palliat. Care*. — 2001. — Vol. 17. — S. 1. — P. 12—21.
84. Kivuruusu O., Huurre T. et al. Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: are males more vulnerable? // *Soc. Sci. Med.* — 2007. — Vol. 65. — S. 2. — P. 173—186.
85. Knapp C., Madden V. et al. Partnerships between pediatric palliative care and psychiatry // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* — 2010. — Vol. 19. — S. 2. — P. 423—437.
86. Kontos P.C., Mitchell G.J. et al. Using drama to improve person-centered dementia care // *Int. J. Older People Nurs.* — 2010. — Vol. 5. — S. 2. — P. 159—168.
87. Kverno K.S., Black B.S. et al. Neuropsychiatric symptom patterns in hospice-eligible nursing home residents with advanced dementia // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2008. — Vol. 9. — S. 7. — P. 509—515.
88. Lamba S., Pound A. et al. Emergency medicine resident education in palliative care: a needs assessment // *J. Palliat. Med.* 2012. — Vol. 15. — S. 5. — P. 516—520.
89. Le Fevre P., Devereux J. et al. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12 // *Palliat. Med.* — 1999. — Vol. 13. — S. 5. — P. 399—407.
90. Li R., Cooper C. et al. Do changes in coping style explain the effectiveness of interventions for psychological morbidity in family carers of people with dementia? A systematic review and meta-analysis // *Int. Psychogeriatr.* — 2013. — Vol. 25. — S. 2. — P. 204—214.
91. Livingston G., Johnston K. et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia // *Am. J. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 162. — S. 11. — P. 1996—2021.
92. Livingston G., Barber J. et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, Strategies for relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomized controlled trial // *BMJ*. — 2013. — Vol. 347. — P. f6276.
93. Locca J.F., Bula C.J. et al. Pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing homes; development of practice recommendations in a Swiss canton // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2008. — Vol. 9. — S. 6. — P. 439—448.
94. Lopez A., Yager J. et al. Medical futility and psychiatry: palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* — 2010. — Vol. 43. — S. 4. — P. 372—377.
95. Lyness J.M. End-of-life care: issues relevant to the geriatric psychiatrist // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 12. — S. 5. — P. 457—472.
96. Magaziner J., Zimmerman S. et al. Mortality and adverse health events in newly admitted nursing home residents with and without dementia // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2005. — Vol. 53. — S. 11. — P. 1858—1866.
97. McNabney M.K., Wolff J.L. et al. Care needs of Higher-functioning nursing home residents // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2007. — Vol. 8. — S. 6. — P. 49—412.
98. McSherry M., Kehoe K. et al. Psychosocial and spiritual needs of children living with a life-limiting illness // *Pediatr. Clin. North. Am.* — 2007. — Vol. 53. — S. 5. — P. 609—629.
99. Meier D.E., Beresford L. Growing the interface between Palliative Medicine and Psychiatry // *J. Palliat. Med.* — 2010. — Vol. 13. — S. 7. — P. 803—806.
100. Miller F.A., Rosenheck R.A. Risk of nursing home admission in association with mental illness nationally in the Department of Veterans Affairs // *Med. Care*. — 2006. — Vol. 44. — S. 4. — P. 343—351.
101. Miller S.C., Lima J.C. et al. Influence of hospice on nursing home residents with advanced dementia who received Medicare-skilled nursing facility care near the end of life // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2012. — Vol. 60. — P. 2035—2041.
102. Miller S.C., Lima J.C. et al. Dying in US nursing homes with advanced dementia: how does health care use differ for residents with, versus without, end-of-life Medicare skilled nursing facility care? // *J. Palliat. Med.* — 2012. — Vol. 15. — P. 43—50.



103. Milstein J. A paradigm of integrative care: healing with curing throughout life, «being with» and «doing to» // *J. Perinatol.* — 2005. — Vol. 25. — S. 9. — P. 563—568.
104. Mitchel S.L., Teno J.M. et al. The clinical course of advanced dementia // *N. Engl. J. Med.* — 2009. — Vol. 361. — P. 1529—1538.
105. Moore K.I., Boscardin W.J. et al. Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U.S. nursing homes // *J. Am Geriatr. Soc.* — 2012. — Vol. 60. — S. 4. — P. 756—764.
106. Morrison L.J., Opatc S.J. et al. Developing initial competency-based outcomes for the hospice and palliative medicine subspecialist: phase 1 of the hospice and palliative medicine competencies project // *J. Palliat. Med.* — 2007. — Vol. 10. — S. 2. — P. 313—330.
107. Morrison R.S., Dietrich J. et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries // *Health Aff.* — 2011. — Vol. 30. — S. 3. — P. 454—463.
108. Morrison R.S., Penrod J.D. et al. Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group: Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs // *Arch. Intern. Med.* — 2008. — Vol. 168. — P. 1783—1790.
109. Nance M.A. Comprehensive care in Huntington's disease: a physician's perspective // *Brain Res. Bull.* — 2007. — Vol. 72. — S. 2—3. — P. 175—178.
110. Nisevi S. The importance of social support to chronically ill adolescents // *Med. Pregl.* — 2006. — Vol. 59. — S. 7—8. — P. 331—334.
111. Norton S.A., Hogan L.A. et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: affects on length of stay for selected high-risk patients // *Crit. Care Med.* — 2007. — Vol. 35. — P. 1530—1535.
112. O'Connor M., Fisher C. et al. Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection // *Int. J. Palliat. Nurse.* — 2006. — Vol. 12. — S. 3. — P. 132—137.
113. O'Connor M., Ames D. et al. Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards // *Int. Psychogeriatr.* — 2009. — Vol. 21. — S. 2. — P. 225—240.
114. Ogawa A., Shimizu K. et al. Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital // *Jpn. J. Clin. Oncol.* — 2010. — Vol. 40. — S. 12. — P. 1139—1146.
115. Ogle K.S., Mavis B. et al. Physicians and hospice care: attitudes, knowledge, and referrals // *J. Palliat. Med.* — 2002. — Vol. 5. — S. 1. — P. 85—92.
116. Oliver D.P., Porock D. et al. End-of-life care in U.S. nursing homes: a review of the evidence // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2004. — Vol. 5. — S. 3. — P. 147—155.
117. Onder G., Carpenter I. et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long Term Care (SHELTER) Study // *BMC Health Serv. Res.* — 2012. — 12:5.
118. Patterson K.R., Croom A.R. et al. Current state of psychiatric involvement on palliative care consult services: results of national survey // *J. Pain Symptom Manage.* — 2013. — Vol. 43. — S. 10.
119. Peteet J.R., Meyer F. et al. Psychiatric indications for admission to an inpatient palliative care unit // *J. Palliat. Med.* — 2009. — Vol. 12. — S. 6. — P. 521—524.
120. Phung K.T., Waldorff F.B. et al. A three-year follow-up on the efficacy of psychosocial interventions for patients with mild dementia and their caregivers: the multicentre, rater-blinded, randomized Danish Alzheimer Intervention Study (DALSY) // *BMJ Open.* 2013. — Vol. 3. — S. 11.
121. Plaskota M., Lucas C. et al. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care // *Int. J. Palliat. Nurse.* 2012. — Vol. 18. — S. 2. — P. 69—75.
122. Rayner L., Price A. et al. Expert opinion on detecting and treating depression in palliative care: A Delphi study // *BMC Palliat. Care.* — 2011 May 27. — 10:10.
123. Saunders C. The treatment of intractable pain in terminal cancer // *Proc. R. Soc. Med.* — 1963. — Vol. 56. — S. 3. — P. 195—197.
124. Sehrawat S. The omission of comprehensive care: an analysis of the Nursing Home Reform Act of 1987 // *J. Gerontol. Soc. Work.* — 2010. — Vol. 53. — S. 1. — P. 64—76.
125. Seitz D.P., Brisbin S. et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2012. — Vol. 13. — S. 6. — P. 503—506.
126. Seitz D.P., Gill S.S. et al. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review // *Int. Psychogeriatr.* 2013. — Vol. 25. — S. 2. — P. 185—203.
127. Selwood A., Johnston K. et al. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia // *J. Affect. Disord.* — 2007. — Vol. 101. — S. 1—3. — P. 75—89.
128. Snowden M., Sato K. et al. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature // *J. Am Geriatr. Soc.* — 2003. — Vol. 51. — S. 9. — P. 1305—1317.
129. Stetka B., Irwin S.A. Palliative Care Psychiatry: What Is It and Does It Work? *Disclosu-res.* — 2011 // <http://www.medscape.com/viewarticle/741903>.
130. Streim J.E., Katz I.R. Federal regulations and the care of patients with dementia in the nursing home // *Med. Clin. North. Am.* — 1994. — Vol. 78. — S. 4. — P. 895—909.
131. Taylor D.H., Osterman J. et al. What length of hospice use maximizes reduction in medical expenditures near death in the US Medicare program? // *Soc. Sci. Med.* — 2007. — Vol. 65. — P. 1466—1478.
132. Temel J.S., Greer J.A. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer // *N. Engl. J. Med.* 2010. — Vol. 363. — S. 8. — P. 733—742.
133. Teno J.M., Claridge B.R. et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care // *JAMA.* — 2004. — Vol. 291. — S. 1. — P. 88—93.
134. Teno J.M., Gozalo P.L. et al. Does hospice improve quality of care for persons dying from dementia? // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2011. — Vol. 59. — P. 1531—1536.
135. Tice M.A. Nurse specialists in home health nursing: the certified hospice and palliative care nurse // *Home Health Nurse.* 2006. — Vol. 24. — S. 3. — P. 145—147.
136. Trivedi D., Goodman C. et al. A protocol for a systematic review of research on managing behavioural and psychological symptoms in dementia for community-dwelling older people: evidence mapping and syntheses // *Syst. Rev.* — 2013. — 2:70.
137. van der Steen J.T., Gijsberts M.J. et al. Ratings of symptoms and comfort in dementia patients at the end of life: comparison of nurses and families // *Palliat. Med.* — 2009. — Vol. 23. — S. 4. — P. 317—324.

138. Van der Steen J.T., Onwuteaka-Philipsen B.D. et al. Caregivers' understanding of dementia predicts patients' comfort at death: a prospective observational study // *BMC Med.* — 2013. — 11: 105.
139. Van der Steen J.T., Radbruch L. et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care // *Palliat. Med.* — 2014. — V. 28. — S. 3. — P. 197—209.
140. Vandervoort A., van den Block L. et al. Advance directives and physicians' orders in nursing home residents with dementia in Flanders, Belgium: prevalence and associated outcomes // *Int. Psychogeriatr.* — 2012. — Vol. 24. — S. 7. — P. 1133—1143.
141. Vandervoort A., Van den Block L. et al. Nursing home residents with dementia in Flanders, Belgium: a nationwide postmortem study on clinical characteristics and quality of dying // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2013. — Vol. 14. — S. 7. — P. 485—492.
142. Vandervoort A., Houttekier D. et al. Quality of dying in nursing home residents dying with dementia: does advanced care planning matter? A nationwide postmortem study // *PLOS One.* — 2014. — Vol. 10. — S. 3. — P. 91—130.
143. van de Ven G., Draskovic I. et al. Improving person-centered care in nursing homes through dementia-care mapping: design of a cluster-randomised controlled trial // *BMC Geriatr.* — 2012. — 12:1.
144. Van Rensbergen G., Nawrot T. Medical conditions of nursing home admissions // *BMC Geriatr.* — 2010. — 10:46.
145. van Uden N., Van den Block L. et al. Quality of dying of nursing home residents with dementia as judged by relatives // *Int. Psychogeriatr.* — 2013. — Vol. 25. — S. 10. — P. 1697—1707.
146. Volicer L., Hurley A.C. et al. Scales for evaluation of end-of-life care in dementia // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* — 2001. — Vol. 15. — S. 4. — P. 194—200.
147. Volicer L., Eijlers D.H. et al. Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* — 2012. — Vol. 27. — S. 7. — P. 749—754.
148. Volicer L., van der Steen J.T. et al. Involvement in activities and wandering in nursing home residents with cognitive impairment // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* — 2013. — Vol. 27. — S. 3. — P. 272—277.
149. Von Gunten C.F., Lupu D. Development of a medical subspecialty in palliative medicine: progress report // *Palliat. Med.* — 2004. — S. 7. — P. 209—219.
150. Von Gunten C.F. Evolution and effectiveness of palliative care // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2012. — Vol. 20. S. 4. P. 291-297.
151. Wagner C., van der Wal G. et al. The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review // *Qual. Health Care.* — 2001. — Vol. 10. — S. 4. — P. 211—217.
152. Wagner C., van Merode G.G. et al. Costs of quality management systems in long-term care organizations: an exploration // *Qual. Manag. Health Care.* — 2003. — Vol. 12. — S. 2. — P. 106—114.
153. Weisenfluh S.M., Csikai E.L. Professional and educational needs of hospice and palliative care social workers // *J. Soc. Work End Life Palliat. Care.* — 2013. — V. 9. — S. 1. — P. 58—73.
154. WHO Definition of Palliative Care. — 2007 // [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).
155. Woods A., Willison K. et al. Palliative care for people with severe persistent mental illness: a review of the literature // *Can. J. Psychiatry.* — 2008. — Vol. 53. — S. 11. — P. 725—736.
156. Yalom I.D., Bond G. et al. The impact of weekend group experience on individual therapy // *Archives of General Psychiatry.* — 1977. — Vol. 34. — P. 399—403.
157. Yennurajalingam S., Urbauer D.L. et al. Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic // *J. Pain Symptom Manage.* — 2011. — Vol. 41. — S. 1. — P. 49—56.
158. Zarate C.A., Singh et al. A randomized trial of an N-methyl-ntagonist in treatment-resistant major depression // *Arch. Gen. Psychiatr.* — 2006. — Vol. 63. — P. 856—864.
159. Zerbe K.J., Steinberg D.L. Coming to terms with grief and loss. Can skills for dealing with bereavement be learned? // *Postgrad. Med.* — 2000. — Vol. 108. S. 6. — P. 97—98, 101—104, 106.

## Palliative care and psychiatry

CHEVEREV A.V., KAZAKOVTSSEV B.A.

*Provides an overview of the research on the combination of palliative medical and mental health care. Develop lines of development of recommendations for improving the quality of life of patients, long-term inpatient psychiatric treatment in health care and social services.*

**Key words:** social psychiatry, psychosocial rehabilitation, palliative medical care.