

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И.Я. Гурович

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

По-видимому, можно считать, что этап деинституционализации как направленной политики сокращения стационарного звена психиатрической помощи завершился. Сокращено свыше 50 тысяч коек и на 100 тысяч человек населения в России теперь меньше коек (102,4), чем, например, в таких странах как Нидерланды, Германия, Швейцария [2].

Чтобы говорить о сегодняшних проблемах, необходимо уяснить, что изменилось в психиатрической помощи в целом, какие сдвиги произошли в контингентах больных, их соотношении. Мы уже обращались к такому анализу, были публикации [1], поэтому отметим лишь основные положения.

Во-первых, значительное сокращение коек стало возможным за счет в основном неуклонного уменьшения длительности стационарного лечения больных с психотическими расстройствами (почти на месяц), в том числе с шизофренией (более, чем на месяц) (табл. 1), анализ длительности госпитализации с 1985 года показывает, что этот процесс начался раньше, а количество коек до 1990 года еще продолжало расти, и лишь затем стало сокращаться. При этом, длительность лечения в стационаре больных с другими диагностическими группами оставалась неизменной за все годы и до настоящего времени.

Во-вторых, в стационарном контингенте существенно снизился процент больных с психозами (с 82,3% до 68,4%), в том числе больных шизофренией с 62,0% до 49,0%. Иными словами, связь лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра со стационарами суживается и, естественно, расширяется с полустационарной и амбулаторной формами помощи.

В-третьих, сказанное лишь в последние несколько лет отразилось на уровне госпитализации: ранее в течение длительного времени стабильный уровень госпитализации стал снижаться – с 464 на 100 тыс. человек населения в 2008 году до 430 в 2011 году.

Все это сокращение объема стационарной помощи за счет психотических форм, в том числе шизофрении, и перенесение для еще одной части такого контингента помощи во внебольничные условия сделало особенно актуальным ряд проблем, которые и до этого были значимыми, но в новых условиях требуют и новых подходов.

Собственно, во многом они были причиной разработки, а затем и включения в теперь утвержденный «Порядок оказания психиатрической помощи» ряда новых организационных форм, создание которых направлено на укрепление и расширение возможностей диспансеров. Приведение региональных служб в соответствие с утвержденным «Порядком», повсеместное создание указанных форм помощи – одна из важнейших задач в настоящее время.

В связи с этим, между прочим отметим, еще сказывающиеся негативные тенденции (табл. 2) и в прошлом 2012 году, свидетельствующие о необходимости укрепления амбулаторного звена психиатрической помощи: продолжение снижения уровня первичного выявления больных, уменьшение числа больных, которым назначается диспансерное наблюдение, что снижает активность помощи в диспансерах, и сокращение числа больных, находящихся в сфере обслуживания на конец года. Это в целом подчеркивает значение внедрения предусмотренных в «Порядке» новых организационных форм помощи.

Таблица 1

Средняя длительность (в койко-днях) пребывания в стационаре выбывших больных с психотическими расстройствами в Российской Федерации

Годы	Всего	В том числе			
		Психозы	В том числе шизофрения	Непсихотические психические расстройства	Умственная отсталость
1985	100,6	123,7	141,3	40,1	84,0
2000	82,8	110,7	125,9	39,3	83,9
2010	74,9	98,0	106,1	40,2	83,3
2011	76,7	99,1	107,7	41,0	82,7
Длительность сократилась на:	23,9	24,6	33,6	–	–

Некоторые показатели динамики за три года амбулаторного контингента больных с психотическими расстройствами
(на 100 тыс. чел. нас.)

	2010	2011	2012
Впервые выявлено лиц с психическими расстройствами	349,2	335,6	328,3
В том числе взято под диспансерное наблюдение	52,0	49,2	47,7
Состоит под наблюдением амбулаторных учреждений на конец года	2 652,1	2 624,3	2 619,3
Госпитализировано больных	447,0	430,1	430,3

В связи с отмеченными сдвигами в контингентах больных и расширением задач психиатрической помощи в амбулаторных условиях, тем более за счет больных группы пациентов с психотическими расстройствами, прежде всего шизофренией, следует выделить проблему адаптации больных в социальной среде, социального восстановления, реабилитации. Сказанное совпадает с необходимостью новых подходов к решению этой проблемы в связи с исчезновением таких форм как спецсеха, ЛТМ (остались еще только в 24 территориях), пониманием недостаточности мероприятий типа терапии средой, терапии занятостью, других подобных форм вовлечения больных, хотя бы в ограниченных вариантах, в социальную деятельность, социальную среду, но конечно, это не значит, что их надо игнорировать, напротив. Тем не менее, есть необходимость развивать реабилитацию в рамках доказательной медицины с использованием преимущественно групповых, структурированных и определенным образом направленных воздействий. Тем более, что включение в «Порядок оказания психиатрической помощи» таких новых специализированных организационных форм как отделение внебольничной реабилитации (медико-реабилитационное) и реабилитационное отделение стационара не только позволяют создать систему реабилитации, но и нуждаются в современном методическом оснащении.

Психиатрическая реабилитация сегодня быстро изменяющаяся, развивающаяся область. Мы по-прежнему говорим, что реабилитация на уровне региона, государства это система социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, а на уровне индивида – возможно более полное восстановление его положения в обществе, но содержание этой работы изменилось. До сих пор иногда еще предлагаются некоторые новации в клинических и организационных подходах к реабилитационным мероприятиям, но в настоящее время вектор научных исследований, да и практики, переместился теперь уже к так называемой когнитивной реабилитации.

Психосоциальная реабилитация определяется как восстановление или формирование утраченных в условиях нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности – навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психотических больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в обще-

ство. Именно эти навыки и умения, утрачивающиеся в процессе болезни, и стали объектом восстановления путем направленных на это психосоциальных воздействий, что обеспечивает, прежде всего, социальную компетентность. Именно этот направленный характер психосоциальных воздействий становится преимуществом и позволяет сделать самого пациента активным участником реабилитационного процесса. Обусловленные болезнью нарушения когнитивных, мотивационных и других ресурсов личности рассматриваются здесь лишь как причина социальной дезадаптации. Теперь, когда когнитивные (нейрокогнитивные, социальные когнитивные) механизмы, а также значение мотивации в определенной степени более изучены, более раскрыты, они также в свою очередь стали объектом не только для определения причинно-следственных отношений, но и непосредственно направленных на них воздействий.

Разработаны нейрокогнитивные тренинги, тренинги социальных когнитивных, учитывается такой фактор как мотивация с целью воздействия непосредственно на эти механизмы. Теперь может быть правильнее говорить в связи с этим, наряду с психосоциальной, и о нейропсихосоциальной реабилитации психически больных (на тех основаниях, на которых некоторые аспекты психиатрии включаются в нейронауки).

Что касается клиничко-организационных подходов, то они строятся на принципах берегающе-превентивной реабилитации:

- 1) реабилитационный компонент обязателен на всех этапах оказания психиатрической помощи;
- 2) реабилитационная активность сдвигается на возможно более ранние этапы течения болезни, чему должны способствовать отделения внебольничной реабилитации, на этом этапе особенно важна функция предупреждения утраты, сбережения социальных достижений;
- 3) реабилитационные воздействия должны быть направлены не только на восстановление социальных функций, но и предупреждение их утраты в дальнейшем.

Предиспозиция, заставляющая обратиться к когнитивной реабилитации, понятна. Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении носит генерализованный характер, однако можно отметить тенденцию в различных исследованиях к дискретной оценке отдельных дисфункций в смысле влияния на социальное функционирование, например, регуляторной функции (есть указания на большую ее сохран-

ность у лиц с recovery), исполнительная функция, скорости обработки информации согласно данным литературы. Невыраженные явления когнитивной недостаточности наблюдаются и у родственников больных, также у больных в продромальном периоде, причем прежде, чем у других, она выявляется у тех лиц, у которых впоследствии диагностируется шизофрения [8]. Нарушения достигают выраженности с развитием психоза и в дальнейшем приобретают по крайней мере частичное постоянство, изменяясь лишь в зависимости от прогрессивности процесса [7]. Имеются данные о меньшей торпидности, большей податливости дефицита в начальной фазе болезни, данные о возможности улучшения на протяжении первых шести лет болезни [8], что коррелирует с клиническими наблюдениями о возможности восстановления в этот период социального статуса, сбережения социальных потерь на ранних этапах болезни, что важно для обоснования возможно более раннего начала реабилитации.

Когнитивная реабилитация в имеющейся сегодня литературе представлена значительным количеством методов исследований, существенно различающихся между собой по многим характеристикам. Предлагается [13], например, выделять обучающие и тренинговые вмешательства, направленные непосредственно на улучшение когнитивных функций и компенсирующие подходы, с помощью которых также достигаются функциональные результаты. К первой группе относятся методики и исследования, в которых учитывается, что элементарные базовые нейрокогнитивные функции – необходимая предпосылка для более сложного социального функционирования, делается также акцент на социальной перцепции и вербальной коммуникации – эти умения считаются условиями для успешных социальных взаимодействий [4]. Применяются также компьютерные программы когнитивных тренингов внимания, памяти, проблемно-разрешающих межперсональных навыков, сочетаются тренинги базовых когнитивных функций с социально-когнитивными упражнениями [11], применяются модели групповой работы с усложняющимися социально-когнитивными упражнениями; считается, что нейропластические резервы должны обогащаться за счет когнитивного опыта. Эффективным оказалось сочетанное применение когнитивной ремедиации с трудовой терапией и в группах поддерживаемого трудоустройства [5].

Другая группа реабилитационных воздействий использует компенсаторные подходы, которые как бы «обходят» имеющиеся когнитивные нарушения за счет расширения аспектов функционирования или используют поддержку окружения для целенаправленного поведения с помощью метода безошибочного обучения и автоматизации правильного решения или опоры на помощь социального окружения [12].

Объектом воздействия все больше становятся не столько нарушения базовых нейрокогнитивных

функций, сколько социально-когнитивные расстройства, оценка межперсональных отношений, отношения к себе – то есть те расстройства, которые выявляются такими методиками, как распознавание эмоций, внутренняя модель сознания другого, атрибутивный стиль, а также мотивация.

М.Vecchi и соавт. [3] отмечают, что нарушения социальных когниций, то есть социально-когнитивный дефицит – значимый предиктор изменений социального функционирования, нарушение распознавания эмоций и намерений других людей влияют на поведение больше, чем дефицит базовых когнитивных функций, а M.Kurtz, Ch.Richardson [9] сообщают, что растет количество исследований с использованием структурированных тренинговых программ; из мета-обзора 19 исследований они делают вывод о высоком эффекте улучшения выполнения теста на распознавание эмоций, модели сознания другого, тест на атрибутивный стиль показывает эффект, не достигающий статистической значимости.

В целом результаты опыта когнитивной реабилитации оцениваются как позитивные, преобладает вывод, что когнитивные нарушения являются важной мишенью лечения. Вместе с тем, привлекает внимание мнение авторов [4] одного из мета-обзоров: функциональная недостаточность при шизофрении более тяжелая, чем если бы она возникала только на базе нейрокогнитивного дефицита; эта необычная недостаточность обусловлена рядом факторов – выраженностью резидуальных симптомов, социальной стигмой психического заболевания, наступлением болезни, прекращающей образование, накопление профессиональных навыков и обычного жизненного опыта, необходимых для развития независимого взрослого ролевого функционирования [13]. К этому можно было бы добавить влияние различных значимых социальных факторов.

Шизофренический процесс на протяжении болезни ставит больного в различные социальные ситуации, такие как прогрессирующее ролевое сужение, частые и длительные госпитализации, инвалидизация, способствующие формированию дезадаптивных форм поведения. Например, при трудоустройстве после длительной инвалидности иногда целесообразно проводить подготовительную работу по восстановлению основных утраченных предпосылок трудовой деятельности: выполнение структурированных в течение дня обязанностей, своевременный утренний подъем, ответственность за выполнение работы, взаимодействие с коллективом и пр. Высказывается мнение [13], что некогнитивные факторы могут лимитировать прямой перенос когнитивного улучшения в процессе реабилитации на улучшение функционального статуса. В связи с этим необходимо указать на целесообразность тесного взаимодействия реабилитационных отделений с общественными организациями лиц с психическими расстройствами и их семей, что расширяет реабилитационные

**Повторность поступления в психиатрические стационары
(в % к общему числу поступивших)**

Годы	Психические расстройства				
	Всего	Психозы	В том числе шизофрения	Непсихотические психические расстройства	Умственная отсталость
1995	19,8	27,0	29,2	14,1	17,4
2000	21,4	26,6	29,3	15,1	15,4
2005	21,4	26,0	28,3	15,9	17,8
2010	20,1	24,0	26,1	15,1	18,6
2011	21,2	25,2	26,9	16,0	17,6
2012	21,4	25,4	26,9	15,7	20,8

возможности за счет кружковой работы, использования ролевых функций в терапевтической среде и пр.

Во всяком случае, взаимодействие различных факторов, дискретная оценка их роли в процессе реабилитации остается достаточно актуальной сферой исследований; она необходима для оценки эффекта психосоциальной терапии, а также выбора и использования методов когнитивной и социально-когнитивной реабилитации и их возможного сочетания с другими реабилитационными воздействиями.

Вторая проблема, на которую считаем необходимым обратить сегодня особое внимание – это очень высокая повторность госпитализаций, которая практически не меняется на протяжении почти четверти века (табл. 3) по всем диагностическим группам.

Некоторое снижение показателя повторности можно, пожалуй, отметить по группе психозов и шизофрении, хотя они остаются крайне высокими. Это поразительно, поскольку методы снижения уровня повторности госпитализаций обсуждаются постоянно и находят отражение в стандартах. Видимо буферная роль этих методов в отношении предупреждения регоспитализации недостаточно на практике используется. Чтобы еще раз подчеркнуть значимость проблемы отметим, что если ориентироваться не на показатель повторности в том же году, как это обычно принято, а считать число госпитализаций за каждый год, то по данным изучения контингента пациентов больницы им. П.Б.Ганнушкина, 54,11%, то есть свыше половины всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра поступили в больницу 2 раза в году, а 12,0% в течение 3-х лет – 6 раз и более. Причем примерно равная повторность стационарного характера для всех подгрупп с различной длительностью пребывания в больнице.

Таким образом, частые повторные госпитализации остаются характерными для более, чем половины больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих стационарную помощь, а больные с наибольшей длительностью пребывания в стационаре (10%) из-за частых госпитализаций половину времени проводят в больнице.

Необходимо выполнение положения стандартов о длительной поддерживающей фармакотерапии в амбулаторных условиях после каждой, а тем более

неоднократных госпитализаций, широкое применение комплаенс-терапии, обучение распознаванию пациентами сигнальных признаков обострений, использование методов психосоциальной, в том числе семейной терапии, направленной на предупреждение регоспитализаций.

Особенно важно сегодня подчеркнуть необходимость развития сети новых для нас отделений интенсивной терапии непосредственно в сообществе, пациенты которых – это лица, плохо соблюдающие или не соблюдающие лекарственный режим и в большинстве своем с частыми госпитализациями. Эффективность таких отделений, прежде всего, демонстративно сказывается на сокращении регоспитализаций.

Наконец, третья проблема, требующая особого внимания. В течение последних 15 лет число больных, находящихся в стационаре свыше года (23,1–23,4 на 100 тысяч населения), и число больных, переводимых ежегодно в учреждения социального обеспечения (4,0–4,4) остаются стабильными. Однако, в четверти регионов процент с пребыванием в стационаре свыше года более 30, 40 или даже 50% (табл. 5). Происходит накопление больных с длительными сроками госпитализации.

Таблица 4

Показатели числа больных, находящихся в психиатрических стационарах свыше года, числа переведенных в учреждения социального обеспечения и находящихся в интернатах для психохроников (на 100 тыс. чел. нас.)

Годы	Находятся в психиатрических стационарах свыше года	Переведено за год в учреждения социального обеспечения	Находятся в интернатах для психохроников
1993	26,9	4,2	26,9
1997	23,4	5,2	23,4
2000	21,7	4,4	89,8
2005	23,3	4,1	90,4
2010	23,1	4,0	86,8
2011	23,1	4,3	85,5

Таблица 5

Процент больных, находящихся в стационаре более 1 года на конец года

В среднем по России	22,2
В 12 регионах	свыше 30,0
В 5 регионах	свыше 40,0
В 6 регионах	свыше 50,0

Часть этих накапливающихся в стационарах больных с непрерывным (в течение 2–3–5 лет) пребыванием в больнице, то есть с феноменом больничного проживания, стало одним из типичных последствий шизофрении. Эта проблема также становится все более острой, требующей разработки и внедрения системы реабилитации, которая помогла бы определить предупредительные меры и возможность воз-

вращения их в социум. Ясно, что необходимо развивать сеть общежитий для психически больных, утративших социальные связи.

Приведение региональных служб психиатрической помощи в соответствие с утвержденным «Порядком оказания психиатрической помощи» в настоящее время – одна из наиболее важных актуальных задач.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). М.: Медпрактика-М, 2012. 599 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 8. С. 7–14.
3. Bechi M., Ricaloni R., Ali S. et al. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings // Psychiatry Res. 2012; doi:10.1016/j.psychres.2012.02004.
4. Bremen H.D., Roder V., Hodel B. et al. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle, WA: Hogrefe, Huber, 1994.
5. Bell M., Bryson G., Greid T. et al. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effect on neuropsychological test performance // Arch. Gen. Psychiatry. 2001. Vol. 58. P. 763–768.
6. Garrion R.E., Goldberg T.E., McLaughlin et al. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168, N 8. P. 806–813.
7. Gochman P.A., Greenstein D., Sporn A. et al. IQ stabilization in childhood-onset schizophrenia // Schizophr. Res. 2005. Vol. 15, N 2–3. P. 271–277.
8. Häfner H., Riecher-Rössler A., Hambrecht M. et al. IRAUS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia // Schizophr. Res. 1992. Vol. 6, N 3. P. 209–223.
9. Kurtz M., Richardson Ch. Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research // Schizophr. Bull. Advance Published. April 27, 2011; doi 1093/schbul/sbr036.
10. Hogarty G.E., Elecher S., Ulrich R. et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial cognition and behavior // Arch. Gen. Psychiatry. 2004. Vol. 61. P. 866–876.
11. Priebe S. et al. Mental health care institutions in nine European countries. 2002 to 2006 // Psychiatric Services. 2008. Vol. 59, N 5. P. 570–573.
12. Velligan D.I., Prihoda T.J., Maples N. et al. A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients // Schizophr. Bull. 2002. Vol. 28. P. 283–292.
13. Velligan D.I., Kern R.S., Geld M. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32, N 3. P. 474–485.

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И.Я. Гурович

В предшествующий период в России было сокращено 50 тысяч психиатрических коек (одна четверть всего коечного фонда). Анализ показывает, что это стало возможным за счет сокращения длительности лечения в стационаре больных с психозами почти на месяц, в том числе больных шизофренией более, чем на месяц. При этом длительность лечения в стационаре других категорий больных не изменилась. Количество больных с психотическими формами в стационарном контингенте уменьшилось с 82,3% до 68,4%, больных с шизофренией – с 62,0% до 49,0%. В последние годы несколько снизился уровень госпитализации. Сказанное привело к изменению соотношения контингентов больных: еще одна часть больных с психотическими формами оказалась перемещенной для помощи в амбулаторные условия. Это сделало актуальным укрепление и расширение внебольничных звеньев помощи.

В частности, во-первых, совершенствование системы социальной адаптации больных, дальнейшее развитие психосоциальной реабилитации, в том числе создание во всех региональных службах предусмотренных новым «Порядком оказания психиатрической помощи» медико-реабилитационных отделений в диспансерах и отделений реабилитации в больницах. Работа таких отделений должна строиться на основе современных в основном групповых методов психосоциальной

и когнитивной реабилитации. Реабилитационные направления должны стать одними из основных.

Во-вторых, в новых условиях обращает на себя внимание чрезвычайно высокий уровень повторных, не только частых (один раз в год), но и сверхчастых госпитализаций, постоянно дезадаптирующих больных, почти не обнаруживающих тенденции к снижению, например, свыше половины всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра стационарируются дважды в течение года. Необходима активизация всех имеющихся методов предупреждения регоспитализаций, кроме того, развитие сети также предусмотренных новым «Порядком» отделений интенсивной терапии непосредственно в сообществе.

В-третьих, привлекает внимание накопление в стационарах больных с длительными свыше года и сверхдлительными (2–3–5 лет) сроками госпитализаций (феноменом больничного проживания), что требует развития предупреждения этого, а также более широкого создания реабилитационных общежитий.

Ключевые слова: сокращение коечного фонда, реабилитация, сокращение регоспитализаций, предупреждение «феномена больничного проживания».

DIRECTIONS FOR IMPROVEMENTS OF PSYCHIATRIC CARE

I.Ya. Gurovich

During recent years Russia has cut 50.000 psychiatric beds (or ¼ of total number of psychiatric beds). Analysis shows that it became possible due to shortened duration of stay in the hospital of psychotic patients (almost a month less) including schizophrenic ones (duration shorter by more than one month). As for other patient categories, duration of their in-patient treatment did not change. The proportion of patients with psychotic forms decreased in hospitals from 82.3% to 68.4% and schizophrenic patients from 62.0% to 49.0%. This resulted in shifting care for another group of psychotic patients into outpatient conditions and emphasized the importance of strengthening and development of extramural services.

One direction is development of social adjustment system for patients and further improvement of psychosocial rehabilitation, including setting up in all regional care systems medico-rehabilitation units by dispensaries and hospital rehabilitation wards, as announced in the new 'Procedure of Psychiatric Care Provision'. The functioning of these units should be based on modern and primarily group methods of psychosocial and cognitive rehabilitation. Rehabilitation should become a priority.

Key words: cutting beds, rehabilitation, decrease of repeated hospitalizations, prevention of 'hospital residence phenomenon'.

Гурович Исаак Яковлевич – профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: prof.gurovich@gmail.com