

Новая организационная форма реабилитации психически больных — комплекс «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар»

Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г.
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Резюме. В числе факторов, способствующих невербальному поведению больного и, значит, направленного на социальный вектор эффективности проводимого лечения, существенная роль принадлежит так называемой «геометрии социального пространства». Разрушение сложившихся стереотипов поведения в рамках определенного личностно-территориального взаимодействия (что возникает при переводе больного из одного отделения в другое) и необходимость для пациента создания новых интеракций между другими пациентами в условиях изменившейся пространственной иерархии может привести к ухудшению состояния пациента (в результате «психологической травматизации»), снижению его социальной компетентности. Отмеченное в значительной степени нивелируется при организации комплекса «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар». Создание такого комплекса способствует сохранению указанных психологических конструктов или психологической суверенности пациента, т.е. его существованию в качестве полноценной телесно-территориально-экзистенциальной единицы, сохранению или улучшению его адаптационно-компенсаторных механизмов и, значит, успешной биопсихосоциальной реабилитации.

Предлагаемая новая модель организации психиатрической помощи — комплекс «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар» требует дальнейшего изучения и накопления фактов для уточнения четких критериев работы данной структуры и формирования соответствующих правовых норм его существования.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, комплекс «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар», персонализированная реабилитационная программа, геометрия социального пространства, психологическая суверенность пациента, телесно-территориально-экзистенциальная единица

The new organizational form of rehabilitation for mentally ill patients — a complex «a round-the-clock hospital (with the open doors) — a day time hospital»

Kotsiubinsky A.P., Butoma B.G.
The Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Among factors contributing to the non-verbal behavior of the patient and, therefore, aimed at the social vector of the effectiveness of the treatment, a significant role is played by the so-called «geometry of social space». The destruction of the stereotypes of behavior in the framework of certain personal-territorial interactions (which occurs when transferring the patient from one department to another) and the need for the patient to create new interactions between other patients in the changed spatial hierarchy may lead to a deterioration in the patient's condition (in a result of «psychological trauma» reduced his social competence. Noted above is substantially leveled at the organization complex «a round-the-clock hospital (with the open doors) — a day time hospital». Creating such a complex promotes to conservation of these psychological constructs or psychological sovereignty of the patient, i.e., to his/her existence as a full body-territorial and existential unity, maintains or improves his/her adaptation-compensatory mechanisms and, therefore leads to successful biopsychosocial rehabilitation.

Proposed a new model of organization of psychiatric service a complex «a round-the-clock hospital (with the open doors) — a day time hospital» requires further investigations and accumulation of facts to clarify the precise criteria for the work of the structure and formation of the corresponding legal standards of its existence.

Key words: psychosocial rehabilitation, a complex «a round-the-clock hospital (with the open doors) — a day time hospital», personalized rehabilitation program, geometry of social space, psychological patient's sovereignty, territorial-body-existential unit

Современная биопсихосоциальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, требует оптимизации организации форм психиатрической помощи, что является одной из широко обсуждаемых проблем пси-

хиатрии начиная с 2000-х годов нашего столетия. Признанным направлением совершенствования психиатрической помощи является перераспределение приоритетов в объеме различных ее видов с преимущественным развитием стационаро-

замещающих и внебольничных организационных форм, что увеличивает доверие к службе, позволяет избежать «шока выписки», осуществляя плавный переход «больница (клиника) — дом», и способствует тем самым раннему обращению к врачу, началу лечения и профилактике инвалидизации, а также оптимальной ресоциализации больных [8].

Именно с требованиями реабилитационного направления М. Gmür [10] связывает целесообразность экстрамуральной психиатрической помощи, которая расценивается ею как достижение даже при равной клинической эффективности внеинституциональной и стационарной терапии. Поэтому соблюдение приоритета и дальнейшего развертывание экстрамуральных форм психиатрической помощи является одной из приоритетных задач реформирования психиатрической помощи.

Именно с этим обстоятельством и связано развертывание в психоневрологических диспансерах сети «дневных стационаров». Промежуточное положение дневных стационаров делало их во многих отношениях предпочтительными (по сравнению с больницами) для пациентов и их близких. Это связано с более свободным при частичной госпитализации режимом, а также с возможностью в условиях полустационара в максимальной степени сохранить для больного привычные условия повседневной жизни. Устранение (даже частичное) психологических барьеров, с которыми связывается в сознании больных и их родственников госпитализация в психиатрическое учреждение, позволяет привлекать больных к лечению на более ранних этапах заболевания и в самом начале рецидивов и обострений. Больные с опытом пребывания в дневном стационаре в дальнейшем в необходимых случаях сами обращаются за помощью и при ухудшении состояния своевременно возобновляют лечение в условиях частичной госпитализации.

С идеями развития внебольничных форм помощи связано и открытие «ночных стационаров» в структуре психоневрологического диспансера. При открытии ночных стационаров первоначально предполагалось, что основным контингентом в них будут работающие больные, которым по различным причинам необходимо лечение и наблюдение без отрыва от производства. Однако практика показала большую целесообразность их использования в комплексе с дневным стационаром.

Сочетанное применение комплекса «дневной — ночной стационар», как оказалось, имеет организационное и экономическое преимущество, значительно расширяя возможности полустационарного лечения в отношении как режима, так и активности терапии, делая тактику помощи больным более гибкой и мобильной [9].

С целью изучения эффективности системы реабилитационных мероприятий, разработанных для комплекса дневной/ночной стационар как учреждения частичной госпитализации, занимающего промежуточное положение между психиатрической больницей и дневным стационаром,

нами было проведено сравнение результатов лечения в названном комплексе с таковыми у пациентов психиатрической больницы и обычного дневного стационара при районном психоневрологическом диспансере.

Для сопоставления с психиатрической больницей проведено сравнение результатов лечения двух групп больных, подобранных по методу «контрольных двойников» (совпадающих по основным демографическим, клиническим и социальным параметрам): 32 пациентов комплекса дневной/ночной стационар НИПНИ им. В.М. Бехтерева и 32 больных, лечившихся в психиатрической больнице.

В результате 5-летнего катамнестического наблюдения пациентов установлено, что клинические характеристики и уровень социального восстановления у больных основной и контрольной групп практически одинаковы. Различия же сравниваемых групп коснулись таких важных социальных аспектов, как трудовая адаптация и инвалидизация пациентов: уровень трудовой адаптации к моменту катамнестического обследования в группе комплекса дневной/ночной стационар примерно на 28% выше, чем в контрольной группе. При этом вдвое больше пациентов сумели сохранить исходный уровень профессиональной квалификации. Уровень инвалидизации у пациентов комплекса дневной/ночной стационар в 4,5 раза ниже, чем у пациентов психиатрической больницы.

Для сопоставления с дневным стационаром психоневрологического диспансера был проведен анализ регоспитализаций 102 больных шизофренией в течение года после выписки. В это число вошли 62 пациента комплекса дневной/ночной стационар и 40 пациентов дневного стационара психоневрологического диспансера.

При этом выяснилось, что в группе из 40 человек, лечившихся в условиях дневного стационара, число регоспитализаций почти в 3 раза больше, чем в группе из 62 человек, проходивших курс лечения в комплексе дневной/ночной стационар.

Таким образом, можно утверждать, что терапия психически больных в условиях психиатрического учреждения, имеющего, кроме дневного, еще и ночной стационар, по ряду важных показателей реабилитации оказывается эффективнее, чем лечение в психиатрической больнице и дневном стационаре.

Однако, дальнейшему развитию такой формы работы препятствует положение, согласно которому в комплексе «дневной/ночной стационар» пациент может находиться круглосуточно не более, чем на протяжении 10 дней, что вступает в противоречие с имеющейся практикой, снижает реабилитационный потенциал этого типа учреждения и затрудняют превращение его в принципиально новую форму психиатрической помощи.

Имеющийся опыт в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В. М. Бехтерева позволяет убедительно говорить о целесообразности создания и апро-

бации новой организационной формы реабилитации психически больных, которая заключается в функционировании на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара, что позволяет гибко и быстро менять условия содержания больных, проводить достаточно интенсивное лечение при условии минимального нахождения больных в условиях круглосуточного стационарного содержания. Это способствует сохранению для пациента положения, когда он, получая интенсивное лечение, в целом остается активно вовлеченным в события жизни, имеющие для него особый личностный смысл, что способствует повышению его заинтересованности в достижении оптимальных результатов лечения и благоприятствует сознательному участию в лечебном процессе.

На наш взгляд, преимущества организации такого отделения могут заключаться в возможности сформировать необходимую этапную персонализированную реабилитационную программу пациента, способствует стабилизации и последующему позитивному развитию первоначально сложившейся системы отношения «врач — пациент» и направлено на сохранение у больных структуры комплайенса [6] на всем протяжении активного проведения с ними лечебно-восстановительных мероприятий. Кроме того, такое отделение способствует последовательной этапной подготовке пациента к выписке и избеганию таким образом формирования у него «выписного шока». Наконец, такая форма организации психиатрической помощи обладает и экономическими преимуществами (отсутствуют затраты на перевод пациента в другое отделение или стационар и связанные с этим обстоятельством повторные специализированные осмотры и лабораторные исследования).

Необходимо, однако, отметить, что оценка эффективности какой-либо формы помощи психически больным не должна определяться и ограничиваться исключительно экономическими выгодами. Более того, они не могут рассматриваться как базовые в системе гуманитарной направленности современной медицины. Именно поэтому, несмотря на установленные различными авторами скромные экономические выгоды деинституционализации (при ее сравнении с экономическими тратами на традиционное лечение в стационарах), ее смысл заключается в гуманистической ориентации современной психиатрии, а именно — при разумной реализации идей деинституционализации степень приемлемости пациентами психиатрической помощи и удовлетворенность ею оказывается значительно более высокой [4, 11].

Кроме того, динамическая смена условий пребывания в рамках комплекса «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар» имеет еще одно преимущество, которому в отечественной литературе уделяется очень мало внимания. Как отмечает в своих исследованиях Корнетов А.Н. с соавт [1; 2], в числе факторов, способствующих невербальному поведе-

нию больного и, значит, направленного на социальный вектор эффективности проводимого лечения, существенная роль принадлежит так называемой «геометрии социального пространства», которая является производной не только доминирования индивидуума в сообществе и его иерархии, но также — особенностей и стабильности территориальных структур, в которых находится человек. Разрушение сложившихся стереотипов поведения в рамках определенных личностно-территориального взаимодействия (что возникает при переводе больного из одного отделения в другое) и необходимость для пациента создания новых интеракций между другими пациентами в условиях изменившейся пространственной иерархии может привести к ухудшению состояния пациента (в результате «психологической травматизации» [5], снижению его социальной компетентности).

Таким образом, создание на единой территории комплекса «круглосуточный стационар-дневной стационар» способствует сохранению указанных психологических конструктов или психологической суверенности пациента, т.е. его существованию в качестве полноценной телесно-территориально-экзистенциальной единицы [7], сохранению или улучшению его адаптационно-компенсаторных механизмов [3] и, значит, успешной биопсихосоциальной реабилитации.

Возможности комплекса «круглосуточный стационар с открытыми дверями — дневной стационар» расширяют диапазон показаний к госпитализации, которая осуществляется в следующих случаях:

1) достаточно тяжелые психические расстройства, требующие постоянного наблюдения — относительно тяжелые депрессивные состояния, актуальные бредовые идеи и т. д.;

2) состояния, требующие проведения интенсивной психофармакологической терапии и/или специфических мер преодоления резистентности (одномоментный обрыв терапии, депривация сна и др.), а также плохая переносимость лекарств и выраженные побочные эффекты;

3) необходимость временной изоляции пациента от семьи при наличии актуальных конфликтов или деструктивной позиции родственников, а также плохих бытовых условий, препятствующих проведению лечения;

4) сопутствующая соматическая патология (сосудистые нарушения, последствия черепно-мозговых травм и т. п.) и вызванные ею затруднения, связанные с ежедневным прибытием пациента в отделение и возвратом домой;

5) удаленность места жительства, вследствие чего пациенты не могут ежедневно приезжать в отделение.

Противопоказания к проведению лечения в условиях такого комплекса можно рассматривать следующие клинические характеристики больных:

1) состояния, в которых психически больные представляют непосредственную опасность для себя и/или для окружающих;

2) расстройства поведения, отрицательно влияющие на других больных и не позволяющие пациентам выполнять режим данного лечебного учреждения;

3) тяжёлые соматические заболевания, а также инфекционные (включая венерические) заболевания в заразном периоде;

4) алкоголизм, наркомании и токсикомании.

В числе преимуществ комплекса «круглосуточный стационар — дневной стационар», обусловленных своеобразием их места в системе психиатрической помощи, необходимо отметить следующие.

1. Использование комплекса «круглосуточный стационар — дневной стационар» позволяет значительно расширить терапевтические возможности учреждений частичной госпитализации, сократить тем самым количество пациентов, госпитализируемых в психиатрические больницы. Интенсификация терапии, проводимая в условиях частичной госпитализации, позволяет увеличить прием в отделение больных с подострыми проявлениями психоза, в том числе за счет тех пациентов, которые, нуждаясь в психиатрической помощи, отказываются от лечения в закрытых отделениях психиатрической больницы, но не возражают против лечения (даже круглосуточного) в комплексе «круглосуточный стационар-дневной стационар».

2. Лечение пациентов в условиях комплекса «круглосуточный стационар-дневной стационар» существенно сокращает время круглосуточного пребывания больных. Временная необходимость круглосуточного пребывания возникает на каком-то этапе лечения примерно у половины пациентов, госпитализированных в такой комплекс, однако длительность пребывания на этом режиме составляет менее четверти всего времени их лечения. Такая продолжительность круглосуточного пребывания больного, то есть изоляции от привычных условий жизни значительно меньше, чем в случае его лечения в обычной психиатрической больнице, что снижает вероятность развития госпитализма.

3. Проведение лечебно-восстановительных мероприятий в условиях комплекса «круглосуточный стационар — дневной стационар» позволяет осуществить преемственность в реабилитационном процессе на всех его этапах от острого психического состояния до стабилизации ремиссии и подбора адекватной поддерживающей терапии.

В заключении можно сказать, что предлагаемая новая модель организации психиатрической помощи — «комплекс круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар» требует дальнейшего изучения и накопления фактов для уточнения четких критериев работы данной структуры и формирования соответствующих правовых норм его существования.

Литература

1. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Дерягина М.А. [и др.] Основы анализа поведения человека в норме и при психических заболеваниях. — Рук. деп. в ВНИИМИ. — 1987. — № 1550. — 87 Деп.
2. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробков А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. — Киев: Здоровья. — 1990. — 217 с.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г. Использование этологических принципов в психотерапии больных шизофренией // Шизофрения: Новые подходы к терапии: Сб. науч. работ Укр. НИИ клинич. и эксперимент. неврологии и психиатрии и Харьковской гор. клинич. психиатр. больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под. общ. ред. И.И. Кутько и Т.П. Петрика. — Харьков. — 1995. — Т. 2. — С. 129-130.
4. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом // Обозр. психиат. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. — 2013. — №1. — с. 6-15.
5. Леви Т.С. Динамика психологических границ в процессе личностно-развивающей работы, основанной на телесном движении // Культурно-историческая психология. — 2009. — № 1. — С. 36-41.
6. Лутова Н.Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб. — 2013. — 49 с.
7. Нартова-Бочавер С.К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства» — 2010 // Психологический журнал. — 2014. — Т. 35. — № 3. — С. 105-119.
8. Чуркин А.А., Яздовская А.В. К вопросу об организации психиатрической помощи // Бехтеревские чтения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — СПб. — 2003. — С. 470-474; [Электронный ресурс]. <http://psysphera.narod.ru/Public/Kirov/churkin1.htm>. (дата обращения: 02.04.2016).
9. А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н.С. Шейнина [и др.]. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб. Гиппократ+. — 2004. — 336 с.
10. Gmür M. Schizophrenieverlauf und Enstitutionalisierung. — Stuttgart: Verlag F. Enke. — 1986. — 202 p.
11. McCrone P, Becker T. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England Psychiatrische Praxis. — 2000. — Vol. 27. — N. 2. — P. 68-77.

Transliteration

1. Kornetov A.N., Samohvalov V.P., Deryagina M.A. [i dr.] *Bases of the analysis of normal human behaviour and mental diseases.* — Ruk. dep. v VNI-IMI. — 1987. — № 1550-87 Dep.
2. Kornetov A.N., Samohvalov V.P., Korobkov A.A., Kornetov N.A. *Ethology in psychiatry.* — Kiev: Zdrovyia. — 1990. — 217 s.
3. Kotsyubinskiy A.P., Sheynina N.S., Butoma B.G. *Application of ethological principles in psychotherapy of schizophrenia ill patients // Shizofreniya: Novyie podhodyi k terapii: Sb. nauch. rabot Ukr. NII klinich. i eksperient. nevrologii i psichiatrii i Harkovskoy gor. klinich. psichiatr. bolnitsyi # 15 (Saburovoy dachi) / pod. obsch. red. I.I. Kutko i T.P. Petrika.* — Harkov. — 1995. — V. 2. — S. 129-130.
4. Kotsyubinskiy A.P., Butoma B.G., Elichev A.N. *Tendencies of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad // Obozr. psichiat. i med. psihol. im. V.M. Behтерева.* — 2013. — № 1. — s. 6-15.
5. Levi T.S. *The Dynamics of psychological borders in the process of personality-development work based on the bodily movement // Kulturno-istoricheskaya psihologiya.* — 2009. — № 1. — S. 36-41.
6. Lutova N.B. *The structure of compliance in patients with endogenic mental disorders: avtoref. dis. d-ra med. nauk.* — SPb. — 2013. — 49 s.
7. Nartova-Bochaver S.K. *The revised version of «Personal sovereignty Questionnaire-2010» // Psihologicheskii zhurnal.* — 2014. — T. 35. — № 3. — S. 105-119.
8. Churkin A.A., Yazdovskaya A.V. *To a question on the organization of the psychiatric help // Behterevskie chteniya. Materialyi Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnyim uchastiem.* — SPb. Kirov. — 2003. — S.470-474: [Electronic resource]. <http://psysphera.narod.ru/Public/Kirov/churkin1.htm>. (date of the reference: 02.04.2016).
9. A.P. Kotsyubinskiy, A.I. Skorik, I.O. Aksenova, N.S. Sheynina [i dr.]. *Schizophrenia: vulnerability — diathesis — stress — disease.* — SPb. Gippokrat+. — 2004. — 336 s.

Сведения об авторах

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева». E-mail: ak369@mail.ru

Бутома Борис Георгиевич — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: butbor08@gmail.com