

УДК 616.895.8–058–083

НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОТДЕЛЕНИЕ НАСТОЙЧИВОГО (ИНТЕНСИВНОГО) ЛЕЧЕНИЯ В СООБЩЕСТВЕ

**И. Я. Гурович¹, А. Б. Шмуклер¹, А. А. Уткин², О. Н. Степанова²,
А. Д. Шеллер², Н. Б. Турушева²**

¹Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии Росздрава, ²Омская областная клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова

Одним из основных направлений реорганизации психиатрической службы в России является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в условия естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента (4, 6–10). Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества (3, 4, 13, 14). Таким образом, перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационарзамещающих форм помощи.

Рядом исследований показано, что значительное количество госпитальных ресурсов поглощается относительно ограниченным контингентом больных с частыми и длительными госпитализациями (3, 5). Так, около 1/4 пациентов, находящихся в стационарах на конец года, составляют больные с длительными (более 1 года) госпитализациями (1). Их количество среди общего числа лечившихся в больницах достигает 14%, хотя среди лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, они составляют всего 2% (5). Между тем, показано, что комплексное (включающее наряду с активной фармакотерапией психосоциальные воздействия) лечение позволяет добиться в данных случаях значительного результата.

За рубежом в качестве эффективной формы помощи данному контингенту предлагается (11–14) использовать так называемые бригады настойчивого лечения в сообществе (assertive community treatment). Подобная полипрофессиональная бригада предоставляет широкий спектр услуг (от экстренной психиатрической помощи до помощи в трудоустройстве) наиболее тяжелым психически больным, в частности, пациентам с частыми госпитализациями (13). При этом, показано достоверное снижение частоты повторных поступлений в стационары для лиц, участвующих в данной программе (11, 12).

В Омской областной клинической психиатрической больнице с 1979 года функционировал стационар на дому. В июле 2005 года он был реорганизован в отделение (бригаду) настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе. Поскольку в российской системе психиатрической помощи такая отдельная организационная форма как «бригада» в номенклатуре подразделений отсутствует, было сохранено за этим подразделением название «отделение».

Отделение предназначено для оказания помощи психически больным, состояние которых требует усиления или интенсивного проведения терапии, а также психосоциальной реабилитации при отсутствии показаний к обязательной госпитализации. Таким образом, оно представляет собой альтернативу стационарной психиатрической помощи, осуществляя свою деятельность во внебольничных условиях, в том числе по месту жительства пациентов.

Отделение рассчитано на 75 мест. Курация пациентов осуществляется бригадным методом. В состав бригады входят: врачи-психиатры, психолог, медицинские сестры, социальные работники. Руководителем бригады является врач-психиатр. Штаты отделения устанавливаются в соответствии с Приказом МЗ РФ № 27 от 1995 г. и с учетом реальной потребности в данном виде помощи: заведующий отделением – 1 ставка; участковые врачи-психиатры – 3 ставки; психотерапевты – 1,5 ставки; психологи – 1,5 ставки; специалист по социальной работе – 1 ставка; участковые мед. сестры – 6 ставок; социальные работники – 3 ставки.

Отделение обслуживает все психиатрические участки города (района обслуживания данного психиатрического учреждения) и работает ежедневно, за исключением выходных и праздничных дней, в соответствии с режимом работы психоневрологического диспансера. В другое время и ночью при возникновении непредвиденных ситуаций пациенты отделения могут обратиться в Скорую психиатрическую помощь. Отделение обеспечивается авто-

транспортом лечебного учреждения ежедневно в 2 смены для посещения пациентов на дому.

Принципами работы данного отделения являлись:

1) оказание психиатрической помощи тяжелому контингенту психически больных в экстремуральных условиях вне отрыва от привычного социального окружения;

2) комплексное лечение, включающее, наряду с активной психофармакотерапией, раннее присоединение психосоциальных методов вмешательства (психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация);

3) мультидисциплинарное ведение больных бригадой специалистов;

4) оказание помощи на основе партнерства (в противоположность патернализму) с пациентом и его родственниками при их активном вовлечении в терапевтический процесс.

Основанием для принятия пациента в отделение интенсивной терапии в сообществе являлось направление от участкового врача-психиатра или врача-психиатра стационара.

В отделение направлялись больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, а также тяжелыми и затяжными аффективными расстройствами с частыми и длительными госпитализациями. Показаниями для направления являлось обострение симптоматики, не требующей однако обязательной госпитализации в психиатрический стационар (хотя до организации настоящего отделения она обычно осуществлялась), а также неблагоприятное течение заболевания, наличие персистирующих расстройств психотического уровня при относительно упорядоченном поведении, необходимости активной терапии и вовлечения в реабилитационные мероприятия. В части случаев больные поступали в отделение после выписки из стационара для проведения дальнейшего лечения. Как правило, наряду с активной психопатологической симптоматикой и нарушениями режима амбулаторного лечения, отмечались неудовлетворительная социальная адаптация пациентов и отсутствие достаточной социальной поддержки, что нередко было связано с отсутствием близких родственников либо утратой контактов с ними.

Противопоказаниями для направления в отделение были наличие тяжелой психотической симптоматики, требующей обязательной госпитализации, зачастую в связи с непосредственной опасностью для себя и/или окружающих, категорический отказ от наблюдения и лечения, хронический алкоголизм и болезни зависимости, тяжелые сопутствующие соматические заболевания.

В связи с тем, что отделение настойчивого лечения в сообществе создавалось в порядке эксперимента, осуществлялось исследование его эффективности. При поступлении в отделение (а также при выписке из него) с помощью ряда шкал и опросников (2) осуществлялось определение степени информированности о заболевании («Карта оценки уровня

знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» для пациентов и их родственников), изучалась социальная сеть пациентов («Опросник для оценки социальной сети психически больных»), нагрузка на семью («Шкала оценки нагрузки на семью»), определялись характеристики социального функционирования и качества жизни («Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных»).

К марту следующего, то есть 2006 года в отделении наблюдалось 93 чел. (45 мужчин и 48 женщин). Как видно из табл. 1, в большинстве случаев это были пациенты молодого трудоспособного возраста (в среднем $37,6 \pm 9,8$ лет). Преобладающая часть из них страдала шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (95,7%). Были характерны тяжелые формы заболевания с затяжным течением приступов и обострений. Так, почти у 60% больных диагностировалась параноидная форма шизофрении с непрерывным или близким к нему эпизодическим с нарастающим дефектом течением. Отмечались частые (в среднем 2 раза в год) и длительные (в среднем около 5 месяцев в году) госпитализации (табл. 1). Средняя длительность заболевания составляла около 10 лет, однако более 90% пациентов имели группу инвалидности по психическому заболеванию.

К моменту поступления больных в отделение тяжесть расстройств по PANSS составляла $82,0 \pm 14,5$

Таблица 1

Клинико-социальные характеристики больных отделения интенсивного лечения в сообществе

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Пол		
мужчины	45	48,4
женщины	48	51,6
Возраст (лет)		
20–29	26	28,0
30–39	28	30,1
40–49	25	26,9
50–59	14	15,0
Диагноз		
Шизофрения параноидная	73	78,5
непрерывное течение	8	8,6
эпизодическое течение с нарастающим дефектом	47	50,5
эпизодическое течение со стабильным дефектом	18	19,4
Шизоаффективное расстройство	16	17,2
Аффективное расстройство	4	4,3
биполярное расстройство	1	1,1
рекуррентное депрессивное расстройство	3	3,2
депрессивный эпизод средней тяжести	2	2,1
тяжелый депрессивный эпизод с психотической симптоматикой	1	1,1
Длительность заболевания (лет)	9,9±8,5	
Средняя частота госпитализаций (в год)	2,03±0,95	
Средняя длительность госпитализаций (дни в год)	143,7±73,3	
Инвалидность по психическому заболеванию		
нет	9	9,7
инвалид 3 группы	8	8,6
инвалид 2 группы	76	81,7

баллов при значительной выраженности негативной симптоматики ($21,9 \pm 5,3$ баллов). У подавляющего большинства пациентов (около 90%) были утрачены или значительно снижены навыки независимого проживания. Социальная сеть больных составляла 2–10 чел. (более, чем в 80% случаев – 2–3 чел.), имела высокую плотность и была представлена в основном ближайшими родственниками. Около 87% пациентов нуждались в инструментальной и эмоциональной поддержке. Негативный опыт семьи значительно превышал позитивный (средний балл соответственно 3,45 и 1,94; $p < 0,05$). Оценка информированности о болезни показала, что большинство больных и их родственников не знали ничего либо (чаще) знали недостаточно о причинах (70%), прогнозе психического расстройства (75%), симптомах обострения (68%), способах их предупреждения или смягчения (62%), а также о побочных действиях препаратов (57%), службах и формах помощи при психическом заболевании (53%). При этом только 30% опрошенных были готовы обсуждать эти вопросы с другими участниками группы, что составляло большую трудность при вовлечении пациентов и их родственников в групповую работу.

В день поступления в отделение каждый пациент осматривался врачом-психиатром, медицинским психологом и специалистом по социальной работе. Дополнительные сведения о наличии психологических и социальных проблем семьи получались со слов родственников. Если острота продуктивной симптоматики не позволяла провести полное обследование пациента, то осмотр психолога и специалиста по социальной работе откладывался до момента, когда с больным удавалось установить терапевтический контакт. Обязательным являлось бригадное ведение больных с еженедельными (в строго регламентированное время) совещаниями полипрофессиональной бригады.

В течение первых 10 дней пребывания в отделении пациент осматривался врачом-психиатром ежедневно (в основном на дому), затем 3 недели – 3 раза в неделю, а со второго месяца лечения – 1 раз в 5 дней. Частые осмотры были необходимы с учетом тяжелого течения заболевания, недостаточной на начальном этапе комплаентности больных, а также частую отсутствия близких родственников, которые могли бы осуществлять наблюдение за состоянием пациентов и соблюдением ими назначенного режима терапии.

Следует отметить, что затраты рабочего времени на 1 одного больного в отделении настойчивого лечения в сообществе (амбулаторный прием одного пациента занимал в среднем 30 минут, посещение на дому, включая проезд – от 45 мин. до 60 мин. в зависимости от места проживания) превышали таковые при обычном диспансерном наблюдении. Большее количество времени, требуемое для приема одного пациента, было связано с тяжестью наблюдаемых психопатологических расстройств, в том числе выраженными эмоционально-волевыми нару-

шениями, которые обуславливали низкую мотивированность больных на новую форму помощи и создавали трудности социального взаимодействия, налаживания и поддержания терапевтического контакта.

Социальный работник знакомился и устанавливал контакт с его ближайшим окружением, выяснял социально-бытовые условия; на каждого пациента заполнялись карты оценки социального статуса и материально-бытового положения.

Диагностический этап работы в начале пребывания в отделении завершался формированием на рабочем совещании всех специалистов бригады функционального диагноза, когда психиатрический диагноз дополнялся психологическим и социальными аспектами. На его основе составлялся индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий, предпринимаемых каждым из специалистов бригады, с указанием конкретных проблем, путей их решения и сроков исполнения. В дальнейшем выполнение плана обсуждалось как в рабочем порядке, так и на еженедельных совещаниях бригады.

В зависимости от необходимости более или менее интенсивной социальной поддержки были выделены несколько групп больных.

1. Пациенты с выраженной социальной дезадаптацией, утратой навыков независимого проживания, части социальных и гигиенических навыков посещались социальным работником на дому с частотой 1–2 раза в неделю (при необходимости – чаще) – 70% больных.

2. Пациенты, у которых отмечалась умеренная социальная дезадаптация, были частично сохранены социальные и гигиенические навыки, навыки независимого проживания, однако они не всегда применялись на практике, требовались напоминания и стимулирование активности, посещались социальным работником на дому 1 раз в 2 недели – 20% больных.

3. Пациенты, адаптированные в социальном плане, обладающие всеми необходимыми навыками независимого проживания, но требующие эпизодического контроля со стороны персонала, в частности, за соблюдением лекарственного режима, посещались социальным работником на дому 1 раз в месяц – 10% больных.

Целью посещений были оптимизация фармакотерапии, осуществление инструментальной и эмоциональной поддержки, активизация социальной сети пациентов и формирование мотивации к доступной социальной активности. После проведения индивидуальной работы на дому осуществлялось включение больных в групповые формы психосоциальной терапии. Диапазон подобных вмешательств был достаточно широк – от тренинга навыков независимого проживания (которые включали в себя как элементарные навыки личной гигиены и самообслуживания, так и более сложные навыки повседневной жизни) до навыков социального взаимодействия. Групповые занятия осуществлялись (по показаниям в каждом конкретном случае) на основе специально разработанных различных модулей.

В постоянном режиме работали психообразовательные группы (две группы по 2 раза в неделю каждая), нацеленные на повышение комплаентности пациентов, совладание с остаточной психопатологической симптоматикой, раннее распознавание признаков начинающегося обострения. Кроме образовательной функции данные группы способствовали созданию терапевтической среды и эмоциональной поддержке больных.

Одной из ключевых задач была работа с семьей и близкими родственниками (на начальном этапе они не всегда были заинтересованы в совместной психосоциальной помощи и сотрудничестве со специалистами отделения или, наоборот, сами нуждались в социальной, преимущественно эмоциональной поддержке). Проводились как индивидуальная работа с семьями с целью коррекции стиля семейных отношений, уменьшения нагрузки на семью, так и психообразовательные группы, функционирующие на постоянной основе (1 раз в неделю).

Большое внимание уделялось инструментальной поддержке пациентов в решении многих социальных и правовых проблем (восстановление документов, в том числе пенсионных удостоверений, оформление субсидий и льгот (по квартплате, электроэнергии, перерасчет задолженности по коммунальным услугам и др.), продление медицинских полисов, осуществление социально-правовой защиты, помощь в трудоустройстве и пр.), что требовало значительных усилий и рабочих отношений с административными структурами, государственными, общественными и частными организациями, в том числе, оказывающими социальную помощь, а также контактов со средствами массовой информации и населением с целью формирования адекватного отношения к психической болезни и психически больным. Каждый месяц происходило оформление стенда с предоставлением новой информации, обновлялся список служб и организаций, осуществляющих помощь и поддержку пациентам (адреса, телефоны, расписание работы), дополнялся перечень необходимых документов для получения различных форм помощи.

Работа с больными осуществлялась в несколько этапов.

1. Этап активной психофармакотерапии с отдельными видами психосоциального воздействия.

На этом этапе активность вмешательства определялась выраженностью и остротой психопатологической симптоматики. Характер психофармакотерапии (препараты, дозы, кратность приема и способ введения) определял лечащий врач-психиатр. Инъекционное введение лекарств осуществлялось медицинской сестрой в процедурном кабинете или на дому у пациента, для чего иногда требовались его ежедневные посещения. Контроль за приемом таблетированных форм проводился при посещении на дому медицинской сестрой и/или социальным работником. Ответственное отношение пациента к лечению снимало необходимость такого контроля. При наличии заин-

тересованных и ответственных родственников эта часть работы могла быть возложена на них.

Психосоциальное воздействие на этом этапе включало в себя:

- оказание эмоциональной поддержки пациенту и его родственникам с целью снижения общего уровня тревоги и эмоционального напряжения: при ежедневных встречах с пациентами мед. сестра и социальный работник проводили «поддерживающие консультации», высказывая слова сочувствия, понимания, поддержки, пытаясь смягчить переживания пациентов, особенно одиноко проживающих и лишенных естественной эмоциональной поддержки семьи, давали практические советы родственникам, вырабатывая совместно с ними конструктивное отношение к поведению больного;

- оказание социальной работником инструментальной помощи пациенту;

- проведение психологом и психотерапевтом индивидуальных консультаций для родственников по проблемам, связанным с наличием в семье психически больного;

- групповая психообразовательная работа с ближайшим окружением пациентов;

- проведение индивидуальной работы с пациентом по формированию мотивации на регулярное длительное лечение, в том числе и психосоциальное, установление партнерских отношений врача с пациентом.

2. Этап активного психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

На этом этапе продолжалась активная психофармакотерапия при значительном расширении объема и интенсивности психосоциальных вмешательств. Медицинский психолог проводил индивидуальное и семейное консультирование, а также групповую работу (коммуникативные тренинги): моделирование конструктивного поведения, социального взаимодействия, общения; обучение навыкам уверенного поведения и самопредъявления; навыкам эффективного разрешения проблем и конфликтных ситуаций.

Психотерапевт осуществлял семейную психотерапию, групповые психообразовательные тренинги с пациентами и их родственниками; обучение методам совладания и управления болезнью. Специалист по социальной работе и социальные работники проводили групповые занятия по соответствующим модулям.

3. Этап поддерживающего психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

Фактически переход к этому этапу означает подготовку к выписке пациента из отделения интенсивного лечения в сообществе (средняя длительность пребывания в отделении составляла 90 дней) и переводу на специально созданный участок. На этом этапе пациент принимал поддерживающую психофармакотерапию под наблюдением врача-психиатра и продолжал получать поддерживающее психосоциальное лечение в виде ежемесячных групповых занятий, а также при возникновении стрессовых ситуаций.

Результаты работы отделения (средняя длительность участия больных в программе составляла

Динамика тяжести расстройств по PANSS

Показатель (PANSS)	Исходный уровень	Катамнез	p
Позитивная симптоматика	16,57±5,46	12,0±4,19	0,005
Негативная симптоматика	22,24±5,51	17,40±5,0	0,005
Общая психопатологическая симптоматика	43,24±8,68	31,55±6,02	<0,001
Всего	84,29±16,63	60,45±13,41	<0,001

186,0±55,8 дней) продемонстрировали значительную ее эффективность. Так, количество больных, выбывших из программы в связи с ухудшением состояния, составило всего 7 чел., а подавляющее большинство пациентов (92,5%) продолжили наблюдение и лечение. Из них только у 5 чел. (6,0% всей выборки) не удалось выявить сколько-нибудь выраженной положительной динамики, а у 68,8% больных отмечалось улучшение состояния (17 чел. наблюдались менее 4 месяцев и были исключены из анализа).

Оценка наиболее тяжелого контингента пациентов (22 чел.), длительность госпитализаций которых за последние 3 года составляла не менее 6 мес. в год и наблюдавшихся в программе не менее 180 дней, продемонстрировала еще более впечатляющие результаты. До включения в программу количество ежегодных госпитализаций больных этой выборки составляло в среднем 2,8±1,1, а число дней пребывания в стационаре – 226,8±43,7 (помощь во внебольничных условиях не превышала 140 дней в год). На момент оценки (длительность наблюдения и лечения – в среднем 205,7±21,5 дней) существенно снизилась тяжесть психопатологической симптоматики (табл. 2), значительная часть больных достигла состояния ремиссии (средняя общая оценка по PANSS – 60,45±13,41), ни один из них не был стационарирован. Таким образом, период нахождения пациентов вне больницы увеличился, как минимум, в 1,5 раза. При этом, заметно улучшились показатели социального функционирования больных, расширился их круг общения.

Стоимость дня пребывания пациентов в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе составляла только 50,2% от стоимости койко-дня, а стоимость посещения психиатра на специально вы-

деленном участке, куда выписывались эти больные – 73,5% от традиционной. Следует отметить, что, хотя стоимость амбулаторного наблюдения пациентов несколько увеличилась, учитывая более частые посещения ими врача – не реже 1 раза в 2 недели (до включения в программу – 1 раз в 2–3 месяца), общие затраты на лечение этих больных в год составили бы только 38% от традиционных за счет резкого снижения длительности госпитализаций.

Таким образом, предлагаемая новая организационная форма оказания психиатрической помощи – отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе, отражая современные организационные подходы в здравоохранении, является эффективной как с гуманитарной (лечение без изоляции, в условиях привычного социального окружения), так и с клинко-социальной и экономической точек зрения (более дешевые стационар-замещающие технологии, в том числе и преимущественно наиболее тяжелому контингенту больных с частыми и длительными госпитализациями).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999). – М., 2000. – 506 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. – М., 2002. – 179 с.
3. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М., 2003. – 264 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 491 с.
5. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинко-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
6. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 256 с.
7. Сальникова Л.И. Больные параноидной шизофренией со стойкой адаптацией во внебольничных условиях. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 181 с.
8. Саркисян В.В. Подострые состояния при шизофрении, их кли-

ника и особенности лечения в дневном стационаре. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 24 с.

9. Ястребов В.С. Внебольничная шизофрения (клинко-эпидемиологическое исследование). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1987. – 44 с.

10. Ястребов В.С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы // Социальная и клинко-эпидемиологическая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 63–67.

11. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P. et al. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.

12. Greenley J.R. Creation and implementation of the Program Assertive Community Treatment (PACT) // Innovation in community mental health: International Perspectives / R.Schulz, J.R.Greenley (Eds.). – Westport, CT: Praeger, 1995. – P. 83–96.

13. Latimer E.A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature // Can. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 44, N 5. – P. 443–454.

14. Lehman A.F., Dixon L., Hoch J.S. et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless person with severe mental illness // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 346–352.

A NEW ORGANIZATIONAL FORM OF PSYCHIATRIC CARE: ASSERTIVE (INTENSIVE) COMMUNITY TREATMENT UNIT

I. Ya. Gurovich, A. B. Shmukler, A. A. Utkin, O. N. Stepanova, A. D. Sheller, N. B. Turusheva

The article emphasizes the usefulness and describes the principles of a new organizational form of out-patient psychiatric care, specifically, assertive community treatment unit. The authors describe the admission criteria and contraindications for this kind of units. Their population is presented by the most severe cases of patients with frequent and long-

term hospitalizations. The diagnostic and treatment approaches in such units are based on complex therapy (including pharmacological and psychosocial treatment) divided into several stages. The article presents the first results of such a unit that demonstrate the efficacy of this form of care.