

СТАЦИОНАРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ В СТРАНАХ СЕВЕРНОЙ АМЕРИКИ И ЕВРОПЫ

А.Б. Шмуклер¹, И.Я. Гурович¹, Г.П. Костюк²

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФБГУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России,
²ГБУЗ ПКБ№3 ДЗМ

В настоящее время психиатрическая помощь в Российской Федерации находится на этапе реформирования. В значительной степени это касается стационарной службы, хотя, безусловно, не исчерпывается исключительно данным направлением. Следует отметить, что процессы сокращения числа психиатрических коек в российской психиатрии начались более 15 лет назад, отражая текущую потребность в данном виде помощи, и в последние годы приобрели целенаправленный характер административной реформы. В этих условиях чрезвычайно важным является оценить аналогичные явления, получившие название деинституционализации и происходившие в зарубежных странах на протяжении последних 50 лет.

Следует отметить, что процесс деинституционализации не ограничивается только сокращением числа психиатрических коек и представляет собой сложный комплекс организационных мероприятий, направленных на улучшение качества оказания психиатрической помощи. В настоящее время, на основе анализа многолетнего опыта деинституционализации в различных странах мира, выделяют ряд ее признаков [28]:

- 1) выписка пациентов из психиатрических больниц с оказанием им помощи в психиатрических отделениях общесоматических стационаров или внебольничной психиатрической службой;
- 2) обеспечение доступности всех форм внебольничной психиатрической помощи;
- 3) развитие плана интеграции психиатрической и общесоматической служб;
- 4) в случаях обострения психических заболеваний, осуществление помощи в психиатрических отделениях общесоматических больниц и/или внебольничной психиатрической службой;
- 5) возможность осуществления психотропной терапии в общесоматических больницах и учреждениях, работающих во внебольничных условиях;
- 6) доступность психиатрической помощи в учреждениях первичной медицинской помощи;

7) обучение основам психиатрической помощи персонала общесоматических больниц и учреждений первичной медицинской помощи;

8) внедрение при оказании психиатрической помощи мультидисциплинарного полипрофессионального подхода;

9) обеспечение доступности психиатрической помощи;

10) наличие законодательства в области оказания психиатрической помощи;

11) синхронизация психиатрического и полицейского законодательства;

12) обеспечение взаимодействия между психиатрической службой и другими государственными службами, которые могут участвовать в оказании помощи психически больным (как и всем другим гражданам);

13) обеспечение адекватного и ясного финансирования внебольничной психиатрической службы;

14) обеспечение преемственности помощи между учреждениями, осуществляющими первичную, вторичную и третичную психиатрическую помощь;

15) создание координирующего органа для наблюдения за выполнением наиболее важных решений;

16) стимулирование участия потребителей психиатрической помощи в обсуждении вопросов ее осуществления;

17) внедрение процесса повышения качества оказания психиатрической помощи (например, аккредитация и мониторинг);

18) обеспечение помощи по территориальному принципу.

К сожалению, понимание необходимости соблюдения описанных выше подходов пришло лишь с опытом осуществления деинституционализации, и в ряде стран отклонения от их соблюдения в большей или меньшей степени нивелировало преимущества проводимых реформ с развитием негативных последствий.

Процесс деинституционализации впервые начался в США в начале 60-х годов XX века (до этого проис-

ходил неуклонный рост числа больных, находившихся в государственных психиатрических клиниках: с 1903 по 1950 гг. их количество увеличилось со 150 тыс. чел. до 512 тыс. чел. и продолжало расти в последующие несколько лет) [23]. Первоначально борьба за выписку пациентов из психиатрических стационаров была связана с антипсихиатрическим движением: утверждалось, что изменения личности, отмечающиеся у хронически психически больных, являются артефактом длительного больничного пребывания и исчезнут, как только у бывших обитателей психиатрических лечебниц появится возможность интегрироваться в общество. Однако, неожиданным образом, данные идеи нашли поддержку у специалистов в области психического здоровья. Этому, в частности, способствовало появление психотропных средств (хлорпромазин был зарегистрирован управлением по контролю над пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (Food and Drug Administration – FDA) в 1954 году), что позволило выписать из переполненных психиатрических больниц ранее длительно находившихся в них пациентов. Кроме того, этот же период характеризовался значительной активностью федерального правительства: в 1955 году была организована Объединенная комиссия по вопросам психического здоровья и психическим заболеваниям, которая, оценив потребность и ресурсы в области психиатрии, выработала рекомендации для национальной программы США, обосновав в своем заключительном отчете 1961 г. концепцию общественно ориентированной психиатрической помощи, положенной в основу Акта об Общественных центрах психического здоровья, подписанного Президентом Джоном Кеннеди в 1963 году.

Максимальное количество пациентов, находившихся в психиатрических больницах США, было зарегистрировано в 1955 году – 558 922 человек [23] или 338 на 100 тысяч человек населения [17]. В течение последующих 10 лет их число постепенно медленно уменьшалось (примерно на 1,5% в год). Резкий скачок произошел за период с 1965 по 1980 год: количество стационарных пациентов сократилось на 71%, наиболее интенсивно за 1969–1976 гг., когда сокращение числа больных, находившихся в стационарах, составляло в среднем 10% в год (как за счет активной выписки пациентов, так и уменьшения уровня госпитализации). В 1980 году количество «резидентов» государственных психиатрических больниц составило 138 тысяч (25% от «исходного» уровня 1955 г.) при 375 тыс. поступлений в год и высоком уровне повторных госпитализаций (так называемые «вращающиеся двери») [23]. Из них 156 тысяч (42%) стационаризований были добровольными и 219 тысяч (58%) – недобровольными. К 2000 году число больных, находившихся в каждый данный момент в психиатрических больницах США составляло 59,4 тысяч человек, то есть 22 на 100 тысяч населения (в некоторых штатах значительно меньше: например, в Калифорнии – 2 психиатрические койки

на 100 тысяч населения, не считая коек для принудительного лечения) [14].

Следует отметить, что причины интенсификации процессов деинституционализации лежали не только в клинической и гуманитарной сферах, но в значительной степени обуславливались финансовыми проблемами, обострившимися в этот период. Это способствовало сокращению показаний для направления пациентов в стационар, в частности в недобровольном порядке, ограничив их преимущественно случаями, когда они представляли непосредственную опасность для себя или окружающих [23, 34]. Так, с 1972 по 1980 гг. общее число госпитализаций сокращалось на 7% в год, причем добровольные госпитализации уменьшились на 21%, а предписанные в судебном порядке выросли на 5%, главным образом, за счет роста случаев принудительного лечения (на 81%); частота недобровольной госпитализации (так называемого «гражданского задержания») за этот период практически не изменилась (снижение < 1%).

Одновременно происходило и перераспределение структуры стационарной психиатрической службы: если в 1970 году подавляющее большинство коек были государственными, то в дальнейшем произошло значительное сокращение их относительного количества: до 65% в середине 80-х и далее до 35% в 2002 году [40]. При этом число частных коммерческих клиник составляло только 14% (однако число выписанных из них больных достигало 28%, что говорит о более коротких сроках лечения); остальные частные клиники являлись некоммерческими.

Пик снижения государственного сектора в психиатрии пришелся на 1990 год [34], когда 50 тысяч коек функционировало в психиатрических отделениях общесоматических больниц и 45 тысяч коек – в частных психиатрических клиниках (следует отметить, что оплата пребывания в психиатрической больнице в США не зависит от формы ее собственности или от того, в структуре какого учреждения – психиатрического или общесоматического, они развернуты: например, в 2006 году 60% стоимости пребывания в психиатрическом стационаре было оплачено по программам Medicaid и Medicare¹). В силу экономических и управленческих причин к 2002 году число психиатрических коек в общесоматических больницах снизилось до 40 тысяч, а в частных психиатрических клиниках – до 25 тысяч.

В 2010 году в США число государственных психиатрических коек для длительного пребывания больных составляло 43318 или 14,1 на 100 тысяч населения [15]. По экспертной оценке для оказания помощи имею-

¹ Medicaid – государственная программа оплаты медицинских услуг беднейшим слоям населения США; Medicare – государственное страховое покрытие для оплаты медицинских услуг пожилым (> 65 лет) и инвалидам (по программе Medicare оплачиваемый срок лечения в течение всей жизни не должен превышать 190 дней).

щимся в США 14,8 млн. человек с психическими расстройствами необходимо 50 коек на 100 тысяч населения, в то время как в некоторых штатах их число в 10 раз меньше (не достигает 5 на 100 тыс. нас.) [38]. Следует подчеркнуть, что еще более 30 лет назад, в разгар процесса деинституционализации, высказывалось мнение, что определенная часть больных (15 чел. на 100 тыс. населения) нуждается в длительной психиатрической госпитализации [12]. Недавние расчеты подтвердили данную точку зрения: число коек для пациентов с длительными сроками госпитализации должно составлять 12,4 на 100 тысяч населения [35].

Подчеркивается, что существует группа пациентов, клиническое состояние которых не может быть стабилизировано в достаточной степени, чтобы они могли удерживаться во внебольничных условиях (многие из них совершают правонарушения и попадают в тюрьмы), что требует увеличения числа психиатрических коек для больных со средними и длительными сроками госпитализации. В настоящее время общая нехватка психиатрических коек в национальном масштабе оценивается в размере 110,8 тысяч (35,9 на 100 тыс. нас.) [15], и решение этой задачи представляется маловыполнимым из финансовых соображений (койко-день в государственном секторе в 2002 г. составлял 365,3 долларов США [39]), однако, по мнению ряда специалистов [15], увеличение коечного фонда до указанного значения потребует только 30% от суммы содержания психиатрических пациентов в системе исполнения наказаний, чего при проведении адекватного лечения можно было бы избежать.

Длительность пребывания психически больных в стационаре административно ограничивается «медицинской необходимостью», что на деле оборачивается существенным сокращением сроков лечения, которые не позволяют в достаточной мере стабилизировать симптоматику и приводят к повторным госпитализациям [34]. Кроме того, отмечается рост обращений в экстренную психиатрическую службу по поводу «острых состояний»: в частности, с 1992 по 2003 гг. их число увеличилось с 1,4 млн. до 2,5 млн. Следует также обратить внимание на произошедшее впервые за несколько десятилетий существенное увеличение (на 21%) количества поступлений в психиатрические больницы в 2002–2005 гг. [19], которое объясняется, главным образом, неадекватным функционированием амбулаторной психиатрической службы.

Необходимо отметить, что процесс деинституционализации в США, как уже отмечалось, стартовал после принятия Акта об общественных центрах психического здоровья (ОЦПЗ). Их аналоги существовали и до этого: в частности, в 1954 году в США насчитывалось 1 234 амбулаторных психиатрических клиник [17]. Однако решение данного вопроса на законодательном уровне позволило открыть широкое финансирование для их создания и развития. В задачи ОЦПЗ кроме осуществления амбулаторной помощи входило обеспечение частичной госпитализации (дневные стационары), оказание неотложной помощи, консультации и психобразование для населения прикрепленной территории (75 тыс. – 200 тыс. чел.). Вместе с тем, парадоксальным образом, не было налажено взаимодействие между психиатрическими больницами и ОЦПЗ, которым не было вменено в обязанность наблюдение за выписанными пациентами (ОЦПЗ предпочитали обслуживать «новых» больных), оказавшимися в данной ситуации без надлежащей помощи, что способствовало высокому уровню повторных госпитализаций и другим негативным последствиям деинституционализации. Так, в 1985 году среди выписанных больных 29% были повторно госпитализированы и только 6% получали регулярную помощь в ОЦПЗ (большинство пациентов не посещали ОЦПЗ на протяжении 5 и более лет, что указывает на потерю контактов с психиатрической службой) [6].

Фактически, в условиях недостаточного развития амбулаторной психиатрической службы вместо деинституционализации в США произошла трансинституционализация – перевод пациентов из одних «институтов» в другие. Согласно отчетным данным (2011 г.), в 2008–2009 гг. среди 10,4 млн. человек с тяжелыми психическими расстройствами 401,3 тысяч человек (3,9%) проживали в различных учреждениях социального обслуживания; 459,5 тысяч человек (4,4%) в местах лишения свободы; 623,5 тысяч человек (6%) были бездомными; 189 тысяч человек (1,8%) находились в психиатрических больницах (табл. 1) [5]. Таким образом, хотя популяция госпитализированных больных сократилась почти в 3 раза (с 539 тыс. чел. до 189 тыс. чел.), их число в различных «институтах» вне психиатрических больниц (социальных учреждениях, местах лишения свободы) составило 860,5 тысяч человек, то есть вместе с госпитализированными пациентами превысило 1 млн. человек, что почти в 2

Таблица 1

Трансинституционализация психически больных в США (2008–2009 гг.; модифицировано из [5])

Место нахождения пациентов	Число больных	
	Абс. (тыс. чел.)	% от общего числа психически больных (10,4 млн. чел.)
Социальные учреждения (всего)	401,3	3,9
в том числе		
дома сестринского ухода	217,5	2,1
резиденциальные учреждения	183,8	1,8
Места лишения свободы	459,5	4,4
Бездомные	623,5	6,0
Психиатрические больницы	189,0	1,8
Всего	1673,3	16,1

раза больше контингента «старых» психиатрических больниц в период их «расцвета» (если учитывать бездомных, в том числе проживающих в приютах, указанное увеличение еще больше – в 3 раза).

Описанные явления проявились практически сразу же после интенсификации процессов деинституционализации. Согласно государственным отчетным данным, в США в период с 1984 по 1988 гг. число психически больных, находившихся в приютах для бездомных, выросло с 19% до 34% от всех резидентов данных учреждений [17]. В 2005 году из 1,5 млн. человек, находившихся в домах сестринского ухода, 9%–20% (в среднем 14,5% или 217,5 тыс. чел.) страдали тяжелыми психическими расстройствами, причем их число неуклонно увеличивалось среди вновь поступающих лиц [5]. От ¼ до ½ бездомных имели психиатрический диагноз.

В 2000 году 16–24% заключенных (310–465 тыс. чел.) составляли лица с тяжелыми психическими расстройствами (расчетное количество в 2010 г. – 378 тыс. чел.), причем рядом авторов прямо указывается на непосредственную связь между сокращением психиатрических коек с невозможностью своевременно поступить в стационар при недостаточности амбулаторного лечения и ростом психически больных в тюрьмах [14, 15]. Особенно отчетливо это проявляется в частном коммерческом психиатрическом секторе, увеличение числа коек в котором связано с ростом заключенных, имеющих психиатрические проблемы [40]. Эти клиники крайне неохотно берут таких пациентов и быстро их выписывают.

Динамика правонарушений среди психически больных демонстрирует отчетливый рост в период наиболее интенсивных мероприятий по их выписке: если в 1947 году только 15% психически больных, ранее лечившихся в психиатрическом стационаре, имели, как минимум, один привод в полицию, то в 1968 году их количество увеличилось до 32%, а в 1975 году – до 40% [11]. В 2004 году 35% пациентов психиатрических стационаров находились там по решению суда, причем в некоторых больницах их количество постоянно росло и в части случаев превышало 50%, а в отдельных штатах (Калифорния)

достигало 90%, оставляя на «гражданскую» психиатрию лишь 1,5 койки на 100 тысяч населения [5].

Еще одним отрицательным последствием проведенной в США деинституционализации является рост суицидов среди психически больных [39]. В частности, расчетные данные показывают, что сокращение 1 психиатрической койки в государственном секторе приводит к увеличению уровня суицидов на 0,025 на 100 тысяч населения в год, то есть 45 дополнительных суицидов в год в масштабах всей страны (при этом рост коек в частных психиатрических клиниках не компенсирует эти последствия). Однако развитие внебольничного сектора психиатрической помощи нивелирует эффект сокращения коечного фонда.

В Канаде процессы деинституционализации стали развиваться вскоре после американских, однако происходили не во всех провинциях одновременно. Так называемая ранняя деинституционализация осуществлялась в Британской Колумбии, Альберте, Саскачеване, Онтарио и Новой Шотландии; «поздняя» деинституционализация началась в 90-е годы XX века в Манитобе, Квебеке, Нью-Брансуике, Островах Принца Эдуарда и Ньюфаунленде. В результате, начиная с 1994/1995 гг. среднее количество дней, проведенных пациентами в психиатрических больницах, снизилось с 418 на 1 000 человек населения² до 215 (1998/1999 гг.) и, далее, до 99 на 1 000 человек населения (2002/2003 гг.) [33]. Соответственно, в этот период в провинциях, в которых процессы деинституционализации наиболее интенсивно происходили в 70–80 годы, данное снижение было менее интенсивным (в некоторых из них, например, в Альберте, удельное число койко-дней в последние годы даже немного увеличилось), а провинции второго этапа деинституционализации уменьшали число коек значительно активнее (табл. 2). В целом, число

² Данный коэффициент, не являющийся широко употребляемым в статистических отчетах и интегрирующийся в одном показателе количество госпитальных коек и длительность лечения пациентов, важен для расчета затрат на организацию стационарной службы, позволяя быстро рассчитать количество необходимых ресурсов, исходя из населения обслуживаемой территории.

Таблица 2

Деинституционализация в психиатрических больницах Канады (модифицировано из [33])

Провинция	Среднее количество дней стационарного лечения на 1000 человек населения		
	1994/1995 гг.	1998/1999 гг.	2002/2003 гг.
Британская Колумбия*	109,4	77,3	87,5
Альберта*	166,9	102,3	115,4
Саскачеван*	133,3	85,3	46,1
Онтарио*	144,8	110,2	93,0
Новая Шотландия*	108,9	42,7	37,6
Манитоба	1109,1	227,3	128,5
Квебек	597,4	316,5	171,1
Нью-Брансуик	440,5	237,6	83,1
Острова Принца Эдуарда	601,0	76,4	35,1
Ньюфаунленд	767,0	185,5	189,1
Средний показатель по стране	417,8	214,9	98,7

Примечание: * – ранняя деинституционализация.

психиатрических коек в Канаде к 2013 году составило 31 на 100 тысяч населения [37].

Следует отметить, что процессы сокращения числа психиатрических коек происходили не только в собственно психиатрических стационарах, но и в психиатрических отделениях общесоматических больниц (за исключением Квебека, табл. 3): среднее количество дней лечения снизилось со 176 на 1 000 человек населения (1994/1995 гг.) до 127 (1998/1999 гг.) и, далее, до 118 на 1 000 человек населения (2002/2003 гг.) [33]. Обращает на себя внимание, что объем психиатрической помощи в общесоматических стационарах, в конечном итоге, превысил таковой в психиатрических больницах (соответственно 118 и 99 на 100 тыс. человек населения – превышение составляет 20%), причем этот перевес наблюдался в большинстве провинций.

Чрезвычайно важным является происходившее перераспределение ресурсов из стационарного сектора во внебольничный с развитием так называемой общественно ориентированной службы психического здоровья, опирающейся как на активно поддерживаемые в период деинституционализации многочисленные амбулаторные психиатрические программы (в т.ч. развитие бригад интенсивного лечения в сообществе), так и на другие ресурсы сообщества (социальные службы, службы трудоустройства, защищенного жилья, благотворительные программы и пр.). Однако, согласно специально проведенным исследованиям, доступ к профессиональной психиатрической помощи, несмотря на очевидный рост (29,5% в 1994/1005 гг.; 38,7% в 1998/1999 гг.; 76,2% в 2002/2003 гг.) остается недостаточным [33], особенно с учетом нередко непродолжительности такой помощи и зачастую невозможности получить ее непосредственно в момент обращения (существуют «листы ожидания»).

В государствах **Европы** процесс деинституционализации имеет различную длительность, находясь на различных стадиях развития и интенсивности осуществления. В связи с этим представляется инте-

ресным сравнительный анализ проводимых реформ в различных странах (в исследование включены 30 стран: Австрия, Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Турция, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швеция, Эстония) [28].

Результаты анализа показали, что полностью закрыты «старые» специализированные психиатрические больницы (существуют только психиатрические койки в больницах общего типа) в 2 странах: Исландии и Италии. В Дании закрытие больниц не происходило; в 20 странах этот процесс находится на начальной стадии и в 7 – имеет достаточную степень развития (при этом остается не вполне ясным, являются ли сохраняющиеся психиатрические стационары «старыми» больницами или вновь организованными современными специализированными клиниками).

Возможность оказания помощи психически больным в общесоматической сети имеется во всех странах, в том числе в 23 (77%) из них – как для больных с невротическими, так и психотическими расстройствами, а в четырех – только для пациентов невротического уровня (по остальным 3 государствам контингент больных не уточняется).

Широкая доступность резиденциального/поддерживаемого жилья отмечается в 19 странах (63%), подобная возможность ограничена в 5 и полностью отсутствует в 6 государствах (Дания, Франция, Литва, Норвегия, Швеция и Турция). Четкое определение финансовых ресурсов для психиатрической службы присутствует в 22 странах (70%). Распределение по количеству специалистов, оказывающих психиатрическую помощь (психиатры, клинические психологи, медицинские сестры, социальные работники) выявило недостаток персонала в большинстве (63%) стран: этот показатель составлял менее 135 на 100 тысяч населения (среднее значение по всем странам – 44).

Таблица 3

Деинституционализация в психиатрических отделениях общесоматических больниц Канады (модифицировано из [33])

Провинция	Среднее количество дней стационарного лечения на 1 000 человек населения		
	1994/1995 гг.	1998/1999 гг.	2002/2003 гг.
Британская Колумбия	326,5	320,0	91,4
Альберта	159,5	92,8	89,4
Саскачеван	142,1	78,2	79,3
Онтарио	117,2	60,9	58,6
Новая Шотландия	91,2	96,7	70,4
Манитоба	166,4	155,6	141,6
Квебек	329,0	126,8	317,1
Нью-Брансуик	169,0	137,3	122,2
Острова Принца Эдуарда	166,2	116,2	126,6
Ньюфаундленд	94,3	86,6	85,1
Средний показатель по стране	176,1	127,1	118,2

Число психиатрических коек в различных странах Европы (Eurostat, 2015; цит. по [3, 31])

Страна	Число психиатрических коек на 100 тыс. населения (2011 г.)	Уровень уменьшения числа психиатрических коек за период 1993–2011 гг.
Бельгия	175	–
Мальта	143	–19,4%
Нидерланды	139 (2009 г.)	–21,6%
Латвия	129	–50,4%
Германия	121	–12,6%
Литва	111	–32,6%
Хорватия	105	–2,0%
Чешская Республика	101	–
Франция	89	–49,5%
Люксембург	85 (2010 г.)	–
Греция	80 (2009 г.)	–27,5%
Австрия	78	– 34,2%
Румыния	78	–18,4%
Словакия	77	–15,1%
Финляндия	71	–50,6%
Словения	66	–18,9%
Ирландия	66	–75,2%
Польша	63	–11,8%
Болгария	63	–31,9%
Дания	57 (2010 г.)	–40,2%
Португалия	55	–37,7%
Эстония	54	–71,2%
Великобритания	53	–43,6%
Швеция	47	–72,4%
Испания	38	–46,9%
Венгрия	33	–
Кипр	21	–85,2%
Италия	10	–88,2%

В целом, согласно указанным критериям, наиболее развитой в плане продвижения процессов деинституционализации является Великобритания, следом идут Финляндия, Германия, Нидерланды и Исландия; на последнем месте с большим отставанием стоит Турция, низкие показатели отмечаются в Польше, Испании, Литве и Болгарии [28]. При этом, однако, следует отметить, что данная оценка не учитывает такой важный критерий, как доступность и объем внебольничной психиатрической помощи, что значительно снижает информативность полученных результатов.

В период с 2000 по 2011 гг. число психиатрических коек в 28 странах Евросоюза снизилось с 97,3 до 58,2 на 100 тысяч населения [Eurostat, 2015; цит. по 31]. При этом сокращение было весьма неравномерным [3]: от 2% в Хорватии до 88,2% в Италии (табл. 4). Различия по количеству оставшихся коек в отдельных странах весьма значительны, достигая в крайних точках 17,5 раз (10 на 100 тыс. нас. в Италии и 175 – в Бельгии).

Уровень госпитализаций в различных странах Европы (база данных ВОЗ, 2015; цит. по [31])

Страна	Число психиатрических госпитализаций больных шизофренией на 1000 чел. населения
Дания	0,02
Великобритания	0,29
Мальта	0,30
Чешская Республика	0,63
Словения	0,73
Словакия	0,80
Люксембург	0,84
Польша	1,20
Хорватия	1,47
Финляндия	1,48
Румыния	1,53
Литва	1,72
Латвия	3,12

Таблица 6

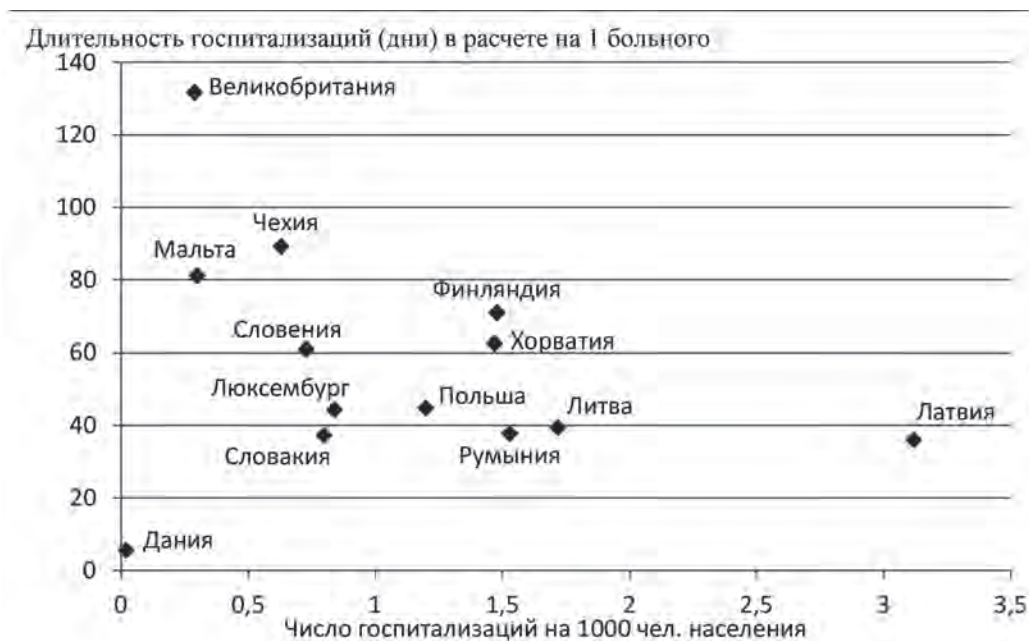
Длительность госпитализаций больных шизофренией в различных странах Европы (база данных ВОЗ, 2015; цит. по [31])

Страна	Длительность госпитализаций (дни) в расчете на 1 больного шизофренией
Дания	5,5
Латвия	36,0
Словакия	37,3
Румыния	37,8
Литва	39,4
Люксембург	44,4
Польша	44,8
Словения	61,0
Хорватия	62,5
Финляндия	70,9
Мальта	81,2
Чешская Республика	89,2
Великобритания	131,7

Некоторые страны (Бельгия, Мальта, Нидерланды) по-прежнему опираются на стационарную помощь. Более того, в ряде из них (Хорватия, Германия, Латвия, Литва) отмечается обратная тенденция с увеличением числа психиатрических коек. В других – чрезмерное сокращение стационарного звена вызывает озабоченность: в частности, высказывается мнение о кризисе психиатрической службы Англии вследствие перегруженности психиатрической койки. При этом сохраняется огромный разброс по территориям: в Лондоне количество коек в 10 раз больше, чем на юго-востоке страны [31].

Уровень госпитализаций (в частности, больных шизофренией) также обнаруживает существенные колебания: от практически нулевого значения в Дании до многократного превышения данного показателя в Латвии по сравнению с другими странами (табл. 5).

Длительность пребывания больных в стационаре также значительно различается (табл. 6), причем



Соотношение числа и длительности госпитализаций больных шизофренией в странах Европы [31]

данный показатель далеко не всегда соответствует числу поступлений в стационары (рисунок): например, в Великобритании низкое удельное количество госпитализаций больных шизофренией контрастирует с довольно высокой относительной длительностью их госпитализаций; обратное соотношение наблюдается в Латвии [31].

Как видно, соблюдение формальных критериев принципов деинституционализации не всегда соответствует качественным показателям оказания помощи. Так, формальный лидер по показателям деинституционализации в Европе – Великобритания (см. выше) обнаруживает чрезвычайно высокий уровень длительности госпитализаций (131,7 дней) при одном из самых низких их удельном количестве – 0,29 на 1 000 человек населения (рисунок). В то же время, Латвия, также входящая в число формальных лидеров по продвижению процессов деинституционализации, обнаруживает обратные тенденции, занимая «ведущее» положение по числу госпитализаций (3,12 на 1 000 чел. нас.), но имея относительно низкую их длительность в расчете на 1 больного (36 дней). Указанные особенности требуют конкретного рассмотрения деталей осуществляемых реформ в каждой из стран.

В **Англии** общее число стационарных психиатрических коек, относящихся к национальной службе здравоохранения³, в 1988 году составляло 63 012

³ Существует также относительно небольшой, но играющий существенную роль, сектор частной психиатрии, 50% коечного фонда которого используется, чтобы снизить нагрузку на государственные стационарные психиатрические учреждения; другая половина оказывает психиатрическую помощь лицам, имеющим страховку [21].

(166,1 на 100 тыс. нас.) [13]. Анализ динамики их снижения за период до 1997 года выявил уменьшение количества коек, профилированных для длительной госпитализации, при незначительном снижении числа краткосрочных коек и росте количества коек в судебно-психиатрических отделениях [36].

Тенденция к уменьшению стационарных психиатрических коек в Англии сохранялась и последующие годы: с 1998 года по 2012 год их число уменьшилось на 39% (с 37 000 до 22 268) [10], то есть по сравнению с 1988 годом в абсолютных цифрах сокращение составило 65%, в расчете на 100 тысяч населения – 68%. В 2012 году коечная обеспеченность в Великобритании составляла 53 (колебания по различным регионам – от 30,8 до 85,6) на 100 тысяч населения.

Статистически значимое снижение поступления касалось больных шизофренией, биполярным расстройством, депрессией, обсессивно-компульсивным расстройством и деменцией. В то же время наблюдался рост поступлений больных с посттравматическим стрессовым расстройством, расстройством пищевого поведения и алкоголизмом. Снизилась длительность стационарного лечения (за исключением шизофрении). Кроме того, за указанный период увеличился уровень недобровольных поступлений. Так, в течение 20 лет (1988–2008 гг.) число недобровольных госпитализаций выросло с 40,2 до 65,7 в год на 100 тысяч населения [13]. В среднем, в Англии и Уэльсе около 30% психиатрических госпитализаций являются недобровольными, достигая 57% во внутренних районах Лондона [21].

Указывается, что до 30% больных, получающих краткосрочное лечение, не могут быть своевременно выписаны вследствие проблем с жильем и 19% – из-за

отсутствия адекватной семейной поддержки; 33% пациентов, получающих длительное лечение, блокируют психиатрические койки вследствие жилищных проблем и 41% – из-за недостатка реабилитационных учреждений [21]. 27% больных госпитализируются повторно в течение 5-летнего периода; из них для 9% пациентов длительность госпитализации составляет не менее 1 года.

Другой страной, в которой, согласно проведенному анализу, были соблюдены формальные критерии осуществления процесса деинституционализации, была **Финляндия**. Максимальное количество психиатрических коек в стране отмечалось в 1975 году – 420 на 100 тысяч населения [26]. В 2000 году их число сократилось в 5,5 раз – до 76 на 100 тысяч населения. Параллельно укреплялись ресурсы во внебольничной психиатрической службе: в 1982–1992 гг. увеличение составило 84% и число специалистов, работающих в этой сфере, достигло 51 на 100 тысяч населения. Психиатрия стала второй по популярности профессией среди молодых врачей.

Согласно закону о психиатрической помощи (1991 г.), ее приоритетом являлось внебольничное обслуживание [26]. Подчеркивалась необходимость оказания помощи на интегративной основе в тесном сотрудничестве различных служб и налаживание системы супервизии. Указывалось на важность возможности получения больными поддерживаемого жилья в сообществе и обеспечения условий жизни, препятствующих повторным госпитализациям. Специальное внимание уделялось недобровольным формам помощи.

Несмотря на заявленные цели, в этот период отмечался некоторый «откат» назад по количеству привлеченных во внебольничную службу ресурсов при дальнейшем небольшом снижении числа психиатрических коек (71 на 100 тыс. нас. в 2011 г.). Соотношение количества госпитализированных пациентов к числу психиатрических коек с 80-х годов выросло в 3,5 раза (около 6 в 2005 г.) [30]. При этом отмечается, что, несмотря на сокращение числа психиатрических коек, количество пациентов, получающих стационарное психиатрическое лечение, не изменилось; сократилась лишь длительность госпитализаций [26]. Соответственно, увеличилась нагрузка на стационарную и амбулаторную службу. Так, число амбулаторных визитов в 1990–1998 гг. возросло на 110%, достигнув 1,6 млн. (число визитов к частным психиатрам увеличилось на 31%).

Параллельно (90-е гг.) произошла административная децентрализация психиатрической службы, когда она стала относиться к местным органам здравоохранения с соответствующей финансовой ответственностью, различающейся в отдельных районах [26]. В 2010 году амбулаторная психиатрическая помощь в половине районов обеспечивалась местными медицинскими учреждениями в рамках первичного медицинского обслуживания. При этом,

только 21% психиатров работало в амбулаторной службе для взрослых пациентов в возрасте до 65 лет (47% – в стационарной). Отмечался высокий уровень (не менее 1/3) незанятых ставок. Сократилось количество молодых врачей, специализирующихся в области психиатрии.

В **Нидерландах** максимально количество психиатрических коек (28 тыс.) отмечалось в 1955 году [27]. К 1990 году их число сократилось до 22 800, оставаясь стабильным до 1996 года. Однако к 2003 году было сокращено еще 2 200 (10%) коек. Таким образом, в этот период их число составляло 125 на 100 тысяч населения, но в 2009 году увеличилось до 139 на 100 тысяч населения. Следует обратить внимание, что уменьшение коечного фонда осуществлялось преимущественно за счет пациентов с длительными сроками госпитализации (более 5 лет) путем их перевода в учреждения для оказания помощи пожилым больным и лицам с инвалидностью.

Процесс уменьшения числа психиатрических коек в Нидерландах был тесно переплетен с развитием региональных институтов амбулаторной психиатрической помощи. Так, в 1993 году каждая из функционирующих на региональном уровне общепсихиатрических больниц тесно взаимодействовала, как минимум, с одним региональным амбулаторным психиатрическим учреждением и, кроме того, с региональными учреждениями, обеспечивающими поддерживаемое проживание [27]. Декларировался приоритет внебольничной психиатрической помощи и, по возможности, ее приближение к месту жительства пациента.

В период между 1988 и 2000 гг. в Нидерландах был организован 31 региональный центр психиатрической помощи с обслуживаемой территорией от 80 тысяч до 400 тысяч жителей (в среднем 170 тыс.). Количество коек в них варьировало от 14 до 117 (в среднем 43,8), число поступлений 85–473 (в среднем 234). 47% этих учреждений имели мобильные бригады и оказывали 24-часовую помощь и 3/4 – помощь на дому.

Основными концептуальными посылами были «дегоспитализация», децентрализация, индивидуализированный подход и осуществление реабилитационных мероприятий [27]. На практике эта концепция воплотилась в виде оказания помощи в учреждениях, осуществляющих широкий спектр экстремуральных программ, в том числе оказание помощи на дому и поддерживаемое самостоятельное проживание. Предполагалось, что значительная часть краткосрочных госпитализаций будет замещена помощью в региональных центрах психического здоровья, причем половина расходов на обеспечение стационарного лечения будет переведена на оказание помощи в дневных стационарах и на дому, что улучшит ее доступность, преимущество и увеличит внимание к реабилитации хронически больных. Таким образом, койки перестают быть

основой лечения, за счет «разделения» проживания и собственно оказания психиатрической помощи.

Еще одним важным аспектом новой организационной парадигмы являлось вовлечение в оказание помощи врачей общей практики и полипрофессиональные связи с больницами, домами сестринского ухода и учреждениями для инвалидов по психическому заболеванию [27].

Другим государством с сохраняющимся большим количеством психиатрических коек является **Бельгия** (175 на 100 тыс. нас. в 2011 г.), которая находится только в начале пути реформ. Проект реформирования психиатрической службы в этой стране предполагает 5 основополагающих принципов: 1) деинституционализация (приоритет оказания помощи во внебольничных условиях со стремлением, по возможности, не использовать госпитального лечения); 2) «инклюзия» (социальная реабилитация и социально-личностное восстановление пользователей психиатрической помощи); 3) «де-категоризация» (использование всех ресурсов сообщества, имеющихся в распоряжении других служб, которые могли бы быть полезными пациентам); 4) интенсификация стационарного лечения (сокращение длительности стационарного лечения при сохранении неотложной помощи) и 5) «консолидация» (сбережение материальных ресурсов для осуществления современной общественно-ориентированной помощи) [24]. Указывается, что помощь пациентам должна осуществляться на основе «индивидуального ведения случая» (так называемый кейс менеджмент) с использованием мобильных и реабилитационных бригад, а также резиденциальных отделений с интенсивной помощью. При этом подчеркивается важность создания «сети», интеграции взаимодействующих служб, оказывающих помощь психически больным. Объединение этих двух направлений (деинституционализации с диверсификацией форм помощи и интеграции) является ключевым аспектом реформы психиатрической службы в Бельгии.

Большое количество психиатрических коек сохраняется и в **Германии** (121 на 100 тыс. нас.) [31]. Деинституционализация в этой стране пошла по пути не столько закрытия психиатрических больниц (закрыты были лишь отдельные из них), сколько реструктуриализации, сокращения размеров, ориентации на оказание «острой» помощи на региональном уровне и развития психиатрических отделений в общесоматических больницах, а также многочисленных внебольничных форм помощи [9].

В 1991 году количество психиатрических коек в объединенной Германии составляло 80 275 (104 на 100 тыс. нас.) [29]. В 2003 году число собственно психиатрических коек для взрослых сократилось на 1/3 – до 54 088 (65,5 на 100 тыс. нас.); из них 60% (32 324 койки или 39,1 на 100 тыс. нас.) оставались в 190 психиатрических больницах, а 40% (21 764

койки или 26,3 на 100 тыс. нас.) относились к 215 психиатрическим отделениям общесоматических больниц. Следует отметить, что в этот же период стационарную психиатрическую помощь оказывали также и другие структуры: имелось 7 299 судебно-психиатрических коек (8,1 на 100 тыс. нас.), для помощи детям и подросткам было выделено 4 669 коек, психосоматические койки составляли 3183 (4,6 на 100 тыс. нас.). Таким образом, хотя с конца 60-х годов XX века число коек в психиатрических больницах Германии уменьшилось на 50% [1], с учетом всех видов стационарной помощи сокращение коек, в целом, оказалось относительно небольшим: с 1993 по 2011 г. – 12,6% [3].

В дневных и/или ночных стационарах для взрослых было выделено 8 539 мест (10,3 на 100 тыс. нас.) [29]. Существовало 523 департамента для оказания амбулаторной помощи взрослым пациентам и 80 для детей и подростков, а также 586 структур, осуществляющих социально-психиатрическую помощь в амбулаторных условиях. В 42 реабилитационных центрах имелось 827 мест (1 на 100 тыс. нас.) для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий; 236 лечебно-трудовых мастерских предоставляли 23 836 мест (28,8 на 100 тыс. нас.); имелось 15 тысяч мест в психосоматических реабилитационных центрах (32,6 на 100 тыс. нас.). Защищенное жильё предоставлялось для 63 427 пациентов (77,1 на 100 тыс. нас.). Вместе с тем, указывается на недостаток диверсифицированных резиденциальных и реабилитационных форм помощи [1].

Наряду с сокращением длительности пребывания в стационаре отмечается рост числа госпитализаций [29]. Так, в 1991 году средняя продолжительность стационарного психиатрического лечения в Германии составляла 126,3 дня, в 1992 году – 105,9; в 1993 году – 79,4; в 1994 году – 69,3, а в 2003 – уже 45,2 дня. За этот же период уровень госпитализаций вырос на 71,5% (с 494 до 847 на 100 тыс. нас.). Процент недобровольных госпитализаций, однако, несколько снизился: с 15,8% до 14,0%.

Число психиатрических коек во **Франции**, согласно отчетным данным (2011 г.), составляет 89 на 100 тысяч населения, причем их число сократилось вдвое за последние 2 десятилетия. Большинство из них относятся к государственному сектору (60 на 100 тыс. нас.), сокращение которого было еще больше – 60% [18]. Считается, что госпитализируются в течение года примерно 15% больных, причем 18% от этого количества – недобровольно. Около ¼ всех госпитализаций осуществляется в частные психиатрические клиники (возмещение затрат на лечение в частном секторе различается, «теоретически» достигая 70%). Число практикующих психиатров составляет 20 на 100 тысяч населения (из них 11 работает в государственных учреждениях).

Еще ниже количество психиатрических коек в **Дании**: в 2010 их число составляло 57 на 100 тысяч

населения, снизившись по сравнению с 1993 годом на 40,2% (Eurostat, 2015; цит. по [31] и [3]). По другим данным [2], количество коек для взрослых составляет 68 на 100 тысяч населения (колебания по различным регионам страны составляют от 47 до 100), сократившись с середины 70-х годов XX века в 3 раза (в этот период было около 200 коек на 100 тыс. нас.). При этом количество поступлений не изменилось, но значительно снизилась длительность госпитализаций (на 35% к 2000 г.) и чрезвычайно высокой оставалась повторность поступлений: до 20% в течение месяца после выписки (2010 г.). Параллельно выросло количество коек для принудительного лечения.

Амбулаторная психиатрическая помощь при «малых» психических расстройствах в Дании осуществляется преимущественно врачами общей практики. Кроме того, в стране с населением 5,5 млн человек в амбулаторных условиях работают 150 практикующих психиатров (при первом обращении к психиатру пациент в 85% случаев должен ждать приема свыше 3 мес., а в 45% случаев – свыше 6 мес.). «Вторичная» специализированная психиатрическая помощь оказывается в психиатрических больницах и амбулаторных учреждениях, к которым относятся общественные центры психического здоровья и ряд специализированных клиник: клиники, оказывающие помощь пациентам с впервые возникшими психотическими состояниями, психотерапевтические клиники, центры, специализирующиеся на лечении обсессивно-компульсивного расстройства, аффективных расстройств и расстройств тревожного спектра, а также интенсивного амбулаторного обслуживания психотических пациентов с низким комплаенсом и судебно-психиатрических больных. Их количество остается крайне недостаточным: так, лист ожидания для больных с первым психотическим эпизодом в ряде районов составляет 1 год. Следует, правда отметить, что в настоящее время существует «политическая гарантия лечения»: если пациент направлен в амбулаторную службу «вторичного сектора», помощь должна быть оказана в течение 2 месяцев (если это невозможно, пациент направляется в частный сектор, «пропускная способность» которого также ограничена). Общее количество психиатров составляет 13 на 100 тысяч населения.

Еще 55 лет назад (в 1961 г.) количество психиатрических коек в **Ирландии** было чрезвычайно велико – 730 на 100 тысяч населения: практически каждый семидесятый житель страны в возрасте старше 24 лет находился в больнице; 40% всех стационарных коек были заняты психически больными [37]. Однако в дальнейшем число психиатрических коек значительно сократилось, составляя в 2001 году 136 на 100 тысяч населения, а в 2013 году – 52 на 100 тысяч населения, то есть за 50 лет почти в 15 раз (этот показатель примерно соответствует таковому в Северной Ирландии (46) и Уэльсе (52), но ниже, чем в Шотландии – 80 на 100 тыс. нас.).

Перепись психически больных, находившихся в психиатрических больницах на 31 марта 1963 года, выявила 19 801 пациента; уровень госпитализации был в 2,5 раза выше, чем в Англии и Уэльсе [37]. Через 8 лет, в 1973 году количество больных, находившихся психиатрических стационарах составляло 16 661, в 1981 году – 13 984, в 1991 году – 8 207, в 2001 году – 4 321 и в 2013 году – 2 401 (сокращение по сравнению с 1963 г. на 88%).

Из всех стационарных психиатрических коек 574 (24%) относились к частным учреждениям, 1827 – к государственным, в том числе 718 размещались в «острых» отделениях общесоматических больниц (в 2013 г. существовало 21 такое отделение, в которое осуществлялось 73% всех поступлений в государственные стационары; 20% госпитализировались недобровольно), а 850 – в психиатрических больницах и отделениях длительного пребывания (что соответствует числу больных с многолетним пребыванием в стационаре – см. ниже), причем 12% лечились недобровольно.

Параллельно сокращалось число пациентов с длительным, практически многолетним пребыванием в стационаре («жителей» больниц). Согласно проведенной переписи больных, в 1971 году их число с длительностью пребывания в психиатрическом стационаре более 2 лет составляло 71%, в том числе свыше 5 лет – 58% [37]. В 2001 году количество пациентов с длительностью лечения в стационаре от 1 до 5 лет регистрировалось на уровне 18%, а свыше 5 лет – 36% (всего 54%); в 2013 году – 15% и 22% соответственно (всего 37%), причем 6% больных находилось в стационаре более 25 лет. Таким образом, число больных с многолетним пребыванием в стационаре за 50 лет сократилось почти вдвое, оставаясь, однако, все еще на очень высоком уровне. Число больных с короткими сроками лечения (менее 1 месяца) с 1971 года по 2013 год выросло с 8% до 32%.

Следует отметить имеющийся в Ирландии высокий уровень обеспеченности местами в дневных стационарах [20]: уже в 1981 году их число составляло 34 на 100 тысяч населения (планировалось создать 128 мест в дневных стационарах и дневных программах помощи психически больным на 100 тыс. нас., однако данные о том, достигнут ли этот чрезвычайно высокий показатель, в доступной литературе отсутствуют).

Целью реформы психиатрической службы 1980–1990-х гг. в **Испании** было смещение акцента помощи со стационарных во внебольничные условия, сопровождающееся уменьшением числа психиатрических коек и длительности госпитализаций психически больных [22]. В результате по коечной обеспеченности страна занимает одну из самых низких позиций в Европе: 38 на 100 тысяч населения (2011 г., снижение с 1993 г. составило почти 50%). При этом отмечается рост числа госпитализаций: так, если в

1980 году количество стационаров больных с диагнозом шизофрении составляло 371 на 100 тысяч населения, то к 2004 году увеличилось в 1,6 раза – до 589 на 100 тысяч населения [32]. Изменилась и структура оснований для направления в больницу: число плановых госпитализаций больных шизофренией несколько уменьшилось (с 224 до 171 на 100 тыс. нас., т.е. на 23%), а экстренных резко возросло (с 147 до 417 на 100 тыс. нас., т.е. на 280%), составляя 71% всех госпитализаций. Средняя длительность госпитализаций снизилась в 4,2 раза (со 148 до 35 дней). В 2000–2004 гг. для 73% стационарных больных шизофренией длительность однократного пребывания в больнице составляла менее 30 дней; 20% лечились от 1 до 3 месяцев, 6% – от 3 до 12 месяцев и 1% – свыше 12 месяцев (после 1999 г. пациентов с длительностью стационарного лечения свыше 5 лет не было).

Сходные данные отмечаются и в **Швейцарии** [16]. Так, за период с 1991 года по 2004 год в кантоне Цюрих регистрировался рост общего числа психиатрических госпитализаций в 2,5 раза (с 3 900 до 9 636 в год); для психозов – в 2 раза (с 679 до 1 362 в год). При этом средняя длительность госпитализаций уменьшилась с 45 дней (1977 г.) до 17 дней (2004 г.); для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с 48 до 23 дней. Одновременно развивалась амбулаторная психиатрическая помощь: количество учреждений, оказывающих такую помощь увеличилось с 4 до 10, параллельно практически удвоилось количество психиатров. Однако это мало сказалось на помощи больным шизофренией: с 1995 года по 2004 год относительное число амбулаторных обращений больных шизофренией снизилось с 19,2% до 14,8%.

Наиболее радикальное сокращение числа психиатрических коек произошло в **Италии**. Максимальное количество пациентов в психиатрических больницах страны находилось в 1963 году – 91 868 человек (161 на 100 тыс. нас.) [7]. В 1978 г. их количество несколько снизилось, тем не менее, оставаясь на достаточно высоком уровне – 78 538 человек. В том же 1978 году был принят специальный законодательный акт (Закон 180), направленный на реформирование психиатрической службы.

Реформа 1978 года включала следующие компоненты: 1) постепенное закрытие всех психиатрических больниц с прекращением всех новых поступлений; 2) организация небольших (до 15 коек) психиатрических отделений в общесоматических больницах; 3) организация центров психического здоровья в сообществе, обслуживающих определенную территорию; 4) установление строгой регуляции процедуры недобровольной госпитализации [25].

С 1978 года по 1987 год число стационарных психиатрических больных сократилось на 53%, тем не менее, в 1996 году сохранялись все психиатрические больницы, существовавших в 1978 году (за

исключением «флагманского» региона – Триесты, где больница была закрыта в 1980 г.), в которых находилось 17 068 пациентов [7, 25]. Только угроза правительства применить административные и финансовые санкции возымела действие: в последующие 2 года были закрыты 26 больниц, и в 1998 году лишь 7 704 пациента (13 на 100 тыс. нас.) все еще находились в 50 сохранившихся психиатрических больницах (39 государственных и 11 частных). Кроме того, 6 459 выписанных пациентов государственных и 587 частных психиатрических больниц были размещены в различных резиденциальных учреждениях, в некоторых случаях созданных в тех же бывших больницах.

Следует отметить, что кроме «старых» психиатрических больниц пациенты в этот период получали стационарное лечение в 320 психиатрических отделениях больниц общего профиля (4 084 койки или 7 на 100 тыс. нас., при этом национальный стандарт составляет 10 психиатрических коек в общесоматических больницах на 100 тыс. нас.), в 19 университетских клиниках (404 койки) и 65 частных стационарных психиатрических учреждениях (5 595 коек, 9 на 100 тыс. нас.) – всего 10 083 «острых» коек для краткосрочного лечения, из которых 40,5% размещались в общесоматических больницах [7].

Таким образом, в 1998 году в Италии насчитывалось 17 087 коек (30 на 100 тыс. нас.). Кроме того, имелось 942 места в дневных стационарах и 481 дневной центр с соответствующими программами дневного пребывания, 1 377 негоспитальных резиденциальных учреждения, предоставляющих 17 343 места для поддерживаемого проживания, 433 «социальных предприятия» для защищенного трудоустройства, на которых работало 3 942 пациента [7]. В этот же период функционировали 1 132 амбулаторные клиники и 695 общественных центров психического здоровья, оказывающих помощь на полипрофессиональной основе (психиатр, психолог, социальный работник, медицинская сестра) в 12-часовом режиме 5–6 дней в неделю.

В последующие годы сохранялось сокращение ресурсов стационарной психиатрической службы. По данным на 2007 год, все психиатрические больницы были закрыты [8]. В 2006 году количество психиатрических отделений общесоматических больниц уменьшилось по сравнению с 1998 годом на 17% (с 320 до 266), а число коек в них – на 14,3% (с 4 084 до 3 498). Также уменьшилось количество частных стационаров (с 65 до 54 – на 17%), а их «мощность» сократилась на 13,1% (с 5 595 до 4 862 коек). В целом, количество «острых» коек в 2006 году составляло 8 975, то есть за 8 лет сократилось более чем на 1 100 (11%). Одновременно отмечался рост числа, учреждений, оказывающих дневную помощь (на 20–27% в зависимости от их вида).

В 2011 году число психиатрических коек в Италии составляло всего 10 на 100 тысяч населения (сокращение по сравнению с 1993 г. 88,2%) [3, 31].

Результаты радикальной психиатрической реформы в Италии оценивают по-разному: разброс мнений чрезвычайно велик – от положительного [7, 8] до скептического [25]. При этом следует отметить, что в тех районах страны, в которых в большей степени развиты внебольничные формы психиатрического лечения и реабилитации качественные показатели помощи обнаруживают отчетливую тенденцию к улучшению.

В целом, следует отметить, что несмотря на отличающиеся (иногда довольно значительно) подходы к проведению процесса деинституционализации в различных странах мира, можно выделить ряд ее существенных характеристик, определяющих качество оказания психиатрической помощи.

1. Сокращение числа психиатрических коек должно носить постепенный характер с параллельным активным развитием внебольничной психиатрической службы. При этом, чем ниже коечная обеспеченность, тем в большей степени должны быть развиты, доступны и приближены к населению интенсивные формы оказания помощи во внебольничных условиях, в частности, обеспечивающие ежедневную кризисную помощь в круглосуточном режиме (24 часа 7 дней в неделю), в том числе и на дому у пациентов.

2. Сокращение длительности госпитализации целесообразно осуществлять дифференцированно. В случаях развитой и приближенной к населению внебольничной службы для значительной части больных, длительность лечения может быть относительно непродолжительной. Однако существует категория пациентов с затяжным течением обострений и/или резистентностью к терапии, особенности симптоматики у которых (например, стойкие суицидальные мысли или обусловленное психопатологическими переживаниями агрессивные намерения в адрес ближайшего окружения) требуют более длительного наблюдения и лечения в стационаре.

3. Обеспечение преемственности между различными этапами оказания психиатрической помощи: больница – дневной стационар – амбулаторная служба.

4. Психиатрическая служба в условиях деинституционализации должна предоставлять спектр максимально приближенных к месту жительства пациентов различных внебольничных форм психиатрической помощи:

а) основанное на территориальном принципе регулярное наблюдение больных, а также их поддерживающее, профилактическое лечение и купирование амбулаторных обострений симптоматики;

б) осуществление лечения в условиях дневного стационара;

в) интенсивные виды лечения (в условиях дневного стационара, а в отдельных случаях на дому) в случаях выраженных обострений симптоматики, не требующей, однако, обязательной госпитализации пациентов, а также в случаях активного течения заболевания, обуславливающего их частые и длительные госпитализации;

г) разнообразные дифференцированные психосоциальные программы, включая психосоциальные воздействия направленного, а также опосредованного и общего характера. Данные мероприятия должны осуществляться на всех связанных друг с другом этапах оказания психиатрической помощи: в стационаре (в том числе, но не только, в специального организуемых реабилитационных отделениях), в реабилитационных отделениях во внебольничных условиях, а также амбулаторно.

5. Необходимо использование всех ресурсов вне психиатрической службы, в которых нуждаются психиатрические пациенты, включая ресурсы общего здравоохранения, социальных служб, службы труда и занятости и др. Существенное значение имеет развитие организаций потребителей психиатрической помощи и их родственников, а также работа со средствами массовой информации, в том числе для уменьшения стигматизации и самостигматизации пациентов и психиатрической службы в целом.

6. Критериями качества проводимой деинституционализации среди других критериев качества оказания психиатрической помощи являются динамика повторности и длительности госпитализаций, количество недобровольных госпитализаций (их рост указывает на недостатки работы внебольничной службы), динамика числа суицидов психически больных и совершенных ими противоправных действий.

Реформирование психиатрической службы должно быть направлено на повышение ее клинико-социальной и экономической эффективности, понимаемой, в конечном итоге, как достижение максимально возможного клинического и социально-личностного восстановления больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bauer M., Kunze H. Von Cranach M., Fritze J., Becker T. Psychiatric reform in Germany // Acta Psychiatr. Scand. 2001. Vol. 410, Suppl. P. 27–34.
2. Bauer J., Okkels N., Munk-Jorgensen P. State of psychiatry in Denmark // Int. Rev. Psychiatry, 2012. Vol. 24. N 4. P. 295–300.
3. Blüml V., Waldhör T., Kapusta N.D., Vyssoki B. Psychiatric hospital bed numbers and prison population sizes in 26 European Countries: A critical reconsideration of the Penrose hypothesis // PLoS ONE. 2015. Vol. 10, N 11: e0142163. doi:10.1371/journal.pone.0142163
4. Chow W.S., Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review // BMC Psychiatry. 2013. Vol. 13. P. 169–182.
5. Davis L., Fulginiti A., Kriegel L., Brekke J.S. Deinstitutionalization? Where have all the people gone? // Curr. Psychiatr. Rep. 2012. Vol. 14. P. 259–269.
6. Gelberg J.C., Linn L., Leake B.D. Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults // Am. J. Psychiatry. 1988. Vol. 145, N 2. P. 191–196.
7. Girolamo G., Cozza M. The Italian psychiatric reform: A 20-year perspective // Int. J. Law Psychiatry. 2000. Vol. 23, N 3–4. P. 197–214.
8. Girolamo G., Bassi M., Neri G., Ruggeri M., Santone G., Picardi A.

- The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007. Vol. 257. P. 83–91.
9. Coldefy M. The evolution of psychiatric care systems in Germany, England, France and Italy: Similarities and differences // *Questions d'économie de la santé.* 2012. N 18. www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/
 10. Green B.H., Griffiths E.C. Hospital admission and community treatment of mental disorders in England from 1998 to 2012 // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2014. Vol. 36. P. 442–448.
 11. Grunberg F., Klinger B.I., Grumet B. Homicide and deinstitutionalization of the mentally ill // *Am. J. Psychiatry.* 1977. Vol. 134. P. 685–687.
 12. Gudeman J.E., Shore M.F. Beyond deinstitutionalization: a new class of facilities for the mentally ill // *N. Engl. J. Med.* 1984. Vol. 311, N 13. P. 832–836.
 13. Keown P., Weich S., Bhui K.S., Scott J. Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988–2008: ecological study // *BMJ.* 2011. Vol. 343. d3736 doi: 10.1136/bmj.d3736
 14. Lamb R.H., Weinberger L.E. The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 2005. Vol. 33, N 4. P. 529–534.
 15. Lamb R.H., Weinberger L.E. Some perspectives on criminalization // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 2013. Vol. 41, N 2. P. 287–293.
 16. Lay B., Nordt C., Rössler W. Trends in psychiatric hospitalisation of people with schizophrenia: A register-based investigation over the last three decades // *Sch. Res.* 2007. Vol. 97. P. 68–78.
 17. Lee Pow J., Baumeister A.A., Hawkins M.F., Cohen A.S., Garand J.C. Deinstitutionalization of American public hospitals for the mentally ill before and after the introduction of antipsychotic medications // *Harvard Rev. Psychiatry.* 2015. Vol. 23, N 3. P. 176–187.
 18. Leguay D., Boyer P. The organization of psychiatric care in France: Current aspects and future challenges // *Int. Rev. Psychiatry.* 2012. Vol. 24, N 4. P. 363–368.
 19. Manderscheid R.W., Atay J.E., Crider R.A. Changing trends in State psychiatric hospital use from 2002 to 2005 // *Psychiatr. Serv.* 2009. Vol. 60, N 1. P. 29–34.
 20. McClelland R., Webb M., Mock G. Mental Health Services in Ireland // *Int. J. Law Psychiatry.* 2000. Vol. 23, N 3–4. P. 309–328.
 21. McCulloch A., Muijen M., Harper H. New Developments in Mental Health Policy in the United Kingdom // *Int. J. Law Psychiatr.* 2000. Vol. 23, N 3–4. P. 261–276.
 22. Medel-Herrero A., Amate J. M., Saz-Parkinson Z., Gomez-Beneyto M. Changing trends in hospitalization rates associated with psychosis: Spain, 1980–2009 // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2015. Vol. 50. P. 1843–1855.
 23. Morrisey J.P., Goldman H.H. Care and treatment of the mentally ill in the United States: Historical developments and reforms // *Ann. Am. Acad. Pol. Soc. Sci.* 1986. Vol. 484. P. 12–27.
 24. Nicaise P., Dubois V., Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time // *Hlth. Policy.* 2014. Vol. 115. P. 120–127.
 25. Pycha R., Giupponi G., Schwitzer J., Duffy D., Conca A. Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010? // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011. Vol. 261, Suppl 2. P. S135–S139.
 26. Pylkkänen K. Finnish psychiatry— Past and present // *Nord. J. Psychiatry.* 2012. Vol. 66. Suppl. 1. P. 14–24.
 27. Ravelli D.P. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach // *Int. J. Integr. Care.* 2006. Vol. 6. PMID: PMC1480375
 28. Salisbury T.T., Killaspy H., King M. An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit) // *BMC Psychiatry.* 2016. Vol. 16. P. 54–63.
 29. Salize H.J., Rossler W., Becker T. Mental health care in Germany: Current state and trends // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007. Vol. 257. P. 92–103.
 30. Salokangas R.K.R., Helminen M., Koivisto A.-M., Rantanen H., Oja H., Pirkola S., Wahlbeck K., Joukamaa M. Incidence of hospitalised schizophrenia in Finland since 1980: decreasing and increasing again // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011. Vol. 46. P. 343–350.
 31. Samele C., Urquía N. Psychiatric inpatient care: where do we go from here? // *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2015. Vol. 24. P. 371–375.
 32. Saz-Parkinson Z., Medel A., Cediell-García P., Castellote J., Bouza C., Amate J.M. Trends on schizophrenia admissions during the deinstitutionalisation process in Spain (1980–2004) // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011. Vol. 4. P. 1095–1101.
 33. Sealy P.A. The impact of the process of deinstitutionalization of mental health services in Canada: An increase in accessing of health professionals for mental health concerns // *Soc. Work Publ. Hlth.* 2012. Vol. 27. P. 229–237.
 34. Sharfstein, S.S., Dickerson F.B. Hospital psychiatry for the twenty-first century // *Hlth. Affairs.* 2009. Vol. 28, N 3. P. 685–688.
 35. Trudel J.F., Lesage A. Care of patients with the most severe and persistent mental illness in an area without a psychiatric hospital // *Psychiatr. Serv.* 2006. Vol. 57, N 12. P. 1765–1770.
 36. Turner T. The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization // *Psychiatry.* 2004. Vol. 3. P. 9–12.
 37. Walsh D., Daly A., Moran R. The institutional response to mental disorder in Ireland: censuses of Irish asylums, psychiatric hospitals and units 1844–2014 // *Ir. J. Med. Sci.* 2016. Vol. 185. P. 761–768.
 38. Yohanna D. Deinstitutionalization of people with mental illness: Causes and consequences // *Amer. Med. Ass. J. Ethics.* 2013. Vol. 15, N 10. P. 886–891.
 39. Yoon J., Bruckner T.A. Does deinstitutionalization increase suicide? // *Hlth. Serv. Res.* 2009. Vol. 44, N 4. P. 1385–1405.
 40. Yoon J. Effect of increased private share of inpatient psychiatric resources on jail population growth: Evidence from the United States // *Soc. Sci. Med.* 2011. Vol. 72. P. 447–455.

СТАЦИОНАРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ДЕЙНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ В СТРАНАХ СЕВЕРНОЙ АМЕРИКИ И ЕВРОПЫ

А.Б. Шмуклер, И.Я. Гурович, Г.П. Костюк

В обзоре рассматриваются особенности осуществления дейнституционализации в странах Северной Америки и Европы. На основе анализа многолетнего опыта ее проведения выделен ряд общих признаков и существенных характеристик, влияющих на качество

оказания психиатрической помощи.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, психиатрическая больница, дейнституционализация, внебольничная психиатрия.

INPATIENT PSYCHIATRIC CARE: DEINSTITUTIONALIZATION AND ITS CONSEQUENCES IN NORTHERN AMERICA AND EUROPE

A.B. Shmukler, I.Ya. Gurovich, G.P. Kostyuk

The authors review specific features of the deinstitutionalization procedure in the countries of Northern America and Europe. On the basis of long-term observation of this process, the authors formulate a number of common features and significant characteristics that play an important

role in the quality of psychiatric care provision.

Key words: psychiatric care, psychiatric hospital, deinstitutionalization, outpatient psychiatric care

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, e-mail: ashmukler@yandex.ru

Гурович Исаак Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, e-mail: prof.gurovich@gmail.com

Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А.Гиляровского» ДЗМ, главный внештатный специалист-психиатр Департамента Здравоохранения города Москвы.