

МОДЕЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ РЕГИОНА С НИЗКОЙ БЮДЖЕТНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬЮ

Н.Б. Захаров^{1,2}, А.Г. Соловьев³

*¹Кировская областная клиническая психиатрическая больница
имени академика В.М. Бехтерева*

*²Кировский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

*³Северный государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Психосоциальная терапия и реабилитация психически больных на современном этапе рассматривается как неотъемлемая часть полипрофессиональной психиатрической помощи [8], осуществляемой в рамках биопсихосоциального подхода [2, 14]. В то же время, экономические, географические, демографические и другие особенности регионов РФ оказывают влияние на возможность и доступность развития психиатрической реабилитации. Так, имеется неоднозначная динамика обеспеченности населения психиатрической помощью в различных регионах, необходимость дальнейшего совершенствования системы оказания психиатрической помощи населению страны [4], в связи с чем введение в клиническую практику различных методов лечения и психосоциальной реабилитации требует разработки их дифференцированных форм с учетом местных особенностей организации психиатрической помощи, финансирования, демографических и географических факторов региона, в том числе, использования ресурсов социальной службы [9].

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (РШС) являются одними из наиболее распространенных психических заболеваний [6]. Исследования последних лет выявили клиническую неоднородность шизофрении и различные ее исходы [1]; установлено влияние гендерного фактора на психическое здоровье [12], в том числе при различных проявлениях шизофренических психозов и их социальных последствий [16]. Именно в отношении больных шизофренией и РШС уделяется специальное внимание непрерывности и этапности социотерапевтических воздействий [11].

Цель работы – обоснование модели психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с РШС в регионе с низкой бюджетной обеспеченностью.

Материалы и методы

Настоящее исследование выполнено на основе анализа данных показателей деятельности психиатрической службы Кировской области (КО) в течение 15 лет (с 2002 по 2017 гг.). Использовался клинико-аналитический метод.

КО – одна из крупнейших в нечерноземной зоне РФ, площадь ее территории составляет 120,4 тысяч кв. км, численность населения (здесь и далее дана оценка на 01.01.2017) – 1 291,7 тысяч человек, при этом в регионе сложилась достаточно специфичная система расселения населения. Плотность населения в КО является самой низкой в Приволжском федеральном округе и составляет 10,8 человек на 1 кв. км. Около 70% всех населенных пунктов региона имеют численность населения менее 100 человек, что делает невозможным размещение в них предприятий реального сектора экономики, влечет за собой неэффективное расходование средств на социальную сферу и низкий уровень управляемости территорий.

По валовому региональному продукту на душу населения КО в 2015 году заняла 67 место среди регионов РФ. Удельный вес валового регионального продукта КО в 2016 году составил всего 0,4% в общероссийском показателе. Таким образом, КО является регионом с большой территорией, низкой плотностью населения, негативными демографическими и социально-экономическими характеристиками, что не позволяет реализовать децентрализацию медицинской, в частности, психиатрической помощи.

Количество медицинских организаций, оказывающих стационарную психиатрическую помощь в КО за анализируемый период сократилось с шести до одной, количество круглосуточных коек – почти в два раза (на 42,8%). Несмотря на ежегодное сокращение коечного фонда, в регионе сохраняется стац-

онарная направленность психиатрической службы, обусловленная низким материально-техническим состоянием и кадровым дефицитом амбулаторного звена. В современных условиях стационарная психиатрическая помощь остается важным и неотъемлемым звеном общей системы помощи [15]. При этом по данным отчетных статистических форм, около половины стационарных психиатрических коек (от 50,9% до 52,8%) занимают пациенты с РШС. Вышеуказанные особенности региона с низкой бюджетной обеспеченностью и невозможность переноса акцента оказания психиатрической помощи со стационарных условий во внебольничные, обуславливают необходимость активного начала реабилитации пациентов с РШС непосредственно в стационаре.

Результаты

Модель психосоциальной реабилитации рассматривается нами как двухуровневая система, свойства которой определяются взаимосвязями входящих в нее элементов. В зависимости от двух ведущих стратегий современной терапии в предлагаемой модели мы выделяем два уровня – организационные иерархические ступени психосоциальной терапии и реабилитации как уровень оказания психосоциальной помощи (пациент-центрированная стратегия) и уровень организации психиатрической службы (стратегия развития внешних ресурсов). К первому из них относятся проведение психосоциальной терапии и реабилитации отдельному пациенту на ступенях его взаимодействия с микросоциальным и макросоциальным окружением (обществом), ко второму – организация психиатрической службы на уровне центральной районной больницы (ЦРБ), межрайонных психиатрических центров и областного центра.

Каждый из представленных уровней предлагается оценивать с разных позиций, в связи с чем целесообразно выделять аспекты уровней – одну из его сторон, рассматриваемую с определенной точки зрения. К аспектам относятся: организационный, включающий в себя экономические, лечебные, профилактические, законодательные, междисциплинарные и гендерные составляющие; и аналитический.

Под гендерной составляющей понимается влияние гендерного фактора на выраженность позитивных, негативных, общепатологических и когнитивных нарушений у мужчин и женщин, на их социальные характеристики, качество жизни, степень удовлетворенности оказываемой помощью, возможность прогнозирования антисоциального поведения и исходов при РШС, на выраженность побочных эффектов антипсихотической терапии, что необходимо учитывать при организации фармакотерапии, психосоциальной терапии и реабилитации в медицинской организации.

Данная система является динамической, то есть регулируемой при помощи основных процессов – целенаправленной совокупности взаимосвязанных действий, которые преобразуют входы в выходы для получения заранее определенного результата. Действиями в данном случае являются формы и методы психосоциальной терапии и реабилитации; входами – клинические, социальные, демографические и психологические характеристики пациентов, качество их жизни, удовлетворенность лечением, а также экономические, ресурсные и другие характеристики психиатрической службы; выходом – восстановление или поддержание нарушенных в результате болезни функций организма (рисунок).



Модель психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с РШС

При разработке модели психосоциальной реабилитации необходимо учитывать маршрут оказания пациентам психиатрической помощи в зависимости от региональных особенностей, что является организационным аспектом. Вследствие малочисленности сельских территорий на большей части КО невозможна организация полноценной психиатрической помощи, поэтому целесообразно развитие внебольничной психиатрической службы, которую в сельской местности должны осуществлять врачи-психиатры ЦРБ и врачи общей врачебной практики, представляющие первый этап оказания психиатрической помощи. В случае их отсутствия необходимо предусмотреть возможность организации психиатрической помощи специалистами других этапов. Организационное и методическое руководство деятельностью специалистами первого этапа должно осуществляться психиатром-экспертом регионального органа здравоохранения.

На втором этапе оказание помощи реализуется межрайонными центрами с обслуживанием населения до 100 тысяч человек и предоставлением стационарной психиатрической помощи. Вследствие дефицита специалистов с немедицинским образованием (психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников) стационарная психиатрическая помощь в межрайонных центрах должна оказываться преимущественно лицам с обострением психического расстройства, не требующим уточнения или установления диагноза, решения сложных экспертных и социальных вопросов.

Для экономии финансовых затрат на управленческий аппарат и осуществления единых организационно-методических подходов в психиатрической службе региона целесообразно деятельность межрайонных центров осуществлять в качестве филиалов (структурных подразделений) областной психиатрической больницы.

На третьем этапе психиатрическая помощь должна оказываться в областной психиатрической больнице в амбулаторных, полустационарных и стационарных условиях в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 №566н [10]. Для осуществления преемственности в оказании амбулаторной и стационарной психиатрической помощи населению региона психоневрологический диспансер должен являться структурным подразделением областной психиатрической больницы. Деятельность психоневрологического диспансера как территориального организационно-методического центра оказания помощи населению [5], наряду с обслуживанием населения г.Кирова, должна включать оказание лечебно-консультативной помощи всему населению КО, в связи с чем целесообразно в составе диспансера иметь кабинет областного консультативного приема.

Наличие специалистов с высшим немедицинским образованием позволяет осуществлять бригадное полипрофессиональное обслуживание пациентов. Для концентрации усилий специалистов необходимо создание стационарных структурных подразделений, направленных на оказание помощи различным группам пациентов с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных программ. Поэтому госпитализации в стационар третьего этапа, в первую очередь, подлежат пациенты:

- с первым психотическим эпизодом;
- с urgentными состояниями (тяжелые осложнения психофармакотерапии, фебрильный приступ шизофрении) при наличии возможности их транспортировки;
- с утратой социальных связей вследствие психических расстройств;
- нуждающиеся в оказании психотерапевтической помощи;
- требующие подбора медикаментозной терапии;
- для решения сложных экспертных вопросов;
- для прохождения принудительного лечения.

В стационаре третьего этапа должны оказываться наиболее трудные для выполнения виды лечебно-реабилитационной помощи, осуществляться сложные виды экспертиз. Происходящее в последние годы сокращение коечной мощности должно приводить к уменьшению количества коек в отделениях с улучшением условий содержания больных.

Особенностью предлагаемой модели психосоциальной терапии и реабилитации в регионе с низкой бюджетной обеспеченностью на примере КО является динамичность и этапность оказания психиатрической помощи на любом уровне с едиными организационно-методическими подходами с учетом экономических, лечебных, профилактических, законодательных, междисциплинарных и гендерных факторов, и оценкой ее эффективности, что подразумевает применение аналитического аспекта. Эффективность лечебно-реабилитационных воздействий во многом зависит от постоянного контроля результатов деятельности [13], что является одной из задач современной психиатрии [7]. Эффективность оценивается с клинических, социальных, экономических позиций и с позиций оценки качества жизни и удовлетворенности результатами лечения. В зависимости от точки зрения, один и тот же результат в условиях реальной клинической практики может по-разному оцениваться, так как интересы, например, медицинской организации и пациента могут не совпадать.

Социальное функционирование и психическое состояние пациентов оцениваются с помощью адаптированных зарубежных методик (шкала общего клинического впечатления CGI, позитивных и негативных симптомов PANSS, шкалы социального функционирования GAF, SOFAS или PSP); качество жизни – визуальной аналоговой шкалой, анкетой ВОЗ КЖ-100, опросником SF-36, опросником для оценки социаль-

ного функционирования и качества жизни психически больных. Существует ряд инструментов, позволяющих объективизировать уровень социального функционирования пациента и выделить конкретные факторы, влияющие на него [3]. Для определения удовлетворенности результатами лечения используют метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре, технологию социологического опроса пациентов, членов их семей, работников психиатрических учреждений. Экономическая эффективность оценивается методами фармакоэкономического анализа: «влияние на бюджет», «затраты–эффективность», «затраты–полезность» и др.

В таблице представлены результаты, которые могут анализироваться участниками терапевтического процесса в зависимости от их приоритетных позиций в оценке эффективности реабилитационных мероприятий.

Обсуждение

Таким образом, предлагаемая нами модель оказания психиатрической помощи пациентам с РШС, рассмотренная на примере КО, позволяет учитывать влияние лечебных, профилактических, законодательных, междисциплинарных и гендерных составляющих на психосоциальную терапию и реабилитацию, а также проводить анализ эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий с точки зрения различных участников терапевтического процесса. Преимуществом и новизной данной модели является учет влияния всех вовлеченных в реабилитационный

Аналитический аспект терапии и психосоциальной реабилитации пациентов с РШС

Результат	Кем оценивается результат
Клиническая эффективность	Врач Пациент Микросоциальное окружение пациента
Улучшение социального функционирования	Пациент Микросоциальное окружение пациента Макросоциальное окружение пациента Врач
Изменение качества жизни	Пациент Микросоциальное окружение пациента Макросоциальное окружение пациента Врач
Экономическая эффективность	Органы управления здравоохранением Медицинская организация
Удовлетворенность результатами лечения	Пациент Врач Микросоциальное окружение пациента
Медико-статистические показатели	Медицинская организация Органы управления здравоохранением Врач

процесс факторов, так как улучшение деятельности на любом уровне приводит к улучшению деятельности всей модели. Внедрение данной модели в систему оказания психиатрической помощи может иметь несомненный клинический, социальный и экономический эффект. Данная модель имеет универсальный характер и может быть адаптирована для всех регионов с низкой бюджетной обеспеченностью.

ЛИТЕРАТУРА

- Бочкарева О.С. Динамика и отдаленные исходы шизофрении и расстройств шизофренического спектра в подгруппах пациентов с разными вариантами течения заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. Вып. 3. С. 18–22.
- Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 24. Вып. № 1. С. 5–9.
- 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. Вып. 2. С. 9–18.
- Демчева Н.К., Сидорюк О.В., Николаева Т.А., Яздовская А.В., Казаковцев Б.А. Обеспеченность психиатрической помощью населения Российской Федерации и федеральных округов в 2015–2017 годы // Психическое здоровье. 2018. № 6. С. 10–19.
- Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А., Никуличев В.В., Яшкович В.А. Организационная модель наркологической профилактики среди несовершеннолетних на основе сетевых технологий // Экология человека. 2017. № 1. С. 19–24.
- Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубева С.А. и исследовательская группа. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. Вып. 3. С. 5–9.
- Мовина Л.Г., Папсуев О.О., Голланд Э.В., Кузнецова О.Г., Фурсов Б.Б. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. Вып. 3. С. 93–98.
- Палин А.В., Нарышкин А.В., Папсуев О.О. Медико-реабилитационное отделение в системе психиатрической помощи: совершенствование структуры и содержание работы // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. Вып. 4. С. 60–64.
- Папсуев О.В., Висневская Л.Я., Шевченко А.В. Опыт взаимодействия психиатрической службы с комплексного центра социального обслуживания // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. Вып. 4. С. 69–72.
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 17 мая 2012 г. №566н г. Москва «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
- Уткин А.А., Степанова О.Н. Инновационные формы психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в Омской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 1 (52). С. 124–126.
- Шведова Н.А., Хухрева Д.А., Казаковцев Б.А. Гендерные аспекты психического здоровья в США // Психическое здоровье. 2019. № 1. С. 42–48.
- Шукиль Л.В., Чеперин А.И., Шелер А.Д., Волчкова Т.Ф. Психиатрическая помощь в Омской области // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. Вып. 1. С. 5–9.
- Шмуклер А.Б. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных в современных условиях. Региональный опыт модернизации психиатрических служб: сб. материалов, под ред. Г.П.Костюка. М.: «КДУ», «Университетская книга»; 2017. С. 13–18.
- Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Современные тенденции развития системы психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2017. Т. 117. № 10. С. 4–9.
- Thorup A., Albert N., Bertelsen M., Petersen L., Jeppesen P., LeQuack P. et al. Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up – two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up // Eur. Psychiatry. 2014. Vol. 29, N 1. P. 44–51.

МОДЕЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ РЕГИОНА С НИЗКОЙ БЮДЖЕТНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬЮ

Н.Б. Захаров, А.Г. Соловьев

Данная статья посвящена созданию новых форм специализированной помощи населению и основной проблеме клинической психиатрии – расстройствам шизофренического спектра. В настоящее время в Российской Федерации имеются значительные региональные особенности психосоциальной терапии и реабилитации психически больных, что связано как с обеспеченностью населения специалистами, так и с влиянием экономических, демографических и других местных факторов. В статье представлена модель психосоциальной терапии и реабилитации лиц с расстройствами шизофренического

спектра для региона с низкой бюджетной обеспеченностью, которая позволяет учитывать влияние лечебных, профилактических, законодательных, междисциплинарных и гендерных составляющих, а также проводить анализ эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий с точки зрения различных участников терапевтического процесса.

Ключевые слова: психиатрия, организация здравоохранения, модель психосоциальной реабилитации, расстройства шизофренического спектра.

PSYCHOSOCIAL THERAPY AND REHABILITATION MODEL FOR A REGION WITH A LOW FISCAL CAPACITY

N.B. Zakharov, A.G. Solovyov

This article is devoted to the creation of new forms of specialized care for the population and the main problem of clinical psychiatry – schizophrenic spectrum disorders. Nowadays there are significant regional specific features of delivering psychosocial therapy and rehabilitation to people with schizophrenia spectrum disorders in the Russian Federation, which is due to level of specialists available to population, as well as influence of economic, demographic and other local factors. The article represents a model of psychosocial therapy and rehabilitation under conditions of a residential

psychiatric facility for a region with a low fiscal capacity which allows to optimize financial expenses for maintaining activities of psychiatric services of subsidized territories, consider influence of treatment, prophylactic, legislative, interdisciplinary and gender components on psychosocial therapy and rehabilitation, as well as analyses efficiency of treatment and rehabilitation measures from viewpoint of various participants of a therapeutic process.

Key words: psychiatry, health organization, psychosocial rehabilitation model, schizophrenia spectrum disorders.

Захаров Николай Борисович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М.Бехтерева», доцент кафедры психиатрии им. В.М.Багаева, ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России; e-mail: kirovpsy@mail.ru

Соловьев Андрей Горгоньевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России (г. Архангельск); e-mail: info@nsmu.ru