

УДК 614.254.7

МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ И СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ

А.В. Палин¹, А.В. Нарышкин¹, О.О. Папсуев²

¹ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им П.Б. Ганнушкина»

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Психиатрическая реабилитация сегодня – это быстро меняющаяся и активно развивающаяся область [1, 10]. Психосоциальная реабилитация – это восстановление или формирование утраченных или нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности – навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество [1]. Вопрос о соотношении реабилитации с организационной структурой психиатрической службы в настоящее время приобретает особую важность.

С 16 апреля 2012 года в ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина» была проведена реорганизация, одним из результатов которой было присоединение к больнице четырех психоневрологических диспансеров (№3, №4, №5, №17). К больнице были также прикреплены пациенты двух административных округов г.Москвы (Северного и Северо-Западного), а также города Зеленограда. Все это расширило сферу реабилитационной деятельности больницы на всех этапах оказания психиатрической помощи.

В соответствии с положениями Приказа №566н Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 г. о «Порядке оказания психиатрической помощи» [7] в больнице была создана новая специализированная организационная форма – медико-реабилитационное отделение (МРО). Данное отделение больницы, находясь в процессе своего становления как часть системы реабилитации, нуждалось в современном методическом оснащении. Связь больницы им. П.Б.Ганнушкина с МНИИ психиатрии МЗ РФ, являющаяся неразрывной с самого момента основания больницы, в целом обеспечивала это оснащение. Во всех отделениях больницы консультируют сотру-

ники института, заслушиваются последние сообщения о достижениях в области теоретических и практических исследований, в том числе – в области психосоциальной терапии и реабилитации.

Цель настоящей статьи – представить структуру и функции медико-реабилитационного отделения Московской психиатрической клинической больницы №4 им. П.Б.Ганнушкина, а также отметить типовые проблемы и перспективы развития его деятельности.

За 2014 год в МРО, предназначенном для проведения психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами, лечилось 2 611 больных; из них с 1 944 пациентами (74,5%) реабилитационные мероприятия проводились в формате группы, с 667 пациентами (25,5%) проводилась индивидуальная работа. Начавшаяся с 1 апреля 2014 года работа с родственниками больных (всего 151 чел.) имела следующий охват: 132 из них участвовали в групповых занятиях, с 19 родственниками работа проводилась индивидуально. Демографическая характеристика пациентов, участвовавших в реабилитации, была следующей: 1 112 мужчин и 1 499 женщин. В табл. 1 представлена клиническая характеристика пациентов.

Штат отделения соответствовал требованиям, приведенным в «Порядке оказания психиатрической помощи». В настоящее время имеющиеся ресурсы отделения по штату таковы: в отделении работают 5 врачей-психотерапевтов, 14 медицинских психологов, 1 специалист по социальной работе, 2 медсестры по социальной работе, 1 врач ЛФК, 1 инструктор ЛФК, 1 трудовой инструктор, 1 старшая сестра и 1 санитарка. Кроме того, в связи с реорганизацией и присоединением к больнице четырех психоневрологических диспансеров, в подчинение МРО перешли 4 кабинета фили-

Диагностическая характеристика пациентов (n=2 611)

Диагноз	n (чел.)	%
Деменция при болезни Альцгеймера	168	6,40
Сосудистая деменция	148	5,60
Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах	14	0,50
Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни	133	5,00
Расстройство личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга	77	2,90
Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя	272	10,40
Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ	103	3,90
Шизофрения	1 066	40,80
Шизотипическое расстройство	60	2,30
Хронические бредовые расстройства	9	0,30
Острые и транзиторные психотические расстройства	185	7,00
Шизоаффективное расстройство	122	4,60
Маниакальный эпизод	9	0,30
Биполярное аффективное расстройство	22	0,84
Депрессивный эпизод	41	1,60
Рекуррентное депрессивное расстройство	55	2,10
Хронические (аффективные) расстройства настроения	3	0,10
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	66	2,50
Специфические расстройства личности	36	1,40
Умственная отсталость	22	0,84

алов соответствующих ПНД, в которых работают: 1 врач-психиатр, 1 врач-психотерапевт, 1 медицинский психолог, специалист по социальной работе (0,25 ставки), 1 медсестра. Кабинеты в филиалах ПНД №5 и ПНД №17 имеют «Телефон доверия», обслуживающий весь округ. Кроме реабилитационной, кабинеты также оказывают суицидологическую помощь. Врачи-психотерапевты дневных стационаров ряда ПНД (№3, №5 и №17) подчиняются заведующему МРО, и оказывают реабилитационную помощь. В дневных стационарах имеется по 1 врачу-психотерапевту. Сотрудники МРО работают на базе клиники на 1 050 коек, в дневных стационарах и филиалах ПНД. Кроме того, в соответствующих кабинетах имеется еще и по одному логопеду. В перспективе, планируется развитие медико-реабилитационной службы.

На момент формирования отделения процедура оказания помощи выглядела следующим образом. Лечащий врач-психиатр, стоящий во главе полипрофессиональной бригады, инициировал собственно процесс реабилитации. Заявка на включение пациента в реабилитационную программу предполагала выбор программы реабилитации – из предлагаемого перечня (табл. 2). Далее, к процессу подключались врач-психотерапевт, медицинский психолог, а также социальный работник. Эти специалисты проводили совместный осмотр и уточняли задачи психосоциальной реабилитации. Только после этого начиналась работа с пациентом (и его семьей, если это

требовалось). По завершении такой работы пациенту давалось заключение, а также рекомендации по дальнейшей программе реабилитации уже в амбулаторных условиях, без отрыва от привычной для пациента социальной среды.

В ходе оказания помощи практиковался полипрофессиональный бригадный подход, предполагающий постоянное взаимодействие и совместную работу специалистов: врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, а также ведущих студий и клубов. Междисциплинарное и межведомственное сотрудничество, сотрудничество с другими отделениями психиатрической больницы, а также с Общероссийской общественной организацией инвалидов вследствие психических расстройств и их семей «Новые возможности», – все это позволяло включить в реабилитационный процесс более широкий круг мероприятий (выставки, концерты, фестивали).

Таким образом, МРО пронизывает все звенья организации психиатрической помощи (стационар, дневной стационар, ПНД). Это позволяет реализовать принцип преемственности реабилитационных усилий, дает возможность ротации кадров и поддержки всех подразделений кадрами и разными видами реабилитации. Вместе с тем, отделение находится в стадии становления и дальнейшего развития. Становится очевидным, что приведенные в табл. 2 программы реабилитации для разных контингентов психически больных, хоть и важны, но на сегод-

Существующие реабилитационные программы и число пациентов, участвующих в групповых занятиях

Реабилитационная программа	n (чел.)	%
Тренинг распознавания ранних признаков расстройства для пациентов, страдающих расстройствами аффективного спектра	144	5,50
Психообразовательная программа для пациентов, страдающих шизофренией	189	7,20
Психообразовательная программа для пациентов с первым психотическим эпизодом	206	7,90
Тренинг социальных, коммуникативных и когнитивных навыков для пациентов с шизофренией и дефицитарной симптоматикой	179	6,90
Группа психосоциальной реабилитации пациентов с декомпенсацией личностных расстройств (в том числе коморбидных с зависимостями от ПАВ)	375	14,40
Психологический тренинг адаптации к ВИЧ-статусу	76	2,90
Арттерапия	52	1,90
ИЗО студия	145	5,60
Музыкальная студия	139	5,30
Тренинг поддержания когнитивных навыков с элементами дыхательной гимнастики для пациентов с деменцией (ТК)	439	16,90
Тренинг поддержания моторных навыков с элементами дыхательной гимнастики для пациентов с деменцией (ТМ)		

нышний день недостаточны, особенно если речь идет о больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Специфичность реабилитации в психиатрической практике, отражение новых подходов к реабилитационному процессу, учет биопсихосоциальной природы психических расстройств, особый подход к больным с первым эпизодом, больным, еще не ставшим инвалидами, больным с длительным стажем инвалидности, – все это отражено в обширной литературе и требует воплощения в практику [1, 5].

Современная психосоциальная терапия и реабилитация (в т.ч. когнитивная) опирается на полученные в исследованиях данные о динамике клинико-социальных характеристик больных и возможности влияния на них с помощью психосоциальных воздействий [4]. Имеются данные об эффективности тех или иных реабилитационных воздействий на разных этапах течения болезни и на разных этапах оказания психиатрической помощи [3]. Обширная литература, в том числе отечественная, по данной проблеме показывает, что именно психосоциальная, в том числе, когнитивная терапия и реабилитация по соответствующим модулям [13] – становится в настоящее время основным содержанием работы специалистов медико-реабилитационных отделений. Среди данных модулей – модуль формирования мотивации к реабилитации [9], который очень важен, поскольку мотивация к реабилитации с течением болезни и по мере длительности пребывания пациента на инвалидности склонна к угасанию [11, 14]. Важен также модуль социальных и коммуникативных навыков, модули когнитивной ремедиации [12, 13, 15] и т.п. Данную работу проводят, как правило, медицинские психологи и врачи-психотерапевты. Именно эта работа, направленная на восстановление социальной компетентности, когнитивного функционирования, создает возможность для пациента стать сознательным и

активным участником реабилитационного процесса, направленного на интеграцию в общество.

В работе по развитию МРО мы опираемся и на тот факт, что большинство современных мета-анализов фиксирует некоторое преимущество когнитивных, основанных на обучении, подходов над остальными [8, 16].

В связи с вышесказанным, в МРО планируется двигаться в направлении развития реабилитации, базирующейся на доказательной медицине, с использованием преимущественно групповых, структурированных и определенным образом направленных воздействий в отличие от методов, дающих пациенту лишь поддержку, некоторое психологическое сопровождение и общую активизацию.

Оптимальный выбор направления работ отделения не предполагает отрыв от собственно медицинских задач, уход в сторону от медико-реабилитационного направления. Именно поэтому планируется ввод и использование таких «врачебных» модулей как формирование и повышение комплаенса (мотивации к аккуратному и длительному приему фармакотерапии), распознавание ранних (сигнальных) признаков начинающегося обострения [6]. Все это поможет сблизить врачей отделения, а самих пациентов нацелить на решение этих первоочередных в плане преемственности оказания помощи (стационар, дневной стационар, ПНД) задач. При нарушении такой преемственности по параметру «комплаенс» возможно обострение, а значит – срыв реабилитационных усилий.

Развитие МРО предполагает и изменение организационной модели. На момент формирования отделения процедура оказания помощи выглядела следующим образом. Заявка от лечащего врача поступала в МРО. Далее определялся тип запроса и производилось распределение между отделами МРО: диагностическим подразделением (осущест-

влявшим экспериментально-психологическое исследование, заполнявшим лист психологического сопровождения и выдававшим заключение) и реабилитационным подразделением (проводившим групповую и индивидуальную работу, оценивавшим динамику состояния пациента и выдававшим заключение по психосоциальной реабилитации). В русле новой организационной модели и в порядке освоения новых форм реабилитационной работы в процедуру оказания помощи, наряду с имеющимися, будут включены и новые формы психосоциальной реабилитации. Задачи диагностического подразделения будут расширены за счет включения в экспериментально-психологическое исследование методик определения когнитивного дефицита (нейрокогнитивного и социального) [2]. Подготовка кадров и освоение методик будет проводиться в сотрудничестве со специалистами Института психиатрии. Задачи реабилитационного подразделения будут также расширены за счет внедрения новых модулей: формирование и повышение комплаенса (мотивации к аккуратному и длительному приему терапии), распознавание ранних (сигнальных) признаков начинающегося обострения, мета-когнитивный тренинг, социальные и коммуникативные навыки, мотивация к реабилитации. Каждый модуль ведет специалист: врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог и т.д. В перспективе планируется сделать 5 постоянно действующих модулей, за каждый из которых будут отвечать по 2 специалиста, чтобы обеспечить тем самым взаимозаменяемость. Предполагаемая последовательность модулей, через которые проходят пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, такова: от мотивации к реабили-

тации – к метакогнитивному тренингу по S.Moritz [13], а затем – к так называемым «врачебным» психологическим модулям: формирование и повышение комплаенса, распознавание ранних признаков обострения, профилактика повторных госпитализаций. Таким образом, обеспечивается решение последовательно стоящих задач. Первой задачей реабилитации в рамках МРО стоит задача восстановления когнитивных функций больного. Второй задачей является восстановление социальных ролей больного, способствующих его продвижению на иной, более высокий уровень адаптации. При этом модули не подменяются терапией занятостью, а разумно сочетаются с ней. Поэтому в качестве третьей задачи планируется сочетание работы по модулям с другими реабилитационными мероприятиями по типу терапии занятостью (ИЗО студия, музыкальная студия и т.п.). На новом уровне функционирования и качества жизни сам больной уже более мотивирован к кружковой работе и другим формам погружения в социальную сферу (например, посещение музыкальной и ИЗО студии). Это позволяет осуществить генерализацию полученных на психосоциальных модулях навыков и умений. Наблюдая за работой пациентов по модулям и в ходе других реабилитационных мероприятий, важно оценить, удерживаются ли навыки. Если восстановленные навыки угасают, то работу по модулям пациент проходит повторно.

При накоплении достаточного количества пациентов, работающих по модулям новой организационной модели реабилитационной работы, можно будет подвести итог, суть которого – реабилитационный эффект, достигнутый через организационные изменения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
2. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 2. С. 9–19.
3. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д. и соавт. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 1. С. 36–44.
4. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. и соавт. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 5–13.
5. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2015. 418 с.
6. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. М.: ИД Медпрактика-М, 2002. 180 с.
7. Приказ от 17 мая 2012 года. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 58 с.
8. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–86.
9. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 4. С. 31–37.
10. Ferdinandi A.D., Yoontanapumpon V., Pollack S., Bermanzohn P.C. Rehab Rounds: Predicting Rehabilitation Outcome Among Patients With Schizophrenia // Psychiatric Serv. 1998. Vol. 49, N 7. P. 907–909.
11. Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome // Schizophr. Res. 2015. Vol. 166, N 1–3. P. 9–16.
12. Kurtz M.M., Mueser K.T., Thime W.R., Corbera S., Wexler B.E. Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia // Schizophr. Res. 2015. Vol. 162, N 1–3. P. 35–41.
13. Moritz S., Veckenstedt R., Bohn F., Köther U., Woodward T.S. Metacognitive training in schizophrenia. Theoretical rationale and administration // Social cognition in schizophrenia. From evidence to treatment / D.L.Roberts, D.L.Penn (Eds.). New York: Oxford University Press, 2013. P. 358–383.
14. Smieskova R., Roiser J.P., Chaddock C.A., Schmidt A., Harrisberger F., Bendfeldt K., Simon A., Walter A., Fusar-Poli P., McGuire P.K., Lang U.E., Riecher-Rössler A., Borgwardt S. Modulation of motivational salience processing during the early stages of psychosis // Schizophrenia Research. 2015. Vol. 166, N 1–3. P. 17–23.
15. Spaulding W.D., Reed D., Sullivan M., Richardson C., Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation // Schizophr. Bull. 1999. Vol. 25. P. 657–676.
16. Wykes T., Huddy V., Cellard C., McGurk S.R., Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168. P. 41–46.

МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ И СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ

А.В. Палин, А.В. Нарышкин, О.О. Папсуев

В статье проанализированы ход и результаты деятельности новой специализированной организационной формы – МРО психиатрической больницы, намечены пути совершенствования его деятельности.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, организация психиатрической помощи, новые специализированные формы помощи.

REHABILITATION CENTER IN THE PSYCHIATRIC CARE SYSTEM: ELABORATION OF STRUCTURE AND METHODOLOGY

A.V. Palin, A.V. Naryshkin, O.O. Papsuev

The article describes flow and results of work of the new specialized form of mental health care – rehabilitation center of the psychiatric hospital. Goals for further development enunciated.

Key words: psychosocial rehabilitation, organization of mental health care, new forms of care.

Палин Александр Васильевич – заведующий медико-реабилитационным отделением ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина»; e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Нарышкин Андрей Владимирович – главный врач ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина»

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: oleg.papsouev@gmail.com