

Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом

А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, А.Н. Еричев
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Анализ современных тенденций развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом представляется важным для более глубокого понимания сложившейся ситуации в психиатрии и актуализации точек приложения усилий не только на уровне государства, но и в масштабах конкретного лечебного учреждения. В структуре статьи авторы приняли попытку проанализировать ситуацию не только в нашей стране, но и за рубежом. Если говорить о внебольничной психиатрической помощи в нашей стране, то можно сказать, что она явно отстает от уровня в развитых европейских странах. К сожалению, в условиях общественной экономической и политической перестройки многие из форм психиатрического обслуживания либо минимизировали свою деятельность, либо прекратили ее полностью. Авторами статьи рассматриваются основные тенденции дальнейшего развития внебольничной психиатрической помощи.

Ключевые слова: деинституализация, внебольничная психиатрическая помощь, комплекс «дневной/ночной стационар», реабилитация, ведение индивидуального случая, мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе, бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе.

Tendencies of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad

A.P. Kotsjubinsky, B.G. Butoma, A.N. Erichev
St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. The analysis of modern lines of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad is obviously important for deeper understanding of the developed situation in psychiatry and actualization of points of application for efforts not only at a level of the state, but also in scales of concrete medical hospital. In structure of clause authors have made an attempt to analyze a situation not only in our country, but also abroad. Speaking about extramural psychiatric help in our country, it is possible to tell, that it obviously lags behind a level in the developed European countries. Unfortunately, in conditions of public economic and political reorganization many of forms of psychiatric service or minimized the activity, or have stopped it completely. Authors of clause consider the basic tendencies of the further development внебольничной the psychiatric help.

Keywords: deinstitutionalization, extramural psychiatric help, complex of day/night hospital, rehabilitation, case management, multidisciplinary community mental health teams, assertive community treatment

Современные тенденции в психиатрии характеризуются развитием биопсихосоциального представления о природе психических расстройств и обусловленным этим обстоятельством обоснованием необходимости **системы терапевтических воздействий**, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных.

Сказанное явилось важным обоснованием для изменения как за рубежом, так и в нашей стране идеологии организации психиатрической службы. Это заключается, в частности, в **переносе акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия**. Такой подход, с точки зрения ряда авторов, является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет определенные экономические преимущества. Однако для его реализации, как показывает мировая практика, важное значение имеют, помимо доминирую-

щих научных идей, господствующие в обществе социальные изменения, политические решения, экономические приоритеты и ряд других параметров. Конstellляция перечисленных выше разнонаправленных факторов нередко на деле приводит подчас к парадоксальным и прямо противоположным научно постулируемым результатам. Подтверждением этого является анализ влияния проводимой в нашей стране реорганизации психиатрической службы на основные показатели успешности ее функционирования.

В отличие от мировой статистики у нас за последние годы отмечается снижение числа лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства. Это касается как **абсолютного числа** этих лиц, так и их количества **в расчете на 100 000 населения**, причем это отражается как в цифрах, характеризующих **всю совокупность этих пациентов в целом**, так и при

анализе составляющих их **различных нозологических групп заболеваний** (в том числе и шизофрении и аффективных психозов). При этом **внутри группы шизофрении** такое уменьшение происходит за счет **уменьшения** числа больных (на 100 000 населения) с **собственно шизофренией при некотором увеличении** количества пациентов с **шизотипическими и шизоаффективными** расстройствами.

Такую ситуацию, по мнению А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой [20], можно расценить как своеобразную реакцию населения на продолжающуюся административную реформу в здравоохранении, приведшую к значительному сокращению числа психоневрологических диспансеров, а также психоневрологических и психотерапевтических кабинетов, которые ранее функционировали в рамках общесоматических учреждений, обеспечивая тем самым доступность психиатрической помощи по месту жительства больных. Отрицательное влияние на снижение обращаемости населения за психоневрологической помощью оказал и тот фактор, что произошли изменения в системе финансирования специализированной помощи при параллельном сокращении числа врачей-психиатров в сельских районах и малых городах.

Одновременно отмечается увеличение числа инвалидов по психическому заболеванию. Негативные тенденции, характеризующие уровень инвалидизации психически больных, отражены в табл. 1 [19].

Как видно, число инвалидов как в целом, так и в расчете на 100 000 населения с годами увеличивается, при этом среди них несколько увеличивается количество пациентов с III группой инвалидности.

В связи с этим актуальным оказывается вопрос о новых организационных формах обслу-

живания **психически больных**. При этом, хотя обеспеченность страны врачами-психиатрами на 2009 год (14360 физических лиц при 16299 занятых должностей) приближается в расчете на 100 000 населения к экономически развитым странам (10,0 против 10,5), имеется дефицит специалистов с немедицинским образованием, участвующих в лечебно-восстановительной работе, осуществляемой с психически больными (табл. 2) [19].

В результате имеется существенное запаздывание в реализации современных тенденций организации психиатрической помощи, которые характеризуются тремя взаимосвязанными составляющими:

- 1) повсеместное использование полипрофессиональных бригадных форм обслуживания пациентов;
- 2) деинституционализация с одновременной реорганизацией задач стационарного звена помощи;
- 3) создание и существенное расширение различных по своим задачам учреждений стационарного и внебольничного (стационар-замещающего) звена помощи.

1. Повсеместное использование полипрофессиональных бригадных форм обслуживания пациентов.

На Западе на смену традиционной патерналистской медицинской модели лечения с доминирующей фигурой врача-психиатра уже давно пришла модель команды специалистов-партнеров [24, 26].

Повсеместное использование полипрофессиональных форм обслуживания пациентов, в деятельность которых входит ведение **индивидуального случая (case management)**.

Признанные инвалидами по всем видам психических заболеваний	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
а) абсолютное число	989 353	1 010 745	1 175 79	1 020 002	1 026 759
б) в т.ч. имеющие инвалидность III группы	81 835	82 604	86 420	89 797	93 129
в) % инвалидов III группы	8,3	8,2	8,5	8,8	9,1
г) число инвалидов на 100 000 населения	698,7	710,7	716,6	718,5	723,6

Должности лиц с немедицинским образованием	Годы						
	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008 (%)	2009/2005 (%)
Медицинские психологи	3158	3415	3432	3652	3660	100,2	115,9
Социальные работники (расчетное количество — около 6000)	1464	1615	1630	1858	1611	86,7	110,0
Специалисты по социальной работе (расчетное количество — около 2000)	577	655	651	773	846	109,4	146,6

Бригадный полипрофессиональный метод ведения пациентов является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества [5–8, 23, 25].

Модель **междисциплинарной бригады** базируется на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами, относящимися к разным, хотя и связанным дисциплинам, и подчиненным общей пациент-обусловленной цели [25]. Это отличается как от **мультидисциплинарной**, так и от **интердисциплинарной** бригады.

В мультидисциплинарной бригаде сотрудники работают независимо друг от друга, с минимальным взаимодействием по отношению к пациент-обусловленной цели.

В интердисциплинарной бригаде принимается больше согласованных попыток по достижению общей цели, но роль специалиста каждой дисциплины остается обособленной внутри своих устоявшихся границ. Это приводит к «профессиональному протекционизму» и к ощутимой разнице в понимании членами бригады состояния пациента.

В условиях психиатрической службы нашей страны, подчеркивают И.Я. Гурович, А.Б. Шмуцер, Я.А. Сторожакова [7], «вероятно, наиболее целесообразно возложение лидерских функций на врача-психиатра. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую работу (при этом каждый член бригады ответственен за свое направление работы) функции эти должны быть скорее координирующими, а не властными. Только такой подход сохранит автономию каждого специалиста — участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей.

Бригадная форма работы осуществляется за рубежом не только в стационарных, но и во внебольничных условиях. При этом она осуществляется полипрофессиональными бригадами двух видов:

1) для более традиционной деятельности используется словосочетание «**мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе**» (СМНТ — multidisciplinary community mental health teams);

2) для более энергичной терапевтической активности — «**бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе**» (assertive community treatment).

И.Я. Гурович с соавт. [7, 18] также различают **бригаду (отделение) психиатрической помощи (осуществляющей более традиционное лечение во внебольничных условиях)** и **бригаду (отделение) настойчивого (ассертивного) лечения в сообществе**. Под «сообществом» (community) имеется в виду население, проживающее в районе обслуживания комплекса психиатрических учреждений, проявляющих участие в проблемах психически больных [7].

2. Деинституционализация, начиная с 70-х годов прошлого века, охватила психиатрические службы большинства развитых стран, что привело

к уменьшению числа госпитализированных в психиатрические стационары и уменьшению сроков пребывания в них.

Идеи деинституционализации существенным образом изменили представление не только о длительности нахождения больных в клиниках, но и о содержании осуществляемой в них терапевтической работы. Так, по мнению Лоренцо Торесини, которое он представил в своем докладе, сделанном на конференции Европейского регионального офиса ВОЗ для Европейских национальных координаторов новых независимых государств в сентябре 2008 года, **психиатрические больницы могли бы функционировать как терапевтическое сообщество**. В нашей стране идеи о необходимости содержательного переосмысления осуществляемых по отношению к психически больным лечебных мероприятий получили свое теоретическое обоснование и практическое воплощение в работах и деятельности М.М. Кабанова, под влиянием которого произошла трансформация мышления специалистов, оказывающих помощь этим пациентам, и изменилась сама идеология осуществляемого специалистами терапевтического процесса.

Однако практическое воплощение деинституционализации не обошлось без крайней радикализации лежащих в ее основе научных идей, что наиболее отчетливо видно на примере системы организации психиатрической помощи в Италии (частично — в Бразилии). Так, парламентом Италии, в результате активной деятельности итальянского психиатра Ф. Базальи, 13 мая 1978 года был принят закон о психиатрической помощи и реформе психиатрии (закон Базальи, Закон 180 — Legge Basagli, Legge 180). Этот закон содержал указание о закрытии почти всех психиатрических больниц (оставались лишь небольшие психиатрические отделения при соматических больницах), которые заменялись целым рядом внутриобщественных служб, включая службы по оказанию помощи острым стационарным больным. Полная ликвидация системы государственных психиатрических больниц в Италии относится к 1998 году, когда была завершена реализация закона о психиатрической реформе. Закон 180 выдержал несколько попыток внести в него поправки, однако остается основой итальянской системы психиатрической помощи. Такого рода крайности способствовали тому, что в последние годы стали раздаваться голоса, оспаривающие практическую эффективность деинституционализированной (общественной) психиатрии. Основные пункты критических замечаний при этом сводятся к следующим:

1. Переход от психиатрической больницы к системе деинституционализированной (общественной) психиатрии не может быть применен ко всем больным.

2. Закрытие больницы не должно быть самоцелью.

3. Прежде чем закрыть больницы, совершенно необходимо учредить соответствующие аль-

тернативные возможности в обществе для проживания, реабилитации и, если возможно, трудоустройства психически больных.

4. Неразумно начинать программу реабилитации без гарантированного адекватного и постоянного притока финансовых ресурсов для поддержки пациентов в обществе.

5. Должны быть приняты во внимание культуральные проблемы.

6. Деинституционализация является лишь одним из аспектов психиатрической реформы, акцентуированной на трегичную профилактику.

Соглашаясь с разумностью отмеченных выше замечаний, необходимо добавить также следующее. Отчетливым представляется то обстоятельство, что деинституционализация психиатрических учреждений **имеет свои пределы**. Система организации психиатрической службы, как общественный институт, должна учитывать **благополучие окружающих больного и общества в целом**, что связано с необходимостью недобровольной госпитализации (в психиатрическую больницу общего типа) при агрессивном поведении пациента или с назначением ему принудительного лечения (в том числе и в специализированной психиатрической больнице) при обусловленном болезнью делинквентном поведении. При этом наряду с обычным в наше время часто **кратковременным стационарным лечением** в некоторых случаях оказывается необходимым и целесообразным проведение в стационарных условиях **длительного** лечения. Игнорирование этого факта и чрезмерное уменьшение стационарной психиатрической помощи могут привести к тому, что внебольничные учреждения под влиянием новой парадигмы могут стать слишком открытыми и психиатрия в целом перестанет выполнять защитную функцию. Об этом следует упомянуть и в связи с тем, что если развитие организации психиатрической помощи в 70-е годы стимулировалось профессиональной дискуссией, то в настоящее время мы должны констатировать, что оно все более определяется в основном экономической составляющей. Влияние финансирующих структур на здравоохранение стало в некоторых вопросах весьма ощутимым. В то же время, как показали проведенные исследования, **экономическая выгода деинституционализации, по сравнению с традиционным лечением в стационарах, весьма скромна**, а ее смысл заключается не в экономических, а в гуманистических характеристиках: при разумной реализации идей деинституционализации степень приемлемости пациентами психиатрической помощи и удовлетворенность ею оказывается значительно более высокой [28]. В связи с этим довлеющим экономическим интересам должны быть противопоставлены данные обширных исследований психиатрических служб, свидетельствующих о **качественной** эффективности деинституционализации, и гуманистические соображения, позволяющие в совокупности избежать неблагоприятных последствий доминирования при оценке эффективности пси-

хиатрической службы сугубо финансового подхода [24].

При этом, если говорить о нашей стране, следует признать, что высказываемые некоторыми психиатрами идеи о качественном переструктурировании при деинституционализации содержания работы стационарных отделений психиатрических больниц на практике не получили впечатляющей реализации. Так, несмотря на наметившуюся тенденцию к сокращению коечного фонда (с 1990 года на 46505 коек, или почти ¼ всего коечного фонда за счет закрытия части небольших больниц и стационарных отделений), они по-прежнему многими рассматриваются как **центры организации помощи психически больным**, а идеи гуманизации содержания работы в стационарных психиатрических отделениях, специализации отделений и поиск стационар-замещающих форм помощи осуществляются лишь некоторыми энтузиастами, работающими в этих учреждениях. Не случайно уровень госпитализации в стационары по-прежнему практически не снижается. Эта же тенденция прослеживается и в неизменном числе повторных поступлений в стационар больных в том же году.

Кроме того, анализ официальных отчетных данных всех психиатрических служб России за 2007 год показывает, что происходит накопление пациентов с частыми и длительными госпитализациями: более 23 % их коечного фонда занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, и их число за последние годы даже несколько увеличивается [18]. Однако решение проблемы «накопления» психически больных в стационарах не может быть решено простой выпиской таких пациентов. Ciompi L. [22] показал, что для возможности выписать хронически психически больных из стационара необходима система реабилитации (работа, жилье, свободное время), которая включает в себя **связанные между собой различные внебольничные учреждения**. В ином случае жизненный путь больных продолжается в приютах для бездомных, интернатах, в местах лишения свободы и связан с драматическим ущербом для качества жизни. В то же время в нашей стране, при некотором уменьшении коечного фонда, динамическая «переориентация» психиатрической сети со стационарной на внебольничную отсутствует и повсеместно наблюдается снижение как стационарных, так и внебольничных форм помощи.

Так, по данным, представленным Н.А. Твороговой [19], потери психиатрической сети выглядят следующим образом (табл. 3).

3. Создание и существенное расширение различных по своим задачам учреждений стационарного и внебольничного (стационар-замещающего) звена помощи.

Современная ситуация характеризуется тем обстоятельством, что, с одной стороны, имеются пациенты (преимущественно с шизофренией), обострение состояния которых приводит к длительным и частым госпитализациям, с другой — редко госпитализирующиеся в стационары

Сеть психиатрических учреждений	1999	2005	2008	2009
Психиатрические больницы		270	257	253
ПНД, имеющие стационары		115	88	88
ПНД без стационаров		173	145	144
Психиатрические кабинеты (отделения)	2322	2249	2078	2133
Психотерапевтические кабинеты	1134	1095	933	891

и получающие лечение преимущественно во внебольничных условиях, а с третьей — так называемые «хроники», пребывание которых в стационарах является неоправданным, так как психические особенности этих пациентов делают действительно необходимым проведение с ними не активно лечебных, а социально-реабилитационных мероприятий. Между тем показано, что комплексное лечение, включающее, наряду с активной фармакотерапией, и психосоциальные воздействия, позволяет добиться в данных случаях значительно лучшего результата. Это делает необходимым развитие и совершенствование новых форм психиатрической помощи.

В СИСТЕМЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ получили свое развитие новые формы стационарной психиатрической помощи, заключающиеся в дифференциации отделений больниц: создание клиник первых эпизодов.

2. Создание реабилитационных отделений психиатрического стационара.

3. Открытие психиатрических отделений в структуре соматических больниц.

В нашей стране эта тенденция прослеживается в форме открытия в ряде соматических больниц психосоматических отделений. В то же время, как подчеркивает И.Я. Гурович [18], «если мы хотим строить психиатрию с опорой на сообщество, неизбежно нужно будет не только сохранять, но и еще создавать такие отделения, приближенные к сельскому населению, столь же необходимые, как и психиатрические кабинеты. Вопрос чрезвычайно важный, и необходимо сделать все, чтобы отстоять это положение».

В СИСТЕМЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационар-замещающих форм помощи в отношении пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Целью всех внебольничных психиатрических учреждений является проведение психиатрического обслуживания пациентов в домашних или приближенных к ним условиях. В качестве задач, решаемых в настоящее время в различных учреждениях внебольничной психиатрической помощи, рассматриваются следующие: 1) активное лечение первичных психических больных; 2) предот-

ращение рецидивов у пациентов, лечившихся во внебольничных или больничных условиях ранее; 3) долечивание выписанных из больницы; 4) признание психически больных.

В результате такого подхода в мировой практике было сформулировано представление о том, что внебольничное лечение психически больных может осуществляться в разных внебольничных медицинских учреждениях, часть из которых относится к **первичной (общей) неспециализированной помощи**, а другая, большая часть, — к **специализированной**.

В структуре первичной (общей) медицинской (неспециализированной) помощи (осуществляемой преимущественно за рубежом) обследованию психически больных осуществляет в качестве консультанта врач-психиатр, который привлекается врачом общей практики и проводит также назначение или подтверждение (изменение) уже проводящегося больному лечению. При этом координирующая роль врача общей практики в организации амбулаторного психиатрического лечения оказывается разной: от центральной (в Голландии) до контролирующей терапию, рекомендованную психиатром-консультантом (в Англии).

В нашей стране еще в 1986 году В.В. Ковалев и И.Я. Гурович отметили возникновение нового — **внедиспансерного** — раздела психиатрической службы с развитием звеньев в виде сети психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках («поликлиническая» психиатрия) или **психотерапевтической помощи в общей медицине**, суицидологической службы, сети кабинетов сексологической службы (междисциплинарная специальность, развивающаяся больше в рамках психиатрии), лечения пациентов с патологией речи и их нейрореабилитации, наконец, **«промышленной» психиатрии** — в виде кабинетов при многих крупных промышленных предприятиях. Однако в настоящее время контакты психиатрии с первичным поликлиническим звеном (или с общей медицинской практикой) осуществляются лишь в виде отдельных научных исследовательских проектов. Конечно, психиатрическое обслуживание, осуществляемое в условиях неспециализированных учреждений, в какой-то степени напоминает консультативный учет в психоневрологических диспансерах.

При консультативном наблюдении в психоневрологическом диспансере отсутствуют те преиму-

щества, которые выгодно отличают организацию этого психиатрического обслуживания за рубежом от консультативного наблюдения в психоневрологическом диспансере, имеющегося в нашей стране, а именно — проведение консультативного осмотра пациентов вне стен психиатрических учреждений, наличие соматического сопровождения больного и бригадный способ (терапевт-психиатр-социальный работник) решения многих специальных вопросов. Кроме того, даже имеющиеся в поликлиниках психотерапевтические кабинеты (количество которых прогрессивно уменьшается) не нацелены ни на мониторинг состояния пациентов, уже получающих назначенное психиатром лечение, ни на раннее выявление психически больных, которые подчас в течение многих лет являются постоянными (что связано с особенностями их психической патологии) пациентами учреждений первичной медицинской помощи (поликлиник).

В структуре специализированной (психиатрической) внебольничной помощи, осуществляющей активное лечение больных, имеются различные ее формы:

- амбулаторные психиатрические службы;
- учреждения собственно внебольничной психиатрической помощи;
- учреждения, предназначенные для призрения психически больных.

Амбулаторные психиатрические службы. В развитых странах Европы специализированная психиатрическая помощь, оказываемая больному в амбулаторных условиях, по своим задачам идентична тем, которые должны были бы стоять в нашей стране перед психоневрологическими диспансерами. Однако при этом в деятельности психоневрологических диспансеров нашей страны заметна гораздо **меньшая степень терапевтической активности** и стремление ограничить свои задачи функциями, которые можно было бы назвать **диспетчерскими или контролирующими проведение поддерживающей терапии**. Кроме того, следует учитывать, что сам **имидж психоневрологического диспансера**, первоначально созданного в нашей стране в начале двадцатых годов двадцатого столетия как учреждения, заботящегося о больном, превратился в инстанцию, нередко ущемляющую права больных, что, с одной стороны, способствовало снижению привлекательности психоневрологических диспансеров в глазах пациентов, а с другой — увеличивало количество психиатрических мифов и основанных на них явлений стигматизации и самостигматизации психически больных.

За прошедшее после публикации «Закона о психиатрии» в 1993 году время ситуация стала несколько более либеральной, но явно недостаточной для коренного изменения имиджа этого звена психиатрической службы. Наконец, для выполнения психоневрологическим диспансером этого объема работы необходима его **коренная реформа, связанная с решением территориальных, штатных, профессионально-**

образовательных и финансовых проблем. В этом отношении перспективным выглядит точка зрения, высказанная И.Я. Гуровичем, А.Б. Шмуклером и Я.А. Сторожаковой [7], о том, что «создание... (полипрофессиональных.— Авт.) бригад в условиях нашей страны (возможно, за счет сокращения коек в стационарах) значительно усилило бы внебольничную помощь, повысило ее эффективность. В районе обслуживания очень крупных диспансеров могли бы функционировать несколько таких бригад». В связи с этим И.Я. Гуровичем, А.Б. Шмуклером и Я.А. Сторожаковой [7] выдвигается идея о создании в этом звене диспансерной службы **новой формы психиатрической помощи — отделения психосоциальной работы во внебольничных условиях.**

Кроме того, при такой трансформации диспансерной работы может быть успешно реализовано интенсивно развиваемое за рубежом активное **лечение на дому**. В нашей стране попытки лечения психических больных на дому (стационар на дому), робко использовавшиеся в семидесятых—восьмидесятых годах двадцатого столетия [14, 15], в настоящее время практически сошли на нет. Причина этого заключается в факторах, о которых говорилось выше, при изложении возможных терапевтических функций, которые можно было бы придать существующим в нашей стране психоневрологическим диспансерам. Тем не менее в ряде регионов такая форма помощи имеется [1]. В последние годы эта идея получила свое развитие в представлениях, развиваемых И.Я. Гуровичем с соавт. [18], о **новой форме психиатрической помощи — отделении интенсивного оказания помощи во внебольничных условиях.**

Как считают И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер и Я.А. Сторожакова [7], сокращение за пятилетие около 9 тысяч стационарных коек могло бы позволить открыть и обеспечить функционирование 120–130 отделений в психоневрологических диспансерах страны. При этом работа собственно участковых врачей психоневрологического диспансера, проводимая с пациентами, выписанными из психиатрических отделений, позволит повысить качество оказания им помощи и может сместиться в сторону предотвращения рецидивов заболевания (в рамках **отделения психосоциальной работы во внебольничных условиях**), в то время как работа врачей **отделения интенсивного оказания помощи во внебольничных условиях** — быть направленной на предотвращение госпитализации пациентов.

Учреждения собственно внебольничной психиатрической помощи. Эта работа осуществляется при условиях пребывания больных в **полустационарных психиатрических учреждениях или других учреждениях** системы внебольничной психиатрической помощи.

Дневные стационары. В настоящее же время в России наиболее распространенным из числа внебольничных учреждений, оказывающих активное лечение психически больных, является дневной стационар. Возникновение **дневного стацио-**

нара в 1933 году связывают с именами В.А. Гиляровского и М.А. Джагарова. За рубежом дневные стационары появились значительно позже: первые в Канаде — в 1946 году и в Англии.

Не случайно в настоящее время в России именно дневной стационар, в котором проводится активное лечение психически больных, является наиболее распространенным из числа внебольничных учреждений. В то же время развитие сети дневных стационаров осуществляется очень медленными темпами, что видно из табл. 4 [19].

Годы	Количество мест
2005	16325
2006	16145
2007	16789
2008	17130
2009	17352

Для нашей страны, где дневные стационары функционируют в основном в структуре не больниц, а психоневрологических диспансеров и где разработаны достаточно четкие (хотя и нуждающиеся со временем уточнения) показания для направления в них пациентов, актуальным представляются имеющиеся мифы о более фундаментальном лечении в круглосуточном стационаре, которые определяют позицию как многих врачей, так и членов семьи больного.

Ночные стационары. Гораздо меньше исследований посвящено терапевтическим возможностям ночных стационаров [9, 10]. При открытии ночных стационаров первоначально предполагалось, что основным контингентом в них будут работающие больные, которым по различным причинам необходимо лечение и наблюдение без отрыва от производства [2, 4, 16]. Однако практика показала трудность реализации таких представлений о функционировании ночного стационара [4] и большую целесообразность его использования в комплексе с дневным стационаром [12, 17].

Комплекс дневной-ночной стационар. Идеи, которые легли в основу создания комплекса «дневной-ночной стационар» (дневное пребывание, кратковременное круглосуточное лечение во внебольничных условиях), в значительной степени оказались реализованными за рубежом в форме так называемых **амбулаторных клиник**.

Наш опыт использования комплекса «дневной-ночной стационар» позволяет сделать следующие выводы о преимуществах такого рода психиатрическом учреждении.

1. Использование комплекса «дневной-ночной стационар» позволяет **значительно расширить терапевтические возможности** учреждений частичной госпитализации, сократив тем самым количество пациентов, госпитализируемых в психиатрические больницы.

2. Терапевтические возможности комплекса «дневной-ночной стационар» сравнимы с таковыми в психиатрических больницах; при этом **экономические преимущества** учреждений частичной госпитализации ни у кого не вызывают сомнений.

3. Лечение пациентов в условиях комплекса «дневной-ночной стационар» существенно **сокращает время круглосуточного пребывания больных**, то есть их изоляции от привычных условий жизни, что снижает вероятность развития госпитализма.

4. Проведение лечебно-восстановительных мероприятий в условиях комплекса «дневной-ночной стационар» позволяет осуществить **преимущество в реабилитационном процессе на всех его этапах — от острого психотического состояния до стабилизации ремиссии** и подбора адекватной поддерживающей терапии.

Однако дальнейшему развитию такой формы работы препятствует положение, согласно которому в комплексе «дневной-ночной стационар» пациент может находиться круглосуточно не более чем на протяжении 10 дней, что вступает в противоречие с имеющейся практикой, снижает реабилитационный потенциал этого типа учреждения и затрудняет превращение его в **принципиально новую форму психиатрической помощи**. Имеющийся в НИПНИ им. В.М. Бехтерева опыт позволяет убедительно говорить о целесообразности такой формы помощи психически больным.

Внебольничные реабилитационные отделения. Организация внебольничных реабилитационных отделений (отделений внебольничной реабилитации) является **новой формой психиатрической помощи, организуемой в структуре психоневрологического диспансера**. Это объясняется как фактическим разрушением системы ЛТМ, так и тем обстоятельством, что до последнего времени нерешенным остается вопрос об удержании психически больных в состоянии устойчивой ремиссии. Однако созданные в ряде психоневрологических диспансеров Санкт-Петербурга эти звенья внебольничной психиатрической помощи не получили своего внятного решения как с точки зрения определения своих специфических целей, так и с точки зрения выработки конкретных задач, что в конечном счете определяет как контингент, так и методы работы с этими пациентами, сроки пребывания в них (имеющие какие-то ограничения или неограниченные), систему реабилитационных мероприятий, вознаграждения пациентов за труд и т.д. Пока можно лишь констатировать, что созданные при психоневрологических диспансерах реабилитационные отделения характеризуются разнообразием деятельности, в одних случаях сближающейся и характерной для дневного стационара (но при условии несколько большего участия пациентов в трудовых процессах), а в других — с характерными для ликвидированных раньше лечебно-трудовых мастерских (правда, с более дифференцированными видами трудовой деятельности, которая, к сожалению, финансово не проработана). Эффективность такого рода

Работающие инвалиды с психическими расстройствами	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Абсолютное число	40 138	37 500	39 032	34 642	33 247
Удельный вес работающих инвалидов по отношению к общему их числу (%)	4,1	3,7	3,8	3,4	3,2
Работающие на общем производстве					
а) абсолютное число	35 556	33 672	35 424	31 559	29 987
б) % от числа работающих инвалидов	88,6	89,8	90,6	91,1	90,2
Работающие в спеццехах					
а) абсолютное число	921	820	821	641	632
б) % от числа работающих инвалидов	2,3	2,2	2,1	1,9	1,9
Работающие в ЛПМ (ЛТМ)					
а) абсолютное число	3 661	3 008	2 787	2 442	2 628
б) % от числа работающих инвалидов	9,1	8,0	7,1	7,0	7,9

учреждений, равно как и их значимость в системе внебольничной психиатрической помощи, требует дальнейшего изучения.

Работа с поддержкой. В литературе имеются данные, что на обычном производстве работает меньше чем 20 % больных с выраженной психической патологией; больные шизофренией работают на обычном производстве еще реже [26].

Основные показатели, характеризующие ситуацию с вовлечением инвалидов, страдающих психическими расстройствами, в трудовую деятельность, представлены в табл. 5 [19].

В целом можно отметить снижение как абсолютного числа всех работающих инвалидов с различными психическими расстройствами, так и удельного веса работающих инвалидов по отношению к общему их числу. При этом такое уменьшение числа работающих инвалидов касается как общего производства, так и их работы в спеццехах или в ЛПМ (ЛТМ).

В то же время именно задача «работы с поддержкой» в значительной степени решалась ранее в таких формах, как лечебно-трудовые мастерские и спеццеха.

За рубежом используются различные модели трудоустройства с поддержкой [26, 27, 29], но все они имеют общие черты: минимальный отбор по уровню трудоспособности, отсутствие предшествующего тренинга, осуществляемого вне рабочего места, индивидуального подбора рабочего места, неограниченной во времени поддержки, учета индивидуальных предпочтений клиента. В России в этом аспекте пока имеются лишь робкие высказывания о целесообразности создания пунктов трудоустройства (совместно с центром занятости) при диспансерах [7, 18], так как решение этой проблемы связано с безусловными финансовыми расходами.

Жилье под защитой. Различные реабилитационные формы «жилья с поддержкой», своего рода «групповые дома» для хронически психически больных, равно как и другие виды «жилья под защитой» (жилья под опекой) оказались более действенными, чем традиционное пребывание пациентов в больницах, и относятся к **новым формам психиатрической помощи**. Имеются групповые дома либо с временным, либо с относительно постоянным проживанием. В настоящее время очевидно, что развитие моделей жилья под защитой: от общежитий (групповых домов) для психически больных, утративших социальные связи, дифференцированных по психическому состоянию пациентов, этапов реабилитации, городских или сельских условий проживания, обеспеченных или не обеспеченных трудоустройством, «спателитных» (реабилитационных) до квартир независимого проживания может компенсировать последствия деинституционализации и обеспечить поддержку новому поколению хронически психически больных с помощью этой значимой составляющей современной системы психиатрической службы [7, 18].

В России в системе психиатрической помощи существует единственная форма «жилья под защитой» — общежития для психически больных, утративших социальные связи. На 2009 год в нашей стране имелось лишь 10 общежитий, рассчитанных на проживание в них 397 человек. Несомненно, что подобные организационные формы должны использоваться как «промежуточные» на пути к самостоятельному проживанию для значительно более широкого контингента больных. При этом в одних случаях такого рода учреждения создаются в структуре психоневрологического диспансера, как, например, в Нижнем Тагиле и Первоуральске, а в других — в структуре больниц за счет реоргани-

зации существующих и создания новых подразделений (отделение-общезитие для больных), в которых широко внедряются методы психосоциальных подходов (тренинг навыков независимого проживания, психообразование, использование трудотерапии, арт-терапии и психотерапии в комплексном психосоциальном лечении, социально-восстановительная работа и пр.) в рамках полипрофессионального бригадного ведения больных [13, 21].

Учреждения, предназначенные для призревания психически больных. Число больных в учреждениях социального обслуживания достаточно велико. Так, в 2006 году их было 128 809 человек (на 100 000 населения — 90,6). Задача, стоящая перед этими учреждениями, касается проведения работы с больными, не нуждающимися в активной медикаментозной терапии, но в силу выраженности глубины психических изменений, обусловленных болезнью, не способными к автономному существованию. К числу таких учреждений могут быть отнесены психиатрические интернаты, а также традиционно существующие в некоторых странах приюты и богадельни.

Помимо создания новых организационных форм внебольничной помощи психически больным существует и важная задача изменения содержания характера участия в этой работе различных общественных организаций и членов семей больных, оказывающих им социальную поддержку. На современном этапе связь с различными общественными организациями особенно важна, потому что реформа психиатрии, направленная на индивидуализацию и гармонизацию помощи и сопряженная с облегчением доступа к ней, предполагает базирование не только на определенных показателях и ценностных ориентирах, но и на изменении отношений к психически больным со стороны разных групп населения, а также представителей общественных организаций. Встречи больных могут осуществляться и в рамках **клубной работы**, которая предоставляет возможность пациенту получить психо-

логический комфорт и одновременно социальный тренинг.

Таким образом, в условиях общественной экономической и политической перестройки многие из форм психиатрического обслуживания либо минимизировали свою деятельность, либо прекратили ее полностью, в результате чего реорганизация в нашей стране системы психиатрической помощи **явно отстает от уровня в развитых европейских странах.** Это касается как модификации содержания работы и дальнейшей дифференциации стационарных психиатрических учреждений, так и системы организации сети различных внебольничных учреждений, как относящихся к первичной (общей) неспециализированной, так и к специализированной (психиатрической) помощи. В связи с этим основными тенденциями развития в нашей стране психиатрической помощи представляются следующие.

1. Реформирование психиатрической службы на основе комплексного бригадного (полипрофессионального) ведения больных в рамках психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Настоятельная необходимость пересмотра задач, стоящих перед психоневрологическим диспансером, с целью превращения его в центр психического здоровья. Существенное расширение сети внебольничных психиатрических учреждений.

2. Сближение некоторых задач, решаемых в больничных и экстрамуральных условиях, но подчиненных одной цели: проведению специально организованной работы по отношению к больным, состояние которых характеризуется преимущественно терапевтической резистентностью; значительной тяжестью расстройств и неблагоприятным течением процесса; нарушенным терапевтическим комплайенсом; выраженными явлениями госпитализма.

3. Повышение актуальности и значимости различных общественных организаций инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников.

Литература

1. Алисханов М.А., Любов Е.Б. Стационар на дому как альтернатива госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия — 2005. — Т. 15. — № 2. — С. 103–106.
2. Воловик В.М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации : дисс... докт. мед. наук. — Л., 1980. — 572 с.
3. Воловик В.М., Вид В.Д. Психологическая защита как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией // Психологические проблемы психогигиены/психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976. — Т. 1. — С. 26–28.
4. Воловик В.М., Шерешевский А.М., Гурович И.Я. Возникновение и развитие полустационарной помощи в СССР. / Полустационарные формы психиатрической помощи. — Л., Медицина. — 1988. — С. 8–27.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994—1999 г.). — М., ИД Медпрактика — 2000. — С. 21–54.
6. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. — М., ИД Медпрактика. — 2003. — 264 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. — М., Медпрактика. — 2004. — 492 с.
8. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. Т. 8. — № 2. — С. 58–62.

9. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных.—Л., Медицина.—1985.—216 с.
10. Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.—Л., Изд-во Ин-та им. В.М. Бехтерева.—1985.—Т. 1—С. 39–43.
11. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты).—Изд-во Томского ун-та.—1983.—136 с.
12. Кучеров А.Ю., Крулянский М.Я. Об одной из форм работы комплекса «дневной-ночной стационар» (с этапом круглосуточного пребывания больных) при психоневрологическом диспансере // Журн. невропатол. и психиатр.—1984.—Вып. 9.—С. 1358–1362.
13. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: автореф. дисс ... канд. мед. наук.—М.—2007.—24 с.
14. Мазур М.А. Реабилитация психически больных с затяжным течением заболевания на различных ступенях психиатрической помощи: автореф. дисс ... канд. мед. наук.—М.—1970.—20 с.
15. Мазур М.А. Системный подход в реабилитации психически больных. Вопросы организации, управления, эффективности // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.—Л.—1985.—С. 15–17.
16. Мазур М.А., Гольдфельд Э.И. К вопросу об оптимальной структуре психиатрической службы области // Вопросы организации психиатрической помощи.—М.—1982.—С. 133–141.
17. Найдёнов О.Ф., Гурович И.Я. О дальнейшем развертывании сети дневных стационаров для психически больных // Вопросы внебольничной психиатрической помощи.—М.—1979—С. 71–77.
18. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / И.Я. Гурович, Д. Аддингтон, Т. Н. Асоскова [и др.] / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта.—М., Медпрактика—2007.—355 с.
19. Творогова Н.А. О состоянии психического здоровья населения Российской Федерации в 2010 году // Презентация к выступлению ст. научного сотрудника ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Н.А., представленная на Всероссийском совещании службы медицинской статистики, состоявшемся в рамках XII Всероссийской конференции «Информационные технологии в медицине-2011», проходившей с 13 по 14 октября 2011 года в Москве. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gosbook.ru/node/367999>.
20. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 г. // Российский психиатрический журнал.—2009.—№ 4.—С. 35–40.
21. Этапы психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического стационара / А.К. Гажа, В.А. Монастырский, Т.Н. Асоскова, Е.Ю. Струкова // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи.—М.—2007.—С. 72–83;
22. Ciompi L. Gedanken zu einer patienten- statt institutionszentrierten psychiatrischen Versorgungsstruktur // Spektrum.—1989.—Bd. 18—S. 29–38.
23. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness / A.F. Lehman, L. Dixon, J.S. Hoch et al. // British Journal of Psychiatry—1999.—Vol. 174.—P. 346–352.
24. Eikelman B. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Die Sicht der Fachklinik // Psychiatrische Praxis.—2000.—Bd. 27.—№ 2.—S. 53–58.
25. Latimer E.A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature // Canadian Journal of Psychiatry.—1999.—Vol. 44.—№ 5.—P. 443–454.
26. Lehman A., Steinwachs D. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations // Schizophrenia Bulletin.—1998.—Vol. 24.—P. 1–10.
27. Kupper Z., Hoffmann H. Course patterns of psychosocial functioning in schizophrenia patients attending a vocational rehabilitation program // Schizophrenia Bulletin. —2000.—Vol. 26—№ 3.—P. 681–698.
28. McCrone P., Becker T. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England Psychiatrische Praxis.—2000—Vol. 27.—№ 2.—P. 68–77.
29. Noble J.H. Jr. Policy reform dilemmas in promoting employment of persons with severe mental illnesses // Psychiatric Services.—1998—Vol. 49.—P. 775–781.

Сведения об авторах

Коцюбинский Александр Петрович — д. м. н., профессор, гл. науч. сотр. отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru

Бутома Борис Георгиевич — д. м. н., вед. науч. сотр. отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: butbor08@gmail.com

Еричев Александр Николаевич — к. м. н., вед. науч. сотр. отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: an@erichev.ru