

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

На правах рукописи

Лиманкин Олег Васильевич

**СИСТЕМА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
И НАПРАВЛЕНИЯ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
(клинико-статистические, клинико-эпидемиологические
и организационные аспекты)**

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Специальность: 14.01.06 – психиатрия (медицинские науки)

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор
Ястребов Василий Степанович

Москва – 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Современные тенденции развития психиатрической помощи (обзор литературы).....	20
Глава 2. Материалы и методы исследования	92
Глава 3. Клинико-социальная и клинико-эпидемиологическая характеристика контингентов лиц с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге	117
Глава 4. Анализ показателей деятельности психиатрических учреждений Санкт-Петербурга.....	158
Глава 5. Роль региональных программ развития психиатрической помощи в системе охраны психического здоровья населения города.....	199
Глава 6. Результаты корреляционного и регрессионного анализа системы психиатрической помощи Санкт-Петербурга.....	218
Глава 7. Изучение мнения специалистов и пользователей психиатрической помощи о её состоянии и перспективах развития	249
Глава 8. Основные характеристики системы психиатрической помощи Санкт-Петербурга и перспективы ее дальнейшего развития.....	302
Заключение	365
Выводы.....	393
Практические рекомендации по совершенствованию психиатрической службы Санкт-Петербурга	396
Литература	400
Список сокращений.....	465

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В последние годы многие исследователи указывают на необходимость системного подхода к развитию медицинской, в том числе психиатрической, науки и практики, совершенствования методических ее основ при разработке современных технологий оказания помощи населению [301, 535, 539, 563]. Такая постановка вопроса обусловлена, прежде всего, глобальными изменениями социально-экономической ситуации, сменой привычных жизненных стереотипов, что в наибольшей мере затрагивает уязвимые в психологическом и экономическом отношении группы населения, и, в первую очередь, психически больных. Основные направления совершенствования психиатрической помощи и приоритеты ее дальнейшего развития должны также определяться масштабом психической патологии, ее структурой, связанными с ней социально-экономическими последствиями, потерями [295, 534]. Специальные исследования, посвященные оценке бремени психической патологии, показывают, что в последнее время психические расстройства вошли в ряд основных причин ухудшения состояния здоровья населения во всех странах мира и отвлекают на себя значительную долю объема общих расходов на здравоохранение [68, 162, 274, 446, 452]. В соответствии с этим, политика Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья заключается в интеграции и координации усилий государственных и общественных структур по улучшению психического здоровья населения, совершенствованию психиатрической помощи [31, 67, 156, 395].

В течение нескольких последних десятилетий развитие психиатрической помощи в зарубежных странах происходит в направлении деинституционализации, сокращения объема стационарного звена и перенесения акцента на амбулаторные формы оказания психиатрической помощи, ее интеграции, с одной стороны, с общественными институтами, а, с другой, с системой общей медицины, а также широкого использования форм

и методов психосоциального лечения и реабилитации [63, 142, 143, 250, 256, 333, 343]. Развитие российской психиатрии в указанный период происходило в целом по тем же направлениям, однако исследователи полагают, что темпы реформирования отечественной службы охраны психического здоровья были недостаточны, и основные преобразования в ней происходили не столько в структурном, сколько в методическо-организационном плане [46, 264].

Отличительной и, безусловно, положительной стороной развития отечественной психиатрии двух последних десятилетий является перемещение акцента в планировании и организации служб на региональный уровень [93, 94]. Основой для определения стратегических задач регионального уровня являются общенациональные стратегические задачи развития здравоохранения, включая и область охраны психического здоровья. При этом цели и задачи федеральной политики нуждаются в корректировке с учетом значительных различий в демографическом статусе и структуре заболеваемости регионов, особенностей сложившейся в них структуры психиатрической службы, обеспеченности кадрами, состояния материально-технической базы учреждений, развитости социальных ресурсов. Выбор региональных приоритетов совершенствования системы психиатрической помощи должен осуществляться взвешенно и комплексно, с учетом всех составляющих развития здравоохранения на перспективу и финансовых возможностей для поддержки тех или иных задач развития отрасли. Региональная модель психиатрической службы должна предусматривать децентрализацию, специализацию помощи, преемственность и сбалансированность стационарного и амбулаторного звеньев, уход от традиционной изолированности [98, 99, 264], приоритетное развитие внебольничных служб, мультидисциплинарный характер помощи и активное использование психосоциального лечения и реабилитации [49], тесную интеграцию психиатрической службы с общественными институтами и звеньями регионального здравоохранения [163], соответствие структуры службы потребностям основных групп пациентов [15].

Однако, несмотря на провозглашение региональной политики приоритетным направлением [68], региональное целевое планирование пока не получило достаточного развития [98]. До настоящего времени отсутствуют единые федеральные методические рекомендации по планированию региональных целевых программ развития психиатрической помощи, которые, с одной стороны, были бы ориентированы на стратегические задачи охраны психического здоровья населения, а с другой, позволяли бы учитывать соответствующие задачи местного уровня. Во многих региональных целевых программах слабо задействованы резервы межведомственного взаимодействия, интеграции со всеми звеньями здравоохранения и социальных служб региона [163]. Ресурсосберегающая составляющая, приоритет развития эффективных и менее затратных форм оказания помощи не всегда являются первостепенными задачами программ, основная часть средств которых направляется на дорогостоящую стационарную помощь [277]. Практически во всех регионах сохраняется система нормативного распределения ресурсов, которая сама по себе является сдерживающим фактором проведения структурных реформ и повышения качества психиатрической помощи [274].

Современный опыт развитых стран свидетельствует о необходимости участия трех сторон в организации и обеспечении качества психиатрической помощи – государства, профессионального медицинского сообщества и пользователей помощи, объединенных в общественные организации пациентов и членов их семей [55, 104, 318, 349, 371]. В отечественной психиатрии по-прежнему сохраняется исключительно государственное регулирование качества помощи, при котором профессиональное сообщество практически мало участвует в обсуждении вопросов развития службы, а мнение пользователей помощи не учитывается даже формально [231, 232]. В этой связи крайне важным представляется как формулирование «запроса» пользователей помощи относительно ее оптимальной модели, так и получение экспертной оценки программ развития психиатрии со стороны

профессионального сообщества – различных групп специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Таким образом, актуальным для современной отечественной психиатрии является разработка модели региональной психиатрической службы, которая должна строиться не только на основе научного анализа ее структуры и показателей деятельности, но и на интегративной оценке профессионального сообщества и сформулированного запроса пользователей психиатрической помощи.

Степень разработанности проблемы. Имеется относительно небольшое число работ, в которых комплексно анализируются вопросы организации психиатрической службы с учетом получивших развитие новых форм оказания помощи [21, 42, 96, 118, 128, 163, 219, 248]. Среди исследований, посвященных описанию региональных моделей психиатрической помощи на современном этапе развития психиатрической помощи, отсутствуют работы по разработке модели психиатрической службы мегаполиса. Кроме того, решение такой задачи, с учетом требований сегодняшнего дня, возможно только с использованием системного подхода, который позволяет учитывать большой массив аналитических данных, мнения профессионалов и запрос пользователей помощи, использует специальную систему оценки разнородных, иерархически неорганизованных показателей, отражающих медико-организационные и социально-экономические аспекты деятельности службы для того, чтобы в максимальной степени учитывать все современные стратегии и интересы всех вовлеченных в процесс оказания психиатрической помощи сторон. Выбор в качестве объекта исследования психиатрической службы Санкт-Петербурга определяется тем, что более чем двадцатилетий период ее развития характеризуется многочисленными и не всегда обоснованными попытками реформирования; структура службы остается в высокой степени затратной, а ряд показателей ее деятельности не соответствуют имеющемуся кадровому и ресурсному потенциалу. Имеется ряд работ, посвященных

разработке отдельных направлений и служб психиатрической службы города [25, 223, 280, 283]. При этом концепция развития региональной психиатрической службы, основанная на современных тенденциях развития психиатрической помощи и системном подходе, до настоящего времени не создана.

Цель исследования: определение эффективности работы региональной психиатрической службы мегаполиса на основе комплексного анализа ее характеристик (клинико-статистических, клинико-эпидемиологических, социальных, экономических и др.) и разработка, на основе результатов исследования, оптимальной модели психиатрической службы крупного региона.

Задачи исследования:

1. Изучение медико-демографической и клинической структуры контингентов лиц с психическими расстройствами в г. Санкт-Петербурге в динамике за 24 года (1991-2014 гг.).
2. Изучение показателей деятельности психиатрических учреждений региона в динамике за 24 года (1991-2014 гг.).
3. Изучение состояния ресурсов психиатрической службы региона (кадровых, материальных, финансовых и др.).
4. Анализ роли и места общественных организаций пользователей психиатрической помощи и других партнеров в системе региональной психиатрической службы.
5. Изучение мнения специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, и ее пользователей о состоянии и перспективах развития психиатрической службы региона.
6. Анализ полученных данных на основе метода анализа иерархий (МАИ) с целью выявления объективных, приоритетно значимых характеристик психиатрической службы.
7. Определение потребности лиц с психическими расстройствами в различных видах психиатрической помощи.

8. Определение места и роли стационарного и амбулаторного звеньев в системе психиатрической помощи крупного региона.
9. Разработка оптимальной модели психиатрической помощи крупного региона.
10. Разработка рекомендаций по применению разработанной модели в психиатрической практике.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

- осуществлен комплексный анализ показателей состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга в динамике за 24 года, в период выраженных социально-экономических и общественно-политических изменений, и с помощью методов математического моделирования построены прогнозы общей заболеваемости психическими расстройствами, инвалидизации вследствие психических расстройств до 2025 года;
- проведен всесторонний анализ сети психиатрических учреждений Санкт-Петербурга, основных показателей их деятельности, кадрового состава в динамике за 24 года;
- с использованием корреляционного анализа установлены наиболее значимые связи между медико-демографическими, социальными индикаторами и результатами деятельности региональной психиатрической службы, определены различные по уровню актуальности проблемы, что служит основой для принятия обоснованных решений по реформированию системы психиатрической помощи, позволяет строить долговременные и оперативные прогнозы, определять неиспользуемые резервы увеличения объема и повышения качества психиатрической помощи, оценивать эффективность деятельности различных звеньев психиатрической службы;
- проведен анализ программ развития психиатрической службы Санкт-Петербурга, разрабатывавшихся и реализованных в течение 24-летнего периода, в клиническом, организационном и экономическом аспектах,

- проведено их сопоставление с показателями деятельности психиатрических учреждений и динамикой показателей психического здоровья населения;
- исследовано мнение специалистов стационарного и амбулаторного звеньев, участвующих в оказании психиатрической помощи, и ее пользователей о различных сторонах деятельности психиатрических учреждений, о состоянии и перспективах развития психиатрической службы региона;
 - проведен анализ роли и места общественных организаций пользователей психиатрической помощи и других партнеров в системе региональной психиатрической помощи, определены проблемы их функционирования и направления совместной работы психиатрических учреждений, органов управления здравоохранения и общественного сектора психиатрии по повышению качества психиатрической помощи;
 - научно обоснованы и разработаны рекомендации по совершенствованию региональной психиатрической службы на основе развития общественно-ориентированных форм помощи, ее децентрализации и приближения к населению, интеграции отдельных ее видов в общемедицинскую сеть, приоритетного развития амбулаторного звена службы, использования ресурсосберегающих и стационарозамещающих технологий, развития аккомодационных форм помощи, психосоциального лечения и реабилитации, полипрофессионального бригадного обслуживания, межведомственного взаимодействия, использования общественных ресурсов, потенциала общественного сектора психиатрии;
 - разработаны принципы оптимальной модели психиатрической службы крупного региона и рекомендации по применению разработанной модели в психиатрической практике.

Теоретическая значимость проведенного исследования заключается в разработке оптимальной модели организации психиатрической помощи крупного региона на основе научного анализа структуры и показателей

деятельности психиатрической службы, интегративной оценки профессионального сообщества и запроса пользователей психиатрической помощи. Научное обоснование современных подходов к формированию оптимальной региональной модели психиатрической помощи отражает системный подход к ее организации на современном этапе. Полученные в исследовании данные и вытекающие из них практические рекомендации позволяют повысить эффективность и качество психиатрической помощи, определить конкретные резервы ресурсосбережения, снизить экономические затраты и потери, повысить уровень доступности помощи, качество жизни и степень удовлетворенности пользователей помощи ее качеством. Результаты исследования могут быть использованы при планировании и разработке различных целевых, включая региональные, программ развития психиатрической помощи, в других научных исследованиях, связанных с вопросами оказания психиатрической помощи.

Практическая значимость. Основные результаты исследования изложены в монографиях «Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи» (2015) и «Психическое здоровье населения и развитие психиатрической службы Санкт-Петербурга в период социально-экономических перемен» (2015).

Материалы исследования и практические предложения по совершенствованию организации психиатрической службы региона были использованы при разработке и реализации Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 08.07.2008 г. №828 «О плане мероприятий по развитию психиатрической службы и мерах по предупреждению отрицательных социальных последствий психических заболеваний и поведенческих расстройств в Санкт-Петербурге на 2008-2011 годы» и «Плана мероприятий по модернизации психиатрической службы в Санкт-Петербурге на 2012-2014 годы», утвержденного Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 17.08.2011 г. №1187. Полученные в исследовании данные о деятельности амбулаторной и стационарной психиатрической службы региона

используются в работе главного внештатного психиатра и организационно-методического отдела по психиатрии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, главного внештатного психиатра и научно-методического отдела областного психоневрологического диспансера Ленинградской области, а также при подготовке, с участием автора, аналитических материалов главного внештатного психиатра эксперта Росздравнадзора.

Материалы исследования, отражающие опыт внедрения психосоциальных технологий, работы мультидисциплинарных бригад, организации аккомодационных и стационарозамещающих форм психиатрической помощи, обучения персонала психиатрических учреждений формам и методам психосоциальной работы используются в программах курсов повышения квалификации врачей-психиатров, психотерапевтов, специалистов по социальной работе, социальных работников, организаторов психиатрической помощи в Московском НИИ психиатрии. Методические рекомендации и пособия, подготовленные сотрудниками отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи указанного института с участием автора, были выпущены в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 г. №280, и приняты Министерством здравоохранения и социального развития РФ в качестве итоговых документов (2012). Часть полученных в результате исследования материалов о деятельности психиатрических учреждений была использована в подготовке аналитических обзоров и других работ отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ) (2011, 2013, 2014).

Результаты изучения показателей психического здоровья населения Санкт-Петербурга и РФ, организации работы психиатрических учреждений, опыта внедрения общественно-ориентированных форм психиатрической

помощи, различных форм и методов психосоциальной реабилитации вошли в программу лекций и практических занятий с интернами и клиническими ординаторами, слушателями курсов повышения квалификации врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов в Санкт-Петербургском НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Материалы исследования используются в лекциях и при проведении практических занятий со студентами, интернами, клиническими ординаторами и аспирантами кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, кафедры медико-социальной и психологической помощи Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов.

Материалы исследования, практические предложения по совершенствованию психиатрической помощи, организации психосоциального лечения и реабилитации в стационарных условиях, внедрения различных форм «защищенного жилья», стационарозамещающих форм помощи, подготовке персонала психиатрических учреждений, взаимодействия с общественными пациентскими организациями используются в работе психиатрических учреждений Санкт-Петербурга, Казанского ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева», ГКУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева», ГКУЗ ЛО «Дружносельская областная психиатрическая больница», ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница», БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница».

Методология и методы исследования. Теоретической и методологической основой исследования являются: работы отечественных и зарубежных учёных в области психиатрии, организации психиатрической помощи; общенаучная методология, используемая при изучении вопросов организации медицинской помощи; методология, применяемая в прикладной статистике социальных явлений; законы и нормативные акты РФ, ведомственные медицинские нормативные документы, регулирующие сферу здравоохранения. В работе были использованы следующие методы исследования:

- клинический;
- клинико-статистический;
- клинико-эпидемиологический;
- социологический;
- аналитический;
- математический;
- исторический;
- метод экспертных оценок;
- системный анализ, включая регрессионный и корреляционный анализ;
- метод анализа иерархий (МАИ).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Прогрессивной тенденцией современной психиатрии является децентрализация психиатрической помощи и рост многообразия форм её оказания, перемещение помощи в сообщество. В то же время система отечественной психиатрической помощи характеризуется большой степенью использования ресурса стационарного звена, высоким уровнем госпитализаций, что свидетельствует о том, что внебольничные службы пока не стали альтернативой стационарным. При реструктуризации действующей системы психиатрической помощи сокращению коечного фонда должно предшествовать существенное укрепление внебольничной службы, что приведет к уменьшению потребности в использовании

госпитальных видов помощи и станет препозицией к передаче амбулаторной службе части функций психиатрических стационаров. Такой последовательный и постепенный подход позволит обеспечить соблюдение преемственности в оказании помощи и избежать отрицательных последствий перемещения психиатрической помощи из институциональных учреждений в сообщество.

2. Повышение эффективности работы амбулаторного звена службы должно включать обоснованное определение объема диспансерного наблюдения, активизацию работы участковых психиатров, их переход от диспетчерских к диагностическим и терапевтическим функциям, полипрофессиональное бригадное обслуживание, развитие специализированных видов помощи. Следует внедрять интенсивное лечение во внебольничных условиях, отделения первого психотического эпизода, интеграцию психиатрической службы в другие звенья системы регионального здравоохранения, в первую очередь, взаимодействие психиатров с врачами, оказывающими первичную медицинскую помощь, открытие психосоматических и соматопсихиатрических отделений в структуре соматических стационаров, дополнительных психотерапевтических кабинетов в составе районных поликлиник.
3. Рост числа инвалидов вследствие психических заболеваний диктует необходимость восстановления потенциала социально-трудовой реабилитации, открытия подразделений трудовой терапии с правом производственной деятельности, расширения работы по трудоустройству инвалидов на общем производстве, создания при психоневрологических диспансерах пунктов трудоустройства для пациентов-инвалидов, внедрения новых моделей трудоустройства. Лечение и реабилитация хронизированных больных, утративших социальные связи и навыки независимого проживания и «блокирующих» значительную часть коечного фонда психиатрических стационаров, должно предусматривать

создание дифференцированных и разноуровневых форм «защищенного жилья».

4. Изучение спектра потребностей пациентов и их родственников в оказываемой им психиатрической помощи является важным вневедомственным регулятором ее качества и позволяет планировать и развивать психиатрические службы на разных уровнях. Это требует создания системы постоянного мониторинга субъективной удовлетворенности пользователей психиатрической помощи - с целью выявления проблем и недостатков службы, а также участия объединений пользователей в создании программ развития психиатрической помощи и их оценке. При этом важной задачей является институционализация профессионального медицинского сообщества, активное вовлечение экспертов, руководителей психиатрических учреждений и других специалистов в процесс планирования и оценки качества психиатрической помощи.
5. Опросный метод оценки деятельности психиатрической службы разными категориями специалистов и пользователей помощи является важным методом оценки не только ее статической характеристики и качества, но и определения тех изменений в динамике, которые могут происходить в результате преобразований в психиатрической службе. В рамках опросных методов важное место занимает метод анализа иерархий, позволяющий выделять проблемы психиатрической службы, требующие первоочередного решения.
6. Препятствием к структурным преобразованиям психиатрической службы является, в первую очередь, несовершенство системы финансирования – нормативное распределение ресурсов. Необходимо предусмотреть переход к новым формам планирования и финансирования психиатрических учреждений, проводить сопоставление экономической эффективности новых видов помощи в рамках общественно-ориентированной психиатрии. При проведении реструктуризации

психиатрической службы сокращение стационарного звена должно происходить с перераспределением освобождающихся средств и направлением их на расширение внебольничных видов помощи.

7. Применение системного подхода при разработке модели психиатрической помощи позволяет объективно определять ее приоритеты, устанавливать наиболее значимые связи между медико-демографическими, клиническими индикаторами и результатами деятельности служб психического здоровья, определять различные по уровню актуальности проблемы психиатрии, строить долговременные и оперативные прогнозы, определять неиспользуемые резервы увеличения объема и повышения качества психиатрической помощи, оценивать эффективность деятельности ее различных звеньев.
8. Разработка региональных программ развития психиатрической помощи должна основываться на комплексном анализе показателей состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических служб, перспективной концепции развития помощи с учетом современных тенденций и передового опыта. В региональных программах приоритет должен отдаваться наиболее эффективным и менее затратным формам оказания помощи, опережающему развитию амбулаторного звена, а также использованию резервов межведомственного взаимодействия и интеграции психиатрической службы с другими звеньями регионального здравоохранения и социальной защиты.

Степень достоверности и апробация результатов. Результаты работы были получены с использованием общенаучных и апробированных специальных методов исследования с позиций доказательного подхода. Степень их достоверности определяется достаточным объемом наблюдений и репрезентативностью выборок респондентов. Используемые методы статистической обработки были адекватны поставленным задачам, при этом полученные данные сопоставлялись с данными других исследователей.

Сформулированные в диссертации положения, выводы и рекомендации аргументированы и логически вытекают из системного анализа результатов исследования.

Основные результаты исследования были доложены на 35 научно-практических форумах различного уровня – на 10 международных конференциях (Съезд Ассоциации психиатрических больниц Японии, Токио, Япония, 2008; «Problems actuels de la prise en charge psychiatrique» («Актуальные проблемы организации психиатрической помощи»), Экс-эн-Прованс, Франция, 2009; «Les enjeux de la psychiatrie dans les megapoles du 21eme siecle» («Задачи психиатрии в мегаполисах 21-го века»), Париж, Франция, 2009; 16-th World Congress of the WADP (16-й Международный конгресс Всемирной Академии динамической психиатрии), Мюнхен, 2011; 30-th Nordic Congress of Psychiatry (30-й Конгресс психиатрии северных стран), Тромсе, Норвегия, 2012; IV Национальный Конгресс неврологов, психиатров и наркологов Украины, Харьков, Украина, 2012; I Съезд Ассоциации специалистов в сфере психического здоровья, Алматы, Казахстан, 2013; XVII World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (XVII Всемирный конгресс по динамической психиатрии), Санкт-Петербург, 2014; 16-th WPA World Congress of Psychiatry (16-й Конгресс Всемирной психиатрической Ассоциации), Мадрид, Испания, 2014; 5 Европейская конференция по исследованию шизофрении, Берлин, 2015), 7 всероссийских конференциях с международным участием («Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации», Санкт-Петербург, 2008; «Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению», Санкт-Петербург, 2009; «Psychanalyse et psychiatrie» («Психоанализ и психиатрия»), Санкт-Петербург, 2010; «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России», Казань, 2012; «Психотерапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии», Санкт-Петербург, 2013; «Психическое здоровье семьи в современном мире»,

Томск, 2014; «Роль пациентских организаций и профессионального сообщества в совершенствовании психиатрической помощи», Санкт-Петербург, 2014), 10 всероссийских научных форумах (Третий Национальный конгресс по социальной психиатрии «Социальная психиатрия будущего», Москва, 2008; «Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи», Санкт-Петербург, 2009; XV съезд психиатров России, Москва, 2010; «Вопросы лечения психических заболеваний и организации психиатрической помощи», Москва, 2013; Всероссийская школа молодых психиатров, Суздаль, 2013; «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии», Самара, 2013; «Актуальные проблемы медико-социальной и психологической помощи», Санкт-Петербург, 2014; Всероссийская школа молодых психиатров, Суздаль, 2015; «Биопсихосоциальный подход к проблеме нейрореабилитации», Санкт-Петербург, 2015; XVI съезд психиатров России, Казань, 2015), 3 региональных научных форумах («Актуальные проблемы психиатрической помощи», Мурманск, 2012; «Актуальные проблемы развития психиатрической помощи», Вологда, 2013; «Вопросы преемственности в оказании психиатрической помощи», Санкт-Петербург, 2013) и 5 городских конференциях («Проблемы и перспективы развития стационарозамещающих форм психиатрической помощи населению Российской Федерации», Санкт-Петербург, 2012; «Новые методы психотерапии», Санкт-Петербург, 2013; «Проблемы развития психиатрической службы в Санкт-Петербурге», Санкт-Петербург, 2015; «Наследие профессора Б.А. Лебедева», Санкт-Петербург, 2015; «Конференция молодых психиатров Санкт-Петербурга», Санкт-Петербург, 2015). Основные результаты исследования также докладывались на Рабочем совещании главных психиатров органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации в МЗСР РФ (Москва, 2009), Рабочем совещании главных специалистов по психиатрии Северо-Западного федерального округа РФ «Проблемы и перспективы развития психиатрической службы в Северо-Западном федеральном округе» (Санкт-

Петербург, 2015), Рабочем совещании в МЗ РФ «О разработке концепции службы защиты прав пациентов, находящихся в стационарных психиатрических учреждениях» (Москва, 2015).

Личный вклад автора. Автором лично сформулированы цель, задачи исследования и рабочие гипотезы, составлены план и программа исследования, разработаны методика исследования и варианты специальных анкет опроса респондентов, осуществлен сбор материала, выполнены обобщение и анализ результатов исследования, научно обоснованы выводы и практические рекомендации. Доля участия автора в сборе и обработке данных составила 80%, в проведении клинико-статистических, клинико-эпидемиологических, социологических исследований – 90%, в обобщении и анализе результатов – 100%.

Публикации результатов исследования. По материалам и результатам исследования опубликовано 89 научных работ, включая 22 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК, из них 4 публикации в журналах, входящих в базы научного цитирования Web of Science и Scopus; 2 монографии, 2 методические рекомендации и 1 методическое пособие для врачей, 1 информационный справочник.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Введение. История развития психиатрической помощи за рубежом и в нашей стране нашла исчерпывающее отражение в фундаментальных работах Ю.В. Каннабиха (1929) и Т.И. Юдина (1951), в которых формирование различных ее видов освещалось в тесной связи с историей развития научных и теоретических представлений о природе психических заболеваний, о методах их распознавания, раннего выявления, лечения и предупреждения [102, 286]. Необходимость такого подхода подтвердил и П.Б. Ганнушкин, который в своем предисловии к «Истории психиатрии» Ю.В. Каннабиха отмечал, что при описании истории психиатрии необходима не только характеристика основных этапов ее становления, но и процесса развития различных дисциплин - биологии, социологии, философии и др. – которые, по мере накопления научных знаний, могут входить в тесное взаимодействие с активно развивающейся психиатрией, имеющей очевидные тенденции выхода за пределы психиатрических больниц [102].

Анализ последующего развития психиатрической помощи, происходившего в прошлом веке в нашей и в зарубежных странах, был дан во многих руководствах по психиатрии, монографиях, развернутых журнальных публикациях [46, 54, 96, 163, 256, 288, 299]. В них был отражен опыт создания национальных систем психиатрической помощи, освещена тенденция к интеграции усилий международного психиатрического сообщества по развитию современных форм помощи, определению перспектив её дальнейшего развития. К наиболее очевидным изменениям, которые произошли в мировой психиатрии конца прошлого века, многие авторы относят перенос акцента в оказании психиатрической помощи на внебольничное ее звено с привлечением аффилированных с психиатрией и органами здравоохранения государственных и общественных структур [57]. При этом речь идет не только о совершенствовании системы помощи,

улучшении её качества, но и о разработке программ охраны психического здоровья населения, в реализации которых, наряду с психиатрическими службами и органами здравоохранения, должны принимать участие смежные ведомства и структуры, государство и общество в целом. В анализируемый период отмечен резко возросший масштаб международного сотрудничества, в котором активное участие принимают представители отечественных психиатрических школ, психиатрических служб различных территорий страны [31].

С учетом сказанного, в настоящем разделе работы основное внимание будет уделено анализу изменений в психиатрии, которые происходили в последние десятилетия прошлого – начале текущего столетия, когда формировалась современная система психиатрической помощи. Проводимые в этот период реформы во многом были обусловлены достижениями психиатрической науки и практики, смежных с ними дисциплин, а также социально-экономическими преобразованиями, которые происходили во многих странах. Следствием этих изменений явилось построение новых моделей правовых, социальных, экономических, общественных и иных отношений, что не могло не оказать влияния на деятельность психиатрических институтов, характер оказываемой ими помощи, изменение сложившегося стереотипа отношений между специалистами психиатрических служб и их пациентами.

1.1. Общественно-ориентированная психиатрия – биопсихосоциальная модель психиатрической помощи.

Во второй половине прошлого столетия в мировой психиатрии произошли изменения, которые существенно повлияли на дальнейшее развитие психиатрических служб многих стран мира. Недостаточное финансовое обеспечение психиатрических больниц, антигуманные условия содержания и отсутствие правовой защиты пациентов повлекли за собой широкую волну общественных выступлений, в которых выдвигались

требования об улучшении материального обеспечения психиатрических лечебниц, о необходимости разработки эффективных лечебных программ, о выведении больных за пределы психиатрических стационаров, о резком сокращении числа последних [375, 411, 475]. Выдвигались также требования о необходимости гуманного отношения к психически больным, их общественной защиты и поддержки. Все эти выступления в последующем приняли характер мощных антипсихиатрических движений, исчерпывающий анализ которых был дан в целом ряде публикаций [326, 341, 351, 409, 461, 500, 519]. Другим важным фактором было принятие целого ряда международных документов, вышедших под эгидой Всемирной медицинской ассоциации (ВМА), Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА), ООН, Совета Европы. В них были регламентированы морально-этические нормы в медицине, соблюдение прав пациента и врача, «полная клиническая независимость» последнего при оказании помощи, право пациента на выбор врача, доступность медицинской помощи.

Эти события существенно влияли на процесс реформирования психиатрических служб, который в разных странах протекал в зависимости от уровня их развития, социально-экономических, политических условий и других факторов; однако общей тенденцией стала смена парадигм – переход от к антропологическому, холистическому подходу. В связи с этим Н.Г. Незнанов (2009) отмечает обстоятельства, обуславливающие возрастание интереса к целостному биопсихосоциальному подходу в психиатрии: 1. Негативное влияние современного образа жизни на психическое здоровье населения, рост заболеваемости психическими расстройствами, на которые приходится пять из 10 ведущих причин инвалидности, измеряемых с помощью показателей качества жизни. 2. Изменение структуры заболеваемости, смертности, нетрудоспособности во многих странах мира. По мнению автора, по этой причине медицинская (медико-биологическая) парадигма в психиатрии, основы которой были

сформулированы Э. Крепелиным, в настоящее время утрачивает результативность [162].

В противовес биомедицинской модели, биопсихосоциальный подход, как указывает G. Engel (1977, 1980), предлагает модель, представляющую динамическое единство иерархически организованных биологических, психических, социальных, культурных и общественных факторов. Биопсихосоциальная модель в исследовательском плане позволяет по-новому объяснить причину многих психических расстройств (таких, например, как шизофрения, тревожно-депрессивные расстройства и др.). В сфере охраны психического здоровья эта модель дает возможность обеспечить комплексный, мультидисциплинарный подход к лечению и реабилитации пациентов [390, 391].

Последнее обстоятельство представляется чрезвычайно важным для организации психиатрической помощи в современных условиях. В рамках биопсихосоциальной модели психические нарушения рассматриваются как результат констелляции множества факторов (биологических, психологических, социально-экономических, культурных и др.), каждый из которых необходимо принимать во внимание с целью оценки возможности патогенетического потенциала и последующей разработки терапевтических стратегий. Это, в свою очередь, определяет необходимость участия в процессе оказания помощи как медицинских (психиатры, медсестры, врачи общей практики), так и немедицинских специалистов (психологи, социальные работники, юристы, трудотерапевты и др.). Признание особой роли микросоциального окружения и семьи в рамках биопсихосоциальной модели указывает на факторы, которые могут либо способствовать благоприятному течению заболевания, либо ухудшать прогноз и увеличивать частоту рецидивов: коммуникативный стиль семьи, уровень эмоциональной экспрессии, прочность социальных связей, уровень её поддержки и др. Эффективность психиатрической помощи определяется тем, что ее службы максимально используют не только медицинские сети, но и все

общественные ресурсы – социальные институты, негосударственные организации, объединения бывших пациентов и их родственников [67, 264, 428].

Предложенная система помощи, в основу которой были положены принципы социальной интеграции психически больных, получила название общественной или общественно-ориентированной психиатрии (community-based psychiatry). И.Я. Гурович (2007) следующим образом формулирует ее принципы: возможно более полное перемещение психиатрической помощи непосредственно в социальную сферу; отказ от замкнутости традиционной матрицы специализированной службы и использование других государственных и общественных структур; изменение структуры психиатрической службы с приближением к населению в маломасштабном социальном окружении; полипрофессиональное бригадное обслуживание; оказание помощи с участием социального окружения; психосоциальное (наряду с фармакотерапией) лечение и психосоциальная реабилитация; обеспечение доступа ко всем организациям и учреждениям в сообществе, деятельность которых могла бы быть использована для улучшения социального функционирования и качества жизни психически больных [46].

Развитие современных психиатрических служб в направлении общественной модели часто рассматривают как процесс деинституционализации (радикальное уменьшение числа и размеров психиатрических больниц с формированием распределенных в сообществе звеньев помощи). Однако общинная (общественно-ориентированная) психиатрия – понятие куда более широкое, т.к. включает не только уменьшение объема стационарного звена, перемещение средств от институциональных учреждений к более разнообразным и приближенным к населению видам помощи. Это и вовлечение людей с психическими расстройствами в жизнь общества и развитие целого спектра видов обслуживания, неформальных видов поддержки [317, 352, 387, 400, 486]. Не останавливаясь на подробной характеристике деинституционализации в

психиатрии, исчерпывающее описание которой дано в зарубежной и отечественной литературе [256, 461, 500, 512], отметим лишь наиболее важные ее предпосылки.

К середине XX в. в отечественной и зарубежной психиатрии появились клинически обоснованные работы о формировании феномена руинирования, «больничного слабоумия» у пациентов с длительной госпитализацией [114, 121, 153, 284, 417, 579]. Возникновение в 1950-х гг. и успешное развитие психофармакологии дало возможность купировать острую психотическую симптоматику, изменило характер течения многих заболеваний и уменьшило их тяжесть, сократило сроки пребывания больных в стационаре. Увеличение числа и удельного веса пограничных форм заболеваний диктовало необходимость перестройки организации психиатрической помощи с созданием соответствующих внебольничных условий для этого контингента пациентов. Все это способствовало изменению структуры помощи и перемещению многих пациентов за стены психиатрических больниц [55, 256, 264, 299].

Как указывает E.J. Novella (2008), деинституционализация, которая формировалась по типу развивающейся цепной реакции, в течение двух десятилетий охватила все крупные западные страны: кризис старой модели и поиск новых альтернативных форм помощи происходили на фоне растущего интереса к психиатрии со стороны общества и СМИ, а также политической её поддержки в виде новых законодательных актов и финансового обеспечения [500]. Очевидным следствием этого процесса было резкое сокращение психиатрических больниц, в первую очередь, крупных, и резкое сокращение стационарных видов помощи, перенос акцента с больничного содержания пациентов на помощь в условиях социума [97, 104, 256, 285]. Практические результаты сокращения стационарных видов психиатрической помощи выразились в различных организационных, структурных и функциональных формах [164, 313, 319, 322, 370, 379, 461]. Приведем краткую характеристику основных из них.

Психиатрические отделения в соматических (многопрофильных)

больницах стали одной из главных альтернатив госпитализации в психиатрические стационары. К преимуществам этой формы оказания помощи относятся следующие: приближение ее к месту проживания пациентов; уменьшение типичной для психиатрических больниц изоляции, что обеспечивает лучшие условия для сохранения социальных связей пациентов; более комфортные условия содержания; отсутствие «клейма» психиатрической больницы, профилактика стигматизации; большие возможности для оказания всего спектра медицинских услуг, комплексных видов помощи за счет привлечения персонала и ресурсов соматического стационара [532, 561]. В ряде стран развитие этой формы помощи было масштабным (например, в Италии), в других странах полного отказа от содержания пациентов в психиатрических больницах не происходило.

Признавая эффективным данный вид оказания помощи, специалисты отмечают и такие недостатки его функционирования, как невозможность организации социально-трудовой реабилитации в условиях стационаров общесоматического профиля и сложности в организации неформальной обстановки, в которой нуждаются пациенты. Очевидно, что до сих пор сохраняются группы пациентов, для которых оптимальным остается лечение в условиях психиатрических стационаров: в эту группу входят больные с высокой степенью агрессии, риском суицида и самоповреждения, больные, в отношении которых требуется строгий контроль приема лекарств [256]. Организация психиатрического отделения в соматической больнице должна предусматривать четкий алгоритм и ресурсное обеспечение на случай экстренного перевода пациента в психиатрический стационар [54, 96].

С 1940-х гг. широкое применение получили ***полустационарные звенья помощи – дневные стационары*** (acute day hospital), профилированные по возрасту, степени инвалидизации пациентов, лечебно-реабилитационным задачам. При этом заметим, что эта форма помощи, вопреки существующему мнению, впервые возникла в нашей стране еще в 1930-е гг. [66] и лишь

позднее – в Канаде, Англии. Этот вид помощи имеет ряд несомненных преимуществ в клиническом, социальном и экономическом плане, в сравнении со стационарным [53]. При сравнении результатов лечения психически больных с острыми и затяжными психозами в обычных больницах и в дневных стационарах было установлено, что длительность пребывания в учреждениях обоих типов существенно не различалась, однако в процессе лечения в условиях дневного стационара улучшение психического состояния пациентов наступало быстрее, а стоимость лечения оказалась ниже. Нормативы обеспеченности местами в дневных стационарах в отдельных зарубежных странах достаточно высоки [54, 482].

Ассертивное лечение в сообществе (настойчивое лечение в сообществе, интенсивная психиатрическая внебольничная помощь, ассертивная внебольничная терапия, АСТ – assertive community treatment) адресовано пациентам с длительно текущим рецидивирующим хроническим заболеванием. АСТ считается эффективной формой амбулаторного ведения часто госпитализируемых тяжелых психически больных [378, 452, 463]. Основными принципами этой формы помощи являются следующие: проведение длительного (возможно, в течение нескольких лет) лечения полипрофессиональной бригадой специалистов по месту жительства больного, включение наряду с медикаментозным лечением и различных психосоциальных мероприятий. При сравнении АСТ с обычным амбулаторным обслуживанием установлено, что больные, вовлеченные в программы АСТ, более длительное время оставались в контакте с психиатрической службой, реже госпитализировались, имели лучшие исходы заболевания, способность к независимому проживанию [479, 513].

Ведение случая (case management – CM) является одной из форм амбулаторного ведения пациентов бригадой специалистов, положительно влияющей на комплайентность больных [481]. Позже была предложена модификация метода – интенсивное ведение случая (intensive case management – ICM), долгосрочное обслуживание больных с тяжелой

психической патологией, не требующей госпитализации в данный момент. По своей сути, ИСМ стал комбинацией двух методов – СМ и АСТ. Использование ИСМ позволяет снизить уровень госпитализаций и увеличить число амбулаторных пациентов, находящихся в контакте с психиатрической службой [308].

Сестринское обслуживание в сообществе (community psychiatric nurses – CPN). Данные об эффективности этого метода неоднозначны. По мнению ряда исследователей, CPN и лечение, осуществляемое врачами общей практики, эффективны в равной степени, а с экономической точки зрения, оно дешевле стационарного психиатрического лечения [369]. По другим данным, выводы о сравнительной эффективности этих программ недостаточно убедительны, поскольку неясно, какие группы больных при этом выигрывают [54].

Мультисервисные *общинные центры психического здоровья* оказывают внебольничную, полустационарную, неотложную, консультативную и реабилитационную помощь. Это направление включает разнообразные формы – консультативные клиники, мобильные бригады, программы для детей и подростков, программы трудового обучения и поддержки трудоустройства и другие [358, 367, 374, 447, 551, 580]. Содержание многих форм этой работы будет представлено ниже в разделе, посвященном психосоциальной реабилитации. Большой диапазон видов деятельности центров ориентирован на диагностику, лечение и реабилитацию психически больных в амбулаторных условиях, удовлетворение различных потребностей пациентов и решение задач охраны психического здоровья. Обратной стороной учреждений со столь разнообразными задачами является сложная структура помощи, что может приводить к её раздробленности и дисперсности, потере целостного подхода к ведению пациента и возрастанию нагрузки на семью [54].

Система «защищенного жилья». В процессе деинституционализации обнаружилось, что существует значительная группа больных, которые по

своему психическому состоянию могут быть выписаны из психиатрических стационаров, но не могут самостоятельно проживать в сообществе без соответствующей медицинской и социальной помощи из-за разной степени выраженности психического дефекта, утраты навыков самостоятельного проживания и социального функционирования, потери социальных связей [368, 427]. По указанным причинам многие из них надолго оседали в психиатрических больницах, хотя и не нуждались в стационарном лечении. Поэтому актуальной задачей стало создание аккомодационных форм психиатрической помощи, промежуточных между стационарным содержанием и самостоятельным проживанием [285, 354, 372, 377, 410, 419, 507]. Виды «защищенного жилья» включают различные формы резиденциального ухода и жилья с супервизией и поддержкой: отделения для длительного пребывания пациентов в психиатрических больницах; дома сестринского ухода; общежития; групповые дома с круглосуточным проживанием; патронажные дома; дома индивидуального ухода; квартиры в клубных домах; квартиры для индивидуального проживания [135, 208, 218, 470, 474]. Количество мест в резиденциальных учреждениях постоянно возрастает, обеспеченность ими в ряде европейских стран достигает 75-87 в расчете на 100 тыс. населения – в Ирландии, Австрии, Дании [516]; в Канаде потребность в «защищенном жилье» определяется в 170 мест соответственно [471].

В 1985 г. в докладе специалистов ВОЗ/ЕВРО, отражающем тенденции развития общественно-ориентированных форм психиатрической помощи, были даны следующие рекомендации по развитию психиатрических служб в европейских странах: размер крупных психиатрических больниц должен быть уменьшен; в больницах общего профиля должно быть обеспечено альтернативное стационарное психиатрическое лечение; специализированные (резиденциальные) учреждения должны быть максимально приближены к обслуживаемому населению; должны быть широко представлены амбулаторные службы и дневные стационары; следует

развивать экстрамуральные немедицинские службы с участием социальных работников, медицинских сестер; психиатрический персонал должен работать в составе мультидисциплинарных команд, обслуживающих определенные группы населения [250].

На основе биопсихосоциальной модели и принципов общественно-ориентированной психиатрии разработаны «Европейская декларация по охране психического здоровья» и «Европейский план по охране психического здоровья» (Хельсинки, 2005), которые предусматривают совершенствование законодательства в области охраны психического здоровья, улучшение качества обслуживания психически больных и разработку мер, направленных на снижение стигматизации и дискриминации лиц с психическими расстройствами [156].

1.2. Основные тенденции развития национальных психиатрических служб на рубеже 20-21 вв.

В настоящее время подходы к организации психиатрической помощи в разных странах имеют много общего. При этом говорить о единой модели охраны психического здоровья следует с известными оговорками: разные страны развивают свои психиатрические службы с учетом социально-экономических условий, культурных и этнических традиций. Необходимо также подчеркнуть, что анализ психиатрических служб в разных странах затруднителен из-за ограниченности обобщенных данных; исключение составляет относительно небольшое число зарубежных работ [250, 383, 443, 502, 523] и отдельные публикации отечественных авторов [96, 97, 98]. Как отмечают Р.А. Хальфин, В.С. Ястребов, Б.А. Казаковцев и соавт. (2004), отсутствие единой, межнациональной статистической базы затрудняет проведение полноценного сравнительного анализа деятельности национальных психиатрических служб [256]. Так, получить сопоставимые данные о числе психиатрических коек сложно, поскольку порой учитываются

только больничные койки; бывшие социалистические страны, например, не включают в их число койки в домах престарелых и инвалидов [143].

Остановимся на анализе наиболее важных преобразований, которые в течение последних десятилетий происходили в психиатрических службах отдельных стран.

США. С конца 1940-х гг. в стране стали организовываться первые центры общественной психиатрии [498], однако к 1955 г. они оказывали амбулаторную помощь лишь 22,6% пациентов от числа всех психически больных [98]. В больницах практиковались дневной режим, режим «открытых дверей», максимально ранняя выписка [418, 506]. Проводимое сокращение стационарного звена сопровождалось созданием амбулаторных центров психического здоровья, открытием психиатрических отделений в соматических больницах, полустационаров, различных форм «защищенного жилья» [256, 437]. В результате проводимой реформы с начала 1950-х гг. по 1974 г. число больных с длительными сроками госпитализации уменьшилось на 60%, уровень госпитализаций вырос в 2 раза, а число выписанных больных – в 4 раза [256]. Доля первичных больных с органическими мозговыми синдромами уменьшилась с 40% до 10%, доля впервые госпитализированных больных шизофренией – с 19% до 14%, а больных с другими психозами – с 14% до 3% [504]. К концу 1980-х гг. стационарную психиатрическую помощь оказывало 3 251 учреждение, из которых 8,8% были государственными, а 91,2% – частными, которые располагали 64,5% коечного фонда [98]. Почти за 40 лет обеспеченность психиатрическими койками в расчете на 10 тыс. населения уменьшилась с 33,9 до 2,1 [461]. В стране работают более 120 тыс. клинических психологов и более 40 тыс. психиатров, из которых около 10 тыс. работают в государственных учреждениях [94]. В последующие годы число психиатров продолжало расти, но доля тех, кто занимается частной практикой, уменьшается [525]. Существенное сокращение финансирования здравоохранения в начале 2000-х

гг. привело к резкому ухудшению качества психиатрической помощи, особенно в отношении лиц, не имеющих страховки [383].

Система психиатрической помощи в США большинством исследователей оценивается достаточно критично. Так, по мнению R.E. Drake и E. Latimer (2012), она представлена многочисленными независимыми обществами и отдельными поставщиками услуг, деятельность которых основана преимущественно на финансировании и прибыли, а не на потребностях общественного здравоохранения и предпочтениях пользователей помощи [383]. Из-за этого, а также из-за большого числа поставщиков стоимость медицинских услуг довольно высока. В 2009 г. расходы на здравоохранение в США составили 2,5 трлн. долларов, из которых 5,12% составили расходы на психиатрическую помощь [404]. Интеграция психиатрии с соматической сетью происходит недостаточно успешно: врачи общей практики выступают в качестве «фильтра» на пути движения пациента, однако оптимальность такой организации службы не бесспорна; предполагается, что часть пациентов недополучают помощь по этой причине [94, 402]. Негативными последствиями реформы являются бездомность и криминализация психически больных: 330 тысяч из 2 млн. заключенных в США имеют тяжелые психические расстройства [453, 553].

Канада. Развитие общественно-ориентированной психиатрии в стране происходило в русле положений т.н. «Саскачеванского плана» Лоусона, в котором были сформулированы принципы гуманного и индивидуализированного подхода к лечению и обслуживанию психически больных [464]. Деинституционализация включала организацию психиатрических отделений в больницах общего профиля; развитие амбулаторной помощи в сообществе, в т.ч. служб раннего и кризисного вмешательства, отделений первого психотического эпизода; привлечение пользователей помощи к её планированию и оценке; развитие групп самопомощи и взаимопомощи больных. Значение стационарного звена прогрессивно уменьшается, а средний срок лечения составляет 17 дней [165].

R.E. Drake и E. Latimer (2012) отмечают недостатки канадской системы охраны психического здоровья, расходы которой составляют 7,2% от общих расходов на здравоохранение: психиатры финансируются непосредственно государством независимо от качества помощи; при этом контроль их деятельности ограничен; права специалистов, участвующих в оказании помощи, защищены лучше, чем потребности пользователей; лекарственное обеспечение финансируется без ограничений, а оплата психосоциальных услуг ограничена; при большом ассортименте разнообразных, но нескоординированных услуг пациенту трудно в них сориентироваться; объем различных форм «защищенного жилья» недостаточен [383].

Рассматривая состояние психиатрической помощи в *Европе*, П. ван Вайнгарден-Кременс и С.В. Горюнов (2012) отмечают, что в российских публикациях нередко употребляется термин «европейская модель психиатрии», т.е. существует мнение о наличии общероссийских стандартов и требований, которые обязательны для всех стран Евросоюза. Однако при наличии общих организационных принципов, структура и методы оказания помощи в разных странах, даже соседних, могут кардинально отличаться [23].

Великобритания. Изменения в деятельности государственных психиатрических служб, начиная с 1970-х гг., заключались в сокращении числа и размеров психиатрических больниц; сокращении сроков стационарного лечения; открытии психиатрических отделений в соматических больницах; переводе больных с хроническими расстройствами в интернаты; организации проживания пациентов с менее тяжелыми расстройствами в общежитиях группами по 5-6 человек; развитию сети полустационаров, асертивного лечения, программ поддержки трудоустройства, досуга; усилении роли врачей общей практики [96, 98, 256]. С 1954 по 1996 г. в Великобритании было сокращено 110 тыс. психиатрических коек на фоне явно недостаточного числа организованных мест (13 тыс.) в интернатах и других звеньях системы «защищенного жилья» [98, 474]. Амбулаторные психиатрические службы оказались не в состоянии

в полной мере организовать систему стационарозамещения, что привело к росту требований расширения госпитальных форм лечения, увеличению числа коек психиатрических отделений в соматических больницах [441]. Проблему бездомных больных пытаются смягчить различными программами поддержки. Реализации первоначально поставленных задач, начиная с 1990-х гг., мешает недостаточное финансирование психиатрических учреждений [96, 524].

Италия. В 1978 г. в стране был принят один из наиболее радикальных законов, в основу которого была положена модель общественно-ориентированной психиатрии [256, 324, 376]. В итальянской модели психиатрической помощи М. Tansella и L. Burti (1999) выделяют следующие особенности: а) закрытие государственных психиатрических больниц за счет снижения уровня госпитализаций; б) активное развитие районных центров психического здоровья; в) широкое развертывание небольших (до 15 коек) психиатрических отделений в соматических больницах для пациентов с острыми расстройствами со средним сроком лечения в них 13 дней [555]. Ключевым вопросом реформы стало обеспечение пациентов местами в системе «защищенного жилья»: в 2000 г. 1 370 негоспитальных резиденциальных центров насчитывали 17 138 мест [376]. По мнению итальянских исследователей, длительное лечение в амбулаторных условиях имеет неоспоримые преимущества - способствует уменьшению зависимости пациента от психиатрических служб и позволяет полностью отказаться от психиатрических больниц [328]. Среди европейских стран Италия отличается наиболее выразительными результатами деинституционализации: в 1963 г. число психиатрических коек составляло 91 868, в 1998г. – 7 704 [96, 256]. В 1999 г. была закрыта последняя психиатрическая больница, в результате в Италии уже выросло поколение психиатров, которые никогда не работали в психиатрическом стационаре.

Германия. Деинституционализация в Германии включала сокращение коечного фонда психиатрических больниц с сокращением сроков лечения;

развитие амбулаторных форм помощи в общинных центрах психического здоровья, дневных стационарах; перевод хронически больных из стационаров в дома резиденциального типа и в общежития. Немецкие психиатры позитивным результатом считают опыт организации психиатрических отделений в соматических больницах, что способствует интеграции психиатрии в общую медицину и приближению ее к сообществу [330], взаимодействие психиатрических больниц и социальных служб по месту жительства, развитие различных форм психосоциальной реабилитации, групп взаимопомощи [548]. Сокращение числа психиатрических коек в Германии было не столь резким, как во многих других европейских странах: 117 596 коек в 1972 г., 54 088 коек – в 2005 г. Постепенно сокращались и сроки стационарного лечения (в 1990 г. они составляли, в среднем, 66,5 дней, в 2005 г. – 25,3 дней). В начале 1970-х гг. обеспеченность психиатрическими койками составляла 18 в расчете на 10 тыс. населения, в 2000г. – от 4 до 8 [342]. В 2005 г. из числа всех коек 40% находились в психиатрических отделениях соматических больниц [209]. После объединения ФРГ и ГДР система психиатрической помощи в Германии отличалась некоторой стагнацией, что было связано с сокращением финансирования. Несмотря на снижение уровня госпитализаций, стационарная служба все еще занимает значительно место в связи с лучшим финансированием, квалифицированной диагностикой и лучшей организацией лечения [407]. Перспектива деинституционализации является предметом дискуссий: высказывается мнение о том, что дальнейшее сокращение коек должно быть приостановлено до того времени, когда уровень амбулаторных служб, их лечебных и реабилитационных возможностей будет признан достаточным [143, 342].

Франция. Начиная с конца 1960-х гг. основным направлением развития психиатрической помощи во Франции стала секторизация, районирование (sector psychiatry). В настоящее время психиатрическая служба одного сектора (района с населением около 500 тыс. чел.) включает 3 обязательных

элемента: психиатрическую больницу (примерно на 300 коек), амбулаторную службу и патронаж. За больницами закреплено определенное количество территориального «защищенного жилья» для временного или постоянного проживания реконвалесцентов. Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается полипрофессиональными бригадами в дневных стационарах, бригадами кризисных вмешательств, бригадами асертивного лечения. Система патронажа предусматривает оплату содержания психически больных в семьях и психообразование членов семей. В начале 1970-х гг. во Франции насчитывалось около 120 тыс. психиатрических коек, в период деинституционализации их число уменьшилось на $\frac{3}{4}$, а уровень госпитализаций вырос. Обеспеченность психиатрическими койками составляет 16,5 в расчете на 10 тыс. населения; сроки стационарного лечения составляют 15-30 дней [94, 96]. Признавая несомненные достижения секторальной психиатрии, французские психиатры отмечают диспропорции в организации помощи, отсутствие координации между психиатрическими учреждениями и системой социального обеспечения, бюрократизацию управленческих структур. Значительная часть госпитализаций связана с т.н. «социальными показаниями». Секторальная система психиатрической помощи остается ригидной, предпочитающей госпитализацию, располагающей к хронизации пациентов [518]. Активность психиатрических служб непосредственно в сообществе остается недостаточной [99].

Бельгия. С 1974 г. реформа психиатрической помощи проводится по двум основным направлениям: секторизация (по французскому образцу) и развитие амбулаторных центров психического здоровья в коммунах. Психиатрия находится в системе медицинского страхования. В период 1976-2008 гг. число психиатрических коек сократилось с 26 728 до 15 716, т.е. на 41%; около 12% их сосредоточено в соматических больницах. Психиатрические стационары развивают специализацию и дифференциацию помощи; сокращаются сроки лечения. Внебольничная помощь включает асертивное лечение, кризисные службы, клубные дома, центры

трудоустройства, службы профилактики суицидов, отделения первого психотического эпизода, лечения пациентов из группы сексуальных меньшинств. До настоящего времени объем амбулаторной помощи недостаточен, что, по мнению исследователей, сдерживает дальнейшее сокращение коечного фонда [137].

Нидерланды. Структура государственной психиатрической помощи включает 2 уровня: I линия (семейные врачи, социальные работники, медсестры) обеспечивает амбулаторную помощь пациентам с легкими психическими и социальными проблемами; II линия (психиатры в психиатрических больницах или амбулаторных учреждениях; клинические психологи, нейропсихологи) обеспечивает лечение осложненных психических нарушений и выраженных расстройств личности. Ведущими амбулаторными учреждениями являются дневные стационары. Интересной формой лечения пациентов с острыми психическими расстройствами является т.н. домашняя психиатрическая служба SPITS, которая позволяет снизить уровень экстренных госпитализаций и оказывать помощь пациентам, которые отказываются от госпитализации [23].

В *Испании* развитие амбулаторных психиатрических служб нередко тормозится сохраняющейся стигматизацией и настороженным отношением к деинституционализации местных органов власти. Тем не менее, с 1973 г. по 1995 г. число психиатрических коек уменьшилось с 43 000 до 14 989, т.е. почти в три раза, и обеспеченность ими составляет 3,8 в расчете на 10 тыс. населения [96]. Помощь в амбулаторных условиях оказывается полипрофессиональными бригадами с активным привлечением пользователей [565]. В *Греции* происходит перемещение коек из психиатрических больниц в психиатрические отделения соматических стационаров (число этих подразделений за последние 20 лет выросло в 15 раз), развитие общинных психиатрических центров и детских клиник, увеличение мощности дневных стационаров и наращивание числа мест в резиденциальных учреждениях [362]. В *Турции* общественно-

ориентированные формы помощи активно развиваются, однако их уровень все еще остается недостаточным [96]. В *Израиле* психиатрические службы, несмотря на рост уровня приватизации, обеспечиваются государством. Процесс перехода от госпитальной к общинной модели сопровождается активным развитием сети общежитий и приютов. Отмечается разобщенность амбулаторных служб, что мешает пациентам сориентироваться в ассортименте услуг и порождает диспропорции в финансовом обеспечении [99, 567].

К общим характеристикам психиатрической помощи стран *Северной Европы* Х. Фримен, Дж. Хендерсон и В. Рутц (2001) относят: а) деинституционализацию; б) приоритетное развитие амбулаторных служб; в) децентрализацию и секторизацию. Важным элементом совершенствования системы психиатрической помощи в этом регионе, по мнению авторов, является децентрализация стационарного звена, открытие психиатрических отделений в соматических больницах, доля которых в общем числе психиатрических коек неуклонно растет. При этом отмечаются и определенные различия: в частности, доля коечного фонда, аккумулированная в психиатрических отделениях соматических больниц, составляла от 10% (в Финляндии) до 100% (в Исландии) [250].

Швеция. Основными направлениями реформы стали: секторизация; уменьшение числа и размеров психиатрических больниц; перемещение коек в отделения соматических больниц; открытие амбулаторных психиатрических центров; развитие «защищенного жилья»; широкое использование психосоциального лечения и реабилитации. За полвека (1960-2011 гг.) число психиатрических коек уменьшилось с 35 тыс. до 4 тыс., параллельно было открыто более 500 амбулаторных психиатрических центров. Шведская психиатрия в значительной степени трансформировалась из госпитальной в общинную, однако в последние годы отмечается недостаток имеющихся коек. Отсутствует достаточная координация

амбулаторных служб и не всегда удается оценить эффективность различных психосоциальных программ ввиду их многообразия [257, 258].

Дания. Деинституционализация в Дании проводилась наиболее активно в сравнении с другими северными странами. В 1970 г. обеспеченность психиатрическими койками составляла около 22 в расчете на 10 тыс. населения, в 1992 г. – 8 [250], однако следует отметить, что в 1990-е гг. этот процесс замедлился [96]. Основным звеном службы стали амбулаторные психиатрические центры; активно используется ассертивное лечение [478].

Финляндия. Все заботы о психически больных были переданы в ведение общин; государство финансирует общины и контролирует качество оказываемых ими услуг. Основным звеном помощи являются амбулаторные центры, часть которых открывалась на базе прежних психиатрических стационаров. Активно внедрялись программы психосоциальной реабилитации, важное место в которых занимают трудотерапия и трудоустройство с поддержкой [208, 505]. В 1960-е гг. в психиатрических больницах и интернатах насчитывалось почти 20 тыс. коек, в 2000 г. – 1 200. Ряд специалистов полагают, что в ближайшие годы психиатрическое стационарное обслуживание может быть полностью прекращено [200].

Отразив наиболее важные этапы развития психиатрической помощи в т.н. развитых странах, в рамках нашего исследования за неимением места остановимся лишь на наиболее типичных, обобщённых характеристиках действующих психиатрических служб в других странах и регионах мира.

Район Юго-Восточной Азии, объединяющий 15 стран, отличается отчетливым культуральным, религиозным и социально-экономическим разнообразием. По мнению Н. Ito, Y. Setoya, Y. Suzuki (2012), это обстоятельство оказывает существенное влияние на организацию психиатрической помощи в регионе, в котором отмечается небольшая доля расходов на психиатрию в общем бюджете здравоохранения (от 1 до 5%), бытуют предрассудки в представлениях о природе психических заболеваний,

отмечается стигматизация и дискриминация психически больных, сильно влияние народной медицины, практики целителей [443].

Психиатрические службы *Южной Кореи и Монголии* характеризуются доминированием институциональных форм помощи, однако в Южной Корее отмечается значительный прогресс в развитии амбулаторного звена, внедряется активное лечение в сообществе с учетом культурных особенностей, создаются дома группового проживания, что позволяет снижать уровень госпитализации и уменьшать стационарный сегмент [98, 443]. В *Малайзии* развитие общественно-ориентированных форм осложняется финансовыми трудностями и выраженной стигматизацией психически больных. Формы амбулаторного лечения и реабилитации развиты мало и ограничены, в основном, трудотерапией [536]. В *Китае* важную роль играют стационар на дому, лечебно-трудовые мастерские, «сельская попечительская сеть». В *Сингапуре* получило развитие лечение на дому т.н. кризисными группами и психиатрическими бригадами медицинских сестер. На *Тайване* с 1985 г. активно развивается амбулаторная психиатрическая служба; открытие психиатрических отделений в соматических больницах, дневных стационаров и мастерских, внедрение психосоциальной реабилитации позволяет снизить уровень госпитализаций, уменьшить сроки стационарного лечения [98, 359].

Очевидным диссонансом в описываемой ситуации выступает система организации психиатрической помощи в *Японии*, где государственная политика ориентирована, прежде всего, на развитие стационарного звена. Традиционно семья психически больного готова скорее госпитализировать его, чем ухаживать за ним в семье или обеспечивать такой уход в общине. Причиной этого является высокий уровень стигматизации психически больных [253]. Большинство психиатрических больниц в Японии являются частными и заинтересованы в сохранении большого числа пациентов [499]. Амбулаторная психиатрическая помощь плохо финансируется и развита

мало. Запланированная в 2004 г. деинституционализация в японской психиатрии была отложена до более поздних времен [253, 493].

Развитие психиатрической помощи в *Австралии*, начиная с 1960-х гг., во многом соотносится с аналогичными процессами в т.н. развитых странах Европы и Северной Америки. Предпочтение отдается кратковременным вмешательствам в амбулаторных условиях или в сочетании с кратковременной госпитализацией [456]. Широко используется перевод хронизированных пациентов в групповые дома совместного проживания. В качестве важного направления дальнейшего развития помощи рассматривается консультативная психиатрия [546].

Как отмечают А. Okasha, Е. Karam, Т. Okasha (2012), получение многих данных о состоянии психиатрической помощи в *22 арабских странах*, входящих в Лигу арабских государств затруднено. Согласно данным регионального бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья по 20 странам, уровень финансирования психиатрической помощи в них низкий. Законодательство о психиатрической помощи разработано в небольшой части государств, а в некоторых – отсутствует сама система психиатрической помощи. В большинстве стран отмечается выраженная нехватка специалистов, в некоторых странах помощь оказывают не специалисты, а врачи общей практики. Уровень обеспеченности психиатрическими койками в этом регионе колеблется от 0,5 до 3, в расчете на 10 тыс. населения [502].

В *регионе Латинской Америки и стран Карибского бассейна*, включающем 34 государства, отмечаются значительные колебания в уровне финансирования, кадрового обеспечения, законодательного регулирования и доступности психиатрической помощи. По мнению D. Razzouk, G. Gregorio, R. Antunes, J. De Mari (2012), в большинстве стран психиатрические службы являются госпитально-ориентированными, психиатрическая помощь сосредоточена в психиатрических больницах. Проводимое с конца 1990-х гг. реформирование служб происходило путем интеграции психиатрической помощи в первичную медицинскую сеть, в психиатрические отделения

соматических больниц [523]. Наиболее заметные изменения отмечаются в *Аргентине, Бразилии, Чили, Мексике, Сальвадоре, Белизе, на Кубе* и в некоторых других странах, где наблюдается уменьшение стационарного сегмента, создание «защищенного жилья» и амбулаторных психиатрических центров, внедрение асертивного лечения и полипрофессионального обслуживания [98, 523]. Значительная часть населения проживает в бедности и не обеспечивается достаточной помощью [94].

Страны бывшего социалистического лагеря и бывшие республики СССР приступили к реформам служб охраны психического здоровья в начале 1990-х гг., однако этот процесс осложнялся экономическими трудностями и выраженными социальными изменениями [98]. На тот момент характерными особенностями психиатрических служб стран Восточной Европы, по данным исследования, проведенного Х. Фрименом, Дж. Хендерсоном и В. Рутсем (2001), являлись наличие крупных психиатрических больниц, концентрация в структуре больниц от 70% до 80% психиатрических коек, плачевное состояние многих психиатрических стационаров, недифференцированные, устаревшие методы лечения, сравнительно низкая обеспеченность населения врачами-психиатрами [250]. Проведенное в конце 1990-х гг. исследование шести стран (Болгария, Венгрия, Литва, Украина, Азербайджан, Кыргызстан) показало, что, несмотря на наличие нового законодательства, взаимоотношения специалистов и пациентов остаются в рамках прежней патерналистской модели, сохраняется культура зависимости и контроля. Различия в развитии психиатрических служб Восточной и Западной Европы хорошо видны на примере бывших ГДР и ФРГ [94].

В *Польше* психиатрическая служба система страдает от неравномерного распределения средств, дефицита квалифицированного персонала. Сохраняется концентрация коек в крупных психиатрических больницах, находящихся на отдалении от места проживания пациентов. Около 22% больных госпитализируются в стационары по социальным и

бытовым показаниям, 25% нуждаются в переводе на лечение в дневные стационары или в домашнем лечении [384, 521]. В *Венгрии* число психиатрических коек уменьшилось с 9 до 3,5 в расчете на 10 тыс. населения, однако создание амбулаторных психиатрических служб происходит недостаточно активно. Психиатрическая служба в *Чехии* остается госпитально-ориентированной, хотя в период 1989-2000 гг. число психиатрических коек сократилось на треть. Развиваются амбулаторные формы помощи; около половины психиатров работают во внебольничных условиях [433]. В конце 1980-х гг. психиатрические службы стран бывшей *Югославии* были представлены крупными психиатрическими больницами и небольшими университетскими клиниками. В настоящее время в балканских странах идет процесс развития внебольничных служб, однако их уровень остается недостаточным [356, 434, 552].

Прибалтийские республики (*Латвия, Литва, Эстония*) унаследовали от советских времен развитую систему амбулаторной психиатрической службы, довольно хорошее состояние материально-технической базы психиатрических учреждений. В этих странах идет процесс развития общественно-ориентированных видов помощи и сокращение стационарного звена [311, 520]. Так, в Эстонии число коек сократилось почти в два раза, психиатрические больницы перестали быть самостоятельными учреждениями и вошли в состав многопрофильных больниц. Уровень их автономности значительно снизился, однако возросла интеграция с соматической медициной; источником финансирования является медицинское страхование. Проблемами являются недостаточный объем помощи больным с хроническими и тяжелыми заболеваниями, а также кадровый дефицит: врачи и медсестры прибалтийских государств «дрейфуют» в скандинавские страны из-за существенной разницы в уровне заработной платы [129].

Реформа психиатрической службы в *Грузии*, начатая в 1995 г., тормозится недостаточностью материальных ресурсов; создание новых

клиник и центров социальной реабилитации осуществляется с помощью международных организаций [337]. В *Армении* в период с 1988 по 2007 г. число психиатрических коек сократилось с 3 000 до 1 400. В последние годы уровень госпитализации не растет, и обсуждается вопрос о преобразовании стационаров в центры психосоциальной реабилитации [247].

Процесс деинституционализации в *Украине* происходит достаточно осторожно: с 1998 по 2007 г. число психиатрических коек было сокращено всего на 11,9%; при этом отмечается снижение уровня госпитализации. Развитие психиатрической службы включает открытие новых мест в дневных стационарах, психиатрических и психотерапевтических кабинетов, внедрение полипрофессионального бригадного обслуживания, различных форм психосоциального лечения и реабилитации, более тесную интеграцию с соматической медициной [73].

Завершая обзор данного раздела главы, подчеркнем, что за последние десятилетия в большинстве стран реформирование психиатрических служб происходило, главным образом, путем уменьшения стационарного звена, развития разнообразных видов амбулаторной помощи, интеграции психиатрии с соматической медициной, внедрения реабилитации и психосоциального лечения. Однако, несмотря на результаты деинституционализации, психиатрические койки все еще составляют около 2/3 всех больничных коек в системе европейского здравоохранения [581]. О том, в какой мере эти преобразования в мировой психиатрии повлияли на отечественную систему психиатрической помощи, речь пойдет в следующем разделе этой главы.

1.3. Тенденции развития отечественной психиатрии в постсоветский период.

Достижением отечественной психиатрии в советский период было создание единой доступной системы психиатрической помощи, включавшей организованную по территориальному принципу сеть амбулаторных

учреждений (ПНД, психиатрические кабинеты), полустационарных и больничных видов помощи [157]. Примечательно, что эти изменения происходили в условиях, при которых строительство новых психиатрических стационаров практически не велось, а интенсивное увеличение коечного фонда происходило за счет развертывания коек в приспособленных освобождающихся зданиях, а также за счет «уплотнения» существующих больниц [76]. В 1970-1980-е гг. в стране был разработан научно обоснованный клинический подход к реабилитации психически больных, который позволил создать ряд направлений, превратившихся в своего рода реабилитационные школы – комплексной реабилитации, промышленной реабилитации, сельскохозяйственной реабилитации, [89, 90, 91, 120, 131].

Говоря в целом о системе отечественной психиатрической помощи в конце XX в., следует отметить ряд ее несомненных достоинств, которые выражались в разветвленной структуре амбулаторного наблюдения и лечения больных по территориальному принципу, развитой системе социально-трудовой реабилитации, наличии государственного пакета социальных гарантий для психически больных с хроническим течением заболевания - в виде бесплатного лекарственного обеспечения, жилищных льгот для психически больных и др. При этом необходимо отметить и очевидные её недостатки – жесткость системы диспансерного наблюдения со значительным числом социальных ограничений для пациентов, находящихся под наблюдением; стационароцентричный характер психиатрической помощи; «закрытость» психиатрических больниц, широкое использование в них мер стеснения и изоляции; дефицит медицинских психологов, психотерапевтов, социальных работников.

Начиная с 1980-х гг., наряду с расширением диспансерного звена, происходило развитие психиатрической помощи за пределы ее традиционной структуры, создание внедиспансерного раздела, внедрение ряда звеньев психиатрической службы в общество. В частности, наблюдалось открытие психотерапевтических и психоневрологических кабинетов в районных

поликлиниках и иных общемедицинских учреждениях, профилированных для различных нозологических и возрастных групп пациентов; развитие сети подразделений по лечению патологии речи, нейрореабилитации; развитие суицидологической службы; оказание иных специализированных видов помощи (сексологической, психоэндокринологической и др.) [107].

Дальнейшие кардинальные изменения в отечественной психиатрии были обусловлены происходившими в конце 1980-х – начале 1990-х гг. политическими и социально-экономическими процессами. В период объявленной в стране гласности и перестройки в отечественных СМИ развернулась масштабная антипсихиатрическая кампания. Ее результатом стали массовые обвинения отечественных психиатров в злоупотреблении психиатрией, в антигуманном отношении к психически больным, требования закрытия психиатрических больниц, разработки законодательных актов регламентации деятельности психиатров и психиатрических учреждений. Закономерным результатом сложившегося положения стало резкое снижение обращаемости населения за психиатрической помощью. Вторым важным обстоятельством, определившим характер дальнейших преобразований отечественной психиатрии, было принятие в 1992 г. ФЗ РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", а также этических стандартов психиатрической помощи. В условиях политической, социальной и экономической нестабильности, резкого снижения общего уровня жизни населения особенно отчетливо проявилась социальная уязвимость и незащищенность психически больных, которые стали первыми жертвами проводимых реформ, были вытеснены из сферы производства, не имея возможности трудоустроиться. Из-за экономического кризиса в России возможности социального восстановления психически больных резко уменьшились [45, 261]. Деятельность создаваемой в течение многих лет системы социально-трудовой реабилитации во многом была сокращена [50, 271].

Тяжелое материальное положение больных, отсутствие необходимых лекарств в амбулаторных условиях, ослабление родственных связей и социальной поддержки обусловили рост числа госпитализаций по т.н. «социальным показаниям», когда пациент (или его родственники) были вынуждены использовать госпитализацию для решения социальных и бытовых вопросов. Характерной особенностью стало появление новой группы психически больных, которые стали жертвами преступных махинаций и утратили жильё за время длительного пребывания в стационаре [136, 215]. С 1991 по 2013 г. общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ выросла с 2 366,8 до 2 802,4 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 18,4%. Наибольший рост отмечался в группе больных психическими расстройствами непсихотического характера (40,1%); они занимают более половины (51,5%) в структуре общей заболеваемости. Число психически больных, имеющих группу инвалидности, выросло с 425,9 до 721,9 (на 67,0%). Рост числа инвалидов к настоящему времени замедлился, а показатель первичной инвалидности относительно стабилизировался [263]. В 1991 г. он составлял 28,4 в расчете на 100 тыс. населения, к 1998 г. вырос до 41,7, а к 2014 г. составляет 27,2 соответственно.

Утяжеление внебольничного контингента лиц с психическими расстройствами во многом связано с влиянием социально-экономических факторов, затрудняющих адаптацию лиц с психическими расстройствами. Так, одним из них, способствующих росту инвалидности, является недостаточная развитость социально-трудовой реабилитации; в указанный период число психически больных инвалидов, охваченных различными формами трудовой реабилитации, снизилось до критического уровня: работающих в ЛТМ – с 2,8% до 0,2% от общего числа инвалидов, работающих на общем производстве – с 8,6% до 3,1% соответственно. Вынужденная незанятость привела к тому, что большая часть инвалидов не участвуют ни в какой социально-трудовой деятельности, а работающие инвалиды, в основном, заняты неквалифицированным трудом.

В анализируемый период обеспеченность населения врачами-психиатрами в расчете на 10 тыс. населения выросла незначительно, с 0,88 до 0,9, т.е. на 2,3%, а обеспеченность врачами-психотерапевтами с 0,06 до 0,1, т.е. на 66,7% соответственно. Число психиатрических больниц сократилось с 288 до 216, число ПНД, имеющих стационарные отделения – с 97 до 73. Число психиатрических коек уменьшилось с 195 961 до 138 950 (на 29,1%), а обеспеченность психиатрическими койками в расчете на 10 тыс. населения – с 13,2 до 9,5, т.е. на 28,1%. При этом потребность в стационарной помощи не уменьшилась: уровень госпитализации несколько вырос с 417,2 до 429,9 в расчете на 100 тыс. населения (на 3,0%). Средний срок стационарного лечения уменьшился на 23,3% – с 98,0 до 75,2 дней. Наиболее проблемной группой больничного контингента остаются пациенты, находящиеся в стационаре свыше 1 года (в 1991 г. их доля составляла 22,9%, в 2014 г. – 21,8%): значительная часть коечного фонда при этом оказывается выключенной из коечного оборота [50, 59, 60].

Проводимая в стране деинституционализация предполагала расширение амбулаторных форм помощи, развитие стационарозамещающих технологий, активное внедрение в практику психосоциального лечения и реабилитации [46, 116, 256]. Однако спустя два десятилетия после начала реформ при умеренном сокращении коечного фонда ожидаемого расширения системы внебольничной помощи не произошло. Число ПНД сократилось со 154 до 98; начиная с 2009 г. происходит сокращение числа психотерапевтических кабинетов, начиная с 2010 г. – числа психиатрических кабинетов. Число сметных мест в дневных стационарах остается явно недостаточным. Созданная в советский период система социально-трудовой реабилитации была дезинтегрирована и в значительной степени разрушена [59]. Число мест в ЛТМ для амбулаторных больных в расчете на 100 тыс. населения уменьшилось с 11,2 до 3,7. Медленные темпы деинституционализации отдельными авторами объясняются, с одной стороны, оправданной осторожностью психиатров в отношении

кардинальных преобразований в стационарном звене, качество помощи которого в прошлом считалось важным достижением отечественной психиатрии, а, с другой стороны, рядом проблем финансово-экономического, административного плана, которые замедляют переход на новые организационные формы [291]. При этом следует согласиться с Н.Д. Букреевой (2011), которая в качестве главных проблем выделяет несоответствие принципов планирования, управления и финансирования психиатрической помощи современным потребностям, а также законодательно и нормативно ограниченную связь с первичной медицинской помощью [16].

Рассматривая в целом изменения в отечественной психиатрии в постсоветский период, многие исследователи указывают, что, несмотря на кризисные явления 1990-х гг., основные типы психиатрических учреждений, существовавшие многие годы, были сохранены; стала более дифференцированной внебольничная помощь, развиваются стационарозамещающие технологии; кадровый ресурс службы был сохранен. При этом авторы отмечают, что в настоящее время деинституционализация в РФ пока ни качественно, ни количественно не завершена, и фиксируют нерешенные проблемы – недостаточную децентрализацию помощи; недостаточное развитие амбулаторной помощи и даже минимизацию различных ее форм, доказавших свою эффективность; слабое участие пользователей помощи в процессе её планирования и оценки; недостаточный уровень финансирования и не оптимальное использование имеющихся ресурсов [62, 98, 116, 256].

Оценивая результаты реформы, И.Я. Гурович (2007) считает, что преобразования в психиатрической службе происходили *не столько в структурном, сколько в методическо-организационном плане*. Автор отмечает наиболее значимые изменения: 1) принятие в 1992 г. ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; 2) отмена действовавшей в течение многих десятилетий жесткой системы

диспансерного учета и наблюдения за психически больными; 3) переход от медицинской к биопсихосоциальной модели помощи и полипрофессиональному бригадному методу ее оказания; 4) разработка концепции организации и планирования сети и структуры психиатрических учреждений в зависимости от типа региона; 5) разработка моделей диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств; б) разработка образовательных стандартов по психиатрии, психотерапии, клинической психологии и социальной работе [46].

Подводя итог сказанному, следует отметить, что за последние десятилетия в отечественной психиатрии произошел ряд изменений, направленных на улучшение качества психиатрической помощи, регламентацию деятельности психиатрической службы. Вместе с тем, необходимо *проведение структурных изменений в системе помощи* в виде её децентрализации, открытия психиатрических отделений в составе больниц общего профиля [264, 291], внедрении различных форм полустационарной психиатрической помощи с различными видами режимов и организации помощи пациентам разных нозологических и возрастных групп [46, 47, 264], организации специального жилья для хронически психически больных, утративших жилье и социальные связи [54, 135, 263], широкого внедрения во внебольничную практику различных социализирующих программ [61, 117, 281, 301].

1.4. Соотношение стационарного и амбулаторного звеньев в системе современной психиатрической помощи.

G. Thornicroft и M. Tansella (2002) процесс развития стационарной психиатрической помощи разделяют на три условных исторических этапа: период развития психиатрических больниц, период их отрицания и период баланса больничной и общественно-ориентированной психиатрической помощи [559]. Психиатрические больницы, на первых порах выполнявшие

функции призрения больных, в последующем стали играть роль основной клинической базы, а затем и учебно-образовательных и научных центров.

Активные изменения в организации психиатрической помощи относятся к 1920-1930 гг., когда начала создаваться развернутая сеть амбулаторных психиатрических учреждений. Начиная с 1960-х гг., наряду с медикаментозным лечением больные стали получать различные виды социальной помощи и поддержки, что позволяло многим из них сохранять свой профессиональный и социальный статус, а в условиях специально созданных учреждений приобретать новые трудовые навыки. Это обстоятельство давало основание отдельным авторам [158] говорить о формировании в этот период нового направления – социальной психиатрии. К концу XX в. во многих странах мира окончательно сформировалась система психиатрических служб, включающих стационарное, полустационарное и внебольничное звено. На фоне проводимых преобразований проблема развития госпитальных видов помощи приобрела менее актуальный характер.

В связи этим стали появляться работы, посвященные определению реального места стационарного звена в современной психиатрической службе, контингента больных и их численности, объема оказываемой помощи, клинической, социальной и экономической эффективности учреждений стационарного типа, а также перспективам дальнейшего развития стационарной психиатрической помощи [116, 264, 275, 278, 289, 291, 299]. Дискуссия по этой проблеме остается одной из основных в современной психиатрии [389, 393, 394, 429, 503, 563, 572, 576].

Как уже отмечалось, деинституционализация в отечественной психиатрии проводилась более медленными, в сравнении с зарубежными странами, темпами, что объяснялось осторожным отношением специалистов к кардинальным преобразованиям в стационарном звене, а также рядом проблем системного характера, которые замедляли процесс внедрения современных, более эффективных, с клинической, социальной и

экономической точек зрения, организационных форм помощи. При этом озабоченность руководителей психиатрических служб вызывал тот факт, что сокращение коечного фонда больничных учреждений происходило без сохранения материальных и кадровых ресурсов, которые в результате реструктуризации могли быть использованы для расширения помощи внебольничным контингентам больных. Отмеченное обстоятельство объясняет важность обсуждения роли и места психиатрических больниц в общей системе современной психиатрической помощи в нескольких основных аспектах.

Научно-клинический аспект. По мнению А.В. Снежневского (1939), в психиатрии, в отличие от всех остальных медицинских дисциплин, тема организации лечебного дела в условиях психиатрической больницы в наибольшей степени оказалась связанной с теоретическими, терапевтическими и организационными вопросами [227]. Аналогичных взглядов придерживаются и другие отечественные психиатры [157, 158], отмечавшие, что на протяжении всего периода своего существования психиатрическая клиника оставалась основной базой, где формировались научные школы и велись теоретические разработки, проводилась первичная подготовка и повышение квалификации специалистов, исследования новых видов лечения, апробация нового лечебно-диагностического оборудования. В свою очередь, дальнейшее развитие госпитальной помощи во многом определялось теми теоретическими представлениями, которые существовали в разных психиатрических школах. Различия в научных взглядах отечественных и зарубежных психиатров на природу психических заболеваний, методы их лечения формировали и разные подходы к устройству психиатрических стационаров. Принятая в англо-американской психиатрии социальная концепция природы психических заболеваний расценивала многие виды психических отклонений как нарушение интерперсональных отношений в микросоциуме. Это способствовало разработке и внедрению в больничную практику различных видов

социотерапевтических воздействий (система открытых дверей, семейная, групповая терапия, терапевтические сообщества, терапия средой и др.), занявших основное место в лечении больных [264]. Принятая в отечественной психиатрии нозологическая концепция, биологическая оценка природы психических заболеваний обусловили создание в психиатрических больницах условий для всестороннего обследования больных, включая общесоматическое, проведение активных медикаментозных методов лечения. Введение в психиатрическую практику нейролептиков изменило стереотип течения многих психических заболеваний, уменьшило их тяжесть, сократило сроки стационарного лечения, что, в свою очередь, способствовало выведению многих больных за пределы психиатрических стационаров, а для оставшихся пациентов создавало благоприятные условия для эффективного проведения реабилитационных мероприятий. Это обстоятельство обусловило создание, наряду с клиническими школами в психиатрии, целого ряда реабилитационных направлений (Ленинград, Томск, Винница, Калуга, Одесса, Москва и др.).

Организационный аспект. В отличие от системы психиатрической помощи многих зарубежных стран, больничный сектор отечественной психиатрической службы остается масштабным и значимым до настоящего времени [95, 132, 263]. По мере достижений психиатрической науки и практики росла специализация больничной помощи, которая оказывалась по возрастному, нозологическому и иным принципам. Наряду с территориальными общепсихиатрическими отделениями был создан целый ряд специализированных отделений (детских, подростковых, геронтопсихиатрических, санаторных, психотуберкулезных, судебно-психиатрических, психосоматического профиля). Как уже указывалось, несмотря на проводимое в течение двух последних десятилетий сокращение коек, потребность в стационарных видах помощи не уменьшилась; доля стационарного звена в структуре психиатрической службы сократилась,

однако масштабы произошедших изменений, в сравнении со многими другими странами, оказались значительно меньшими.

Социально-психологический аспект. М.С. Angermeyer (2000) отмечает, что уровень готовности населения к обращению за психиатрической помощью во многом определяется сложившимся в обществе образом психиатрии, представление о которой у населения ассоциируется с ограничением свободы, репрессивными мерами [312]. Согласно отечественным работам [151, 220], эти представления поддерживаются существующими на протяжении длительного времени мифами о психиатрических больницах. В отечественных СМИ часто описывается атмосфера психиатрических больниц, которые размещаются в непригодных, требующих ремонта помещениях, а работающий в них медицинский персонал остается в непосредственном контакте с полуголодными, нередко агрессивными из-за недостаточного лечения пациентами [300, 305]. Грамотная проработка дизайна, планировки, архитектуры, «общая культура» психиатрических больниц способствуют повышению их престижа и авторитета среди населения, содействуют преодолению негативных стереотипных образов в обществе.

Реабилитационный аспект. Включение психосоциальных вмешательств в систему стационарного лечения оказывается эффективным в отношении сокращения его сроков, снижения уровня повторных госпитализаций, длительных и частых госпитализаций, улучшения различных показателей социального функционирования больных [92]. Примером такого рода являются существующие во многих регионах отделения первого психотического эпизода, в которых организация комплексного лечения, включающего активную фармакотерапию и разнообразные психосоциальные вмешательства, позволяет добиваться высокого качества ремиссий и сохранять социальное функционирование пациентов на максимально возможном уровне [282]. В ряде регионов на базе психиатрических больниц открыты реабилитационные отделения-общежития

для пациентов, длительное время находящихся в стационаре [39, 135, 249]. Система комплексного психосоциального лечения позволяет успешно реабилитировать и выписывать до 35-40% пациентов этой наиболее проблемной группы стационарных больных [134]. В последние годы при многих психиатрических больницах открываются дневные стационары, медико-реабилитационные отделения. Действующие в ряде регионов санаторно-реабилитационные отделения с открытым режимом предназначены для лечения расстройств пограничного уровня и поддержания качества ремиссии [136].

Экономический и финансовый аспект деятельности психиатрических больниц в новых социально-экономических условиях предусматривает их структурную реорганизацию, внедрение ресурсосберегающих технологий, применение экономических механизмов, способствующих совершенствованию всей системы стационарной психиатрической помощи [235, 278, 292]. В практическом плане это может найти выражение в реструктуризации части подразделений больниц в подразделения полустационарного профиля, а также внедрении форм работы, ориентированных на сообщество. Вместе с тем, рядом авторов отмечается, что на долю психиатрических стационаров выделяется 90% средств бюджета всей психиатрической службы, а доля финансирования внебольничной психиатрической сети составляет, соответственно, лишь 10%. Доля же обслуживаемых этими двумя звеньями службы контингентов является обратно пропорциональной, что свидетельствует о чрезмерно высокой затратности стационарных видов помощи [291].

Резюмируя сказанное, необходимо отметить, реструктуризацию психиатрических служб сдерживают отсутствие адекватных экономических механизмов регулирования деятельности психиатрических учреждений; недостаточная развитость внебольничного звена и неготовность амбулаторных психиатрических учреждений к работе на принципах опоры на сообщество; централизованный, административный характер принятия

решений в отношении структурных изменений в психиатрической службе; низкая толерантность к психически больным населения, общества и представителей власти, определяющих политику здравоохранения.

Стационарная психиатрическая помощь остается неотъемлемым звеном общей системы помощи, а психиатрическая больница является учреждением, в условиях которого оказываются специализированные виды помощи, совершенствуются методы диагностики и лечения. При этом она по-прежнему играет роль важной клинической, научной и учебной базы. Ее лечебно-диагностический, реабилитационный процесс и структура должны быть организованы в соответствии с современными достижениями психиатрической науки и практики, а терапевтические мероприятия должны сбалансировано сочетать медикаментозные методы и психосоциальные воздействия. Облик и уклад психиатрической больницы должен быть построен по принципу наименьшего стигматизирующего воздействия.

1.5. Роль и место психосоциальной реабилитации в современной системе психиатрической помощи.

В последние два десятилетия психосоциальная реабилитация является одним из наиболее динамично развивающихся направлений психиатрии. Среди причин повышения значимости этого направления – данные об отрицательном воздействии институционализации в психиатрии [114, 121, 364], увеличение количества служб, альтернативных больничным [61], повышение психиатрической грамотности пациентов и членов их семей, населения в целом [396], смена представлений о роли различных факторов в этиопатогенезе эндогенных заболеваний [531, 582], данные об ограниченных возможностях медикаментозного лечения [155]. В большом числе работ было показано, что психосоциальная реабилитация играет важную роль в отношении повторных обострений заболеваний и позволяет предотвратить или уменьшить частоту госпитализаций [316, 346, 420, 430, 436].

В соответствии с предложением Всемирной организации здравоохранения разделять реабилитацию на медицинскую, социальную и профессиональную, Д.Е. Мелехов выделял три этапа реабилитации: больничная медицинская реабилитация; восстановительная терапия во внебольничных условиях, профобучение; трудоустройство и бытовое устройство [147]. В дальнейшем в отечественной психиатрии наибольшее развитие идеи реабилитации получили в трудах М.М. Кабанова и его последователей. В частности, М.М. Кабанов (1985) определял суть реабилитации психически больных как их ресоциализацию, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Реабилитация рассматривалась им с позиции системного подхода как динамическая система взаимосвязанных компонентов, в которой системообразующим фактором является восстановление статуса личности. Без апелляции к личности, как указывает автор, нет подлинной реабилитации [89]. Р.Я. Вовин и его сотрудники обосновывали реабилитационный подход тем, что биологические способы воздействия не способны создать новые механизмы продуктивного поведения и новые содержательные отношения личности [28, 29].

Современное определение психосоциальной работы дали И.Я. Гурович и А.Б. Шмуклер (2002), понимая под ней восстановление нарушенных когнитивных, мотивационных и эмоциональных ресурсов личности, обеспечивающее интеграцию в общество психически больных. С этой целью, по мнению авторов, используется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на восстановление потенциала самого пациента, что делает возможным его усилия для достижения более полного или равного с другими положения в обществе. Авторы выделяют три этапа психосоциальной работы: активные психосоциальные воздействия (психосоциальная терапия), направленные на восстановление у больных когнитивных, эмоциональных, мотивационных ресурсов; практическое освоение приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций,

проводимое в условиях промежуточных звеньев; закрепление и поддержка неполного или полного социального восстановления [56]. R. Barton (1999) определяет психосоциальную реабилитацию как взаимосвязанные в единое целое психосоциальные интервенции, направленные на усиление активности пациентов, их восстановление и достижение ими комплаентности [327]. По мнению В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас (2001), задачей реабилитации является помощь лицам с хроническими психическими заболеваниями улучшить своё состояние и добиться успеха при минимальном содействии профессионалов [285]. Ее основной адресной группой являются инвалиды вследствие психических заболеваний, в составе которой могут выделяться отдельные подгруппы – молодые пациенты [320, 422, 511]; лица пожилого возраста [408]; бездомные [397]; инвалидизированные вследствие коморбидных психических и соматических заболеваний [509]; инвалиды с детства [388, 526]; лица, злоупотребляющие психоактивными веществами [320, 403, 554]. В настоящее время доминирующим подходом к лечению и реабилитации психически больных в разных странах является биопсихосоциальная парадигма, которая интегрирует биологические, психологические и социальные факторы при соответствующем внимании к каждой категории [405]. Целостную философию психосоциальной реабилитации формируют две ключевых стратегии: первая, пациент-центрированная [458], направленная на восстановление у пациентов эмоциональных, интеллектуальных и социальных навыков [61], и вторая – направленная на развитие внешних ресурсов [301].

Поскольку в отечественной и зарубежной литературе дан исчерпывающий анализ истории развития психосоциальной реабилитации в психиатрии, в настоящем обзоре мы уделим внимание характеристике современных актуальных ее форм, представленных различными модулями, целью которых является повышение микросоциальной активности пациента, восстановление ресурсов личности и максимальная интеграция пациента в общество [61, 313, 355, 442, 472, 473, 538]. Какой-либо исчерпывающей и

общепринятой классификации психосоциальных вмешательств не существует. Делая обзор наиболее широко используемых за рубежом форм психосоциальной терапии и реабилитации, И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, Б.Б. Фурсов (2012) ссылаются на последнюю версию Рекомендаций по психосоциальному лечению Группы исследования исходов при шизофрении (PORT), включающей 7 основных и 5 новых программ, которые, по мнению создателей, соответствуют критериям значимости для терапевтических рекомендаций: 1) ассертивная помощь в сообществе (АСТ); 2) поддерживаемое трудоустройство; 3) тренинги навыков социальных взаимодействий, независимого проживания, функционирования внутри общества; 4) когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ); 5) методы жетонной системы вознаграждения; 6) службы семьи, включая психообразовательные программы; 7) психосоциальные вмешательства при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков; 8) психосоциальные вмешательства при избыточном весе; 9) когнитивное восстановление; 10) поддержка со стороны пациентов и службы с их участием; 11) комплаенс-терапия; 12) психосоциальные методы при недавно начавшейся шизофрении [54].

Полипрофессиональное бригадное обслуживание осуществляется группой специалистов, объединенных решением задачи реабилитации пациента на основе совместно согласованных принципов [533]. Переход к бригадному обслуживанию является ключевым организационным моментом общественно-ориентированной психиатрической помощи и вытекает из биопсихосоциального подхода. Бригада создает условия для взаимного обмена знаниями и навыками, демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений как пациенту, так и членам бригады, способствует личностному росту занятых там работников [65, 221, 492, 560]. Подчеркивается, что такой подход позволяет уменьшить инвалидизацию пациентов, сроки госпитализаций и уровень регоспитализаций, число общественно опасных действий, совершаемых психически больными, а

также повысить качество жизни пациентов и создать возможности для их более успешной интеграции в общество [56, 61]. В состав бригады входят врач-психиатр, медицинский психолог и социальный работник (специалист по социальной работе); при необходимости ее могут дополнить психотерапевт, специалист по трудовой терапии, медицинская сестра, культработник, специалист по лечебной физкультуре, социолог, педагог, юрист и даже священник [8, 27, 56, 201, 212]. Существуют различия в деятельности бригад в разных странах: так, в США доминирует модель коллегиальности (члены бригады не должны дифференцироваться иерархически); в Великобритании – иерархическая модель [350]; в отечественной практике бригадное обслуживание осуществляется под руководством врача, на которого возлагаются функции скорее координирующие, а не властные [61, 87]. Работа бригады начинается с составления индивидуального плана реабилитации, включающего различные виды психосоциальных мероприятий, которые рассматриваются ниже.

Групповая работа, по мнению многих авторов, является форматом психосоциальной реабилитации, т.к. трудности эмоционального проявления больных легче преодолеть в рамках группы, нежели в диадическом контакте с пациентами [444, 491]. И.Я. Гурович и А.Б. Шмуклер (2002) различают несколько видов групп: *рабочие*, создаваемые для решения определенных психологических задач; *обучающие* для решения типичных проблем, с которыми сталкиваются члены группы; *консультационные*, решающие проблемы в процессе взаимодействия участников; *психотерапевтические*, предназначенные для решения серьезных психологических проблем. В целом рабочие и обучающие группы ориентированы на содержание, а консультационные и психотерапевтические - на сам групповой процесс [56].

Под **психообразованием** (psychoeducation) принято понимать осуществляемую поэтапно систему психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладения со

специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. В настоящее время разработаны различные модели психообразования [206, 307 310, 338, 469, 477, 490]. По мнению многих авторов, психообразование позволяет добиться положительной динамики в сфере производственных отношений, улучшения понимания членами семьи болезни и усиления их толерантности к больному, повышения комплайентности больных и их родственников [56, 206, 240].

Тренинги социальных навыков направлены на повышение устойчивости уязвимых в психологическом отношении хронически психически больных к различным стрессовым воздействиям, способствуют формированию инструментальных навыков и навыков межличностных отношений [309, 363, 373, 571]. Диапазон вмешательств варьирует от восстановления навыков самостоятельного проживания до сложных социальных навыков, важных для успешного социального функционирования [335, 365, 414, 416, 514, 544]. В последние годы большое внимание уделяется исследованию когнитивной дисфункции на ранних стадиях шизофрении, и для коррекции этих нарушений используется **когнитивная ремедиация**, основной задачей которой является обучение пациента с последующим использованием полученных когнитивных навыков в социальной сфере [77, 454, 487]. Отечественными авторами разрабатываются программы комплексных вмешательств, включающих мотивацию пациента к реабилитации и тренинг социально-когнитивных функций [199].

Психотерапевтические подходы используются практически во всех психосоциальных программах, включая различные виды групповой работы, тренинги социальных навыков и психообразование [7, 9, 159, 549]. Первоначальной задачей психотерапии является установление контакта больного и медицинского работника, улучшение комплайентности; затем целью специальной психотерапии является работа, направленная на осознание больным собственных личностных особенностей и

психологических проблем, разрешение конфликтов, восстановление нарушенных отношений, а также работа по гармонизации личности больного. Современные психотерапевтические подходы способны улучшить как состояние больного, так и прогноз течения психического заболевания [8].

В психосоциальных программах используются различные формы *арт-терапии, терапии художественным выражением, театральной терапии* и т.п. Занятия творческими видами деятельности побуждают пациентов к креативному выражению, косвенно помогая достичь более высокого уровня социального функционирования [20]. Арт-терапия, соединяющая изобразительное искусство с психотерапией, представлена разными направлениями и формами, подчас довольно противоречивыми. Эффективность их использования зависит от условия их проведения и от контингента больных. Выделяют студийные открытые, динамические (аналитические) закрытые и тематические группы [113].

Целью *семейной терапии* является привлечение родственников больного к сотрудничеству в лечении [424, 573]. Она осуществляется с помощью психообразовательной техники или поведенческой, включающей высокоструктурированные директивные поведенческие техники. Существуют методики ведения мультисемейных групп и совместно групп для больных и их родственников [19, 380, 396]. Эффективность семейной терапии определяется показателями снижения частоты обострений заболеваний и регоспитализаций, сокращения сроков стационарного лечения, улучшения соблюдения режима терапии [61].

Трудовая терапия является важнейшим элементом психосоциальной реабилитации, фактором, влияющим на показатели инвалидности, социальной адаптации больных в сообществе [126, 131]. В настоящее время в России отсутствует какая-либо научно обоснованная концепция социально-трудовой реабилитации. Вопросы организации трудовой терапии мало отражаются в научной печати, редко используется сам термин «трудовая терапия». Ряд авторов предлагает отказаться от трудотерапии в лечебно-

трудовых мастерских, ориентированных на экономические показатели, а перейти к «эрготерапии», занятиям по свободному выбору [141]. Оппоненты такого подхода говорят о том, что отказ от производственной деятельности означает и отсутствие вознаграждения за труд, что имеет важное значение для пациентов и в экономическом, и в социально-психологическом плане. В практике большинства зарубежных психиатрических учреждений трудовая терапия и трудовая занятость занимают важное место [315, 325, 570]. Оптимально построенные реабилитационные программы позволяют улучшить трудовой статус больных [139, 272, 386, 439, 457, 558].

Реализация программ психосоциального лечения и реабилитации происходит в рамках *терапевтической среды*, которую М.М. Кабанов (1977) определял как характер взаимоотношений, складывающихся в лечебном учреждении между больным и его непосредственным окружением, персоналом, другими больными, а также с семьей [88]. Б. Рихарц и М. Дворжак (2003) под терапевтической средой или терапией средой (*milieu therapy*) подразумевают создание такой системы взаимоотношений в терапевтическом коллективе, в которой сотрудничеству между больным и персоналом придается первостепенное значение [213]. Основными элементами терапевтической среды являются: система самоуправления с самообслуживанием пациентов и самостоятельной организацией ими быта; функциональные группы больных, система дифференцированного наблюдения; максимальное нестеснение; партнерские отношения больных с персоналом; творческая организация досуга [34, 259, 401, 426, 508].

Небесспорным, но важным аспектом психосоциальных программ является участие в них представителей *церкви*. По мнению Б.А. Воскресенского (2004), личная вера оказывает благотворное влияние на отношение пациентов к своему заболеванию, к необходимости его лечения [33]. По утверждению Р. Дженкинс, Э. МакКаллок, Л. Фридли, К. Паркер (2005), в психиатрических службах европейских стран священники играют важную роль в оказании помощи персоналу в понимании духовных

потребностей пациентов, что в организационном плане реализуется включением священников в состав полипрофессиональных бригад [67].

Включение психосоциального лечения и реабилитации в систему комплексной помощи *больным с впервые возникшими психотическими состояниями* позволяет обеспечить ранее выявление заболевания и предупредить развитие негативных последствий [282]. В РФ «клиника первого психотического эпизода» была открыта в Московском НИИ психиатрии, в последующем этот опыт был распространен в более чем в 30 регионах [61].

Характеристика системы *защищенного жилья* была дана в предыдущем разделе обзора. Здесь лишь добавим, что, несмотря на очевидную потребность в таких учреждениях, их создание в нашей стране происходит крайне медленно. К 2000 г. в России насчитывалось всего 6 общежитий с числом мест в них 340, в дальнейшем их число не росло [60].

Практически важным является вопрос о *соотношении психосоциальных вмешательств и психофармакотерапии* в рамках биопсихосоциального подхода. Как подчеркивает Р.Я. Вовин (1989), важным является динамическая сбалансированность психотерапии и медикаментозного лечения на разных этапах болезни. Достижение регресса продуктивных психопатологических расстройств, нормализация поведения создают условия для создания «терапевтической среды», реализации принципов нестеснения, проведения психотерапии и реабилитационных программ [28]. Новые возможности фармакотерапии стали активно обсуждаться в связи с появлением психотропных препаратов новых поколений, с чем связывается улучшение социальных исходов и долгосрочного прогноза [425, 543]. Эти препараты лишены многих побочных действий и лучше переносятся больными, что улучшает комплайентность и, в свою очередь, расширяет возможности использования психосоциальной терапии [133, 495].

Й. Друес (2005) выделяет проблемы, возникающие при *оценке эффективности психосоциальной реабилитации*: отсутствие единого определения реабилитации; использование большого числа способов измерения и оценок результатов, что затрудняет сбор и анализ материалов об их эффективности; проблема «отсутствующего звена» между психосоциальной интервенцией и эффектом [70]. Как указывают И.Я. Гурович и Я.А. Сторожакова (2003), такая оценка достаточно сложна и для ее осуществления важно, чтобы психосоциальное вмешательство было максимально специфичным, т.е. нацеленным на определенные области социального функционирования. Авторы предлагают выделять три кластера показателей, которые могут использоваться для оценки эффективности психосоциальных программ на индивидуальном уровне: сфера клинических оценок; сфера социального функционирования; сфера субъективного опыта, самооценки самих пациентов [55].

Завершая анализ работ, посвященных проблеме психосоциальной реабилитации, можно утверждать, что в настоящее время она стала неотъемлемой частью психиатрической помощи и превратилась в важное и самостоятельное ее направление.

1.6. Интеграция психиатрии и соматической медицины.

Отличительной особенностью развития психиатрической помощи последних десятилетий является не только выход психиатрии за пределы психиатрических больниц, в общество, но и активная ее интеграция с общемедицинскими дисциплинами, развитие специализированных видов психиатрической помощи в структуре учреждений соматического профиля. Важность этого направления определяется, прежде всего, тем, что значительная часть больных с соматическими заболеваниями страдают сопутствующими психическими расстройствами, и для успешного их лечения необходимо использование психиатрических и медико-психологических подходов [125, 545]. Кросс-культуральные исследования

ВОЗ показали, что, несмотря на значительную вариабельность данных о распространенности психических расстройств в разных регионах, около четверти пациентов первичного звена страдают психическими расстройствами, из которых наиболее часто встречаются депрессии, тревожные расстройства, злоупотребление ПАВ. По другим данным, частота психических расстройств у пациентов больниц общего профиля колеблется от 30 до 60%, при этом чаще выявляются психические расстройства, чем поведенческие [219, 413]. По данным А.Б. Смулевича (2000), распространенность психических расстройств (с учетом субсиндромальных форм и патологических развитий) у амбулаторных больных в территориальной поликлинике составляет 80% [225]. Согласно В.Н. Краснову и соавт. (2011), от 20 до 60% пациентов соматического профиля страдают сопутствующими психическими расстройствами [125]. Сопоставляя данные различных исследований в общесоматической сети, А.В. Андрющенко (2011) делает вывод о том, что распространенность психических расстройств (с учетом субклинических форм) достаточно высока – от 15 до 80% и более, составляя, в среднем, 35-40%. При этом, лишь 5% от общего числа всех больных с психическими расстройствами нуждаются в переводе в учреждения психиатрической сети [6]. По мнению Я.А. Накатиса, Н.П. Ванчаковой и А.П. Попова (2008), продвижение психиатрии в соматическую практику обусловлено влиянием двух тенденций – не только увеличением частоты психических расстройств у больных с соматическими заболеваниями, но и патоморфозом самих психических заболеваний, который проявляется в уменьшении частоты тяжелых психических состояний, увеличении частоты субклинических, невротических, соматизированных расстройств, появлении большого числа состояний, которые трудно разграничить от соматических заболеваний [160]. По данным многих отечественных исследователей, возрастание частоты психической патологии, отмечаемой повсеместно в последние годы, происходит не за счет тяжелых психических заболеваний, а за счет

непсихотических расстройств. При этом значительное число пациентов, обнаруживая различные проявления психической патологии, переместились из сферы психиатрической службы в область других специальностей – неврологии, терапии, эндокринологии, гинекологии, став пациентами соматических учреждений [3, 122, 225]. Сказанное объясняет, почему в последние десятилетия большое значение придается взаимодействию психиатров с врачами, оказывающими первичную медицинскую помощь. По мнению экспертов ВОЗ, работники психиатрических служб и их ресурсы должны быть полностью интегрированы в службы первичной медико-санитарной помощи и систему социального обслуживания. Возможности первичной медицинской сети особо следует учитывать в тех странах и регионах, где развитие собственно психиатрических служб недостаточно [63]. Среди преимуществ, связанных с интеграцией психиатрической помощи в общесоматическую сеть, Н.Г. Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов (2006) называют менее выраженную стигматизацию помощи, повышение качества обследования и лечения сочетанных заболеваний, эффективность лечения психических расстройств, ассоциированных с «физическими недугами», возможность универсального охвата больных психиатрической помощью [163].

Интеграция психиатрии и соматической медицины активно происходит во всех т.н. развитых странах, в каждой из которых этот процесс имеет свои особенности. В частности, около 30% пациентов врачей общей практики в Великобритании составляют больные с тревожными и депрессивными расстройствами, лечение значительной части которых они осуществляют самостоятельно [96, 98]. В условиях общины врачи общей практики занимаются лечением более 90% случаев психических расстройств. В Швеции большинство пациентов с неосложненными депрессиями лечатся врачами общей практики в системе первичной медицинской помощи, и большинство антидепрессантов прописывается семейными врачами. В соматических учреждениях (амбулаторных и стационарных) для пациентов с

депрессивными, тревожными расстройствами и психозами действуют программы «взаимодействующей» психиатрии, которая включает также и работу с членами семей пациентов, участие психиатров в образовательных программах медицинских школ [258]. В Южной Корее консультативная психиатрическая помощь оказывается всем пациентам больниц общего профиля [466]. В США врачи общей практики ведут прием первичных психиатрических пациентов и выступают в качестве своеобразного «фильтра» на пути их движения [402]. В Германии лечение т.н. «невыраженных психических» и «соматоформных» расстройств почти полностью проводится в системе общей врачебной практики. Как указывают А. Путцхаммер В. Кожин и Т. Юнгблют (2009), особенностью немецкой психиатрической службы является разграничение психиатрической и психосоматической служб, что связано с ярко выраженной психотерапевтической и психоаналитической традицией [209].

В России процесс интеграции психиатрии и соматической медицины встречает определенные трудности. Как указывает А.А. Чуркин (2012), обращаемость лиц, страдающих психическими расстройствами, в первую очередь, больных с впервые в жизни установленным диагнозом, а также детей и подростков, в учреждения непсихиатрического и ненаркологического профиля достаточно высока [264]. Однако до настоящего времени при планировании работы служб психического здоровья работе врачей общей практики не уделяется достаточно внимания, в связи чем А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома (2013) отмечают, что в настоящее время контакты психиатрии с первичным поликлиническим звеном или общей медицинской практикой осуществляются лишь в виде отдельных исследовательских проектов [117]. С этим мнением солидарна А.В. Андрищенко (2011), которая полагает, что в России, как и в ряде других стран, задача лечения психических расстройств у больных, обращающихся за помощью в первичную медицинскую сеть, в большей степени выступает как предмет научно-исследовательской работы. Число официально утвержденных

междисциплинарных отделений и центров невелико, они часто создаются как маргинально функционирующие психиатрические службы при общемедицинских учреждениях [6]. По мнению В.Н. Краснова, А.Е. Боброва, Т.В. Довженко и соавт. (2011), причины недостаточного взаимодействия психиатрии и первичного звена здравоохранения связаны не только с социально-экономическими факторами, недостаточным финансированием, но и с недооценкой значимости проблемы психического здоровья со стороны органов управления, а также с устаревшей системой постдипломной подготовки врачей [125]. Выход из сложившейся ситуации И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, Б.Б. Фурсов (2012) видят в создании в сельской местности территориальных объединений психиатрической помощи с общемедицинской, в организации соматопсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах, психотерапевтических кабинетов в районных поликлиниках, в тесном взаимодействии различных видов специализированной психиатрической помощи [54].

Д. Голдберг и П. Хаксли (1999) выделяют три основные модели участия психиатров в деятельности первичной медицинской сети: смещенную амбулаторную, консультативную и смешанную [44]. В.Н. Краснов и его сотрудники (2010), выделяя консультативную, liaisonную (*liaison psychiatry*) модели [455] и дополнительные варианты – «модель совмещенной помощи», «коллаборативную терапию» (*collaborative management*), «смещенную модель взаимосвязи», полагают, что в российских условиях наиболее подходящей моделью является подход, основанный на принципе «сопровождения», учитывающий опыт «смещенной» и «коллаборативной» терапии, дополненный рядом мероприятий организационного и образовательного характера [124].

В практическом плане выделяют два варианта «интегрированной медицины» - в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в условиях стационаров общего профиля [6, 124, 542]. В соответствии с этим,

предлагаются конкретные организационные формы оказания помощи и соответствующие группы контингентов больных [24, 25, 125].

Особую группу пациентов составляют психически больные с туберкулезом легких. Их клинико-социальные характеристики включают большую длительность заболевания, высокую долю инвалидизированных, злоупотребляющих алкоголем, имеющих в анамнезе судимости и общественно опасные тенденции, отягощенных целым рядом коморбидных соматических заболеваний. С учетом разнообразия и комплексности проблем данного контингента больных, система адресованной им помощи должна носить междисциплинарный характер и включать вмешательства различных специалистов в условиях специализированных психотуберкулезных или фтизиопсихиатрических отделений.

Завершая обсуждение данной проблемы, подчеркнем важность интеграции психиатрии с другими клиническими дисциплинами. Об этом свидетельствует многолетний успешный опыт не только зарубежных стран, но в целого ряда регионов и учреждений нашей страны [226]. К настоящему времени отечественными специалистами разработано достаточное количество научных и прикладных программ психиатрической помощи в практике кардиологии, фтизиатрии, онкологии, гематологии, дерматовенерологии.

1.7. Разработка региональных целевых программ психиатрической помощи.

Стратегические задачи развития здравоохранения являются основой для определения задач регионального уровня; при этом они нуждаются в корректировке с учетом значительных различий в демографическом статусе и структуре заболеваемости, особенностей структуры психиатрической службы в регионе, обеспеченности кадрами, состояния материально-технической базы учреждений, развитости социальных ресурсов и т.д. Выбор региональных приоритетов должен осуществляться комплексно, с учетом

всех составляющих перспективного развития здравоохранения, особенностей территорий, их инфраструктуры, финансовых возможностей, масштаба последствий и потерь от психических заболеваний, уровня психического нездоровья населения и др. [11, 61, 274, 276, 295]. Повышение эффективности деятельности психиатрической службы не может быть достигнуто без изменения структуры и принципов управления отраслью с учетом ее постоянного и тесного взаимодействия с другими органами, ведомствами и учреждениями [163].

Создание региональных целевых программ (РЦП) развития психиатрической помощи целесообразно рассматривать в одном контексте с появлением федеральных и отраслевых программ соответствующего модуля.

Федеральный уровень. В РФ первая федеральная целевая программа (ФЦП) «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 гг.)» [172] была подкреплена двумя приказами МЗМП РФ – от 13.02.1995 г. №27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» [198] и от 11.04.1995 г. №92 «Об утверждении правил «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда» [171]. Финансирование мероприятий ФЦП было предусмотрено из федерального бюджета, а органам исполнительной власти субъектов РФ было рекомендовано разработать и обеспечить финансирование региональных целевых программ. В рамках указанной ФЦП была разработана новая концепция проектирования и строительства психиатрических учреждений для 6 типов регионов, законопроект о судебно-экспертной работе, нормативная база для организации новых для страны факультетов клинической психологии.

Основные положения следующей отраслевой программы «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003- 2008 гг.)» [169] включали проведение плановой децентрализации стационарной и внебольничной психиатрической помощи, улучшение условий пребывания пациентов в стационарах, расширение амбулаторной

сети. В процессе выполнения Программы, разбитой на два этапа (2003-2004 гг. и 2005-2008 гг.), предполагалось провести паспортизацию учреждений с пообъектным анализом пригодности существующих зданий, соответствия их площадей плановым нормативам, а также разработать предложения по приведению материально-технической базы учреждений к стандартам. Нереализованные мероприятия этой федеральной программы нашли отражение в региональных целевых программах, которыми предусматривалось развитие ресурсосберегающих, стационарозамещающих технологий, усиление приоритетного значения амбулаторного звена, внедрение новых методов психосоциальной реабилитации [97].

Это направление получило дальнейшее развитие и в подпрограмме «Психические расстройства» в рамках другой ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы» [196]. Основные задачи подпрограммы включали совершенствование системы комплексной профилактики, диагностики, лечения и профилактики, внедрение бригадных форм обслуживания и современных методов психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации, строительство, реконструкцию учреждений и оснащение их современным оборудованием. Среди практических задач в процессе реализации Программы «Психические расстройства» руководством психиатрической службы страны было признано считать региональную политику приоритетной, а региональные проекты и модели ключевыми в решении проблем федерального уровня [68].

Б.А. Казаковцев (2001) указывает, что потребность в программно-целевом методе развития психиатрической помощи в регионах была обусловлена бедственным положением, в котором оказались психиатрические учреждения в 1990-е годы [93]. Процесс утверждения и реализации региональных целевых программ шел неравномерно и отражал недостаточную активность региональных органов власти в этом направлении. По данным Т.Б. Дмитриевой (2006), такие программы были приняты и реализовывались только в 30 из 83 субъектов РФ, что отражало

недостаточный уровень активности регионов [68]. Согласно Б.А. Казаковцеву (2009), разработка или реализация региональных программ проводилась в 75 субъектах РФ [97].

При реализации РЦП реструктуризация сети психиатрической службы шла медленными темпами, и в структуре финансирования по-прежнему наибольший удельный вес составляла стационарная помощь, что не позволяло эффективно использовать ограниченные средства региональных служб. Так, за период 1995-1998 гг. число мест в дневных стационарах выросло всего на 6%, а сокращение коечного фонда за тот же период составило 7%. Экономический эффект при таком масштабе реструктуризации был минимальным [115, 295]. За 20 лет (с 1990 г.) число стационарных коек уменьшилось почти на четверть, но это сокращение не компенсировалось адекватным развитием стационарозамещающих технологий. Было открыто 1794 места в дневных стационарах, хотя, согласно расчетам И.Я. Гуровича и Л.И. Сальниковой (2010), за счет освободившихся средств можно было открыть в четыре раза больше мест во внебольничных отделениях разных типов (130-140 отделений на 50 мест) [51].

В этой связи активно обсуждаются проблемы, связанные с отсутствием адекватных способов финансирования лечебных учреждений для оптимизации структурной перестройки системы психиатрической помощи. Необходим такой способ финансирования, который бы стимулировал учреждения к повышению структурной эффективности, а, кроме того, стимулировал бы само учреждение к рациональному использованию имеющихся ресурсов [241, 306]. Следует заметить, что перевод учреждений на оказание медицинской помощи по конкретному результату является проблемой, которая касается не только психиатрических, но и региональных медицинских служб в целом. Так, по данным специалистов Счетной палаты РФ, количество государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, финансирование которых осуществляется по результатам деятельности на основании подушевого норматива на прикрепленное

население, в целом по РФ, составляло 6,6%; при этом лишь в 11 регионах все амбулаторно-поликлинические учреждения были полностью переведены на такое финансирование. Число государственных и муниципальных учреждений, финансирование которых осуществлялось по результатам деятельности по оконченому случаю, в целом по РФ, составляло 30,3%, и лишь в 13 субъектах оно было внедрено полностью. Медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи были внедрены в 62,7% учреждений (в 100%-м объеме – лишь в 11 субъектах) [5]. Таким образом, из приведенных данных следует, что реализация институциональных реформ на региональном уровне идет с низкой эффективностью.

Важным является вопрос об оценке эффективности региональных целевых программ развития психиатрической помощи. Как указывают Н.Г. Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов (2006), необходимость доказательств экономической эффективности в данном случае растет с появлением альтернатив по отношению к традиционным формам оказания помощи (амбулаторной и стационарной); оценка результатов программы должна включаться в ее цели. Этого не происходит, во-первых, в связи с наличием большого числа имеющихся определений и рекомендованных подходов, а во-вторых, из-за отсутствия соответствующих руководств по этой проблеме [163]. О.В. Андреева и Н.В. Белова (2010) отмечают невысокое качество индикативного планирования регионами целевых показателей на среднесрочную перспективу и отсутствие четкой стратегии при определении их значений. Конечные результаты часто оцениваются без учета демографических показателей, показателей заболеваемости. Определение объема неэффективных расходов производится по отношению к фактически сложившемуся среднему значению указанных показателей РФ по итогам отчетного периода, что недостаточно корректно. Наиболее часто используемые показатели деятельности психиатрических ЛПУ и региональной службы в целом – обеспеченность врачами и койками, сроки стационарного лечения, инвалидность, дефекты ведения больных и т.д.

– представляют собой иерархически неорганизованную смесь экстенсивных и интенсивных показателей, и в любом случае явно недостаточны для всесторонней оценки качества помощи [5].

Переходя от концептуальных, идеологических аспектов ЦП развития психиатрической помощи к прикладным, практическим её составляющим, с нашей точки зрения, необходимо обратить внимание на их разработку и внедрение *на уровне региональных психиатрических служб*.

В Самарской области, начиная с 1988 г., проводился эксперимент по реорганизации деятельности региональной психиатрической службы, основанный на изменении принципов ее финансирования в пределах бюджетных средств. Важным моментом была передача всех средств, необходимых для лечения диспансерной группы (с учетом подушевого финансирования) амбулаторному звену и оплата стационарных услуг не по смете финансирования, а за пролеченного больного. В этой модели основной задачей стационара стало не выполнение плана по койко-дням, а количество эффективно пролеченных больных без повторного поступления с данным приступом болезни. Основной задачей ПНД стало увеличение объема и качества медицинских услуг, увеличение мест в дневных стационарах, сокращение необоснованных госпитализаций, расширение диагностических возможностей. Перестройка работы повысила качество помощи и позволила естественным образом войти в систему ОМС, в которой психиатрическая служба работала с 1994 по 2004 г. В течение 10 лет количество мест в дневных стационарах возросло с 410 до 762 (рост использованных больных – с 3 909 до 6 782 соответственно), при этом снизились сроки стационарного лечения и на 18% уменьшился коечный фонд, что привело к улучшению условий содержания больных. Несмотря на положительные результаты, этот опыт не получил должного продолжения ни в самой Самарской области, ни на федеральном уровне [279].

Регионами, где в 2009 г. началось финансирование психиатрической службы через систему ОМС, стали *Республика Татарстан, Республика*

Удмуртия, Калининградская область. Изменение порядка финансирования нашло отражение в некотором сокращении сроков стационарного лечения, снижении уровня госпитализации и увеличении оборота койки. Эксперимент дал возможность проанализировать деятельность учреждений с использованием вневедомственной экспертизы, обеспечить лучшее исполнение МЭС и оптимальное распределение времени специалистов. Вместе с тем, исполнителями этой модели были отмечены проблемы, связанные с уравниванием стоимости койки разного профиля, оплатой труда по разрядной сетке, которая не предусматривает материального стимулирования [40].

В *Алтайском крае* используется системный подход в организации психиатрической помощи, включающий раннюю диагностику психических расстройств, вторичную и третичную профилактику, психосоциальную реабилитацию, предупреждение общественно опасных действий психически больных. В рамках РЦ подпрограммы «Охрана психического здоровья на 2002-2006 гг.» была создана многоуровневая система управления психиатрической службой с приближением помощи к сельскому населению, мониторингом основных показателей деятельности учреждений и состояния психического здоровья населения, организацией медицинских регистровых систем, внедрением фармакоэкономических стандартов. В результате, средний срок стационарного лечения уменьшился до 39,8 дней, доля повторных госпитализаций – до 8,2%, летальность в психиатрических стационарах – до 0,44%, первичный выход на инвалидность – на 66%. При этом уровень обеспеченности койками в крае в 1,5 раза ниже, чем в среднем по РФ, а местами дневных стационаров - выше общероссийского в 2,3 раза [42, 43].

Изменения в психиатрической службе *Чувашии* происходили в рамках программы «Совершенствование психиатрической помощи населению Чувашской Республики на 2003-2005 годы», продолжением которой стала подпрограмма «Совершенствование психиатрической помощи населению

Чувашской Республики» (2006-2008 гг.). Основными задачами подпрограммы было улучшение материально-технической базы учреждений, улучшение качества подготовки специалистов. В результате ее выполнения было отмечено снижение уровня суицидов (на 6,5%) и уровня первичной инвалидности детей (на 29,1%), повышение уровня обеспеченности врачами-психиатрами (на 16,3%), улучшение материальной базы службы и условий содержания больных [109].

В *Томской области* РЦП «Развитие психиатрической службы области (2003-2008 годы)» включала приоритетное развитие амбулаторного звена, внедрение полипрофессионального бригадного обслуживания и различных форм психосоциальной реабилитации. Результатами ее выполнения стала структурная и функциональная перестройка службы, уменьшение коечного фонда Томской КПБ с 1600 до 1240 коек, снижение уровня госпитализации и уменьшение сроков стационарного лечения и доли пациентов, находящихся на лечении свыше года [2].

Начиная с 1997 г., в психиатрической службе *Омской области* происходило комплектование учреждений специалистами для психосоциального лечения и реабилитации, их обучение новым технологиям, формирование полипрофессиональных бригад. На втором этапе была проведена реструктуризация службы с усилением внебольничного звена и приближением помощи к населению: на 12% было сокращено число коек, открыты 6 дневных стационаров, отделение первого психотического эпизода, первое в РФ отделение интенсивного лечения в сообществе, реабилитационный комплекс, различные формы защищенного жилья. На третьем этапе программа была распространена на межведомственный уровень, а система мероприятий включала различные формы взаимодействия с органами соцзащиты и образовательными учреждениями [248, 249].

Региональная программа «Психическое здоровье» в *Свердловской области* (2000 г.), включала мероприятия по повышению доступности и качества помощи, оптимизации кадрового потенциала, внедрению

стационарозамещающих технологий и полипрофессионального бригадного обслуживания. Оценка результатов программы включала такие индикаторы, как уровень заболеваемости психическими расстройствами, смертности, инвалидности, частоты суицидов и совершения общественно опасных действий психически больными. Отдельным направлением стала программа помощи детям и подросткам в рамках российско-британского проекта «Детское психическое здоровье» [128].

Процесс реформирования психиатрической службы *Ставропольского края* происходил в рамках краевой ЦП «Общественная реабилитация в психиатрии», краевых программ модернизации здравоохранения: 390 коек были перепрофилированы в места дневных стационаров, внебольничного реабилитационного центра и отделения первого психотического эпизода. Была создана социально-кризисная служба, открыты специализированные кабинеты при ПНД. Результатом программы стало уменьшение сроков стационарного лечения, снижение частоты общественно опасных действий и завершенных суицидов [21, 22].

В *Кемеровской области* формирование единого лечебно-реабилитационного комплекса происходит на основе его соответствия потребностям 6 выделенных основных групп пациентов, перемещения помощи во внебольничные условия, беспрепятственного движения пациентов по реабилитационному маршруту и оптимизации методов планирования и управления. Мероприятия по развитию психиатрической помощи включены в программы модернизации здравоохранения области [202, 203, 236].

Развитие дневных стационаров в *Нижнем Новгороде* позволило снизить уровень госпитализаций, уменьшить средний срок стационарного лечения (до 54,1 дней) и долю больных, находящихся в стационаре свыше 1 года (до 8%). В результате, уровень обеспеченности койками в Н. Новгороде примерно в два раза ниже, чем в среднем по РФ [243].

В Красноярском крае реализуется т.н. филиальная модель психиатрической помощи, в ходе которой была проведена реструктуризация краевых психиатрических учреждений путем слияния 8 крупных (от 200 до 700 коек) и географически удаленных от Красноярска (до 500 км) больниц и ПНД в одно юридическое лицо. Преимуществами модели, по мнению ее сторонников, являются аккумулярование финансовых средств на приоритетных направлениях деятельности; повышение эффективности использования материальных ресурсов; утверждение единых стандартов оказания помощи [41].

Завершая обзор приведенных в настоящем разделе работ, отметим, что перенос акцента в планировании и организации служб на региональный уровень является отличительной и, безусловно, положительной стороной развития отечественной психиатрической помощи двух последних десятилетий [94]. К явным недостаткам в этой сфере следует отнести отсутствие единых (федеральных) методических рекомендаций по планированию РЦП; недостаточное использование в РЦП механизмов межведомственного взаимодействия со структурами регионального здравоохранения и социальной защиты, ресурсосберегающих технологий; инертная ориентация на систему нормативного распределения ресурсов; низкое качество индикативного планирования целевых показателей. Следует особо отметить, что при разработке РЦП и оценке их результатов практически игнорируется мнение пользователей помощи. Наличие перечисленных проблем свидетельствует об актуальности разработки вопросов, связанных с планированием, реализацией и оценкой эффективности РЦП развития психиатрической помощи.

1.8. Подходы к оценке качества психиатрической помощи.

Обсуждение этого важного вопроса мы хотели бы предварить несколькими общими замечаниями. Насколько можно судить по результатам публикаций за последние десятилетия, проблема качества психиатрической

помощи стала одной из важнейших: к настоящему времени библиография по этому вопросу насчитывает свыше 100 тысяч наименований [97]. Актуальность проблемы в значительной мере объясняется, с одной стороны, социально-экономическими причинами, уменьшением финансирования программ здравоохранения, снижением показателей психического здоровья населения, а, другой стороны, постоянным возрастанием уровня требований пользователей помощи. За последние десятилетия проблема качества психиатрической помощи сформировалась в самостоятельное направление, получившее международное признание [348, 483].

Основой оценки качества медицинской помощи стало понятие о трех подходах к его обеспечению и оценке, предложенных А. Donabedian (1988). «Триада Донабедиана», включающая качество структуры (характеристики условий оказания помощи), качество процесса (характеристики технологий) и качество результата, до сих пор остается удобным и надежным ориентиром при управлении процессом качества помощи [381]. При структурном подходе оценивается качество ресурсов, состояние объекта, его инфраструктура, организационные формы помощи. Этот подход является основой для аккредитации и лицензирования учреждений здравоохранения. Фокусом оценки процесса оказания медицинской помощи являются методы ее оказания («техническое качество»), стандартизированные медицинские технологии (диагностика, лечение, реабилитация), а также межперсональные отношения «врач – пациент» (конфиденциальность, доказательность и т.д.). Качество результата оценивается по таким критериям, как изменения в состоянии здоровья пациента или населения, трудовой потенциал, функционирование отдельных пациентов или их групп, удовлетворенность пользователя помощи, затраты. Оценка результата является наиболее сложным затратным, требующим времени видом исследования [163].

Одной из наиболее значимых отечественных работ по проблеме качества психиатрической помощи является докторская диссертация Т.А. Солохиной «Качество психиатрической помощи (организационные и

экономические аспекты)» (2003). По мнению автора, сложность решения обсуждаемой проблемы заключается в том, что в высоком качестве медицинской помощи заинтересованы три стороны: пользователи (пациенты и их родственники); поставщики (медицинские работники и другие профессионалы, участвующие в оказании помощи); заказчики (политики, руководящие органы здравоохранения, страховые компании и т.д.). Эти три стороны образуют своеобразную триаду, в рамках которой каждый член предъявляет собственные требования к качеству помощи. В связи с этим предлагается под термином качество психиатрической помощи иметь в виду меру соответствия ее характеристик потребностям всех заинтересованных в ней субъектов. В то же время, одним из основных в предлагаемой модели является «принцип иерархии потребностей», который подразумевает, что в иерархической системе субъектов и их потребностей приоритет должен принадлежать больному и его семье, затем – медицинским работникам и другим профессионалам, далее – обществу и лишь затем государству, страховым компаниям, органам управления здравоохранением [230]. Автор считает, что все аспекты качества психиатрической помощи должны охватывать три фундаментальных критерия, предложенные исследовательской группой ВОЗ в 1985 г. [36]: адекватность, т.е. соответствие фактически оказанной помощи потребностям и ожиданиям населения (включая доступность помощи); экономическая эффективность, предусматривающая соотношение затрат к достигнутым результатам; научно-технический уровень, отражающий, насколько полно и эффективно при оказании медицинской помощи были учтены современные достижения в области знаний и технологий [232, 275]. В этой связи представляют интерес результаты опроса 106 руководителей психиатрических учреждений в 7 территориях РФ, который был проведен с целью получения информации о том, каким образом руководители службы оценивают качество оказания помощи. Было установлено, что оно оценивалось на основе подходов, сформулированных отраслевым министерством для здравоохранения в целом; при этом

использовалась иерархическая система внутреннего и внешнего ведомственного контроля, порой достигающего 5-6 ступеней, что отражает командно-административный подход. Методами оценки служили ретроспективная экспертиза оказания помощи конкретным пациентам и разбор жалоб больных и их родственников; редко использовались опросы пациентов и их родственников или специально разработанные оценочные шкалы. В большинстве случаев контроль качества не предусматривал рычагов экономического воздействия. По мнению автора, эти данные свидетельствуют об отсутствии у респондентов четкого различия критериев качества и показателей объема деятельности [231].

Отдельные исследователи [13, 231] выделяют несколько моделей гарантий качества медицинской помощи, в рамках которых определение понятия качества оказывается разным: профессиональная модель (исторически самая старая, отражающая точку зрения поставщиков, базируется на приоритете высокой квалификации, автономности и ответственности врача); бюрократическая модель (действующая в тех странах, в которых сформировалась государственная система здравоохранения и система ОМС); промышленная модель (в которой система современного здравоохранения соотносится с промышленным производством и сферой услуг, а главной фигурой становится пациент – заказчик, который имеет собственные представления о качестве медицинской помощи и заявляет об этом). Пациент в рамках первых двух моделей остается «иждивенцем», т.к. не участвует ни в оценке помощи, ни в определении гарантий ее качества. В промышленной модели качество медицинской помощи понимается как степень соответствия цели, поставленной пользователем, и достигнутого результата. Модель качества медицинской (в том числе, психиатрической) помощи в РФ является в целом профессионально-бюрократической (смешанной), которая должна основываться на систематическом, научно обоснованном применении объективных критериев и постановке целей всеми вовлеченными сторонами. Однако единой научно обоснованной системы

обеспечения и оценки качества нет, что подтверждается как анализом региональных целевых программ развития психиатрической помощи, так и различными опросами руководителей служб [231].

Ведомственный контроль качества медицинской помощи основан как на федеральных законах, содержащих нормы обеспечения качества оказываемой населению помощи, так и на приказах МЗ РФ. В качестве основного средства контроля используется анализ показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений. Позднее стали использовать различные экспертные оценки, но они в значительной степени зависели от квалификации, добросовестности и объективности эксперта [119]. С 2013 г. в стране утверждаются стандарты медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, призванные обеспечить качество, доступность и безопасность оказания медицинской помощи, а также конкретизацию соответствующих государственных гарантий. При этом Н.Д. Букреева, Е.А. Кормачева, Р.В. Кутуева, Г.Д. Азаева (2013) отмечают, что стандарты разрабатываются для групп пациентов, объединенных одинаковыми потребностями в диагностических, лечебных и реабилитационных процедурах. В связи с этим стандарты содержат только усредненные данные о частоте использования и кратности применения отдельных медицинских услуг и лекарственных препаратов. Следовательно, стандарты – это, главным образом, инструмент планирования и финансирования лечебных учреждений в рамках медицинского страхования, матрица для расчета тарифов на оказание медицинской помощи в условиях медицинского страхования, но отнюдь не обязательная пропись оказания помощи конкретному пациенту. Лечебные программы для конкретных пациентов всегда индивидуализированы, их содержание должно учитывать клинические особенности и социально-экономические характеристики пациентов. Разработка лечебно-реабилитационных программ должна осуществляться на основании данных научных разработок – руководств, клинических рекомендаций, протоколов ведения больных и т.д. [18].

Другим аспектом стандартизации является создание многоступенчатой системы управления качеством, в которой используются две взаимодополняющие методики: модель конечных результатов (МКР) и система медико-экономических стандартов (МЭС) [173]. Анализ, проведенный Росздравнадзором, показал, что в подавляющем числе регионов ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется неудовлетворительно, что проявляется в отсутствии целенаправленной политики и специальных комплексных программ, утвержденных правил и процедур производства контроля с использованием его результатов для проведения мероприятий по предупреждению и устранению причин оказания помощи ненадлежащего качества. Сами медицинские учреждения не заинтересованы в оценке качества помощи, поскольку для них экспертиза ведомственного контроля носит исключительно карательный характер [254].

Введение в России медицинского страхования способствовало, по мнению Л.В. Кочоровой (2001), формированию комплексной системы контроля качества медицинской помощи, включающей ведомственные и вневедомственные звенья. Субъектами вневедомственного контроля стали лицензирующие и аккредитационные органы (контроль структурного качества), а также страховые медицинские организации (контроль качества технологии и результата) [119].

В настоящее время во всех т.н. развитых странах утверждается холистический подход в оказании психиатрической помощи, который предполагает вовлечение в лечебно-реабилитационный процесс и пользователей помощи [301, 314, 465, 467, 476, 497, 527]. Для оценки качества помощи используются не только основанные на доказательствах стандарты помощи, но и мнение пользователей, как легитимный, важный и достоверный критерий, результаты обсуждения программ развития психиатрической помощи в согласительных группах пользователей и оказывающих помощь профессионалов [246, 339, 445]. Большое значение в повышении эффективности и качества психиатрической помощи, как указывают Н.Г.

Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов (2006), имеет не только обеспечение медицинскими кадрами, но и отношение самих медицинских работников к реформированию здравоохранения. Без понимания ими основных направлений развития здравоохранения и без их поддержки никакие научно обоснованные концепции успешно реализованы быть не могут [163]. Т.А. Солохина (2009) подчеркивает, что полная и объективная оценка качества психиатрической помощи предполагает учет мнений всех ее участников – заказчиков, поставщиков и пользователей. Удовлетворенность деятельностью психиатрического учреждения, бремя медицинского персонала, качество его жизни являются важными информативными критериями качества психиатрической помощи, однако существующая оценка отражает, главным образом, точку зрения заказчиков (государственного регулятора), реже – пользователей [233]. При этом, по мнению ряда отечественных и зарубежных авторов [69, 211, 274, 406, 450], для выбора приоритетов развития системы психиатрической помощи, повышения её качества крайне важно иметь четкое представление о реальной стоимости различных видов психических расстройств, связанного с ними бремени, масштаба потерь и последствий.

1.9. Проблемы и перспективы развития психиатрических служб.

Известно, что составление прогнозов является задачей очень сложной и ответственной, особенно, если речь идет о деятельности социальных институтов в условиях социально-экономической нестабильности. В этой ситуации важным ориентиром может послужить учет очевидных общемировых тенденций развития национальных психиатрических служб, а также всесторонний анализ происходящих перемен, учет собственных позитивных тенденций, опыта и традиций.

До настоящего времени продолжаются дискуссии о перспективах развития общественно-ориентированных форм помощи, при этом нередко высказываются полярные мнения. Анализируя результаты психиатрических реформ в т.н. развитых странах, исследователи отмечают ряд несомненных

положительных изменений: развитие эффективных служб внебольничной поддержки пациентов, позволяющих предотвращать их социальную дезадаптацию и госпитализм; уменьшение стигматизации психически больных и психиатрических институтов; улучшение понимания потребностей лиц, страдающих психическими расстройствами и более широкое привлечение пациентов и членов их семей к планированию и оценке качества помощи; привлечение внимания государства и общества к культуральным, этническим и иным факторам, которые надо учитывать при планировании психиатрической помощи [461, 468, 550, 556, 557, 578].

При этом нельзя не обращать внимания на критические оценки многих негативных последствий активно проводимой деинституционализации. Так, первоначально утверждалось, что внебольничная помощь будет гуманнее, чем нахождение в психиатрических больницах, а эффективность затрат на нее будет выше, чем эффективность затрат на стационарную помощь [319, 561]. Однако со временем стало очевидно, что закрытие больниц связано с трудностями, которые возникают при создании альтернативных видов амбулаторной помощи (сопротивление сообщества, значительная раздробленность психиатрических служб, сложности с получением психически больными жилья и др.) [461].

Многие авторы высказывают разочарование тем, что выписка из стационаров и амбулаторная реабилитация затронули лишь поверхностный слой больных, отмечают неспособность вновь создаваемых общинных служб оказать помощь, в первую очередь, пациентам с тяжелыми заболеваниями, что приводит к ослаблению наблюдения за ними, снижению качества помощи и, как следствие, к росту госпитализации при дефиците коек в психиатрических больницах [256, 355, 484, 500, 512]. Психиатрические отделения, создаваемые в больницах общего профиля, обнаружили недостаточную пропускную способность, вследствие чего значительная часть психически больных оказалась среди бездомных [98, 385, 460]. Перемещение больных в сообщество зачастую не сопровождалось развитием системы реабилитации и

поддержки во внебольничных условиях, и для многих пациентов социальная запущенность и материальная бедность оказываются еще более выраженными, нежели в период пребывания в психиатрических стационарах [251, 395, 484].

Первоначальные мотивы, послужившие толчком для активного развития внебольничной помощи, были обусловлены клиническими и социальными факторами, а в 1990-е гг. эти мотивы стали приобретать все более выраженный финансовый характер. Данные рандомизированных контролируемых исследований, в которых сравниваются затраты на амбулаторную и стационарную психиатрическую помощь, говорят о более высокой стоимости стационарного лечения [435, 480, 489, 496, 568, 575]. Однако в этих работах не отражаются все реальные затраты, поскольку сопоставляются расходы на создание новых служб по отношению к уже существующим, а при учете других факторов (рост обращаемости в амбулаторные учреждения, расходы на оказание помощи малоимущим и пациентам, в наибольшей степени использующим ресурс психиатрических служб), оказывается, что экономические преимущества помощи в сообществе уменьшаются или вовсе исчезают [412, 452, 503, 512, 569]. В связи с этим исследователи отмечают, что внебольничную помощь следует рассматривать не как дешевую замену стационарной, а как спектр возможностей, который соответствует разнообразным потребностям людей с психическими расстройствами. При перемещении помощи в сообщество затраты чаще не сокращаются, но возрастает качество жизни пациентов и их удовлетворенность качеством помощи [142, 143, 357, 429].

Радикально проводимая деинституционализация сама по себе породила две важных проблемы: бездомность и криминализацию психически больных. В связи с этим в последние годы стали раздаваться голоса, оспаривающие практическую эффективность общественной психиатрии, а в обществе в целом и в среде профессионалов вновь отмечается установка на ведение больных в стационарных условиях. На этом фоне появляются заявления о том,

что эра деинституционализации может смениться эрой реинституционализации [54, 117, 252, 515, 517].

Y.M. Jabbarpour, Y.L. Geler (2004) считают, что дальнейшая стигматизация госпитальной психиатрии и раскачивание маятника деинституционализации приводят к бездомности, возрастанию бремени служб неотложной помощи и семьи, способствуют переводу пациентов в тюрьмы [438]. Существенный рост бездомных среди психически больных (от 25 до 90%) фиксируется большим числом исследований [329, 332, 342, 344, 336, 459, 494, 566]. В действительности, оценка реальной численности психически больных, не имеющих жилья, весьма затруднена, что, возможно, связано с неоднородностью материала исследований. Однако существуют разные мнения относительно того, является ли бездомность следствием психического заболевания или фактором, провоцирующим развитие психического расстройства [366]. По мнению П.Дж. Карлинга (2001), многие исследователи склонны завышать численность бездомных психически больных и необоснованно связывать ее с политикой деинституционализации [104]. H.R. Lamb, L.L. Wachrach., F.I. Kass (1992) полагают, что эта проблема является результатом не деинституционализации как таковой, а того, каким способом она была проведена [462].

Другой важной проблемой развития общественно-ориентированной психиатрии является криминализация психически больных. В ряде исследований установлено, что с 1970-х гг. количество психически больных в местах заключения увеличивается [340, 461, 561], хотя при этом подчеркивается, что не следует рассматривать это как следствие деинституционализации, поскольку уровень общественно опасных действий психически больных в известной степени отражает рост уровня криминальных действий в обществе, составляя небольшую его часть [54].

По мнению G. Thornicroft, M. Tansella (2002), общественно-ориентированная психиатрия является более эффективной формой помощи по сравнению со стационарной, но только в том случае, если развитие

внебольничных звеньев опережает развитие стационарного сегмента [559]. Переход от госпитальной к общественной психиатрии не может быть применен ко всем больным, а закрытие больниц не должно быть самоцелью, ему должна предшествовать организация альтернативных возможностей пациентам в сообществе [117]. Для выписки хронически психически больных из стационара необходима система реабилитации (трудоустройство, жилье, досуг), которая включает связанные между собой различные внебольничные учреждения [364]. Снижение уровня потребности в госпитализации обеспечивается качеством лечения и поддержки пациентов в амбулаторном звене; особое значение имеет работа с т.н. интенсивными пользователями помощи, которые максимально используют больничные койки и потребляют значительную часть ресурсов службы [423, 448, 530].

Каждая страна должна сама определить, какую долю помощи должны предоставлять стационары, а какую – службы по месту жительства, с учетом потребностей населения, имеющихся ресурсов и местных культуральных особенностей [104, 142, 321, 484, 537, 559]. По мнению В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас (2001), 1980-е гг. были переходным десятилетием от уходящей эры деинституционализации к будущей эре реабилитации. Задачей деинституционализации было уменьшение числа коек, а задачей реабилитации является поддержка и улучшение качества жизни пациента; при этом та же цель - сокращение объема стационарного звена - может достигаться более эффективно с помощью внебольничного лечения и реабилитации [285].

Несмотря на то, что проблемы психического здоровья и методы их решения в разных странах имеют много общего, культурные условия могут существенно различаться. Следовательно, как подчеркивают Н.Г. Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов (2006), программы и исследования должны строиться на основе информации, учитывающей культурные особенности. Формы и методы организации психиатрической помощи нельзя импортировать из одной страны в другую без тщательного анализа влияния и воздействия культурных факторов на их надежность и

действенность [163]. В этой связи Т. Becker и J.L. Vazquez-Barquero (2001) замечают, что при проведении психиатрической реформы региональный опыт имеет даже большее практическое значение, чем национальный [333]. По мнению W. Rutz (2001), все государства в Европе учатся друг у друга, а ВОЗ создает паневропейскую сеть психического здоровья, которая развивается в форум общего и равного обмена опытом. Различия между государствами состоят лишь в том, что они находятся на разных стадиях этого процесса [535].

По мнению В.С. Ястребова (2009), обсуждение вопросов перспективного развития отечественной психиатрии должно проводиться с учетом ряда принципиальных обстоятельств. Во-первых, при создании перспективной модели помощи должен учитываться отечественный опыт и лучшие традиции, которые были созданы нашими предшественниками, учеными и организаторами психиатрической помощи. Во-вторых, стратегии развития отдельных звеньев психиатрических служб должны строиться на основе общей концепции развития психиатрической помощи, которая в нашей стране до сих пор окончательно не проработана. И, в-третьих, стратегия развития психиатрической службы должна учитывать реалии сегодняшнего дня, имеющиеся финансовые, материальные и иные возможности службы, ведомства, государства в целом [303].

Одним из актуальных вопросов является соотношение объема, видов и форм помощи, оказываемой в условиях внебольничного и стационарного ее звеньев. Как следует из приведенных выше данных, в современных условиях это соотношение подлежит пересмотру. Другой вопрос – каким образом и в какие сроки этот пересмотр может быть осуществлен. Реструктуризация действующей системы психиатрической помощи должна проводиться поэтапно и в нескольких направлениях. Для перехода на систему преимущественного ведения больных в условиях сообщества требуется серьезная подготовительная работа. На первых порах необходимо укреплять сеть внебольничных учреждений, развивать общественно-ориентированные

формы помощи, создавать развитую сеть сообществ, в которые могли бы быть интегрированы больные. В конечном итоге, внебольничная психиатрическая служба должна будет предоставлять больным необходимый объем диагностической, терапевтической и социально-реабилитационной помощи [484, 564]. Психиатрические стационары, в свою очередь, должны видоизменить виды помощи, дополнив традиционные ее формы альтернативными, внедрять ресурсосберегающие технологии, интенсифицировать работу, сокращать сроки больничного лечения. За счет неиспользуемого коечного фонда необходимо предусмотреть перепрофилирование коек, открытие медико-социальных подразделений и организацию стационарозамещающих видов помощи. Этапная реструктуризация стационарной и внебольничной сети поможет избежать негативных последствий, наблюдавшихся в разных странах при переводе пациентов из больниц в сообщество. Реализация мероприятий приведенного выше сценария может иметь не только клинический, экономический, но и важный социальный эффект, поскольку больные на разных этапах смогут получить комплексные виды помощи, включая психосоциальную, а психиатрические учреждения, в первую очередь, больницы – повысить свою социальную роль и имидж.

Как следует из приведенных в настоящей главе работ, происходившие в последние десятилетия на уровне государств и общества изменения в социально-экономической, правовой и иных сферах обусловили необходимость проведения всестороннего, системного анализа различных факторов, которые могут оказывать влияние на состояние психического здоровья населения, а также доказали потребность в разработке современных комплексных видов помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Решению этих важных задач посвящены следующие разделы нашей работы.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор материалов и методов исследования определялся его задачами. В ходе исследования изучались генеральная совокупность, представляющую собой данные статистики (исследование показателей состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга, ресурсной базы психиатрической службы, деятельности городских психиатрических служб, программ развития психиатрической помощи в Санкт-Петербурге), а также выборочные совокупности для исследования мнения специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи и ее пользователей – родственников душевнобольных.

Работа выполнялась в три этапа.

На первом этапе исследования были проанализированы **показатели состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга в динамике за 24 года (1991-2014 гг.):** медико-демографические показатели здоровья населения, общая заболеваемость (болезненность) и первичная заболеваемость психическими расстройствами; клиническая характеристика контингентов психически больных, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь; показатели уровня инвалидности вследствие психических заболеваний. Наряду с этим было проведено сопоставление показателей состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга с аналогичными показателями по РФ.

На втором этапе работы были проанализированы **показатели деятельности психиатрической службы Санкт-Петербурга в динамике за 24 года (1991-2014 гг.):** состояние ресурсов психиатрической службы (кадровых и материальных); структура стационарного, полустационарного и амбулаторного звеньев психиатрической помощи, а также подразделений, осуществляющих лечебно-реабилитационную помощь; уровень госпитализаций и регоспитализаций; диагностическая структура госпитализируемых пациентов; уровень недобровольных госпитализаций;

контингенты больных, находящихся в стационаре на конец года, и больных, находящихся на стационарном лечении свыше 1 года; сроки стационарного лечения в разных диагностических группах; показатели эффективности использования коечного фонда и стационарозамещающих служб; показатели деятельности амбулаторных психиатрических учреждений; организация соматической помощи психически больным; взаимодействие психиатрических служб и общественного сектора психиатрии. На этом этапе работы также было проведено сопоставление показателей деятельности психиатрической службы Санкт-Петербурга с аналогичными показателями по РФ.

На следующем, третьем, этапе исследования был проведен **анализ содержания и эффективности программ развития психиатрической помощи**, которые разрабатывались и осуществлялись в Санкт-Петербурге в период 1991-2014 гг.

На всех указанных этапах работы нами использовались клинический, клинико-эпидемиологический, клинико-статистический, аналитический и исторический методы. Материалом для перечисленных этапов исследования послужили данные статистических отчетов психиатрических учреждений Санкт-Петербурга (формы федерального статистического наблюдения №10 «Сведения о заболевших психическими расстройствами и расстройствами поведения, исключая случаи употребления психоактивных веществ» и №36 «Сведения о контингентах психически больных», утвержденных Постановлением Госкомстата РФ от 29.06.1999 г. №49 (с 2009 г. – в новой редакции, утвержденной Приказом Росстата от 13.08.2009 г. №171), а также форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, которые проживали в районе обслуживания лечебного учреждения», утвержденная Постановлением Госкомстата РФ от 29.06.1999 г. №49 (с 2008 г. – в новой редакции, утвержденной Приказом Росстата от 28.01.2009 г. №12).

Кроме этого, были использованы данные: статистических сборников Московского НИИ психиатрии МЗ РФ [50, 58, 59, 60, 76], ГНЦ СиСП

им. В.П. Сербского [64, 100, 101, 265, 266, 267, 268, 269; 287]; аналитических статистических сборников и материалов государственных докладов Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга [74, 79, 80, 81; 82, 83, 84, 85, 108, 112, 161, 168, 177, 190, 238], Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга [4]; Санкт-Петербургского Института медико-социальных проблем и управления [239], материалов официальной государственной статистики [16, 35, 78, 86, 111, 170, 175], Коллегий и Медицинского совета Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга [185, 191, 192, 193, 194], Постановлений Правительства и законодательных актов Санкт-Петербурга [180, 182, 183, 186]. Показатели состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических служб за 2003-2010 гг. были рассчитаны по скорректированной численности населения Санкт-Петербурга и РФ с учетом данных Всероссийской переписи населения 2010 г.

Для установления наиболее значимых связей между медико-демографическими, клинико-статистическими, клинико-эпидемиологическими индикаторами и результатами деятельности региональной психиатрической службы были использованы методы *корреляционного и регрессионного анализа*. Для формирования математических моделей и их интерпретации использовался *системный анализ*. Все расчеты и статистические оценки значимости полученных моделей выполнялись в среде MS Excel.

Приведем краткую характеристику регрессионного и корреляционного методов анализа, которым в нашем исследовании была отведена важная роль при оценке различных показателей и факторов, на них влияющих.

Регрессионный анализ является основным средством исследования зависимостей между переменными. Он используется для построения модели, позволяющей по значениям независимых показателей получать оценки значений зависимой переменной. С целью математического описания конкретного вида зависимостей с использованием регрессионного анализа подбирают класс функций, связывающих результативный показатель y и

аргументы x_1, x_2, \dots, x_k ; опираясь на результаты корреляционного анализа, отбирают наиболее информативные аргументы, вычисляют оценки неизвестных значений параметров уравнения связи и анализируют точность полученного уравнения [145, 210].

Функция $y = f(x_1, x_2, \dots, x_k)$, описывающая зависимость условного среднего значения результативного признака y от заданных значений аргументов, называется функцией (уравнением) регрессии.

Все многообразие факторов, которые воздействуют на изучаемый процесс, можно разделить на две группы: главные (определяющие уровень изучаемого процесса) и второстепенные. Последние часто имеют случайный характер, определяя специфические и индивидуальные особенности каждого объекта исследования. Взаимодействие главных и второстепенных факторов и определяет колеблемость исследуемого процесса. В этом взаимодействии синтезируется как необходимое, типическое, определяющее закономерность изучаемого явления, так и случайное, характеризующее отклонение от этой закономерности. Случайные отклонения неизбежно сопутствуют любому закономерному явлению. По этой причине иногда зависимую переменную (показатель динамики процесса) y называют откликом.

Если стандартизовать переменные и рассчитать уравнение регрессии для стандартизованных переменных, то оценки коэффициентов регрессии позволят по их абсолютной величине судить о том, какой аргумент в большей степени влияет на функцию. В таком уравнении коэффициенты получены при одинаковых масштабах изменения всех переменных и являются сравнимыми. При сравнении качества регрессии, оцененной по различным зависимым переменным, важно исследовать доли объясненной и необъясненной дисперсии.

Теоретически регрессионная модель позволяет учесть любое число факторов, но практически в этом нет необходимости, а, кроме того, при большом количестве факторов в модели возникают трудности, связанные с явлением мультиколлинеарности (взаимозависимости) части факторов; при

этом качество модели резко ухудшается в связи с тем, что возникает неустойчивость и ненадежность оценок коэффициентов регрессии. В связи с этим отбор факторов производится на основе качественного теоретического анализа. Однако теоретический анализ часто не позволяет однозначно ответить на вопрос о количественной взаимосвязи рассматриваемых признаков и целесообразности включения фактора в модель. Поэтому отбор факторов обычно осуществляется в две стадии: на первой подбираются факторы, исходя из сущности проблемы; на второй – анализируется матрица коэффициентов корреляции и устанавливается, какие из факторов наиболее тесно связаны с результатом, а какие – между собой.

Хорошо известно, что демографические показатели являются базовыми для расчета основных медико-социальных показателей: болезненности, заболеваемости, инвалидности, смертности и т.п. Расчет указанных показателей невозможен без адекватных динамических демографических моделей, способных достоверно определить численность населения. Этим объясняется повышенный интерес исследователей к медико-демографическим моделям в психиатрии [293]. За последние 20 лет с помощью методов математического моделирования в теоретической демографии получен ряд весьма впечатляющих результатов на основе реализации двух основных положений. Первое из них включает *принцип демографического императива* [103], который декларирует демографическую обусловленность многих явлений и процессов, изучаемых социально-экономическими науками. Иными словами, в наборе факторов, от которых зависят общественные процессы, численность населения является ведущей переменной величиной, к которой подстраиваются все прочие.

Второе положение можно условно назвать *принципом биологического императива*, который служит биологической составляющей процесса развития общества. Таким образом, теоретическая демография не ограничивается рассмотрением только динамики народонаселения, но и ставит своей целью изучение ее биологических причин и социальных

последствий. К сожалению, непосредственное использование результатов этих работ для российской практики невозможно, так как они опираются на глобальную статистику (в мировом масштабе), представляя собой случай, в котором различные факторы неравномерности социально-экономического развития и миграции в первом приближении малозначимы.

Применение в нашей работе *корреляционного анализа* было обосновано необходимостью изучения связи между выборками значений ряда факторов и показателей, анализируемых в соответствии с задачами исследования. Обычно связь между выборками носит не функциональный, а вероятностный (или стохастический) характер. В этом случае нет строгой, однозначной зависимости между величинами.

Целью корреляционного анализа является обеспечение получения некоторой информации об одной переменной с помощью другой переменной, определение степени связи между двумя случайными величинами X и Y . В качестве меры такой связи используется коэффициент корреляции. Коэффициент корреляции оценивается по выборке объема N связанных пар наблюдений $(x_i, y_i, i = 1, N)$ из совместной генеральной совокупности X и Y . Существует несколько типов коэффициентов корреляции, применение которых зависит от измерения (способа шкалирования) величин X и Y . Для оценки степени взаимосвязи величин X и Y , измеренных в количественных шкалах, используется коэффициент линейной корреляции (коэффициент Пирсона), предполагающий, что выборки X и Y распределены по нормальному закону.

Коэффициент корреляции – параметр, который характеризует степень линейной взаимосвязи между двумя выборками, рассчитывается по формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum (x_i - \bar{x}) \cdot (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \cdot \sum (y_i - \bar{y})^2}}$$

Коэффициент корреляции изменяется от -1 (строгая обратная линейная зависимость) до 1 (строгая прямая пропорциональная зависимость). При значении 0 линейной зависимости между двумя выборками нет.

По направлению корреляционная связь может быть положительной ("прямой") и отрицательной ("обратной"). При положительной прямолинейной корреляции более высоким значениям одного признака соответствуют более высокие значения другого, а более низким значениям одного признака – низкие значения другого. При отрицательной корреляции соотношения обратные. При положительной корреляции коэффициент корреляции имеет положительный знак, при отрицательной корреляции – отрицательный знак.

В MS Excel для вычисления парных коэффициентов линейной корреляции использована специальная функция CORREL (массив 1; массив 2), где массив 1 – ссылка на диапазон ячеек первой выборки (X); массив 2 – ссылка на диапазон ячеек второй выборки (Y).

В случае анализа многофакторных зависимостей требуется использование функции «Корреляция» из пакета «Анализ данных» MS Excel.

Задача корреляционного анализа сводится к установлению направления (положительное или отрицательное) и формы (линейная, нелинейная) связи между варьирующими признаками, измерению ее тесноты, и, наконец, к проверке уровня значимости полученных коэффициентов корреляции.

Корреляционная связь не предполагает причинной зависимости между переменными. Корреляционный анализ может использоваться для определения тесноты и направления связи и в причинных моделях. Степень, сила или теснота корреляционной связи определяется по величине коэффициента корреляции. Сила связи не зависит от ее направленности и определяется по абсолютному значению коэффициента корреляции, который обычно обозначают $|r_{xy}|$.

В зависимости от коэффициента корреляции различают следующие корреляционные связи:

- сильная, или тесная при коэффициенте корреляции $|r_{xy}| > 0,70$;
- средняя (при $0,50 < |r_{xy}| < 0,69$);
- умеренная (при $0,30 < |r_{xy}| < 0,49$);
- слабая (при $0,20 < |r_{xy}| < 0,29$);
- очень слабая (при $|r_{xy}| < 0,19$).

Статистическая значимость коэффициента корреляции зависит от объема выборки и заданного уровня значимости (стандартные уровни значимости: 0,95; 0,99; 0,999, которым соответствуют доверительные значения вероятности $p = 0,05$; 0,01; 0,001). Для оценки статистической значимости корреляции использовались таблицы с критическими значениями коэффициента [145, 210].

Коэффициент детерминации, который обычно обозначают $R^2 = r_{xy}^2$ соответствует доле вариабельности показателя y , которая обусловлена линейным соотношением с фактором x .

С помощью корреляционного анализа в настоящем исследовании были установлены корреляции различных показателей, таких как заболеваемость психическими расстройствами (число лиц с психическими расстройствами в расчете на численность населения); уровень инвалидизации (число психически больных инвалидов в расчете на численность населения); число мест в лечебно-трудовых мастерских; число мест в дневных стационарах; число психиатрических коек; число посещений участкового врача-психиатра; доля диспансерного наблюдения в общем числе наблюдаемых больных; число недобровольных освидетельствований амбулаторной психиатрической службой; уровень госпитализаций в психиатрические стационары; уровень недобровольных госпитализаций; сроки стационарного лечения; число больных, находящихся в стационаре свыше года.

С помощью регрессивного анализа были получены прогностические данные численности населения Санкт-Петербурга до 2025 г., в т.ч. по возрастным группам; прогноз уровня общей заболеваемости (болезненности)

психическими расстройствами до 2025 г.; прогноз уровня инвалидности вследствие психических заболеваний до 2025 г.

Как было отмечено во введении, ставя в основу настоящего исследования определение эффективности работы региональной психиатрической службы на основе комплексного анализа ее характеристик, для достижения этой цели планировалось не только изучение различных характеристик обслуживаемых контингентов, клинико-эпидемиологических и клинико-статистических показателей, но и **изучение мнения специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, а также ее пользователей о состоянии и перспективах развития психиатрической службы региона.** Исследование мнения профессионалов и пользователей психиатрической помощи (родственников пациентов) о состоянии психиатрической помощи в Санкт-Петербурге и направлениях ее развития проводилось в форме опроса с заполнением специальных анкет, разработанных сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБУ НЦПЗ (заведующий – профессор В.С. Ястребов). С учетом особенностей структурной организации системы психиатрической помощи в Санкт-Петербурге, а также поставленной цели и задачами настоящего исследования автором данной работы была проведена соответствующая корректировка анкет.

14 вариантов использованных анкет содержали следующие тематические блоки вопросов:

- правовые и этические вопросы;
- структура и качество психиатрической помощи;
- финансирование психиатрической помощи;
- приватные формы психиатрической помощи;
- управление психиатрическими учреждениями.

Вопросы, предлагавшиеся различным категориям респондентов, были составлены и сформированы с учетом предполагаемого уровня их

информированности и компетентности; при этом значительная часть вопросов была «сквозной» – общей для всех групп респондентов.

Группы респондентов-профессионалов были сформированы следующим образом:

1. Руководители психиатрических учреждений (главные врачи и их заместители).
2. Врачи-психиатры.
3. Медицинские сестры.
4. Немедицинские специалисты с высшим образованием (медицинские психологи, специалисты по социальной работе).
5. Немедицинские специалисты со средним образованием (социальные работники, инструкторы трудовой терапии).

Таким образом, перечисленные группы респондентов представляли основные категории сотрудников, участвующих в планировании, управлении и оценке качества психиатрической помощи (руководители и их заместители), оказывающих лечебно-диагностическую и экспертную помощь (врачи), осуществляющих уход и наблюдение за пациентами (медицинские сестры), участвующих в психосоциальных и реабилитационных мероприятиях (специалисты социального профиля, медицинские психологи, инструкторы трудовой терапии). Каждая из этих групп была разделена на 2 подгруппы: специалистов, работающих в стационарных психиатрических учреждениях, и специалистов, работающих в амбулаторных психиатрических учреждениях, с тем, чтобы было обеспечено сбалансированное представительство амбулаторного и стационарного звеньев психиатрической помощи.

Выбор учреждений, сотрудники которых участвовали в опросе, был произведен с учетом сложившихся в Санкт-Петербурге трех типов системы «психиатрический стационар – амбулаторное психиатрическое учреждение»:

- Психиатрическая больница в черте города и амбулаторные психиатрические учреждения (ПНД – психоневрологические диспансеры,

ПК – психиатрические кабинеты), обслуживающие общие закрепленные районы;

- Загородная психиатрическая больница и амбулаторные психиатрические учреждения (ПНД, ПК), обслуживающие общие закрепленные районы;
- Территориальное объединение по психиатрии (психиатрическая больница, объединенная в одно юридическое лицо с диспансерами закрепленных районов обслуживания).

С учетом этого в исследование были включены следующие психиатрические учреждения:

- Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова и диспансеры закрепленных за стационаром районов обслуживания (Выборгский, Петроградский, Приморский, Красногвардейский).
- Загородная городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко и амбулаторные учреждения (ПНД, ПК) районов, являющихся зоной обслуживания данного стационарного учреждения (Невский, Петродворцовый, Пушкинский).
- Городской психоневрологический диспансер со стационаром №7, включающий стационар и диспансеры районов обслуживания (Кировский, Красносельский).

Таким образом, стационарные психиатрические учреждения, сотрудники которых участвовали в опросе, включали 4035 коек или 61,3% коечного фонда города. Численность населения районов обслуживания амбулаторных психиатрических учреждений, сотрудники которых участвовали в опросе, составила 58,3% от численности населения города. Количество респондентов в каждом учреждении по всем группам было установлено в соответствии с рассчитанной квотой, которая была определена исходя из численности работающих специалистов в каждом учреждении.

Группу респондентов – пользователей психиатрической помощи составили родственники пациентов тех психиатрических учреждений, сотрудники которых участвовали в опросе. Они были разделены, во-первых,

на тех, кто пользуется услугами амбулаторной службы, и на тех, кто пользуется услугами психиатрических стационаров, а во-вторых, на тех, кто вовлечен в деятельность общественных организаций пользователей психиатрической помощи («Невский клубный дом», ОООИ «Новые возможности», «Феникс», «Невский родительский дом», «Феникс» и др.), и тех, кто в работе таких организаций участия не принимает.

Предполагалось, что многолетнее нахождение пациентов под наблюдением ПНД и неоднократные госпитализации определяют тот факт, что родственники больных имеют большой опыт взаимодействия с психиатрической службой на протяжении длительного времени и могут составить собственное мнение о качестве психиатрической помощи. Гипотетической предпосылкой включения в исследование родственников психически больных, которые вовлечены в деятельность пациентских организаций, было предположение о том, что они должны отличаться большей степенью информированности и компетентности в отношении оценки деятельности психиатрической службы.

Численность каждой группы респондентов составила 100 человек – по 50 в каждой подгруппе. Исключение составила группа руководителей психиатрических учреждений – 47 человек, поскольку такое количество определялось границами сплошной выборки (табл. 2.1).

В пробных выборках число респондентов составляло 10 человек, при этом дисперсия ранжировок ответов на вопросы анкет менялась в пределах 170-290 (с ростом квалификации дисперсия ответов уменьшалась). Для стандартного уровня надежности $\gamma = 0,95$ ($p = 0,05$) для численности респондентов в группах основной выборки диапазон составил 27-47 человек. Таким образом, проведенные расчеты показали, что указанное число в группах респондентов позволяет получить репрезентативные данные как в отношении специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, так и в отношении контингента родственников пациентов, обслуживаемых включенными в настоящее исследование учреждениями. Как

видно на приведенной ниже таблице 1, общее число респондентов составило 647 чел.

Таблица 2.1. Количественный состав групп респондентов

Группы респондентов		Численность	
Руководители психиатрических учреждений	Руководители психиатрических стационаров	25	47
	Руководители амбулаторных психиатрических учреждений	22	
Врачи-психиатры	Врачи психиатры психиатрических стационаров	50	100
	Врачи психиатры амбулаторных психиатрических учреждений	50	
Медицинские сестры	Медицинские сестры психиатрических стационаров	50	100
	Медицинские сестры амбулаторных психиатрических учреждений	50	
Немедицинские специалисты высшего звена	Немедицинские специалисты высшего звена психиатрических стационаров	50	100
	Немедицинские специалисты высшего звена амбулаторных психиатрических учреждений	50	
Немедицинские специалисты среднего звена	Немедицинские специалисты среднего звена психиатрических стационаров	50	100
	Немедицинские специалисты среднего звена амбулаторных психиатрических учреждений	50	
Родственники пациентов, не вовлеченные в деятельность пациентских организаций	Родственники пациентов психиатрических стационаров, не вовлеченные в деятельность пациентских организаций	50	100
	Родственники пациентов амбулаторных психиатрических учреждений, не вовлеченные в деятельность пациентских организаций	50	
Родственники пациентов, вовлеченные в деятельность пациентских организаций	Родственники пациентов психиатрических стационаров, вовлеченные в деятельность пациентских организаций	50	100
	Родственники пациентов амбулаторных психиатрических учреждений, вовлеченные в деятельность пациентских организаций	50	
Все			647

Опрос респондентов проводился анонимно, хотя при желании они могли указывать свои данные. Группы респондентов формировались методом случайной выборки. Респонденты самостоятельно отвечали на все поставленные вопросы, и только в исключительных случаях по просьбе самих респондентов допускались разъяснения, не носящие характер подсказки.

Анализ результатов опроса профессионалов и пользователей психиатрической помощи проводился с использованием **метода анализа иерархий** – МАИ [217].

В настоящее время существует достаточно большое количество разнотипных шкал и опросников для оценки социального функционирования и качества жизни пациентов психиатрических служб и их родственников, а также для оценки деятельности медицинского и обслуживающего персонала, деятельности руководителей учреждений и т.д. В связи с разнообразием оценочных шкал для измерения соответствующих факторов и показателей деятельности единой их группировки, тем более систематики, не существует. Более того, с одной стороны, такие шкалы почти сливаются с некоторыми психологическими шкалами, а с другой – с социологическими опросниками. Трудности группировки используемых в психиатрии шкал связаны также с различными обозначениями различными исследователями подчас одних и тех же или сходных "инструментов" (диагностические, поведенческие, психометрические, функциональные и т.п.) и, кроме того, их объективным подобием, поскольку некоторые шкалы могут иметь различную направленность.

Адекватной задачам настоящего исследования является методология, основанная на учете иерархической структуры социальной среды, в которой протекают и реализуются соответствующие процессы, причем не только в концептуальном плане, но и в количественном (математическом) при сборе и обработке полученной информации. Определение приоритетности факторов (показателей) в рамках иерархических структур на основе метода анализа

иерархий (МАИ) позволяет получать решение с учетом весомости других, вышестоящих элементов этих структур. В частности, для полного решения проблемы необходимо также установить приоритеты критериев оценивания (в иерархии интересов), которыми пользуются субъекты, включенные в рассматриваемую иерархию (а также весомость этих субъектов). На основе такого решения можно найти соответствующие оптимальные меры управления в сложившейся иерархической структуре. Оптимальным с точки зрения временных, социальных и материальных потерь решением проблемы следует считать такое решение, при котором приоритетность (весомость) факторов устанавливается с учетом весомости критериев оценки этих факторов, а также других обстоятельств, включаемых в иерархическую модель явлений общественной жизни.

В управлении социальными и производственными процессами используют коллективные, принимаемые группой лиц, решения. Социологические опросы можно рассматривать как частный случай процедур формирования группового решения (мнения) по определенным вопросам. Общественная жизнь характерна тем, что групповые решения, как правило, имеют лучшие характеристики по сравнению с индивидуальными решениями, так как они более рациональны, менее субъективны и повышают вероятность осуществления принятого решения (вся группа включается в процесс исполнения своего собственного мнения).

При этом необходимо отметить, что при таком подходе основные проблемы заключаются в методике сбора и обработки исходной информации, полученной в результате проведенного опроса. Современные исследования в области прикладной статистики социальных явлений [174, 255] фиксируют распространенное заблуждение, состоящее в том, что ответы экспертов стараются рассматривать как баллы (числа) в некоторой шкале, выбранной часто без достаточных оснований и без изучения свойств этой шкалы, которые потом обрабатывают с помощью статистических методов. А так как в большинстве случаев шкалы «оцифровки» ответов экспертов весьма

произвольны, то выводы, полученные в результате подобной обработки данных, слабо соотносятся с реальностью. Примером такого случая можно считать работу нидерландских исследователей [432], посвященную оценке приоритетов пациентов, специалистов в области психического здоровья и работников внебольничных служб в вопросах развития служб психосоциальной реабилитации. При использовании пятибалльной шкалы оценок ответов результаты стандартной статистической обработки по большинству вопросов оказались средними («смазанными») величинами, причем окончательные приоритеты определялись без учета квалификации опрашиваемых. При этом совершенно очевидно, что, например, в вопросах определения приоритета таких компонент реабилитации, как психиатрическое лечение и служба кризисных вмешательств, мнение профессионалов должно быть более весомым.

Такие эффекты изначально связаны с психофизиологической природой экспертных оценок. Эксперт может сравнить два объекта, сказать какой из них лучше по некоторому критерию (метод парных сравнений), но обычно не может ответить, во сколько раз или на сколько один объект лучше другого. Другими словами, ответы эксперта обычно измерены в порядковой шкале или являются результатами парных сравнений, но не числами. Важной особенностью метода анализа иерархий является установленный факт, согласно которому при его использовании получается так называемая шкала отношений, поэтому оценки, выраженные в этой шкале, допускают математические операции и при этом гарантируется устойчивость и корректность полученных результатов обработки.

Другой важной проблемой метода экспертной оценки является проверка согласованности мнений экспертов и классификация экспертных мнений. Разработан ряд методов такой проверки, которые зависят от математической модели ответов экспертов. Соответствующие статистические теории достаточно сложны в том случае, если эти ответы представляют собой ранжировки или разбиения, и достаточно просты, если ответы являются

результатом парных сравнений. В приведенных случаях рекомендуется, например [174], проверять согласованность ранжировок с помощью коэффициента ранговой конкордации Кендала. Но при этом проверяется статистическая гипотеза, согласно которой ранжировки независимы и равномерно распределены на множестве всех ранжировок. Если эта гипотеза принимается, то, конечно, ни о какой согласованности мнений экспертов говорить нельзя. А если гипотеза отклоняется, то, тем более, нельзя. Например, в ходе экспертной оценки может быть сформировано два или больше центра, около которых группируются ответы экспертов.

Эксперту гораздо легче пошагово сравнивать только два объекта. Общая теория парных сравнений позволяет решать более сложные задачи, чем статистика ранжировок. Поэтому вместо гипотезы равномерного распределения мнений экспертов можно проверять лишь совпадение распределений мнений экспертов между собой, что естественно трактовать как согласованность их мнений. Такая проверка согласованности и реализуется средствами МАИ в виде вычисления соответствующих индексов согласованности [293, 301].

Последовательное использование в практике опросов методики парных сравнений существенно увеличивает объем экспертной работы, и такой путь может быть рекомендован только квалифицированным экспертам, которые знакомы с техникой использования шкалы сравнений МАИ и имеют для работы с анкетами достаточно много времени. Для опроса, в котором участвуют лица, не знакомые с техникой использования шкалы сравнений МАИ и не готовые уделить работе с анкетой достаточное количество времени, используется комбинированная технология сбора исходной информации и ее дальнейшей обработки.

Коротко эта технология описывается следующим образом: анкетлируемые дают свои ответы в виде ранжировок (предпочтений), из которых с помощью компьютерной обработки формируются матрицы парных сравнений на основе этих индивидуальных ранжировок, а

последующая компьютерная обработка матриц парных сравнений по алгоритмам МАИ позволяет получить окончательные приоритеты предлагаемых в опросе факторов (альтернатив).

Применение аппарата МАИ при исследовании ранжировок экспертов, когда эксперты для фиксации своих предпочтений не используют используемую в МАИ шкалу сравнений, предоставляет дополнительные возможности для упорядочения мнений о проблеме выбора и способствует повышению качества принимаемых решений.

Применение МАИ предусматривает следующие три основных этапа:

- I. Постановка проблемы и представление этой проблемы в виде некоторой иерархии (альтернативы решения проблемы, критерии оценки и т.д.).
- II. Сбор исходной информации и ее предварительная оценка путем реализации процедур *парного* (далее будем использовать более удобный термин *парного*) сравнения элементов каждого уровня рассматриваемой иерархии.
- III. Обработка результатов сравнения элементов иерархии, при которой, в первую очередь, необходимо оценить согласованность (непротиворечивость), полученной на этапе 2 информации, а также весомость альтернатив решения поставленной проблемы.

I. Переходя к проблеме оценки альтернатив экспертного опроса в виде иерархии, рассмотрим иерархию, представленную на рис. 2.1:

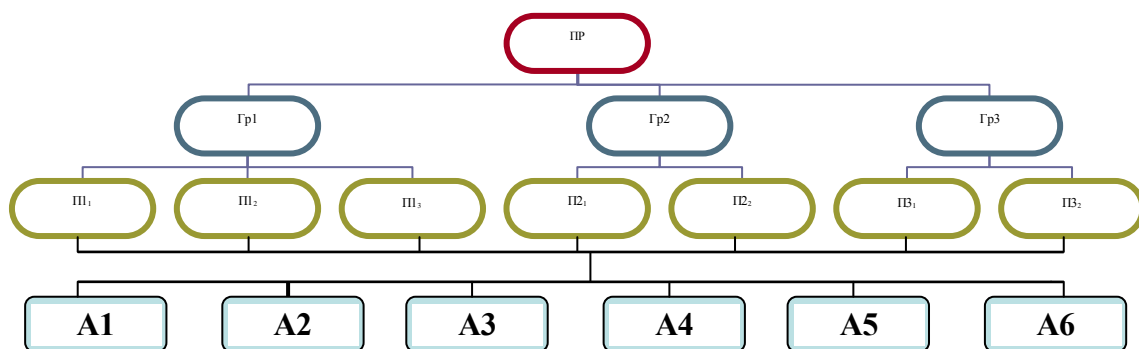


Рисунок 2.1. Представление проблемы оценки альтернатив опроса в виде иерархии.

Здесь элементы иерархии распределены по уровням, которые опишем, начиная снизу:

- 1-ый уровень (уровень альтернатив) – A_1, A_2, \dots - оцениваемые альтернативы ответов на вопрос экспертного опроса;
- 2-ой уровень (уровень отдельных критериев, показателей) – Π_1, Π_2, \dots - выбранные показатели для оценки альтернатив в соответствующей группе респондентов;
- 3-ий уровень (уровень групп респондентов) – $Гр_1, Гр_2, \dots$ - выбранные группы респондентов для оценки альтернатив экспертных вопросов;
- 4-ый уровень – уровень принятия итогового решения с учетом весомости групп респондентов (ПР – фокус иерархии).

II. Приступая к центральной части иерархического анализа, а именно к процедурам парного сравнения элементов одного уровня иерархии по отношению к вышестоящим элементам, приведем основную шкалу измерения результата сравнения элементов иерархии, принятую в анализе иерархий [217]:

- 1 – равенство сравниваемых элементов по отношению к вышестоящему;
- 3 – предпочтение;
- 5 – выраженное предпочтение;
- 7 – сильное предпочтение;
- 9 – абсолютное предпочтение.

Эта шкала была разработана в результате междисциплинарных исследований: математических, статистических, психофизиологических и апробирована в разнообразных по сфере приложениях метода МАИ к проблемам принятия решений [217]. Не останавливаясь на деталях конкретного использования этой шкалы, в частности, на возможности использования и промежуточных уровней оценки предпочтения (2, 4, 6, 8), отметим одно из важнейших достоинств такой шкалы – возможность ее использования для сравнения как количественных, так и качественных элементов иерархии.

Естественно, что информация, полученная в ходе подобных парных, экспертных сравнений в рамках указанной шкалы может содержать погрешности и ошибки. Но важной особенностью аппарата иерархического анализа является то обстоятельство, что эти ошибки обнаруживаются в ходе предварительного математического анализа полученной информации и далее могут быть исправлены.

III. Заключительная часть иерархического анализа связана с обработкой сформированных матриц парных сравнений. На основе теоретически точных алгоритмов метода МАИ анализ производился в следующей последовательности:

1) Была оценена согласованность (степень непротиворечивости) матриц парных сравнений и, в случае их приемлемой согласованности, весомость элементов иерархии на основе этих матриц. В случае плохой согласованности какой-то из матриц парных сравнений осуществлялся возврат на этап формирования этой матрицы для устранения плохой согласованности элементов матрицы.

2) Производилось вычисление весов для элементов иерархии на основе матриц парных сравнений и итоговый расчет весов альтернатив.

Следующим этапом применения метода было определение оценки альтернатив с учетом весомости групп респондентов

Как следует из описания методологии МАИ, окончательная оценка альтернатив ответов зависит от весов групп респондентов. В проводимом нами исследовании веса групп респондентов определялись по следующим группам вопросов: I) правовые и этические вопросы; II) структура и качество психиатрической помощи; III) финансирование психиатрической службы; IV) частные формы помощи; V) управление психиатрическими учреждениями. Оценка результатов опроса по указанным выше группам проводилась на основе матриц парных сравнений значимости групп респондентов.

В качестве демонстрации процедур оценки альтернатив, с учетом весомости групп респондентов, рассмотрим, например, вопрос № 25 из раздела II – «Структура и качество психиатрической помощи»:

Вопрос II.25. Обеспечение Вашего учреждения какими лекарственными средствами в настоящее время недостаточно и требует улучшения (укажите приоритеты – от наиболее важного к менее важному, расставив цифры 1; 2; 3 и т.д.):

1. Традиционными нейролептиками
2. Атипичными нейролептиками
3. Традиционными антидепрессантами
4. Антидепрессантами новых поколений
5. Ноотропами
6. Нормотимиками
7. Антиконвульсантами
8. Антипаркинсоническими средствами
9. Другими (указать группы)
10. Затрудняюсь с ответом

Далее при обработке результатов опроса в группах респондентов альтернативные ответы, указанные выше, были обозначены - А1, А2, ..., А10.

Респонденты, отвечавшие на этот вопрос, включали, в том числе, следующие группы - руководители амбулаторных психиатрических учреждений (Р (ПНД)); врачи ПНД (В (ПНД)); медицинские сестры ПНД (МС (ПНД)). В соответствии с указанными обозначениями, была проведена процедура оценки весомости групп респондентов.

Экспертная матрица парных сравнений в шкале МАИ для рассматриваемых групп респондентов, с позиции структуры и качества помощи, имела следующий вид (табл. 2.2):

Таблица 2.2. Матрица результатов парных сравнений групп респондентов в шкале МАИ по разделу «Структура и качество помощи»

Качество помощи	Р (ПНД)	В (ПНД)	МС (ПНД)
Р (ПНД)	1	5	7
В (ПНД)	1/5	1	7
МС (ПНД)	1/7	1/7	1

Используем основные соотношения метода МАИ [16]:

$$\begin{aligned}
 A \cdot W &= \lambda_{\max} \cdot W, \\
 \text{ИС} &= (\lambda - n) / (n - 1), \\
 \text{ОС} &= \text{ИС} / \text{СИ},
 \end{aligned}
 \tag{2.8}$$

где A – матрица парных сравнений (табл. 1), $W = (w_1, w_2, w_3)$ – вектор нормированных весов групп респондентов, λ_{\max} – максимальное собственное число матрицы A , n – размер матрицы A ,

ИС – индекс согласованности для матрицы A ;

ОС – отношение согласованности для матрицы A ;

СИ – случайный индекс для матрицы парных сравнений размера n , который берется из соответствующей таблицы индексов СИ.

Критерий оценки согласованности матрицы A по значению величины ОС в методе МАИ принят следующий: $\text{ОС} = 0$ – матрица идеально согласована; $\text{ОС} \leq 0,1$ – хорошо согласована; $\text{ОС} > 0,1$ – плохо согласована.

Используя соотношения (2.8) для нашей матрицы (табл. 2.2), с помощью MS Excel получаем (с учетом $n = 3$, СИ = 0,58):

$$\lambda_{\max} = 3,117 \text{ (в общем случае } \lambda_{\max} \geq n \text{);}$$

$$W = (0,735; 0,207; 0,058);$$

$$\text{ОС} = 0,1, \text{ т.е. матрица } A \text{ хорошо согласованна.}$$

Таким образом, для нормированных весов рассматриваемых групп респондентов получаем:

Таблица 2.3. Нормированные веса групп респондентов по разделу «Структура и качество помощи»

Группа	Р (ПНД)	В (ПНД)	МС (ПНД)
Вес	0,735	0,207	0,058

Значения весов табл. 2.3 были использованы далее для итоговой оценки альтернативных ответов на основе результатов обработки ответов в группах респондентов.

Обработка ответов (10 альтернатив в порядке предпочтения) на рассматриваемый вопрос для каждой группы респондентов приводит к следующим результатам:

1) руководители и их заместители амбулаторных психиатрических учреждений (Р (ПНД)):

Таблица 2.4. Нормированные веса альтернативных ответов на вопрос II.25 в группе Р (ПНД)

А 1	А 2	А 3	А 4	А 5	А 6	А 7	А 8	А 9	А 10
0,101	0,298	0,109	0,150	0,070	0,081	0,100	0,040	0,019	0,032

2) врачи ПНД (В (ПНД))

Таблица 2.5. Нормированные веса альтернативных ответов на вопрос II.25 в группе В (ПНД)

А1	А2	А3	А4	А5	А6	А7	А8	А9	А10
0,081	0,345	0,06	0,209	0,063	0,073	0,092	0,052	0,015	0,011

3) медицинские сёстры ПНД (МС (ПНД))

Таблица 2.6. Нормированные веса альтернативных ответов на вопрос II.25 в группе МС (ПНД)

А 1	А 2	А 3	А 4	А 5	А 6	А 7	А 8	А 9	А 10
0,118	0,175	0,084	0,184	0,096	0,081	0,107	0,084	0,036	0,035

Учитывая данные из таблиц 2.3-2.6, на основе взвешенного суммирования результатов ответов получаем окончательные результаты альтернативных ответов на вопрос П.25:

Таблица 2.7. Итоговые веса альтернативных ответов на вопрос П.25

A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
0,097	0,303	0,098	0,166	0,069	0,078	0,098	0,046	0,018	0,027

Таким образом:

- 1) наиболее весомым (0,303) ответом на вопрос П.25 следует считать: «атипичные нейролептики»;
- 2) на втором месте (0,166) ответ: «антидепрессанты новых поколений»;
- 3) на третьем-пятом местах ответы: «традиционные антидепрессанты», «антипаркинсонические средства», «традиционные нейролептики» и т.д.

В завершении характеристики МАИ отметим, что его теоретические основы и методология применительно к сфере психического здоровья населения РФ и деятельности отечественной и зарубежных психиатрических служб разрабатывались в течение последнего десятилетия сотрудником отдела организации психиатрических служб ГБНУ НЦПЗ канд. мат. наук, проф. В.Г. Митихиным (руководитель – проф. В.С. Ястребов). Основные положения этого метода были использованы при решении методологических основ проблемы мониторинга, оценке деятельности психиатрических служб, определении современных тенденций их реформирования и оценке перспектив их развития, построении системно-ориентированной модели психосоциальной реабилитации и медико-демографических моделей для оценки психического здоровья населения, проведении системного анализа показателей инвалидности вследствие психических заболеваний и др. [293, 294, 297]. На основе МАИ автор настоящего исследования совместно с сотрудниками указанного выше коллектива принимал участие в разработке системных и информационных технологий в организации психиатрической помощи [302, 303].

Таким образом, в настоящей работе были использованы следующие **методы исследования**: клинический, клинико-статистический, клинико-эпидемиологический, социологический, аналитический, математический, исторический, метод экспертных оценок, а также системный анализ, включая регрессионный и корреляционный анализ, метод анализа иерархий (МАИ).

В заключении подчеркнем, что в проводимом нами исследовании был использован не только традиционный материал официальной статистики и основных показателей деятельности психиатрических учреждений Санкт-Петербурга и РФ, но и результаты опроса различных категорий специалистов психиатрических учреждений города, а также пользователей психиатрической помощи в лице родственников психически больных.

Для обработки значительного массива данных был использован системный подход, в процессе которого были применены методы корреляционного и регрессионного анализа, позволившие, с одной стороны, выявить наиболее значимые факторы, влияющие на демографические процессы и показатели психического здоровья населения Санкт-Петербурга в период социально-экономической нестабильности последних десятилетий, а с другой – установить взаимную связь между этими факторами и основными показателями деятельности психиатрических служб города. Наряду с этим был использован метод анализа иерархий, метод экспертных оценок, которые позволили строить иерархическую структуру этих факторов с учетом их приоритетной значимости не только в параметрах количественной, но и качественной их оценки.

Результаты системного анализа полученных данных приводятся в последующих главах настоящей работы.

ГЛАВА 3. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТОВ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Существенное отличие отечественной системы психиатрической помощи от большинства зарубежных психиатрических служб заключается в том, что со времен земской психиатрии, начиная с П.П. Кашенко (1895), в стране была введена система психиатрической статистики, которая отражала ситуацию с характеристикой обслуживаемых пациентов не только на уровне учреждения, территории, но и государства в целом [105]. Особую роль в клиничко-социальной характеристике контингентов больных с различными формами психической патологии сыграли организованные в 1965 г. под руководством А.В. Снежневского в институте психиатрии АМН СССР исследования, результаты которых оказались крайне важными для выявления роли различных факторов в этиологии и патогенезе психических заболеваний, для совершенствования отечественной системы психиатрической помощи [120, 288]. Несомненным вкладом в систему отечественной психиатрической помощи является сбор, обработка, анализ и публикация отчетных данных психиатрических учреждений страны, которые проводились за последние десятилетия в научных коллективах, возглавляемых профессорами И.Я. Гуровичем и А.А. Чуркиным [50, 58, 59, 60, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 287 и др.].

Учитывая сказанное, в настоящем исследовании был проведен анализ медико-демографических, клинических, социальных и иных характеристик пациентов психиатрической службы Санкт-Петербурга, результаты которого могут иметь важное значение для определения видов помощи, создания оптимальной структуры психиатрической службы, а также для подготовки специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. При этом

подчеркнем, что полученные данные за период социальной, экономической и политической нестабильности в стране имеют особое значение, поскольку, как хорошо известно, ухудшение социально-экономических условий неизменно влечет за собой снижение показателей психического здоровья, влияет на показатели деятельности психиатрических учреждений, качество оказываемой ими психиатрической помощи.

3.1. Социально-экономическая характеристика и медико-демографические показатели населения Санкт-Петербурга

Прежде всего, кратко отметим наиболее значимые в рамках нашего исследования характеристики Санкт-Петербурга, как одного из крупнейших в России промышленных, транспортных, научно-образовательных, культурных, туристических и управленческих центров. В 2005-2007 гг. в городе начался процесс «новой индустриализации», и в настоящее время на его территории осуществляют свою деятельность более 730 крупных и средних, а также свыше 23 тысяч малых предприятий. Санкт-Петербург – один из крупнейших научно-образовательных центров, в котором сосредоточено более 320 научных организаций и высших учебных заведений. Город является вторым по величине в РФ транспортным узлом, включающим морской порт, несколько вокзалов и аэропортов. Следует отметить, что темпы социально-экономического развития Санкт-Петербурга превышают средние по РФ: по уровню качества жизни и по индексу развития человеческого потенциала он занимает второе место среди всех субъектов РФ. Город отличается низким уровнем безработицы и относительно благополучная криминогенная обстановка [195].

Существенное влияние на социально-экономическое развитие Санкт-Петербурга оказывают особенности трансформации его пространственно-территориального устройства: различная плотность населения и различный уровень числа рабочих мест в различных районах города. Развитие системы здравоохранения и социальной защиты, наряду с положительными тенденциями, отличает и ряд проблем – недостаток амбулаторных медицинских учреждений на

периферийных территориях, дефицит среднего и младшего медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях, дефицит мест в государственных стационарных учреждениях социального обеспечения.

С начала 1990-х гг. вплоть до 2003 г. в городе наблюдалась устойчивая депопуляция; с 2004 г. отмечается прирост населения (рис. 3.1). Приведенные ниже данные о численности населения на начало года даны с учетом итогов ВПН 2010 г. [167].

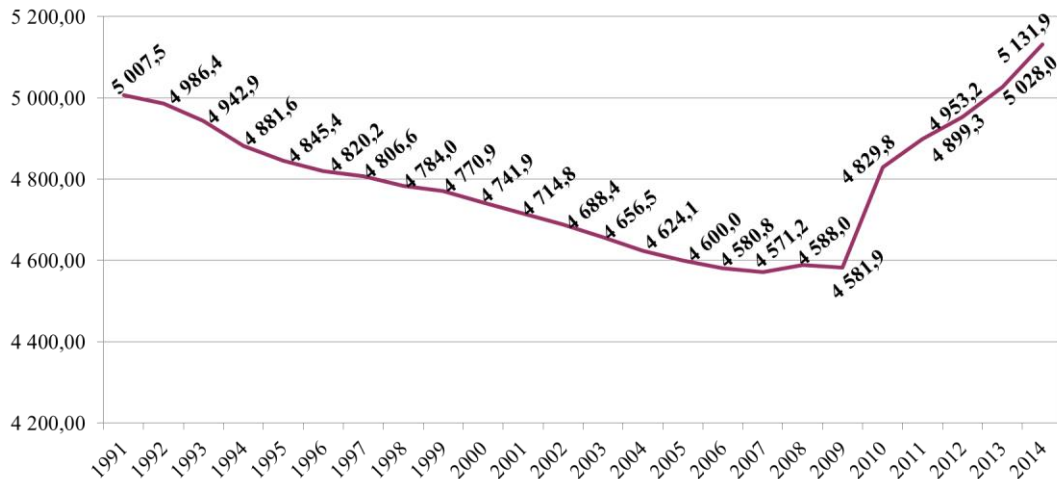


Рисунок 3.1. Численность населения Санкт-Петербурга на начало года (тыс. чел.)

Представляет интерес динамика численности населения различных районов Санкт-Петербурга, поскольку такие данные позволяют судить о прогнозе развития территорий и оптимальном распределении ресурсов психиатрической службы города. В указанный период население Санкт-Петербурга в целом увеличилось на 2,5%, однако численность населения отдельных районов изменялась неодинаково. С учетом разнонаправленных демографических тенденций все городские районы можно разделить на три группы: 1. Районы, преимущественно центральные, в которых отмечается снижение численности населения (Центральный -30,7%, Адмиралтейский - 21,5%, Петроградский -17,0%, Московский -4,6%, Кировский -11,5%, Василеостровский -6,1%, Красногвардейский -5,9%, Фрунзенский -5,9%, Кронштадтский -5,7%, Колпинский -2,3%). 2. Районы, численность населения которых увеличилась в пределах динамики общегородских

показателей (Калининский, Курортный, Невский). 3. Районы, численность населения которых значительно возросла (Приморский + 96,2%, Пушкинский +28,0%, Красносельский +11,3%, Петродворцовый +4,9%). Говоря в целом о движении населения, можно констатировать, что произошел заметный отток жителей из центральных районов в северные и южные районы и пригороды.

В первой половине 1990-х гг. основной причиной снижения численности населения была естественная и механическая убыль; со второй половины десятилетия уменьшение численности происходило только за счет естественной убыли, т.е. вследствие превышения числа умерших над числом родившихся. Рождаемость в Санкт-Петербурге резко сократилась в начале 1990-х гг. (в 1997-1998 гг. город занимал последнее место по этому показателю среди всех субъектов РФ); начиная с 2000 г. отмечается рост рождаемости, протекающий, однако, с некоторыми колебаниями. Начавшееся в 1994-1997 гг. снижение общей смертности населения сменилось ее очередным ростом, достигнув максимума к 2003 г.; затем стала наблюдаться противоположная тенденция. Наиболее высокие показатели удельной избыточной смертности наблюдались среди мужского населения, причем самые высокие коэффициенты регистрировались в возрастной группе 20-39 лет, т.е. в наиболее активном периоде трудоспособного возраста. При этом Санкт-Петербург характеризуется одним из самых низких в РФ показателей младенческой смертности. Динамика показателей естественного движения населения в Санкт-Петербурге представлена на рис. 3.2.

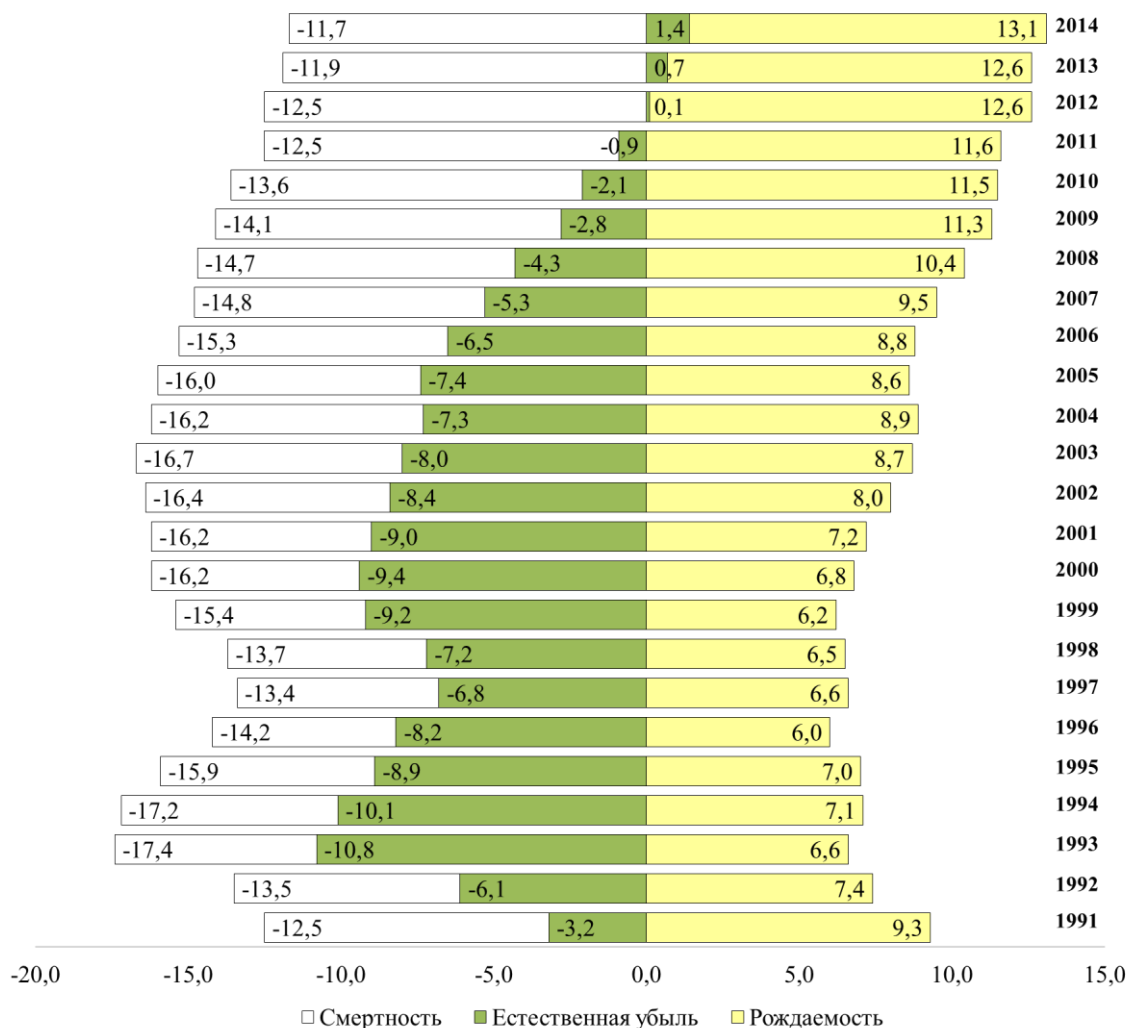


Рисунок 3.2. Динамика показателей естественного движения населения Санкт-Петербурга (на 1 000 чел. населения)

С 2001 г. наблюдается увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), что позволяет говорить о благоприятной тенденции в демографическом развитии города (в 1991 г. она составляла 69,6, а в 2013 г. – 73,2 года). Она в большей степени проявляется в женском населении; ОПЖ мужчин не отражает столь выраженных позитивных изменений. В целом, этот показатель в Санкт-Петербурге превышает общероссийский на 2,5 года (в 2013 г. – 73,2 и 70,7 соответственно). Беспрецедентная разница в ОПЖ мужского и женского населения характерна в целом для демографического развития страны в конце 20 вв., и ситуация в городе не является исключением. Сглаживание этого разрыва наблюдается с 2007 г., что объясняется увеличением продолжительности жизни мужчин.

Негативная динамика показателей естественного движения населения с 2004 г. стала компенсироваться положительным миграционным сальдо, и начавшийся прирост населения происходил, в основном, за счет превышения миграционного прироста над естественной убылью. В начале 1990-х гг. в Санкт-Петербурге отмечалось отрицательное миграционное сальдо, достигшее максимального значения в 1992 г.; начиная с 1994 г. отмечается положительное миграционное сальдо (рис. 3.3).

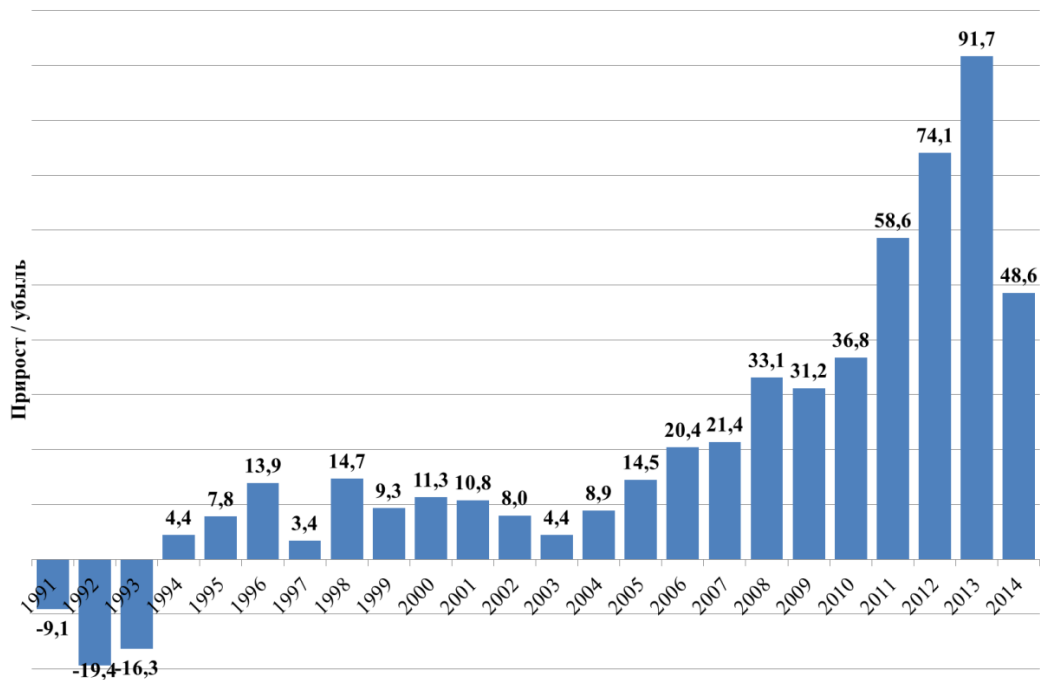


Рисунок 3.3. Миграционное сальдо в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (в тыс. чел.)

В миграционном приросте ведущую роль играет приток населения из российских регионов, меньшее значение имеет международная миграция [195]. После начала рыночных реформ значительная часть миграционных потоков приняла нелегальный характер; данные о реальном количестве проживающих в городе мигрантов разноречивы. По неофициальным данным, в 2005 г. в городе проживало более 100 тыс. мигрантов [111]. По данным Комитета по труду и занятости, в 2010 г. в городе их насчитывалось уже около 500 тысяч, половина из которых работала легально, а другая половина нелегально; еще около 250 тысяч человек находились в поисках работы, не имея «понятного» источника доходов [37]. По данным УФМС, в 2010 г. на миграционный учет было поставлено 1,3 млн. иностранных граждан, в

2012 г. – около 800 тысяч [149]. Ввиду большого количества незарегистрированных мигрантов, фактическая численность наличного населения города, по мнению многих экспертов, превышает официально заявленную, как минимум, на полмиллиона человек. В медико-социальном плане мигранты представляют собой проблемную группу: они больше, чем местные жители, заняты работой во вредных условиях. Их отличает более высокий уровень заболеваемости, более редкое обращение к врачам, более высокий уровень госпитализаций и более длительные сроки стационарного лечения [260].

Отличительной особенностью демографической ситуации в Санкт-Петербурге является старение населения: средний возраст населения в исследуемый период вырос более чем на 10,5% и в 2014 г. составил 41,5 г. Постарение населения находит отражение в возрастной структуре населения: доля детей (0-14 лет) до 2010 г. уменьшалась, а доля лиц 60 лет и старше продолжает возрастать (табл. 3.1). Несмотря на то, что в последние годы число детей увеличилось, нарастание доли жителей пожилого возраста стало причиной регрессивной возрастной структуры населения.

Таблица 3.1. Возрастная структура населения Санкт-Петербурга, по данным переписей 1989, 2002, 2010 гг. и в 2014 г. (%)

Возрастные группы	1989	2002	2010	2014
0-14 лет	18,6	12,2	11,3	12,1
15-59 лет	64,3	67,1	67,4	63,5
60 лет и старше	17,1	20,7	21,3	24,4

Доля женщин в численности общего населения города превалирует, что связано, в первую очередь, с тем, что они живут дольше, чем мужчины. Диспропорции по полу начинают отмечаться уже в возрастных группах тридцатилетнего возраста и увеличиваются в старших возрастных группах. В 1991 г. доля мужчин в населении составляла 45,2%, женщин – 54,8%; в 2013 г. – 45,1% и 54,9% соответственно. Указанный дисбаланс усугубляется

значительным увеличением женского детородного возраста, что отражается в низком уровне возрастного коэффициента рождений (в среднем, он ниже российского на 10%).

3.2. Распространенность психических расстройств.

В исследуемый период *общее число зарегистрированных психически больных* в Санкт-Петербурге незначительно уменьшилось: с 2 681,6 до 2 621,4 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 2,2% (рис. 3.4).

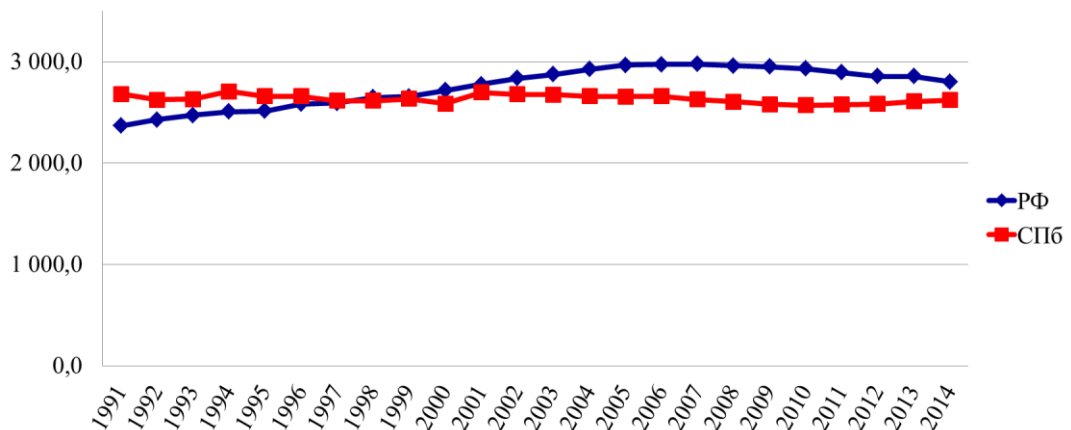


Рисунок 3.4. Число больных с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Общероссийская тенденция общей заболеваемости психическими расстройствами за тот же период выглядит иначе: показатель существенно вырос – с 2 366,8 до 2 802,4 соответственно, т.е. на 18,4%. В 1991-1997 гг. общая заболеваемость психическими расстройствами в Санкт-Петербурге превышала общероссийский уровень, но, начиная с 1998 г., показатель по РФ превышает городской показатель, причём эта разница увеличивалась.

Анализируя общую заболеваемость по диагностическим группам отчетной формы №36 («Сведения о контингентах психически больных») и формы №10 («Сведения о заболеваниях психическими и поведенческими расстройствами»), следует отметить следующее. С 1999 г. отечественная психиатрия перешла на использование международной классификации болезней 10-го пересмотра, в связи с чем в форму №36 были внесены изменения: многие диагностические рубрики были объединены, ряд других –

передислоцированы. Переход на диагностические критерии МКБ-10 отразился в изменениях показателей первичной и общей заболеваемости по различным диагностическим группам. В связи с этим, при анализе показателей заболеваемости за 24 года мы сочли целесообразным их сопоставление по основным диагностическим группам для исключения искажений, связанных с изменениями правил статистического учета.

Данные, представленные в табл. 3.2, свидетельствуют о том, что тенденции общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге и в РФ во многом разнонаправлены.

Таблица 3.2. Динамика числа больных с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Психические расстройства	1991	2000	2014	2014/1991 (%)
<i>Санкт-Петербург</i>				
Все психические расстройства	2 681,6	2 585,6	2 621,4	97,8
Психозы и состояния слабоумия	1 197,0	1 079,9	1 003,4	83,6
Психические расстройства непсихотического характера	1 057,2	1 162,3	1 351,2	127,8
Умственная отсталость	427,5	343,5	266,8	62,4
<i>РФ</i>				
Все психические расстройства	2 366,8	2 716,6	2 802,4	118,4
Психозы и состояния слабоумия	751,0	741,6	760,1	101,2
Психические расстройства непсихотического характера	1 019,1	1 306,4	1 428,2	140,1
Умственная отсталость	596,7	668,6	614,1	102,9

В РФ росло число зарегистрированных больных в расчете на 100 тыс. населения – как в целом (рост составил 18,4%), так и по всем крупным диагностическим группам: наиболее значительно в группе психических расстройств непсихотического характера (ПРНХ) – на 40,1%; в меньшей степени – в группах психозов и состояний слабоумия (ПиС), умственной отсталости (УО). В Санкт-Петербурге, несмотря на рост заболеваемости

ПРНХ (на 27,8%), существенно снизилась заболеваемость УО и ПиС, что обусловило уменьшение уровня заболеваемости в целом на 2,2%.

Как следует из приведенных ниже данных (табл. 3.3), в 1991 г. уровень общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге превышал общероссийский на 13,3%; в 2014 г. он, наоборот, был ниже общероссийского на 6,5%. Уровень заболеваемости ПиС по-прежнему превышает общероссийский, однако за прошедший период эта разница уменьшилась существенно (с 159,4% до 132,0% соответственно). Уровень заболеваемости УО в Санкт-Петербурге был и остается ниже среднего уровня по РФ, и эта разница стала еще более выразительной (71,6% и 43,4% соответственно), т.е. в РФ умственная отсталость диагностируется почти в 2,5 раза чаще, чем в Санкт-Петербурге. Уровень заболеваемости ПРНХ в городе ранее незначительно превышал общероссийский, но к концу рассматриваемого периода уступал ему (103,7% и 94,6% соответственно).

Таблица 3.3. Сравнение уровня распространенности психических расстройств в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг.

Психические расстройства	1991		2000		2014	
	РФ (100%)	СПб/ РФ (%)	РФ (100%)	СПб/ РФ (%)	РФ (100%)	СПб/ РФ (%)
Все психические расстройства	100,0	113,3	100,0	95,2	100,0	93,5
Психозы и состояния слабоумия	100,0	159,4	100,0	145,6	100,0	132,0
Психические расстройства непсихотического характера	100,0	103,7	100,0	89,0	100,0	94,6
Умственная отсталость	100,0	71,6	100,0	51,4	100,0	43,4

Диагностическая структура общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге представлена на рисунке 3.5, а ее изменения в 2000-2014 гг. представлены в табл. 3.4. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в диагностической структуре заболеваемости психическими расстройствами доминируют ПРНХ, причем их доля возросла с 43,1 до 51,5% – за счет уменьшения доли ПиС и УО. Диагностическая

структура зарегистрированных психических расстройств в Санкт-Петербурге заметно отличается от общероссийской большей представленностью Пис (соответственно, 38,3% и 27,1%) и вдвое меньшей представленностью УО (10,2% и 21,9% соответственно); при этом доли ПРНХ практически совпадают.

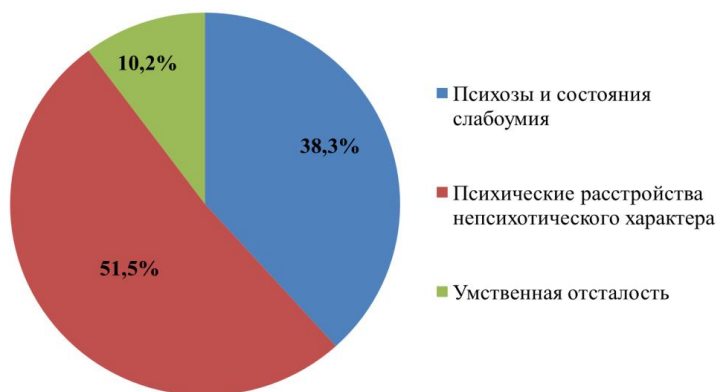


Рисунок 3.5. Диагностическая структура общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге в 2014 г. (%).

Таблица 3.4. Изменения в диагностической структуре общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

	1991	2000	2014	РФ 2014
Все психические расстройства	100,0	100,0	100,0	100,0
Психозы и состояния слабоумия	31,7	41,8	38,3	27,1
Психические расстройства непсихотического характера	43,1	44,9	51,5	51,0
Умственная отсталость	25,2	13,3	10,2	21,9

Ниже в табл. 3.5 приведены данные, характеризующие общую заболеваемость психическими расстройствами в возрастных группах.

Таблица 3.5. Число больных с психическими расстройствами в разных возрастных группах в Санкт-Петербурге и РФ в 2014 г. (в расчете на 100 тыс. населения).

	Санкт-Петербург	РФ	СПб/РФ (%)
<i>Лица 0-17 лет</i>			
Все психические расстройства	4324,7	3164,4	136,7
Психозы и состояния слабоумия	98,7	130,2	75,8
Психические расстройства непсихотического характера	3553,3	2168,4	144,0
Умственная отсталость	672,7	865,8	78,5
<i>Взрослые 18-59 лет</i>			
Все психические расстройства	2084,5	2699,1	77,2
Психозы и состояния слабоумия	939,5	738,6	127,2
Психические расстройства непсихотического характера	905,9	1267,5	71,8
Умственная отсталость	239,1	693,1	34,5
<i>Лица 60 лет и старше</i>			
Все психические расстройства	2931,9	2747,7	106,7
Психозы и состояния слабоумия	1787,0	1435,6	124,5
Психические расстройства непсихотического характера	1085,0	1188,9	91,3
Умственная отсталость	59,9	123,2	48,6

Общая заболеваемость психическими расстройствами в группе детей и подростков (0-17 лет) в Санкт-Петербурге более, чем на треть превышает аналогичный показатель по РФ, в первую очередь, за счет более высокой заболеваемости ПРНХ; при этом уровни заболеваемости ПиС и УО уступают российским показателям. Заболеваемость в группе лиц 18-59 лет заметно ниже (77,2%), чем в среднем по РФ, что особенно заметно в отношении ПРНХ (71,8%) и УО (34,5%); при этом уровень заболеваемости ПиС превышает показатель по РФ на 27,2%. В возрастной группе 60 лет и старше

уровень заболеваемости несколько выше (на 6,7%), чем в среднем по РФ – за счет превышения уровня заболеваемости Пис (на 24,5%); при этом уровни заболеваемости ПРНХ и УО ниже общероссийского уровня (на 31,3% и 48,6% соответственно).

Возрастная структура зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге представлена ниже на рис. 3.6, а диагностическая структура общей заболеваемости психическими расстройствами в разных возрастных группах – на рис. 3.7. Основную долю зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге формируют взрослые лица трудоспособного возраста (18-59 лет), их доля составляет 55,9%. В течение исследуемого периода она несколько уменьшилась – за счет возрастания доли детей и подростков, а также лиц пожилого возраста.

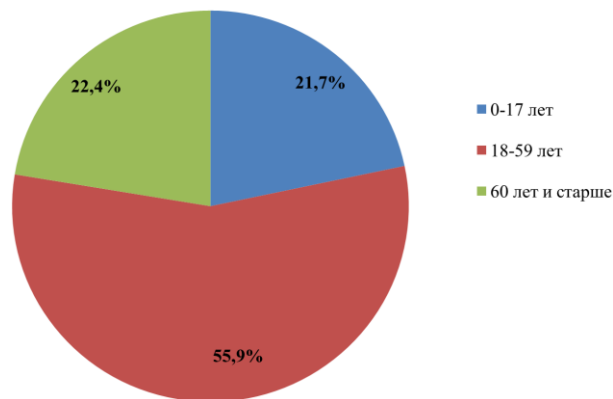


Рисунок 3.6. Возрастная структура зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге в 2014 г. (%).

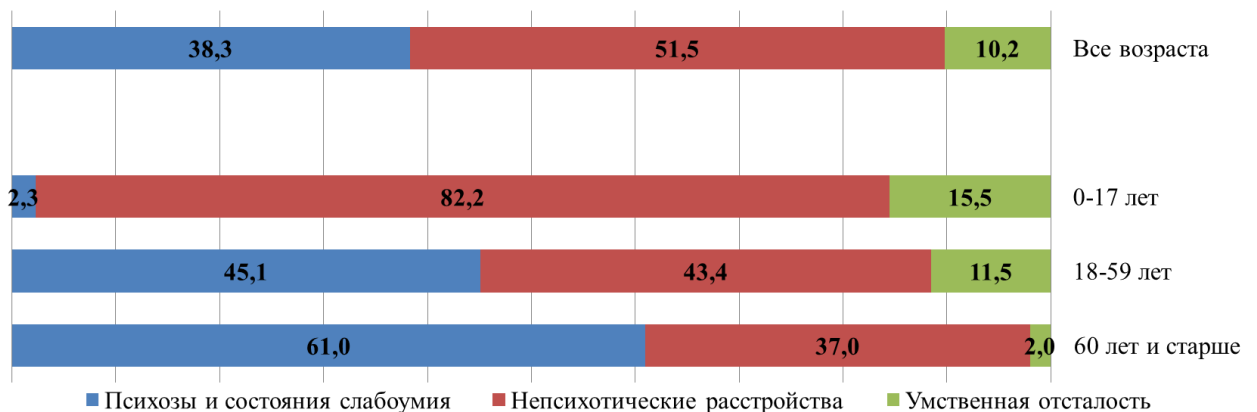


Рисунок 3.7. Диагностическая структура общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге в 2014 г. в разных возрастных группах (%).

В исследуемый период **число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства** выросло с 249,5 до 383,6 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 53,7%. За этот же период число вновь выявленных психически больных в РФ, соответственно, возросло с 259,0 до 308,7, т.е. на 19,2%. Уровень первичной заболеваемости в Санкт-Петербурге в течение почти всего указанного периода был ниже, чем в РФ (исключение составляет лишь 1994 г.), однако, начиная с 2006 г., отмечалось сближение этих показателей, а с 2009 г. городской показатель уже превышает общероссийский (в 2014 г. – на 24,3%). Эти данные представлены на рис. 3.8.

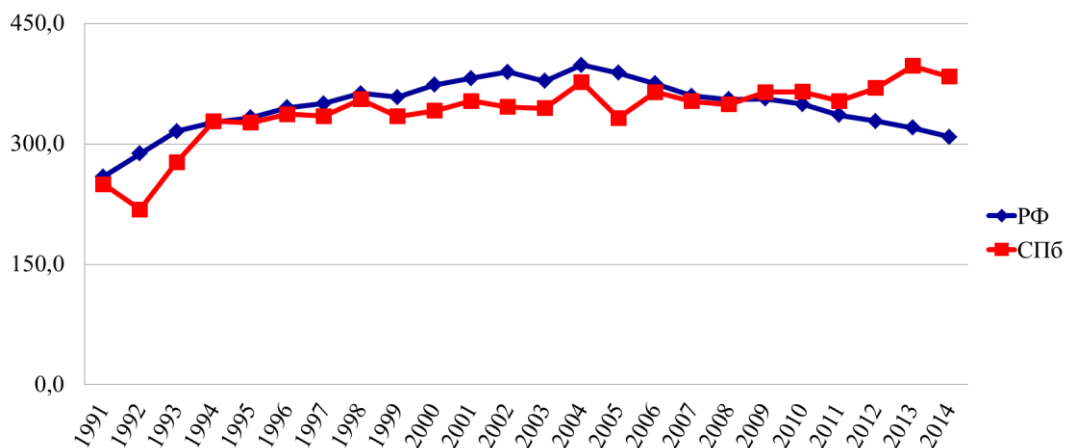


Рисунок 3.8. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Уровень первичной заболеваемости ПиС вырос с 74,9 до 94,9 в расчете на 100 тыс. населения – т.е. на 26,7%. В РФ этот показатель увеличился более существенно – с 41,0 до 60,8, т.е. на 48,3%, но, несмотря на это, в течение всего периода уровень первичной заболеваемости ПиС (в том числе, шизофренией) в Санкт-Петербурге всегда был существенно выше общероссийского (в 2014 г. – более чем в полтора раза).

Уровень первичной заболеваемости ПРНХ в Санкт-Петербурге вырос значительно – с 154,3 до 277,0 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 79,5%. В РФ рост этого показателя был менее выражен – 22,4%. В течение всего периода показатель по РФ превышал городской (исключение – 1998 г.), затем

разница сгладилась, а с 2010 г. городской показатель превышает общероссийский (в 2014 г. – на 22,9%).

Значительные различия обнаруживаются в уровне первичной заболеваемости УО в Санкт-Петербурге и РФ. В исследуемый период число больных с впервые в жизни установленным диагнозом УО в Санкт-Петербурге снизилось с 20,3 до 11,8 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 41,9%, в то время, как в РФ – соответственно, с 33,9 до 22,4; т.е. на 33,9%. В результате, разница в значении этого показателя возросла: в 1991 г. в Санкт-Петербурге он составлял 59,9% от общероссийского, а в 2014 г. – 52,7%.

Анализируя данные об изменении структуры первичной заболеваемости психическими расстройствами, представленные на рис. 3.9, следует отметить следующее. На протяжении всего исследуемого периода в структуре первичной заболеваемости доминируют ПРНХ, причем их удельный вес возрос – с 61,9% до 72,2% (т.е. на 16,6%). Этот рост произошел за счет заболеваний других групп – ПиС (их доля уменьшилась с 30,0% до 24,7%, т.е. на 17,7%) и УО (уменьшение доли еще более значительное – с 8,1% до 3,1%, т.е. на 61,7%). Структура первичной заболеваемости в городе отличается от таковой в РФ, в первую очередь, большей представленностью ПиС и значительно меньшим удельным весом УО; при этом в исследуемый период разница в представленности ПиС уменьшилась, а в том, что касается больных с УО – разница еще больше возросла. Доля ПРНХ в структуре первичной заболеваемости в РФ была и остается большей, чем в Санкт-Петербурге, но это различие уменьшается. В целом структура первичной заболеваемости в городе в исследуемый период приблизилась к общероссийской; исключение составляет лишь группа больных с УО.

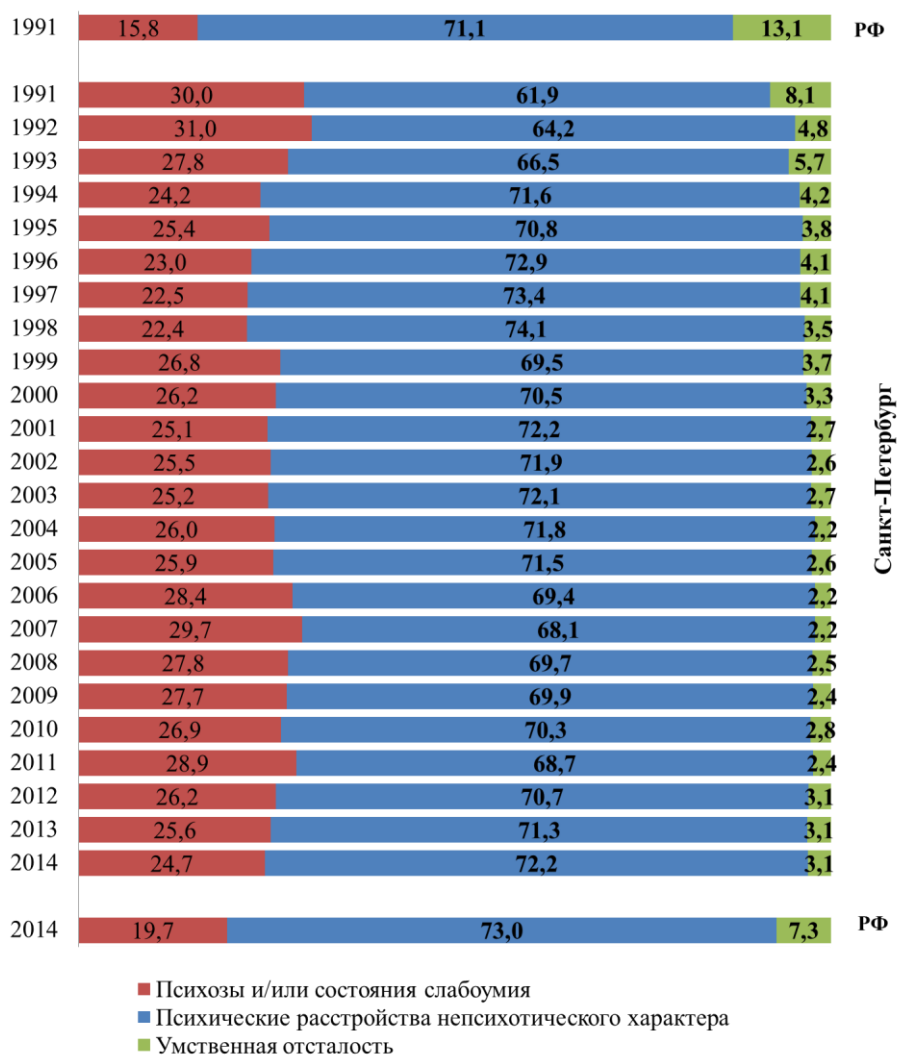


Рисунок 3.9. Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

3.3. Внебольничный контингент лиц с психическими расстройствами.

С 1988 г. весь контингент обращающихся за помощью больных с психическими расстройствами подразделяется на две группы: на подлежащих диспансерному наблюдению (группа ДН, т.н. учетные больные) и на больных, не подлежащих учету и получающих консультативно-лечебную помощь (группа КЛП). В период с 1991 по 2014 г. в Санкт-Петербурге *число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение*, уменьшилось незначительно – с 104,2 до 101,0 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 3,1%. Это резко отличается от ситуации в РФ в целом, где

отмечалась отчетливая тенденция к снижению группы ДН – соответственно, с 102,2 до 44,1, т.е. на 56,9%, больше, чем наполовину. В начале рассматриваемого периода значение этого показателя в Санкт-Петербурге практически соответствовало общероссийскому, но к 2014 г. оно превышало средний уровень по РФ более чем вдвое (рис. 3.10).

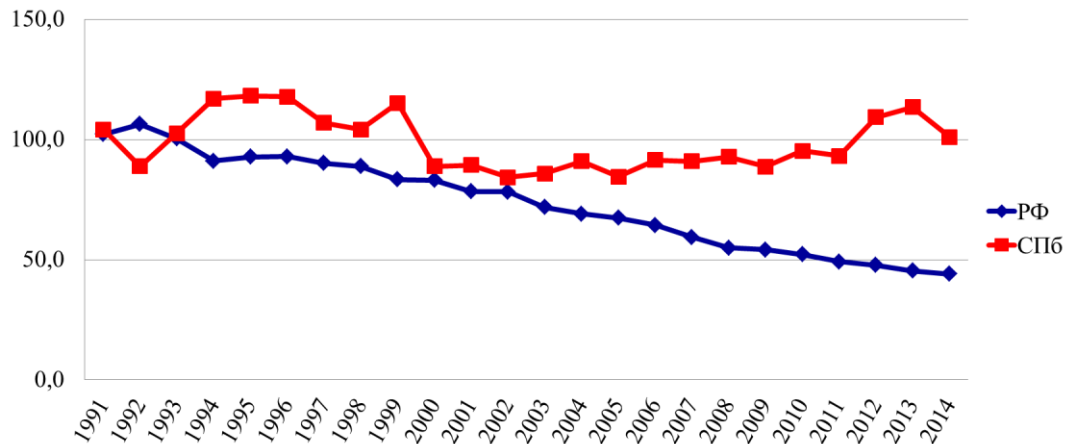


Рисунок 3.10. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом Пис, включенных в группу ДН, снизилось – с 51,3 до 49,4, в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 3,7% (в РФ – более значительно, с 30,0 до 21,3, т.е. на 29,0%). Динамика численности больных с впервые в жизни установленным диагнозом ПРНХ, взятых под диспансерное наблюдение, в Санкт-Петербурге значительно отличается от РФ в целом. В РФ происходило постоянное уменьшение числа таких больных – с 46,7 до 13,4 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 71,3%, а в Санкт-Петербурге, наоборот, несмотря на значительные колебания, в целом отмечается возрастание показателя – соответственно, с 33,4 до 41,0, т.е. 22,8%. В начале рассматриваемого периода показатель в Санкт-Петербурге был ниже общероссийского (на 20,5%), а в конце периода он уже превышал его втрое. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом УО снизилось и в Санкт-Петербурге и в РФ: в Санкт-Петербурге – с 19,5 до 10,6 в расчете на 100 тыс.

населения, т.е. на 45,6% (в РФ, соответственно, с 25,4 до 9,5, т.е. на 62,6%). С 2013 г. городской показатель начинает превышать показатель по РФ.

Обращаясь к данным о числе **больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, обратившихся за консультативно-лечебной помощью** (группа КЛП), можно отметить следующее. В целом ситуация в Санкт-Петербурге соотносится с общероссийскими тенденциями: число больных в расчете на 100 тыс. населения выросло и в Санкт-Петербурге (с 145,5 до 282,7, т.е. на 94,3%), и в РФ (с 151,5 до 264,6, т.е. на 74,7%). С 2013 г. городской показатель начинает превышать общероссийский, что представлено ниже на рис. 3.11.

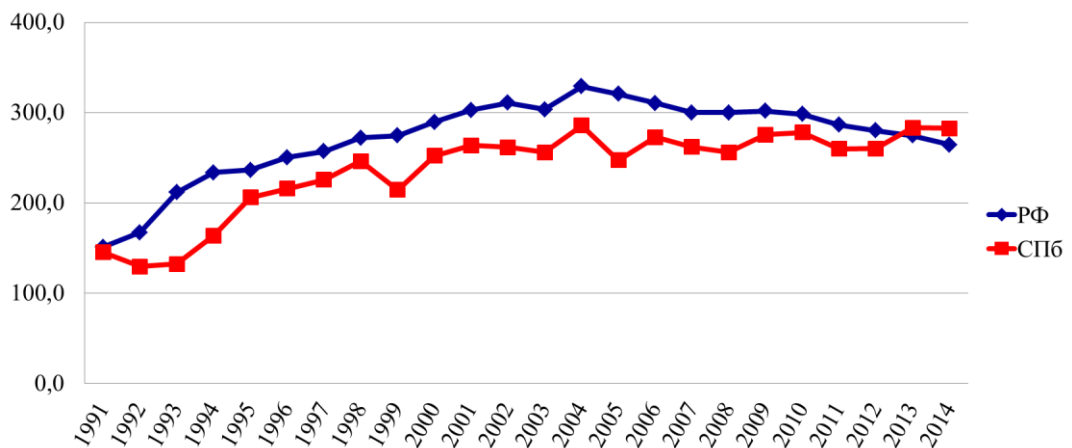


Рисунок 3.11. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, обратившихся за консультативно-лечебной помощью, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Число первичных больных с Пис в группе КЛП в расчете на 100 тыс. населения возросло в Санкт-Петербурге на 92,4% (с 23,7 до 45,6), в РФ в целом – на 288,2% (с 10,2 до 39,6); превышение городского показателя над российским сохраняется, но уменьшилось. Самой многочисленной группой КЛП являются больные с впервые в жизни установленным диагнозом ПРНХ. Их число в расчете на 100 тыс. населения выросло и в Санкт-Петербурге (с 121,1 до 235,9 – т.е. на 94,8%), и в РФ в целом (с 133,6 до 212,1 – т.е. на 58,8%); с 2013 г. городской показатель начинает превышать общероссийский. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом УО в группе

КЛП в расчете на 100 тыс. населения выросло в Санкт-Петербурге (с 0,8 до 1,2 – т.е. наполовину) и в РФ (с 7,8 до 12,9 – т.е. на 65,4%). Уровень показателя по РФ в целом значительно превышает аналогичный городской (в конце рассматриваемого периода – почти в 11 раз).

Соотношение числа больных различных диагностических групп с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под ДН и обратившихся за КЛП, представлено ниже на рис. 3.12.

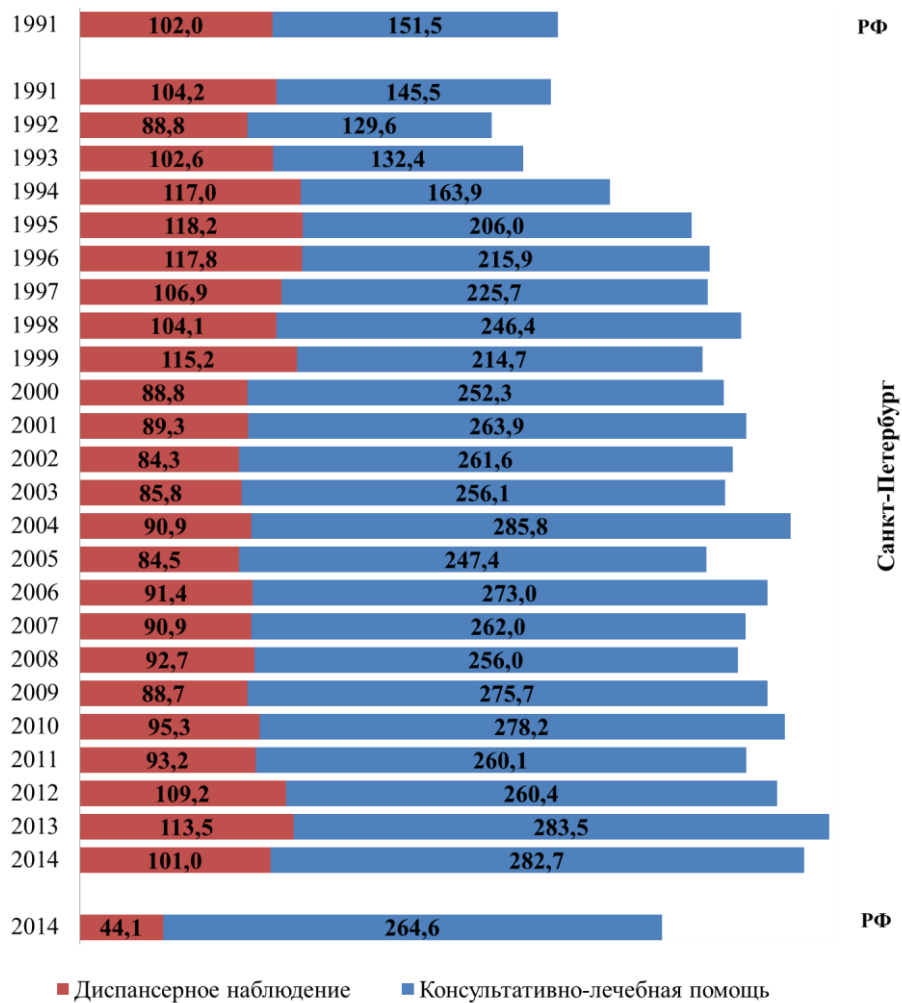


Рисунок 3.12. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение и обратившихся за консультативно-лечебной помощью, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Данные, представленные на рис. 3.13, свидетельствуют о том, что доля больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического

расстройства, взятых под ДН, в общем числе наблюдаемых больных постепенно снижалась – с 41,7% до 26,3%; соответственно, доля больных, включенных в группу КЛП, возросла – с 58,3% до 73,7%. В этом отношении положение дел в Санкт-Петербурге заметно отличается от ситуации по РФ в целом, где доля первичных больных, которые берутся под диспансерное наблюдение, уменьшилась критически – с 40,3% до 14,3%.

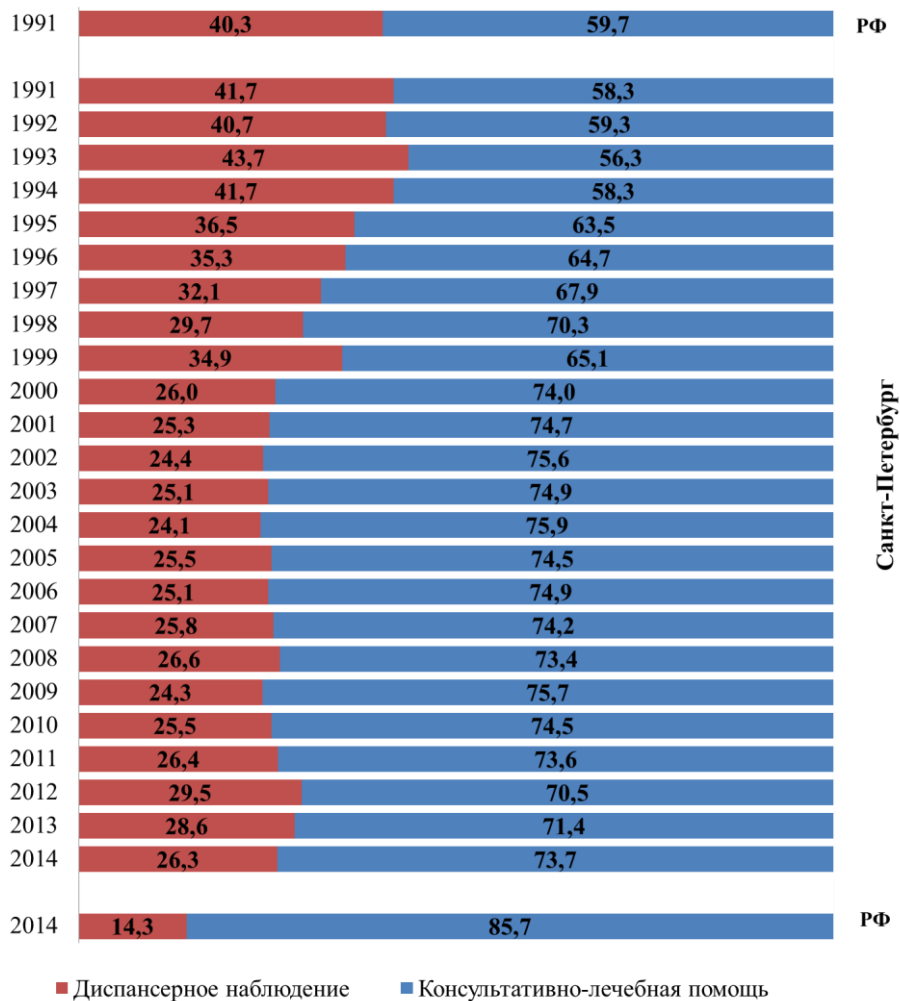


Рисунок 3.13. Доля больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение и обратившихся за консультативно-лечебной помощью, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

В исследуемый период численность психически больных, **состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь на конец года**, в расчете на 100 тыс. населения в Санкт-Петербурге уменьшилась на 4,4% (с 2 356,4 до 2 251,6); в РФ наблюдался

обратный процесс – рост на 20,0% (с 2 114,5 до 2 537,5). В 1991-1996 гг. общая численность групп ДН и КЛП в Санкт-Петербурге в расчете на 100 тыс. населения превышала общероссийский уровень, затем установилось обратное соотношение (к 2014 г. число таких больных в Санкт-Петербурге было на 11,3% ниже, чем в среднем по РФ) (рис. 3.13).

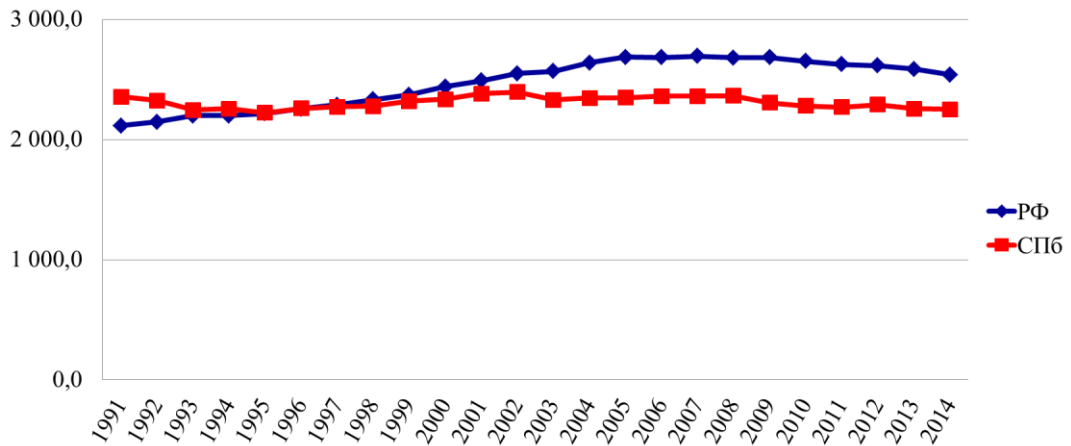


Рисунок 3.13. Число больных с психическими расстройствами, состоящих под наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь на конец соответствующего года, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

В Санкт-Петербурге, как и в РФ в целом, произошло уменьшение числа больных, состоящих под диспансерным наблюдением, в расчете на 100 тыс. населения: в Санкт-Петербурге – на 26,1% (с 1 780,5 до 1 315,4), в РФ – на 35,9% (с 1 671,3 до 1 070,6). При этом уровень городского показателя стабильно превышает общероссийский. Уменьшение группы ДН сопровождалось ростом числа больных в группе КЛП: в Санкт-Петербурге – на 67,3% (с 575,9 до 936,2 в расчете на 100 тыс. населения), а в РФ – на 231,0% (с 443,2 до 1 466,9 соответственно). Число больных, которым продолжает оказываться КЛП, по РФ в целом постоянно было больше, чем в Санкт-Петербурге (исключение составляют 1991 и 1992 годы).

Процесс изменения числа психически больных в группах ДН и КЛП представлен ниже на рис. 3.14. В Санкт-Петербурге потери в группе больных, находящихся под динамическим наблюдением, не были в полной

мере компенсированы увеличением группы КЛП (как это произошло в РФ в целом), и группа всех наблюдаемых больных (ДН+КЛП) в расчете на численность населения уменьшилась.

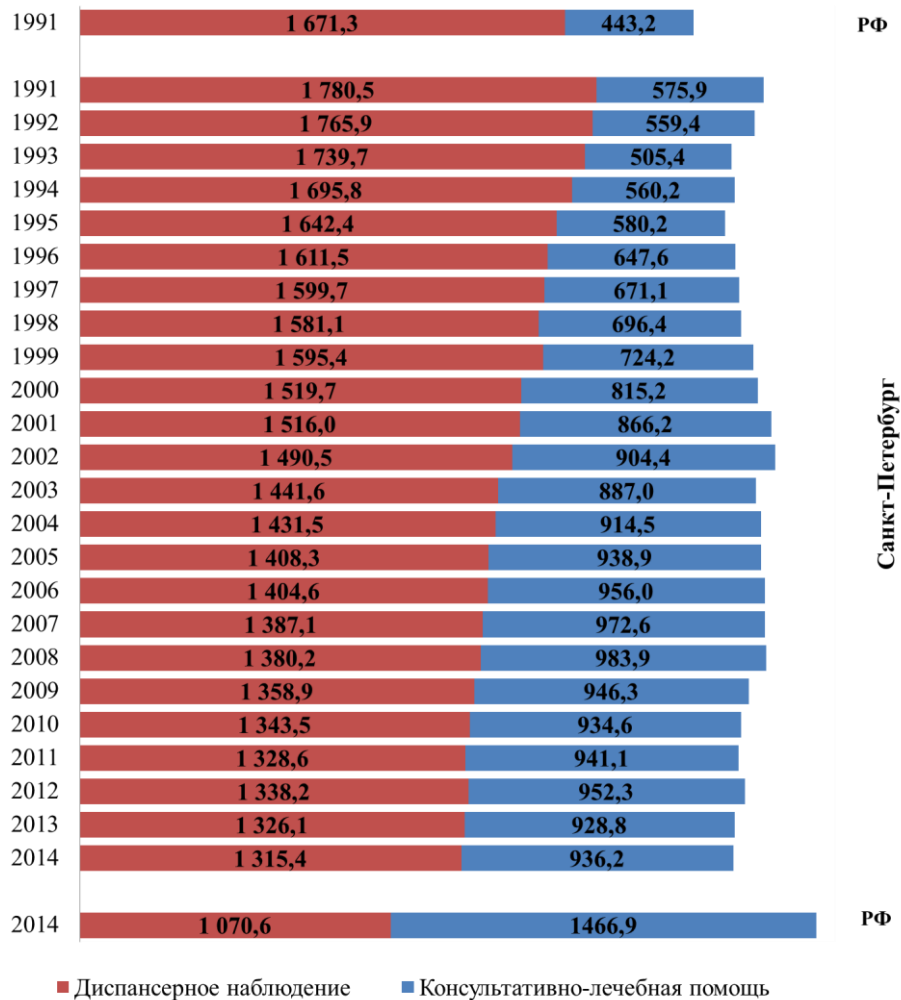


Рисунок 3.14. Число больных с психическими расстройствами, состоящих под наблюдением на конец года (ДН + КЛП) в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

На диаграмме рис. 3.15 представлены изменения в диагностической структуре контингента больных, состоящих под диспансерным наблюдением.

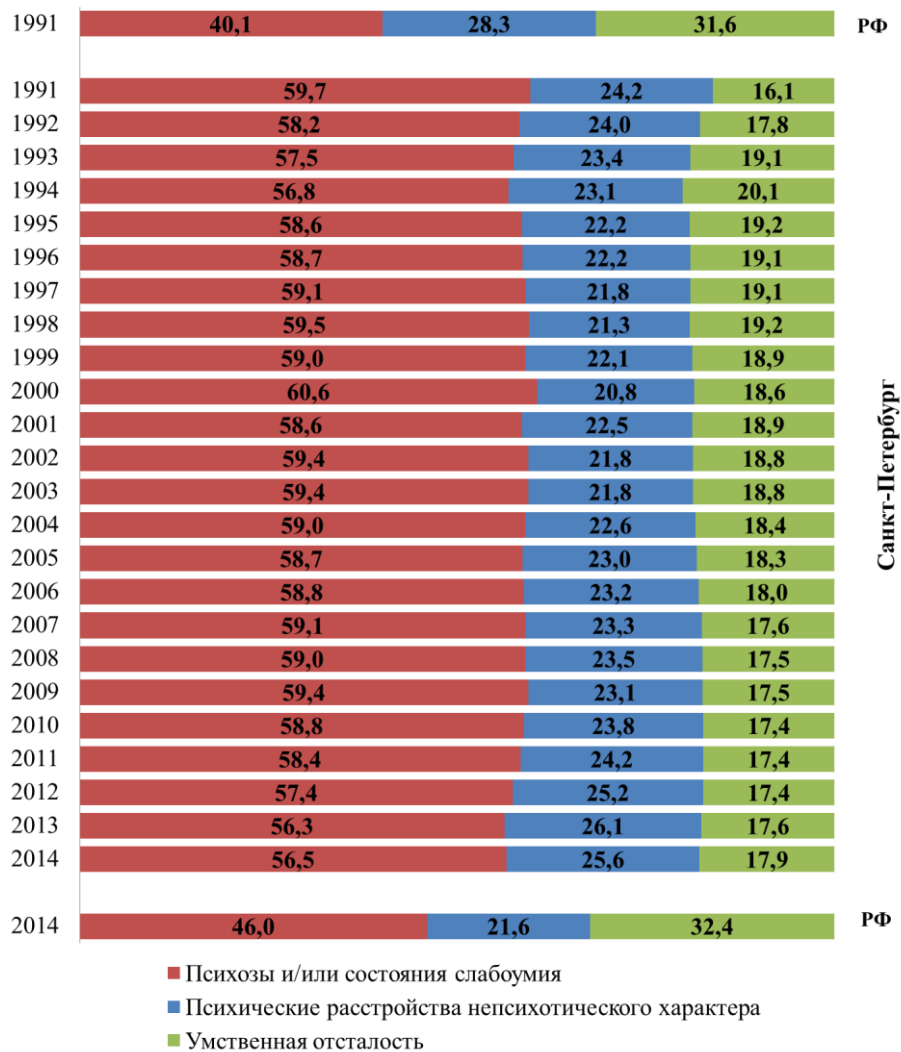


Рисунок 3.15. Диагностическая структура лиц с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

Важным представляется вопрос о соотношении доли ДН и КЛП в общем объеме внебольничной психиатрической помощи. Доля группы ДН в контингенте всех наблюдаемых больных в Санкт-Петербурге уменьшилась с 75,6% до 58,4% – т.е. на 22,8%. За этот же период в целом по РФ уменьшение доли ДН произошло более значительно – с 79,0% до 42,1%, т.е. более, чем наполовину. При этом в Санкт-Петербурге доля ДН всегда превышала долю КЛП, а в целом по РФ так происходило только до 2002 г., после чего доля ДН стала уступать доле КЛП (рис. 3.16).

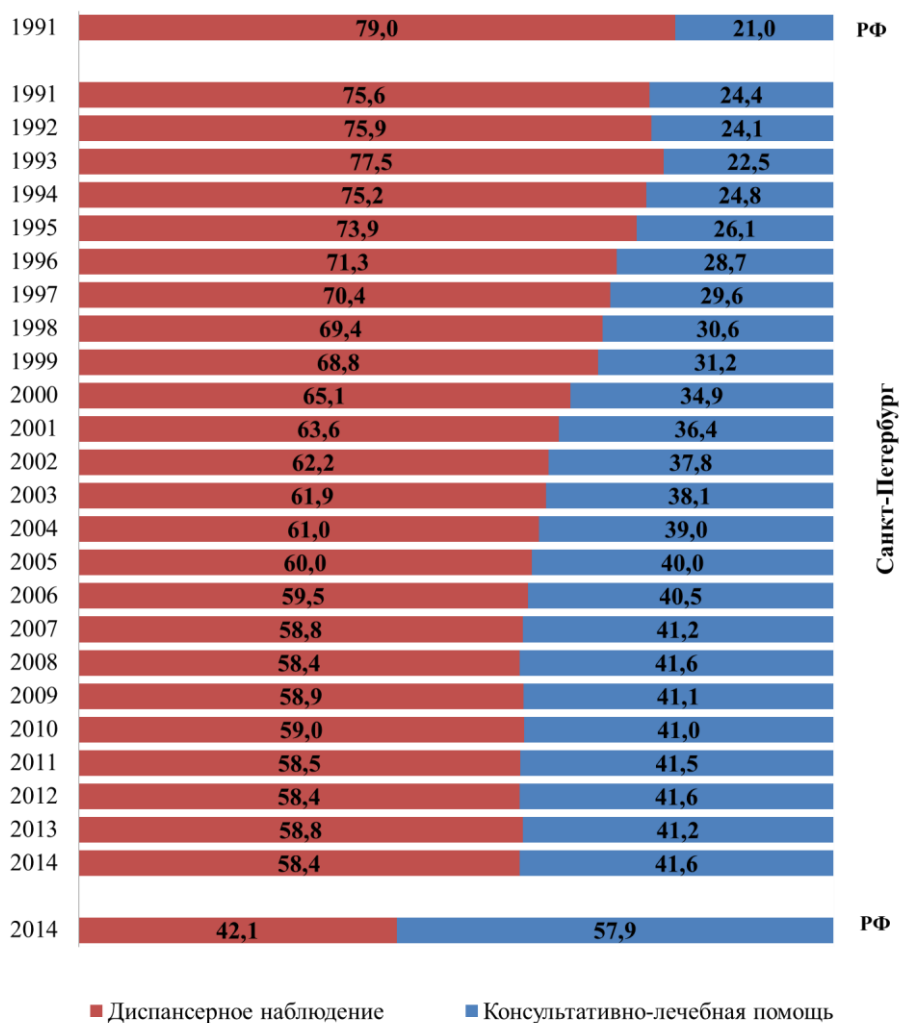


Рисунок 3.16. Доля больных, находящихся под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь, в контингенте всех наблюдаемых больных в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

Таким образом, из числа впервые заболевших, обратившихся за помощью, на диспансерный учет в Санкт-Петербурге ставится каждый четвертый (26,3%), однако в общем контингенте наблюдаемых больных на конец года доля ДН возрастает до 58,4%. В РФ в целом первичных больных ставят на диспансерный учет лишь в 14,3% случаев, а в общем контингенте наблюдаемых больных на конец года доля ДН составляет 42,1%.

В рассматриваемый период число детей с психическими расстройствами, состоящих под ДН, увеличилось незначительно (на 7,4%), однако число больных, получающих КЛП на конец года, выросло более чем вдвое (на 112,2%), и, соответственно, общая численность внебольничного

контингента число выросла с 2 479,4 до 3 387,6 - т.е. на 36,6% (в РФ соответствующий показатель вырос на 35,5%) (рис. 3.17). Следует при этом отметить, что с 2011 г. в данную возрастную группу включены лица в возрасте до 17 лет. В диагностической структуре контингента детей с психическими расстройствами, состоящих под ДН, в рассматриваемый период существенно выросла доля больных с ПРНХ и незначительно увеличилась доля больных с ПиС – за счет уменьшения доли больных с УО. Аналогичная диагностическая структура в целом по РФ отличается большей представленностью доли больных с УО и ПиС.

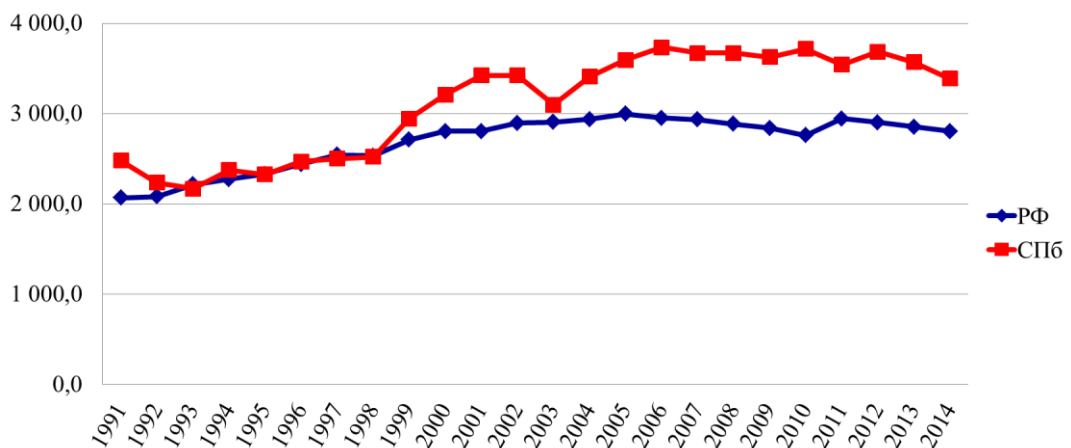


Рисунок 3.17. Число детей с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих КЛП, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Доля ДН в общем числе наблюдаемых больных детей уменьшилась с 72,1% до 56,7%, а доля КЛП, соответственно, выросла с 27,9% до 43,3%. В РФ этот сдвиг был еще более выражен: доля ДН уменьшилась с 80,8% до 31,9%, а доля КЛП выросла с 19,2% до 68,1% (рис. 3.18).

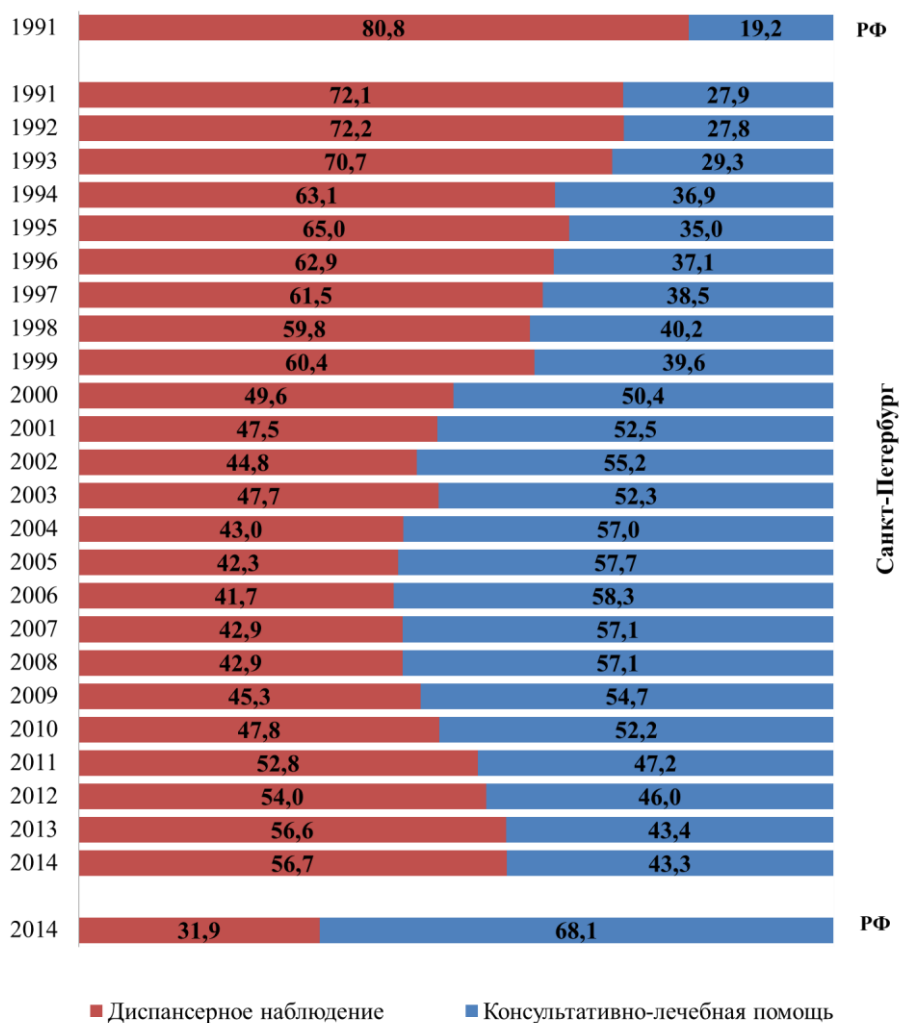


Рисунок 3.18. Доля детей с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

3.4. Инвалидность вследствие психических расстройств.

В рассматриваемый период **число больных с психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности**, в Санкт-Петербурге выросло с 24 539 до 34 864 – т.е. на 40,8% (для сравнения, по РФ в целом рост аналогичного показателя составил 67,0%). При этом число больных шизофренией, имеющих группу инвалидности, увеличилось на 37,8%; число больных с УО – на 128,4%. Ежегодные темпы прироста числа психически больных инвалидов были неравномерными (рис. 3.19).

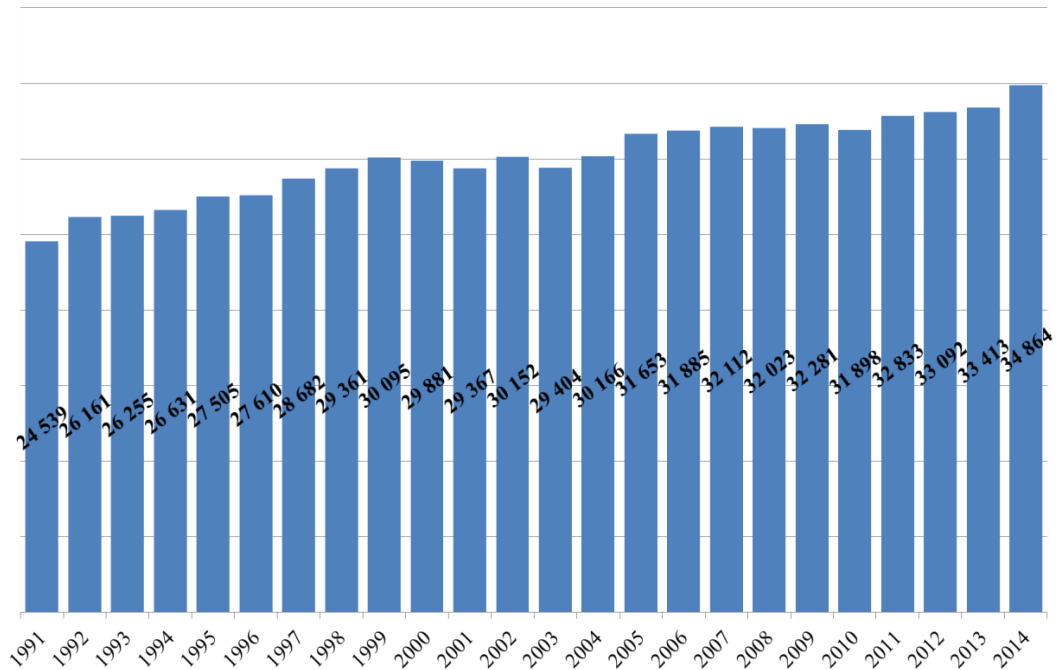


Рисунок 3.19. Число больных с психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (абс.).

Росту абсолютного числа психически больных-инвалидов соответствуют данные об увеличении их числа в расчете на 100 тыс. населения: всех больных с 492,1 до 671,5, т.е. на 36,5%; больных шизофренией – с 215,5 до 285,3, т.е. на 32,3%; больных с умственной отсталостью – с 74,6 до 163,6, т.е. на 119,3% (в РФ изменение этих показателей составило 69,5%, 44,7% и 91,3% соответственно) – см. рис. 3.20.

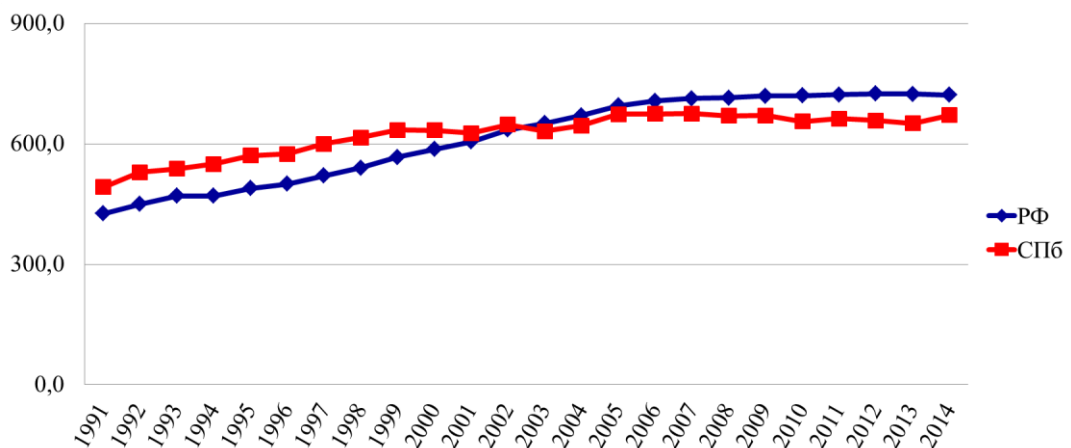


Рисунок 3.20. Число больных с психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Самой многочисленной группой психически больных инвалидов являются больные шизофренией; их доля практически не изменилась. В то же время возросла доля больных с УО (с 15,2% до 24,4%) – за счет больных с другими психическими расстройствами. В диагностической структуре психически больных инвалидов в целом по РФ отмечается более значительная доля больных с УО (рис. 3.21).

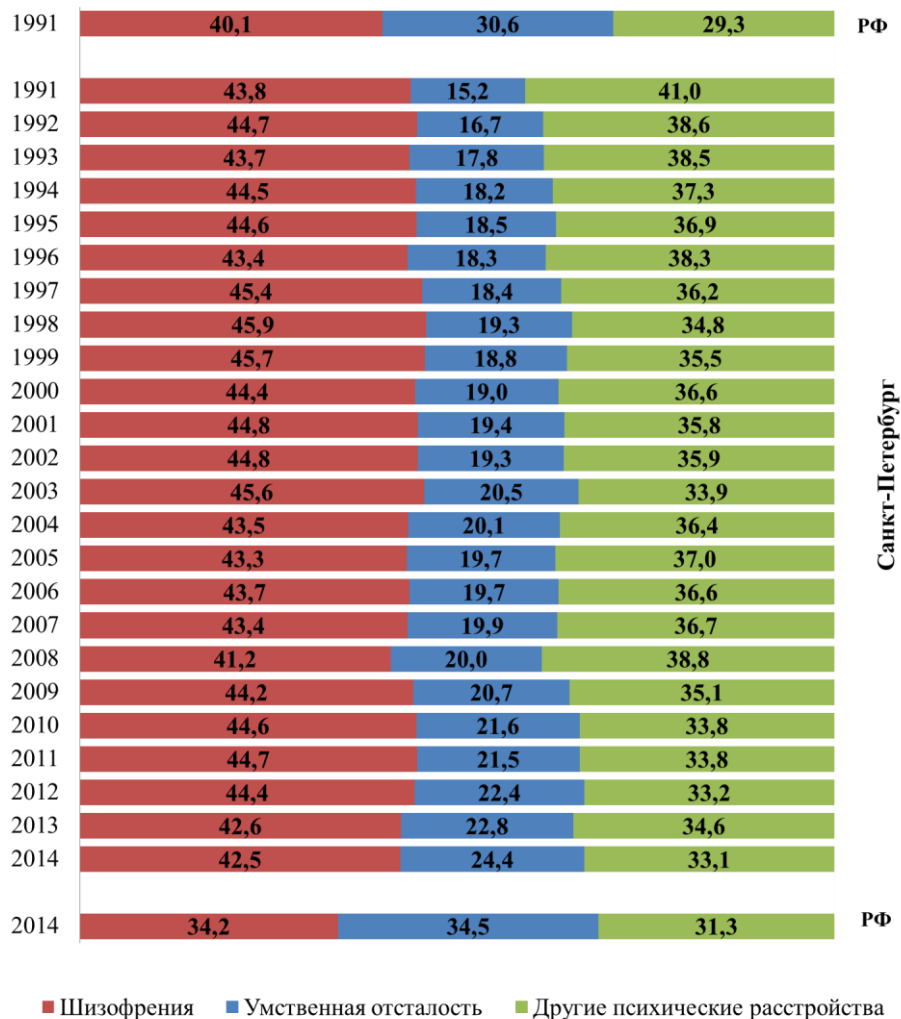


Рисунок 3.21. Диагностическая структура контингента психически больных, имеющих группу инвалидности, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

Степень тяжести контингента психически больных-инвалидов и перспективы их социально-трудовой реабилитации соотносятся с распределением больных по степени стойкой утраты трудоспособности. В 1991 г. доля психически больных, имевших 3 (рабочую) группу инвалидности, составляла 11,6%; в начале 1990-х годов в период социально-экономического

кризиса число работающих инвалидов резко пошло на убыль; затем этот показатель стабилизировался, но на более низком уровне (6,2 – 6,5%).

В течение исследуемого периода **число психически больных, впервые признанных инвалидами**, колебалось. Уровень первичной инвалидности вырос с 21,2 до 24,6 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 16,0% (рис. 3.22). При этом число больных шизофренией, впервые признанных инвалидами, снизилось с 7,5 до 4,7, т.е. на 37,3%, а число больных с УО – выросло на 27,6%. В РФ, при общем снижении показателя на 4,2%, снижении числа больных с шизофренией на 46,6% и больных с УО на 25,0%, отмечался рост числа больных с другими психическими расстройствами.

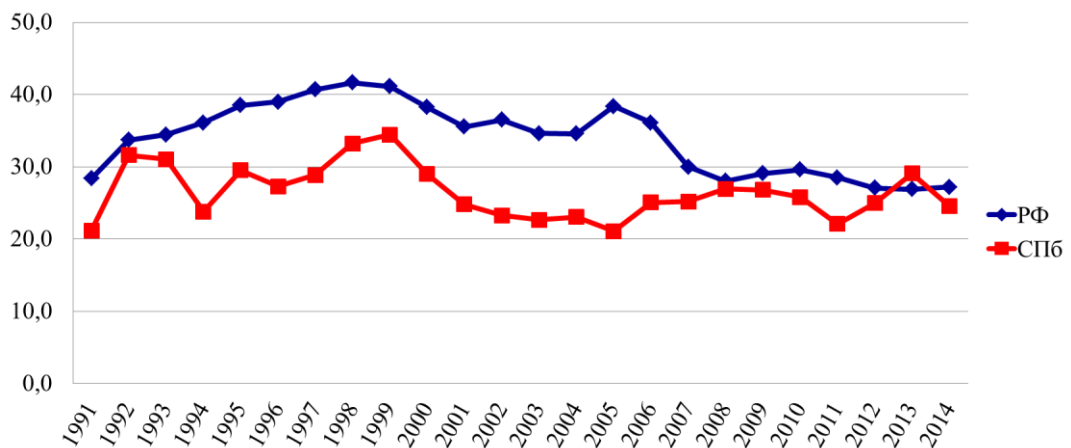


Рисунок 3.22. Число больных с психическими расстройствами, впервые признанных инвалидами, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Данные, представленные на рис. 3.23, свидетельствуют об изменениях в структуре психически больных, впервые признанных инвалидами. В Санкт-Петербурге и РФ в целом доля «других» психических расстройств значительно возросла; при этом в городе уменьшилась доля больных шизофренией (с 35,3% до 19,1%), возросла доля больных с УО (с 27,3% до 30,1%), а в целом по РФ доли больных шизофренией и УО уменьшились.

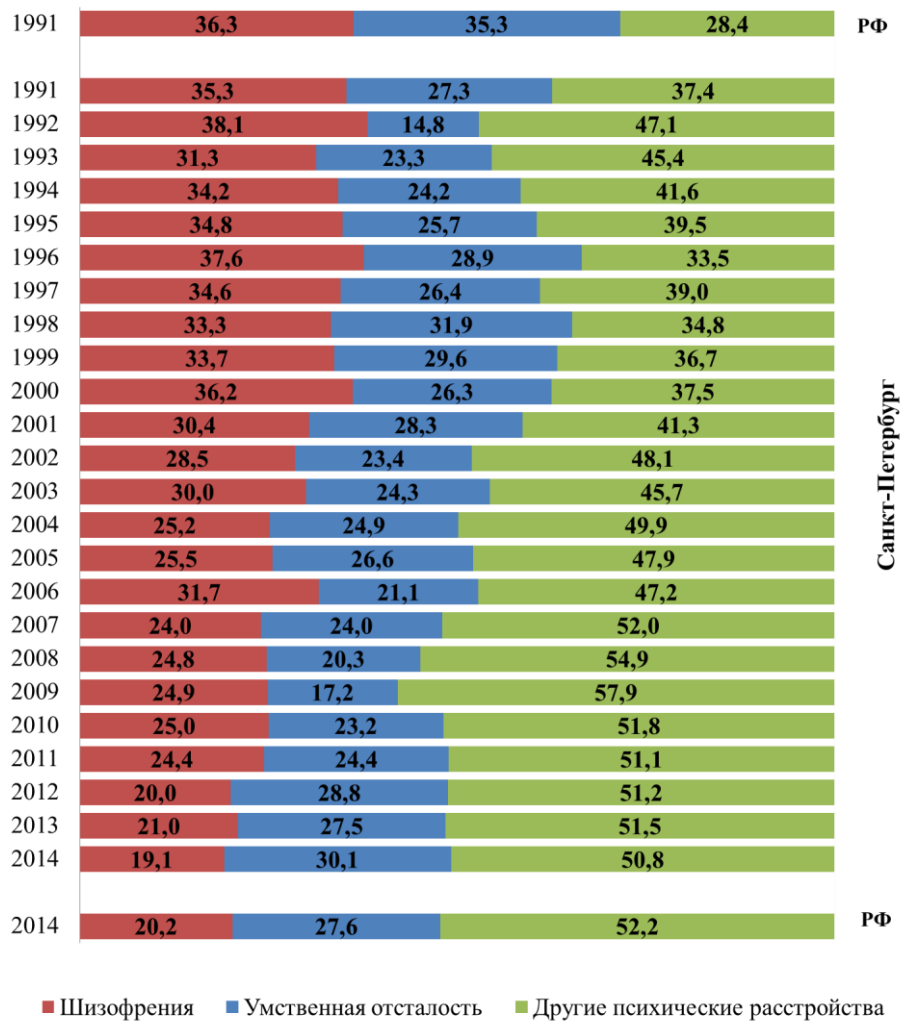


Рисунок 3.23. Диагностическая структура контингента психически больных, впервые признанных инвалидами, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг. (%).

Рассматривая данные об инвалидизации детей с психическими расстройствами, представленные ниже на рис. 3.24-3.25, следует иметь в виду, что в РФ до 2002 г. в данных по детской инвалидности учитывались больные 0-15 лет; с 2002 г. учитываются пациенты до 17 лет включительно. Число детей с психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности, выросло с 101,1 до 603,8 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. почти в шесть раз (!). Рост первичной инвалидности (число детей, впервые признанных инвалидами, в расчете на 100 тыс. населения) составил 154,6% (с 25,8 до 85,0 соответственно). В РФ рост числа детей-инвалидов в расчете на 100 тыс. населения был менее значительным (на 181,1%), более медленными темпами росла и первичная инвалидность (на 81,8%).

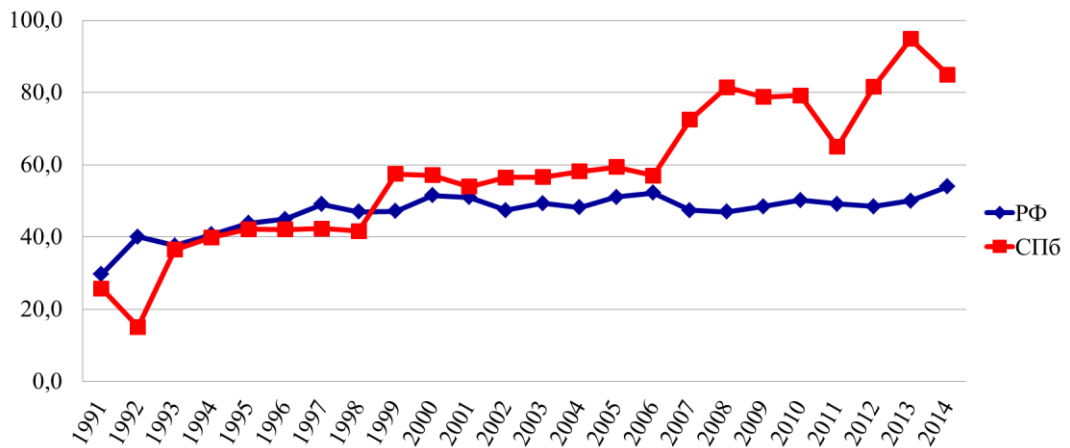


Рисунок 3.24. Число детей с психическими расстройствами, впервые признанных инвалидами, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

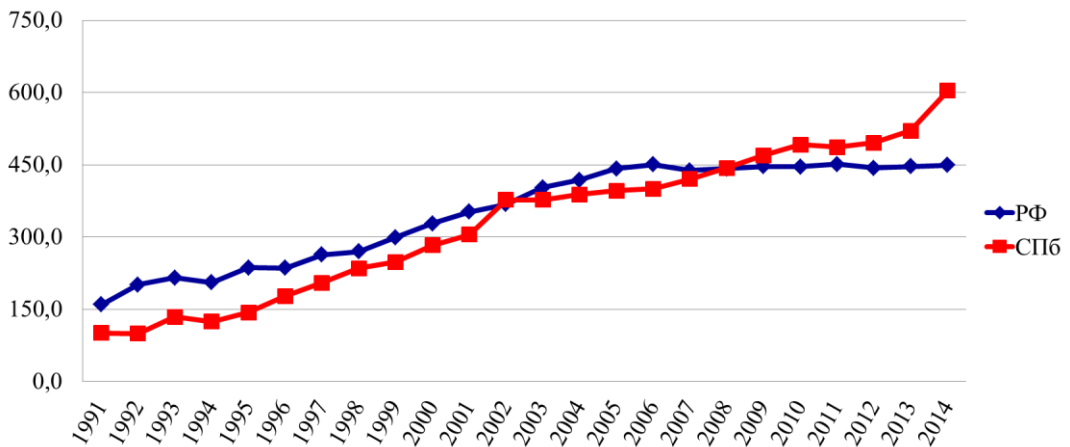


Рисунок 3.25. Число детей с психическими расстройствами, имеющих инвалидность, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Число **психически больных инвалидов, занятых в традиционных формах социально-трудовой реабилитации**, в рассматриваемый период резко сократилось. В 1991 г. доля психически больных инвалидов, работающих в лечебно-трудовых мастерских, в Санкт-Петербурге составляла 14,2%, что более, чем в пять раз превышало общероссийский показатель (2,8%). Однако в последующий период наблюдалось катастрофическое снижение числа инвалидов, работающих в ЛТМ, и в 2010 г. их уже не было совсем. В РФ снижение данного показателя также было критическим, но менее выраженным; в результате, к 2014 г. показатель остается на крайне низком уровне. Доля психически больных инвалидов, работающих на общем

производстве, снижалась с 5,30% до 1,6% (1998 г.), но затем стала неравномерно возрастать (в 2014 г. – 6,9%); в целом по РФ уменьшение этого показателя было значительным – 8,6% до 3,1%. Что касается работы в специально организованных цехах, то в Санкт-Петербурге такая форма трудовой занятости психически больных инвалидов отсутствует.

Обсуждение.

В заключительной части этой главы приведем обобщенные данные показателей психического здоровья населения Санкт-Петербурга, позволяющие выявить ряд характерных особенностей контингентов лиц с психическими расстройствами.

В целом *медико-демографическая ситуация* в Санкт-Петербурге характеризуется следующими особенностями: устойчивой депопуляцией в период с 1991 г., которая с 2007 г. сменилась приростом населения, в первую очередь, за счет превышения миграционного прироста над естественной убылью; снижением рождаемости в первое десятилетие и ее дальнейшим ростом с 2000 г.; ростом уровня смертности населения (в 1992-1995 гг. и в 1998-2003 гг.) и его снижением, начиная с 2004 г.; устойчивым ростом показателя ожидаемой продолжительности жизни; общим постарением населения (увеличение среднего возраста, возрастание доли лиц пожилого возраста, регрессивная возрастная структура населения); преобладанием доли женщин в населении, особенно в старших возрастных группах.

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в Санкт-Петербурге в расчете на 100 тыс. выросло на 53,7%, что произошло за счет роста первичной заболеваемости, в первую очередь, ПРНХ (на 79,5%) и ПиС (на 26,7%); первичная заболеваемость УО при этом снизилась на 41,9%. Уровень первичной заболеваемости в Санкт-Петербурге с 2009 г. стал превышать общероссийский. При этом уровень первичной заболеваемости ПиС (в т.ч. шизофренией) на протяжении всего анализируемого периода превышал

российский уровень; уровень первичной заболеваемости ПРНХ превышает аналогичный российский показатель, начиная с 2010 г.; уровень первичной заболеваемости УО в Санкт-Петербурге вдвое меньше российского уровня. Указанные особенности находят отражение и в различиях диагностической структуры первичной заболеваемости в Санкт-Петербурге и РФ.

Уровень распространенности психических расстройств в Санкт-Петербурге незначительно уменьшился на 2,2%; при этом рост заболеваемости ПРНХ (на 27,8%) был перекрыт снижением заболеваемости ПиС (на 16,4%) и УО (на 37,6%). В РФ, наоборот, общая заболеваемость психическими расстройствами выросла на 18,4%, что отмечено во всех крупных диагностических группах. Результатом таких разнонаправленных тенденций стало изменение соотношения уровня общей заболеваемости в Санкт-Петербурге в сравнении с РФ: в 1991 г. он превышал общероссийский показатель на 13,3%, а в 2014 г. – был ниже на 6,5%. Уровень общей заболеваемости ПиС остается выше значения общероссийского показателя, но эта разница уменьшилась (159,4% и 132,0% соответственно). Уровень заболеваемости УО, напротив, в Санкт-Петербурге всегда был ниже общероссийского, и это различие возросло (71,6% и 43,4% соответственно). Уровень заболеваемости ПРНХ в Санкт-Петербурге в начале рассматриваемого периода превышал общероссийский (на 3,7%), однако к его концу оказался ниже (на 5,4%). Общая заболеваемость психическими расстройствами выросла среди детей, подростков и лиц старше 60 лет.

В диагностической структуре общей заболеваемости доля ПРНХ составляет 51,5%; ПиС – 38,3%; УО – 10,2%. Изменения диагностической структуры общей заболеваемости в Санкт-Петербурге и РФ характеризуются схожими тенденциями – увеличением доли ПРНХ за счет уменьшения доли ПиС и УО. Диагностическая структура зарегистрированных расстройств в Санкт-Петербурге значительно отличается от общероссийской – большей представленностью ПиС (38,3% и 27,1% соответственно) и вдвое меньшей представленностью УО (10,2% и 21,9% соответственно) при сопоставимой

доле ПРНХ. В возрастной структуре зарегистрированных больных основную группу составляют лица трудоспособного возраста 18-59 лет (55,9%); доля детей и лиц старше 60 лет постепенно увеличивается. Для сравнения, в целом по РФ отмечается значительное нарастание доли пожилых, а доля детей в контингенте всех зарегистрированных больных, наоборот, снижается.

На уровень выявления лиц с психическими расстройствами оказывают влияние различные факторы, такие как развитость системы психиатрической помощи, ее приближенность к населению, а также демографические характеристики обслуживаемого населения [150]. Высокий, в сравнении с общероссийским, уровень развития психиатрической службы города объясняет более высокий уровень выявления психических расстройств в Санкт-Петербурге, по сравнению с РФ. При этом менее выраженный «стресс депопуляции» в Санкт-Петербурге, по сравнению с РФ в целом, является причиной того, что уровень общей заболеваемости психическими расстройствами в городе к концу исследуемого периода стал уступать аналогичному российскому показателю. Следует также отметить, что снижение первичной заболеваемости в РФ в целом, начиная с 2005 г., может быть связано с проводимой административной реформой и изменением порядка финансирования психиатрических служб, что приводит к сокращению числа психиатрических учреждений, врачей-психиатров в сельской местности и небольших городах. Этот процесс уменьшает доступность помощи и снижает уровень обращаемости населения [51].

В конце 1980-х гг. отмечалось резкое снижение обращаемости в психиатрические учреждения, что было связано с антипсихиатрической кампанией в СМИ и ростом негативного отношения в обществе к психиатрическим институтам. В 1990-е гг., с началом реорганизации правовых основ психиатрической помощи, введением ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1993 г.), показатель первичной заболеваемости стал возрастать, при этом наблюдался бурный рост регистрации ПРНХ. Это совпало по времени с

переживаемым страной кризисом и было связано с социально-экономическими трудностями, изменениями мотивации к обращению за психиатрической помощью, некоторым уменьшением стигматизации психиатрических служб, а также развитием психотерапевтической службы, ростом выявления лиц с психическими расстройствами среди пациентов районных поликлиник [58].

Санкт-Петербург отличается высокой степенью развития психотерапевтической службы, однако рост уровня общей заболеваемости ПРНХ в городе был ниже, чем в РФ, а сам уровень заболеваемости к концу исследуемого периода стал уступать аналогичному российскому показателю. В этой связи следует подчеркнуть, что анализ заболеваемости психическими расстройствами на основании данных государственной статистики не вполне достоверно отражает состояние психического здоровья населения, поскольку не учитывает развитие частного сектора психиатрической помощи, в который обращается значительная часть населения. Данное обстоятельство необходимо учитывать при анализе заболеваемости в крупных городах, таких как Санкт-Петербург, в которых созданы особые условия для оказания помощи больным с непсихотическими расстройствами [163].

Структура *внебольничного контингента лиц с психическими расстройствами* в условиях Санкт-Петербурга также имеет свои особенности. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под ДН, в расчете на 100 тыс. населения уменьшилось на 3,1%, что произошло, в первую очередь, за счет групп больных ПиС и с УО; при этом в группе больных с ПРНХ этот показатель вырос (последнее представляется не вполне обоснованным). Отнесение первичных больных в группу для оказания КЛП, напротив, возросло, прежде всего, за счет пациентов с ПРНХ. В результате, доля первичных больных, которые берутся под ДН, уменьшилась с 41,7% до 26,3%; соответственно, доля КЛП возросла с 58,3% до 73,7%. Сравнивая эти данные с

общероссийскими, можно отметить, что в РФ снижение доли первичных больных, которые берутся под ДН, было критическим – до 14,3%.

Общая численность больных с психическими расстройствами, состоящих под наблюдением (группы ДН и КЛП), в Санкт-Петербурге в расчете на 100 тыс. населения в анализируемый период уменьшилась незначительно – на 4,4% (таким образом, потери в группе ДН не были компенсированы ростом в группе КЛП). В диагностической структуре больных, находящихся под ДН, преобладают ПиС (56,5%), в меньшей степени представлены ПРНХ (25,6%) и УО (17,9%). Для сравнения, диагностическая структура больных группы ДН в РФ отличается значительно большей (почти вдвое) представленностью больных с УО.

Наблюдаемое изменение соотношения доли ДН и КЛП во всем внебольничном контингенте наблюдаемых больных отражает процесс приведения деятельности амбулаторных психиатрических служб в соответствие с требованиями ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: ДН должно назначаться только в отношении пациентов с тяжелыми или хроническими, а также часто обостряющимися психическими расстройствами. Поэтому с начала 1990-х гг. доля ДН в контингенте вновь выявленных больных постоянно уменьшается, что затем отражается и в контингенте всех наблюдаемых амбулаторных больных. При этом, однако, важно анализировать этот процесс в различных клинко-диагностических группах пациентов. Уменьшение доли ДН означает, что все меньшая часть больных определяется для наблюдения, предусматривающего регулярные осмотры пациентов врачом-психиатром. Поэтому следует считать необоснованным резкое уменьшение доли ДН в контингенте пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ПиС, что может означать снижение уровня оказания помощи и возможное ухудшение отдаленных результатов лечения. Такие же опасения вызывает и уменьшение доли ДН в контингенте наблюдаемых пациентов с УО, особенно с учетом того обстоятельства, что доля больных с УО увеличивается среди больных,

совершивших общественно опасные действия [51]. С другой стороны, уменьшение доли ДН среди пациентов с ПРНХ представляется положительной тенденцией.

С учетом сказанного, следует отметить, что формирование групп ДН и КЛП в амбулаторной службе Санкт-Петербурга в рассматриваемый период происходило более взвешенно, чем в психиатрической службе РФ в целом. Согласно экспертным оценкам организаторов психиатрической помощи [50], наиболее оптимальным при первичной регистрации психически больных является соотношение 1:4 между теми, кому определяется ДН, и теми, кому оказывается КЛП. Из числа впервые заболевших больных, обратившихся за помощью, на диспансерный учет в Санкт-Петербурге ставится каждый четвертый (26,3%), а в РФ первичных больных ставят под ДН лишь в 14,3% случаев.

До введения двух видов амбулаторной психиатрической помощи уровень диспансерного наблюдения служил показателем уровня развития психиатрической службы. В настоящее время обоснованность использования такого критерия относительна, однако при этом необходимо учитывать, насколько обоснован столь существенный сдвиг в соотношении ДН и КЛП и не приводит ли он к снижению уровня оказания помощи. В Санкт-Петербурге доля ДН во внебольничном контингенте уменьшилась с 75,6% до 58,4%, однако она по-прежнему превышает долю группы КЛП. За тот же период доля ДН всего внебольничного контингента в РФ уменьшилась более значительно – с 79,0% до 42,1% и, начиная с 2002 г., уступает доле больных группы КЛП. Таким образом, можно констатировать, что изменение системы амбулаторного наблюдения и определение уровня амбулаторной помощи происходило более взвешенно, чем в РФ в целом.

Инвалидность вследствие психических расстройств является одним из важнейших социальных аспектов психической заболеваемости и индикатором экономического ущерба от психических заболеваний. В Санкт-Петербурге число психически больных, имеющих группу инвалидности,

выросло на 40,8%; еще более значительно выросло число инвалидов – больных с УО (на 128,4%). Это нашло отражение и в увеличении числа психически больных инвалидов в расчете на 100 тыс. населения (на 36,5%). Самой многочисленной группой психически больных инвалидов являются больные шизофренией, их доля в исследуемый период практически не изменилась и составляет 42,5%. При этом возросла доля больных с УО (с 15,2% до 24,4%) – за счет уменьшения доли больных с другими психическими расстройствами. Уровень первичной инвалидности вырос на 16,0%; при этом он еще более значительно вырос в группе больных с УО, но снизился в группе больных шизофренией.

Региональные различия в уровне инвалидизации психически больных в РФ всегда были выражены значительно. Так, в РФ рост абсолютного числа психически больных инвалидов оказался почти в полтора раза выше, чем в Санкт-Петербурге (67,0%); в расчете на 100 тыс. населения он составил 69,5%. Диагностическая структура первичной инвалидности в Санкт-Петербурге и РФ в целом совпадают, однако в Санкт-Петербурге более значительную долю составляют больные шизофренией, в РФ – больные с УО. Рост первичной инвалидности и общего числа инвалидов свидетельствует об утяжелении внебольничного контингента лиц с психическими расстройствами. Это может быть связано не с ухудшением качества психиатрической помощи или ростом числа больных, а с действием социально-экономических факторов, затрудняющих адаптацию лиц с психическими расстройствами. Так, одной из причин роста инвалидности стало введение в 2005 г. дополнительных льгот для инвалидов, увеличение размеров пенсий [59, 60]. Материальные льготы, связанные с инвалидностью, обусловили рост обращений в МСЭК для ее получения даже в тех случаях, когда больные уже являлись пенсионерами по возрасту. Рост первичной инвалидности (особенно в 1990-е гг.) был обусловлен и невозможностью для многих из них удержаться на работе в новых экономических условиях.

Следует отметить, что в контингенте инвалидов по психическому заболеванию крайне мала доля инвалидов с III (рабочей) группой, причем она в рассматриваемый период уменьшилась почти вдвое. Это связано с тем, что в российской экономике отсутствуют нормы, в достаточной степени поощряющие предпринимателей принимать на работу психически больных инвалидов. Учитывая требования современного производства, наличие III (рабочей) группы инвалидности зачастую невыгодно больному, и это побуждает его или к отказу от инвалидности, или к стремлению получить более «тяжелую» группу. Одним из факторов, способствующих росту инвалидности, является недостаточная развитость социально-трудовой реабилитации, что подтверждают и данные нашего анализа. В исследуемый период число психически больных инвалидов, охваченных различными формами трудовой реабилитации, оставалось на крайне низком уровне. Так, в Санкт-Петербурге доля психически больных инвалидов, работающих в ЛТМ, в 1991 г. превышала соответствующий российский уровень в 5 раз, в последующий период снижалась, и в 2010 г. таких больных не осталось совсем. Схожий процесс происходил и в РФ: к 2014 г. соответствующий показатель установился на крайне низком уровне. Доля психически больных инвалидов, работающих на общем производстве, остается незначительной, а работа в специально организованных цехах в Санкт-Петербурге отсутствует.

Представляются важными данные анализа *показателей заболеваемости и инвалидности* внебольничного контингента *детей и подростков с психическими расстройствами*. В рассматриваемый период общая заболеваемость психическими расстройствами в этой группе возросла более, чем на треть, что значительно превышает соответствующий российский показатель, прежде всего, за счет ПРНХ. Доля детей в возрастной структуре общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге возрастает (доля таких детей в РФ, наоборот, снижалась). Число детей с психическими расстройствами во всем наблюдаемом внебольничном контингенте выросло на 36,6% (в РФ – на 35,5%), в основном, за счет роста

группы КЛП. В диагностической структуре контингента детей с психическими расстройствами, состоящих под ДН, возросла доля ПРНХ и ПиС, что произошло за счет уменьшения доли УО (аналогичная диагностическая структура в целом по РФ отличается большей долей УО). Доля ДН в контингенте наблюдаемых детей с психическими расстройствами уменьшилась с 72,1% до 56,7% и, начиная с 2000 г., уступает доле КЛП (доля ДН в контингенте наблюдаемых психически больных детей в РФ снизилась еще более выразительно – с 80,8% до 31,9%). Данные о росте выявляемости психических, в первую очередь, непсихотических расстройств у детей, что отражается в структуре общей заболеваемости и психиатрического наблюдения, свидетельствуют об активной работе детской психиатрической службы города. В данном случае представляется совершенно оправданной тенденция роста доли КЛП за счет уменьшения доли ДН в контингенте всех наблюдаемых больных (с учетом нозологического состава пациентов, возрастающей доли больных с ПРНХ).

В Санкт-Петербурге в рассматриваемый период отмечался значительный рост первичной инвалидности в группе детей и подростков (в два с половиной раза) и рост числа инвалидов в расчете на 100 тыс. населения (почти в шесть раз). Эти показатели существенно превышают как соответствующие российские показатели, так и показатели инвалидности контингента лиц всех возрастов с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге. В связи с этим необходимо отметить следующее. Положение о детской инвалидности в стране начало действовать с 1981г., и последующий рост показателя был связан с тем, что ширился процесс оформления инвалидности психически больным детям, в том числе фактическим инвалидам, которым группа не была оформлена ранее, включая находящихся в интернатах. Рост показателя детской инвалидности также был обусловлен более жесткими стимулами ее оформления в годы социально-экономического кризиса [51]. Если в ряде регионов низкие показатели инвалидности детей

отражают недостаточную работу детских психиатров, то ситуация в Санкт-Петербурге в этом отношении представляется более благополучной.

Выводы.

Анализ показателей психического здоровья населения Санкт-Петербурга, клинической и возрастной структуры зарегистрированной психической патологии дал возможность получить важные данные, которые позволяют определить виды и организационные формы психиатрической помощи различным контингентам больных. Вместе с тем, проведенный сравнительный анализ показателей психического здоровья населения Санкт-Петербурга и Российской Федерации выявил очевидные различия отдельных из них, что может быть объяснено различными социо-демографическими характеристиками контингентов больных, особенностями работы психиатрических служб, уровнем развития инфраструктуры территорий, региональной социально-экономической политикой и др.

Завершая характеристику материала настоящего раздела работы, еще раз обратим внимание на то, что в нем приведена лишь фактическая картина психиатрической статистики, отражающей уровень психического здоровья населения региона в сравнении с аналогичными показателями РФ. Анализ зависимости приведенных статистических показателей от сопутствующих условий и факторов будет проведен в главе 6 настоящей работы.

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Предметом изучения в настоящей главе будут данные о показателях работы структурных звеньев и подразделений психиатрической службы города. Для проведения корректного сравнительного анализа результатов их деятельности с показателями уровня психического здоровья населения был взят материал психиатрической статистики за тот же период (1991-2014 гг.).

Отметим, что наиболее принятым является выделение в структуре психиатрической службы ее стационарного, диспансерного и внедиспансерного звеньев. Активное развитие в последние десятилетия получают и общественные формы помощи в психиатрии, что позволяет отдельным авторам говорить и создании ее нового направления в виде общественного звена [234, 264]. В контексте сказанного и будет проводиться анализ деятельности психиатрических учреждений Санкт-Петербурга. Для более полного восприятия представленных ниже показателей приведем структуру психиатрической службы города, включающую:

1. Подведомственные Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга учреждения, которые финансируются напрямую из городского бюджета и в состав которых входят: городские психиатрические стационары и ТМО, отделения в составе многопрофильных стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений.
2. Учреждения, которые находятся в подчинении районных администраций и финансируются из бюджетов районов: психоневрологические диспансеры и диспансерные отделения, психиатрических кабинеты.
3. Учреждения федерального подчинения.

При анализе деятельности психиатрической службы города мы учитывали наличие и других учреждений, деятельность которых также влияет на состояние психического здоровья населения Санкт-Петербурга и

показатели работы психиатрических учреждений. В частности, в городе сложился и постоянно расширяется сектор негосударственных медицинских учреждений (в том числе психосоматических, психотерапевтических, наркологических), показатели деятельности которых не отражаются в утвержденных формах государственной статистики. Важной составной частью системы психиатрической помощи являются и входящие в систему учреждений социальной защиты населения психоневрологические интернаты (ПНИ): в городе развернуты 8 интернатов для взрослых и 4 интерната для детей. Кроме того, в Санкт-Петербурге оказывают наркологическую помощь наркологический стационар, амбулаторные отделения и реабилитационные центры; наркологические койки развернуты в других федеральных и в частных учреждениях.

4. 1. Кадры

Контингент специалистов с высшим образованием, участвующих в оказании психиатрической помощи, включает врачей-психиатров (в т.ч. детских и подростковых психиатров, сексологов и судебно-психиатрических экспертов), врачей-психотерапевтов и специалистов с немедицинским образованием, работающих в учреждениях городского, районного и федерального подчинения.

Прежде всего, обратимся к данным о количестве врачей-психиатров. В изучаемый период абсолютное число врачей (физических лиц) выросло с 762 до 944, т.е. на 23,9%; обеспеченность населения врачами-психиатрами возросла с 1,53 до 1,82 в расчете на 10 тыс. населения, т.е. на 19,0% (в РФ – на 2,3%). Обеспеченность врачами-психиатрами (физическими лицами) в расчете на 10 тыс. населения в Санкт-Петербурге была и остается значительно более высокой, чем в РФ в целом (в 1991 г. она на 73,9% превышала соответствующий общероссийский показатель, в 2010 г. – на 81,1%) (см. рис. 4.1). Отчасти это объясняется наличием в Санкт-Петербурге ряда психиатрических учреждений федерального подчинения.

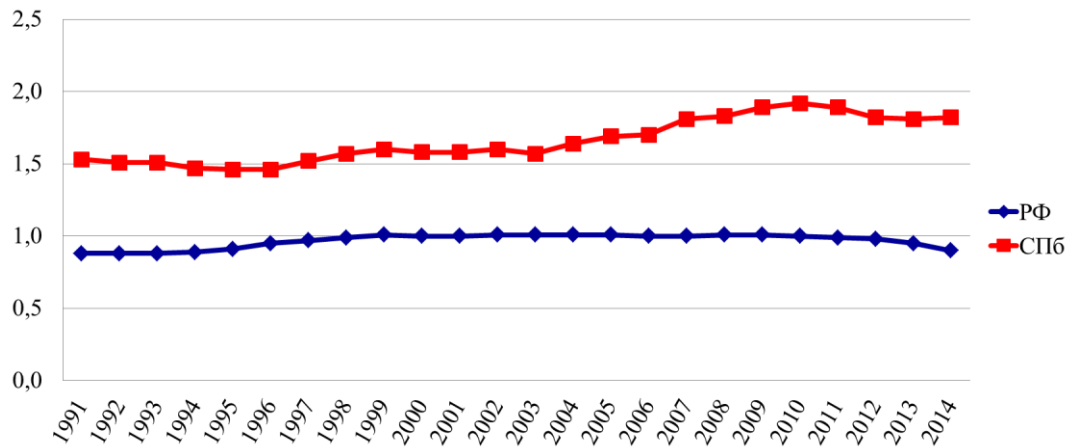


Рисунок 4.1. Число врачей-психиатров (физических лиц) в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 10 тыс. населения).

Данные о коэффициенте совместительства врачей-психиатров свидетельствуют о многолетнем дефиците этих специалистов в службе; ситуация в Санкт-Петербурге выглядит несколько более благополучной, чем в целом по РФ. В рассматриваемый период в психиатрических учреждениях города отмечалось неравномерное нарастание коэффициента совместительства – на 10,6% (в РФ – на 24,4%). Если представить обеспеченность населения врачами-психиатрами как число занятых врачебных должностей в расчете на 10 тыс. населения, то разница соответствующих показателей в Санкт-Петербурге и РФ будет значительной – более, чем в полтора раза; этот показатель вырос в городе с 1,4 до 2,3, т.е. на 60,3%, а в целом по РФ – на 25,2% (рис. 4.2).

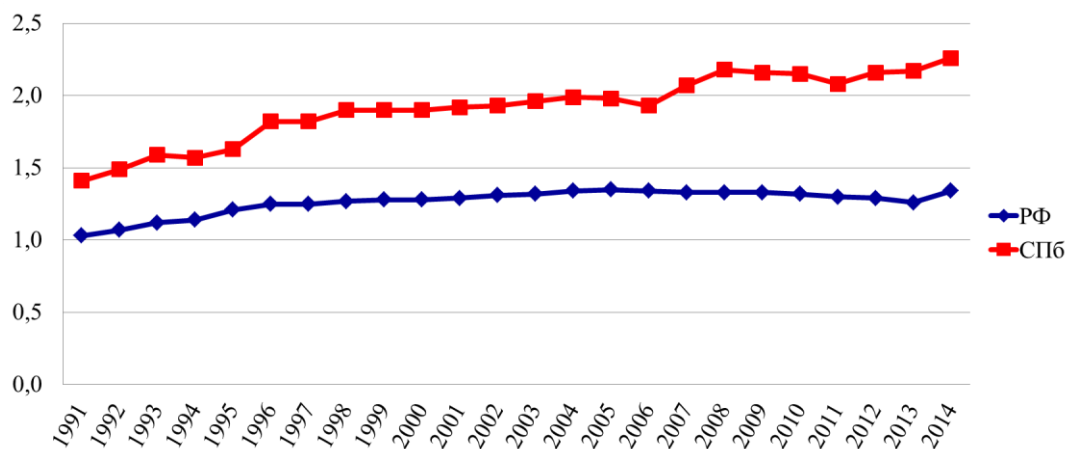


Рисунок 4.2. Число занятых должностей врачей-психиатров в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 10 тыс. населения).

Число врачей-психотерапевтов в Санкт-Петербурге в рассматриваемый период выросло более, чем в 3 раза – с 66 до 184; обеспеченность врачами-психотерапевтами (физическими лицами) в расчете на 10 тыс. населения выросла в 2,7 раза (с 0,13 до 0,35), обеспеченность занятыми должностями – в 8,6 раз (с 0,10 до 0,86 соответственно). Столь выразительное различие в приведенных показателях связано отчасти с тем, что значительную часть должностей стали занимать врачи-психиатры, работающие в психиатрических учреждениях психотерапевтами по совместительству, а также с тем, что часть специалистов переместилась в общемедицинскую сеть. В 1991 г. городской показатель обеспеченности психотерапевтами превышал общероссийский на 116,7% по физическим лицам и на 25,0% по занятым должностям; в 2014 г. превышение составляло, соответственно, уже 250,0% и 330,0% (рис. 4.3).

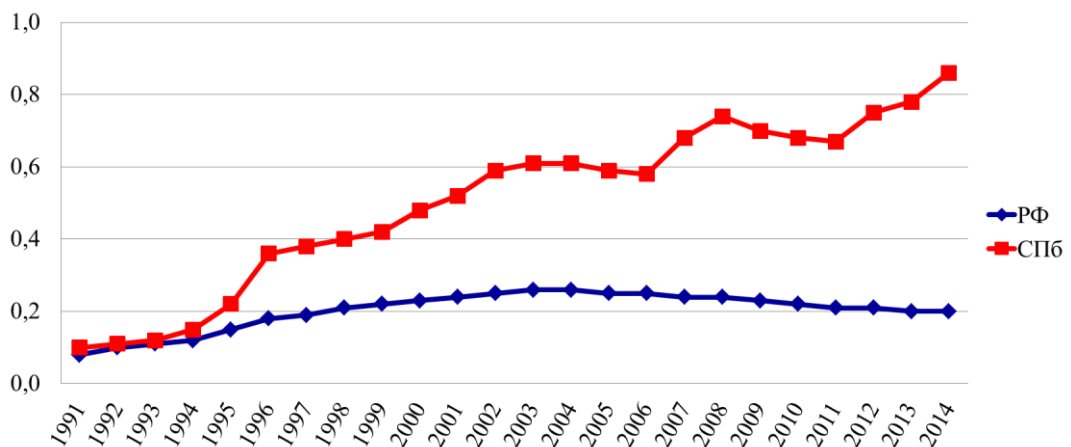


Рисунок 4.3. Число занятых должностей врачей-психотерапевтов в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 10 тыс. населения).

С 1999 г. в отчетную документацию стали включаться сведения о занятых должностях медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, вводимых в штаты психиатрических учреждений в соответствии с приказом Минздравмедпрома РФ №27 от 13.02.1995 г. Обеспеченность психиатрических учреждений специалистами данной категории имеет особое значение для развития полипрофессионального бригадного обслуживания. Приведенные данные

(табл. 4.1) свидетельствуют о том, что обеспеченность психиатрических учреждений города специалистами с немедицинским образованием, участвующими в оказании психиатрической помощи, превышает аналогичные показатели российских психиатрических учреждений в целом: по медицинским психологам – в 2,9 раза, по специалистам по социальной работе – в 4,5 раза, по социальным работникам – в 3,9 раза (по всем специалистам – в 3,4 раза).

Таблица 4.1. Число должностей, занятых на конец года лицами с немедицинским образованием в Санкт-Петербурге и РФ (в расчете на 10 тыс. населения).

Категории специалистов	Санкт-Петербург		РФ	
	1999	2014	1999	2014
Медицинские психологи	0,38	0,73	0,10	0,25
Специалисты по социальной работе	0,05	0,27	0,02	0,06
Социальные работники	0,10	0,43	0,04	0,11
Все категории	0,53	1,43	0,16	0,42

4.2. Амбулаторные психиатрические учреждения

Структура амбулаторной психиатрической помощи в Санкт-Петербурге включает 10 самостоятельных психоневрологических диспансеров (ПНД), 2 психоневрологических диспансера в составе территориально-медицинских объединений, 3 психиатрических кабинета и 3 психоневрологических диспансерных отделения в составе многопрофильных амбулаторно-поликлинических учреждений. Амбулаторная психиатрическая помощь детям оказывается в ЦВЛ «Детская психиатрия», в состав которого, помимо стационара, входят 6 межрайонных амбулаторных отделений, 2 дневных стационара и 2 специализированных амбулаторных отделения.

С 1988 г. в государственную отчетность были введены сведения о психотерапевтических кабинетах, функционирующих в составе учреждений соматической сети и являющихся подразделениями специализированной помощи, непосредственно приближенными к населению. В Санкт-

Петербурге были развернуты 49 психотерапевтических кабинетов; психотерапевтические отделения имеются в 6 многопрофильных амбулаторно-поликлинических учреждениях и НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

При анализе деятельности амбулаторных психиатрических учреждений обращает на себя внимание наличие существенных диспропорций в развитии психиатрической службы различных районов города, что объясняется рядом причин. В частности, существующая структура амбулаторной помощи окончательно сложилась в 1980-е годы и в дальнейшем ее изменения отставали от демографических процессов, связанных с перемещением населения из центра на окраины города. В результате, в центральных районах имеются «резервные мощности» психиатрических учреждений, зачастую не в полной мере используемые, в то время как в «спальных» районах отмечается их недостаток, результатом чего является повышенная нагрузка на службы на этих территориях. Это относится, в первую очередь, к таким районам, как Приморский, Калининско-Выборгский, Красносельский, Пушкинский. Результатом сложившейся ситуации явилось то, что условия работы учреждений в различных районах существенно отличаются. Центральные районы характеризуются плотностью социальной инфраструктуры, близостью к населению психиатрических учреждений и учреждений соматической сети. Окраинные районы характеризуются значительной площадью и большой удаленностью крайних точек, отдаленностью психиатрических учреждений от населения. Следует также отметить, что финансирование амбулаторных психиатрических учреждений осуществляется из бюджетов районов города, поэтому их ресурсное обеспечение определяется не только общегородскими стратегиями развития психиатрической помощи, но и приоритетами районных органов управления. Названные причины обуславливают также значительные различия в уровне развития материально-технической базы амбулаторных психиатрических учреждений, их кадровой обеспеченности, нагрузки, показателей работы.

Обеспеченность населения Санкт-Петербурга врачами-психиатрами, работающими в амбулаторной сети (включая сексологов и судебно-психиатрических экспертов), в расчете на 10 тыс. населения на протяжении всего рассматриваемого периода примерно в полтора раза превышала общероссийский уровень. При этом следует заметить, что укомплектованность ставок врачей-психиатров, ведущих амбулаторный прием, физическими лицами составляя, в среднем по городу, от 80% до 85,0%, сильно различалась (от 54,0% до 100,0%) в учреждениях разных районов. Аналогично выглядит и ситуация с укомплектованностью физическими лицами ставок медицинских сестер – от 59,0% до 100,0%.

Важным индикатором деятельности амбулаторной психиатрической службы является такой показатель, как **число посещений больными, приходящееся на 1 занятую должность участкового врача-психиатра**. Анализ этого показателя в период начала 1990-х гг. затруднен, т.к. сведения о числе посещений врачей, непосредственно осуществляющих динамическое наблюдение и консультативно-лечебную помощь, присутствовали в отчете-вкладыше №9 в 1982-1988 гг., в последующий период отсутствовали и вновь были введены в отчетную форму №36 лишь после 1993 г.

В Санкт-Петербурге число посещений больными в расчете на 1 врачебную должность врача-психиатра, обслуживающего взрослое население, уменьшилось с 3 615 до 3 467 (рис. 4.4). На протяжении анализируемого периода этот показатель в городе был ниже, чем в среднем по РФ, причем эта разница возросла (от 6,7% до 34,8%). Динамика числа посещений в расчете на 1 занятую должность детского и подросткового психиатра иная – их число неравномерно возрастало, особенно в последние годы, превысив к 2014 г. аналогичные российские показатели – на 7,1% и 25,7% соответственно.

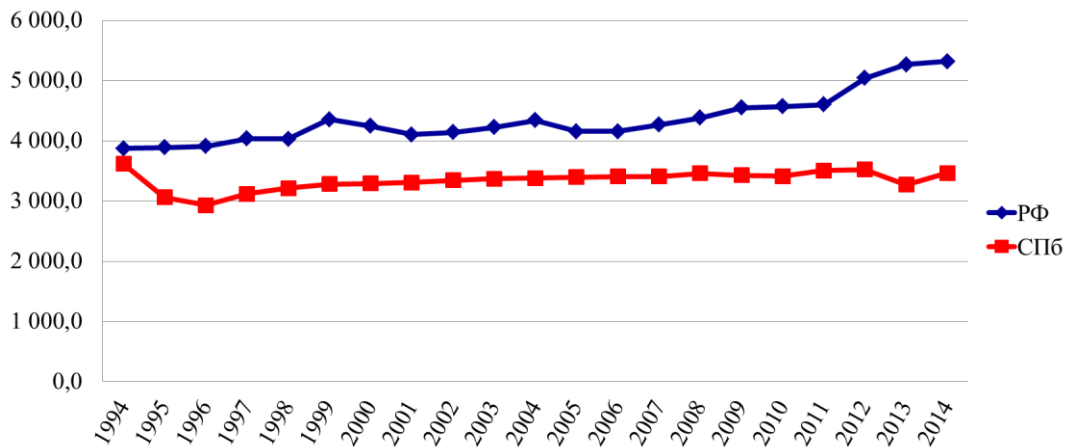


Рисунок 4.4. Число посещений на 1 врачебную должность врача-психиатра, обслуживающего взрослое население, в Санкт-Петербурге и РФ в 1994-2014 гг.

С 1993 г. в государственной статистической отчетности **недобровольные виды психиатрической помощи** отражаются в ряде показателей, таких как недобровольное освидетельствование и недобровольная (принудительная) госпитализация, предусмотренные ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Представленные данные о недобровольных освидетельствованиях, осуществляемых амбулаторной психиатрической службой, свидетельствуют о том, что их частота была подвержена значительным колебаниям, сократившись к концу исследуемого периода более, чем в 6 раз (рис. 4.5). Частота недобровольных освидетельствований в Санкт-Петербурге до 2001 г. была ниже, чем в среднем по РФ; в 2002-2005 гг. она превышала общероссийский уровень; начиная с 2007 г. все более от него отстает. Это может свидетельствовать о более формальном выполнении врачами амбулаторных психиатрических учреждений требований закона, защищающего права и интересы психически больных. Показатель, определяющий долю лиц из числа недобровольно освидетельствованных, признанных страдающими психическим расстройством, достаточно высок как в Санкт-Петербурге (свыше 92,0%), так и в целом по РФ, что свидетельствует о том, что в подавляющем большинстве случаев недобровольное освидетельствование было обоснованным.

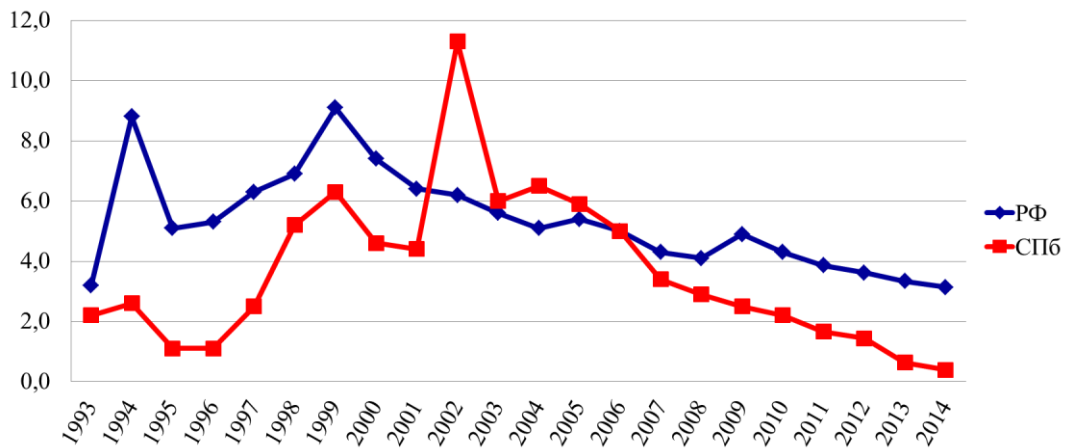


Рисунок 4.5. Число недобровольно освидетельствованных амбулаторными психиатрическими учреждениями в Санкт-Петербурге и РФ в 1993-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

На протяжении всего рассматриваемого периода сеть **дневных стационаров** в Санкт-Петербурге отличалась достаточно высокой степенью развитости: число сметных мест выросло с 1 020 до 2 185, т.е. на 114,2%. Число больных, выписанных из ДС в течение года, в рассматриваемый период выросло с 5 624 до 11 370 – т.е. на 102,2%, причем значительный рост показателя приходится на 3 последних года.

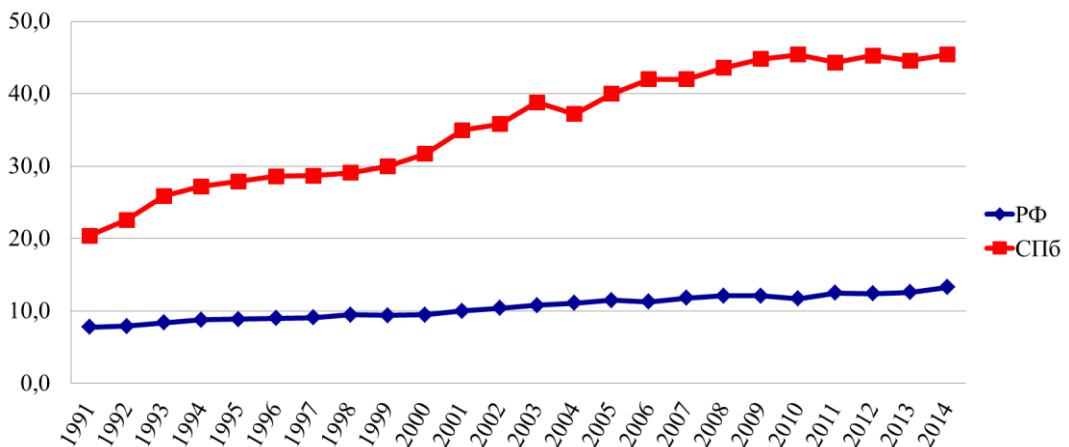


Рисунок 4.6. Число сметных мест в дневных стационарах на конец года в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

Обеспеченность населения города местами в ДС в расчете на 100 тыс. населения в 3,4 раза превышает аналогичный российский уровень (45,4 и 13,3 соответственно). При этом отмечаются выраженные диспропорции в

организации этого вида помощи в различных районах города, что отражает отмеченные выше диспропорции психиатрической службы в целом, которые связаны с неравномерным развитием отдельных городских территорий: в разных районах города показатель обеспеченности местами в ДС различается более чем в три раза. Соответственно, различались и показатели работы, нагрузки персонала этих учреждений. Во многих районах (преимущественно, центральных) ДС располагают достаточным количеством мест, приближены к месту проживания пациентов. В то же время в окраинных районах мощность ДС недостаточна или, вследствие обширной территории районов, ДС находятся на значительном расстоянии от места проживания пациентов (Калининский, Выборгский, Приморский районы) либо вовсе отсутствуют (Красносельский, Пушкинский, Курортный, Петродворцовый). Таким образом, имеющие значительные ресурсы амбулаторной психиатрической службы распределяются неравномерно, что существенно ограничивает возможности населения периферийных районов в получении доступной лечебной и реабилитационной помощи.

Для оказания населению *специализированной скорой психиатрической помощи* и транспортировки в психиатрические больницы по направлению врачей психиатров лиц, страдающих психическими расстройствами, в 1965 г. в Ленинграде в составе городской станции скорой медицинской помощи была выделена подстанция скорой психиатрической помощи. В настоящее время она располагает 9 круглосуточными врачебными бригадами, при нормативном количестве – 16 (из расчета: 1 врачебная бригада на 300 тыс. населения), и 3 фельдшерскими бригадами, которые осуществляют функции санитарного транспорта.

Анализ данных, отражающих работу городской подстанции скорой психиатрической помощи, показывает, что в течение наблюдаемого периода число вызовов бригад СПП оставалось на высоком уровне, колеблясь от 45 до 54 в расчете на 10 тыс. населения. В течение последних лет показатели деятельности СПП отразили тенденцию в работе амбулаторного звена

психиатрической службы, которая заключается в уменьшении числа первичных освидетельствований пациентов и в увеличении использования экстренной помощи лицам, состоящим под наблюдением участковых психиатров. Это проявилось в том, что соотношение числа вызовов, выполненных врачами СПП, и вызовов, выполненных фельдшерскими бригадами по транспортировке пациентов в психиатрические стационары, увеличилось с 1,3 до 1,9. При этом отмечались значительные колебания этого показателя (от 0,2 до 4,6) в разных районах города [280].

Рост числа вызовов врачебных бригад и увеличение их доли в общем числе вызовов СПП может свидетельствовать не только об утяжелении внебольничного контингента пациентов, но и о снижении активности диспансерного наблюдения и качества поддерживающего лечения в амбулаторных условиях, что, в свою очередь, обуславливает сохранение высокого уровня госпитализаций в психиатрические стационары.

Наличие значительного числа психически больных инвалидов, рост первичной инвалидности обуславливают важность *эффективной деятельности подразделений, осуществляющих социально-трудовую реабилитацию*. До 1994 г. лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) входили в структуру психоневрологических диспансеров, выполняя задачи по организации трудотерапии, профессиональному обучению, переобучению и трудоустройству психически больных. В соответствии с Положением, утвержденным Постановлением Правительства РФ № 522 от 25.05.1994 г. и Приказом МЗМП РФ №167 от 12.08.1994 г., ЛТМ были реорганизованы в лечебно-производственные государственные предприятия (ЛПП), которые получили статус юридических лиц и работали на принципах самоокупаемости. В отличие от существовавших ранее ЛТМ, ЛПП стали коммерческими предприятиями, целью которых была не социально-трудовая реабилитация, а получение прибыли; их взаимоотношения с психиатрическими учреждениями стали определяться договором о совместной деятельности. В условиях рыночной экономики и при отсутствии мер государственного протекционизма

труд психически больных инвалидов оказался неконкурентоспособным, что подталкивало руководство ЛПГП к поиску других, более прибыльных видов деятельности [283]. Отсутствие должного ведомственного и вневедомственного контроля привело к тому, что деятельность ЛПГП все в меньшей степени соответствовала задачам социально-трудовой реабилитации; стала разрушаться база мастерских и распродаваться их имущество.

В 2005 г. Постановлением Правительства Санкт-Петербурга система государственных унитарных предприятий была ликвидирована, а существовавшие на их базе ЛПГП стали вновь передаваться в психиатрические учреждения и преобразовываться в отделения трудовой реабилитации. Однако к этому времени их производственная база была расстроена, в связи с чем содержание работы мастерских постепенно эволюционировало от трудовой терапии к занятости по свободному выбору. К 2010 г. в Санкт-Петербурге все места в ЛТМ для амбулаторных психически больных были ликвидированы.

В 1991 г. число мест в ЛТМ в Санкт-Петербурге, в расчете на 100 тыс. населения составляло 75,1, что почти в 7 раз превышало соответствующий российский показатель. Однако в результате драматических изменений, о которых шла речь выше, в течение рассматриваемого периода это преимущество было утрачено. Схожие процессы происходили в психиатрической службе в РФ в целом: обеспеченность местами в ЛТМ находится на крайне низком уровне (рис. 4.7).

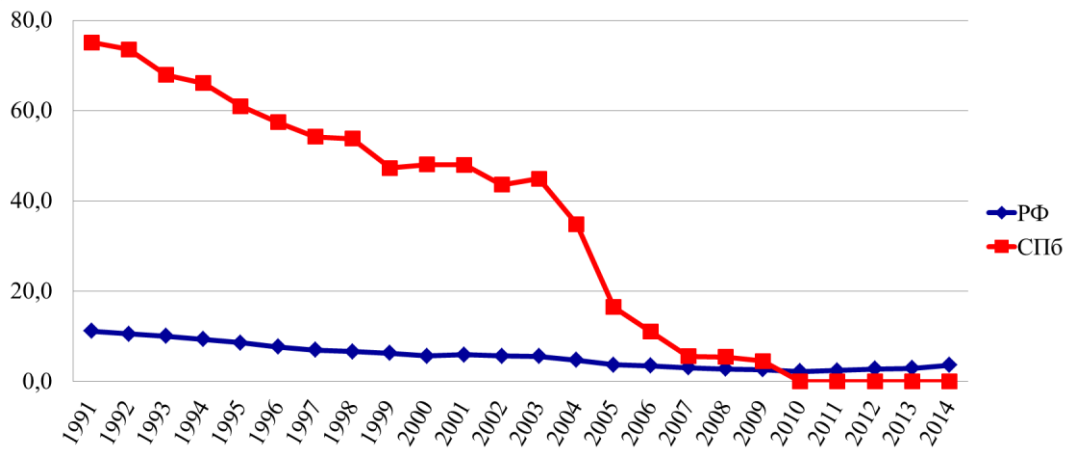


Рисунок 4.7. Число мест в лечебно-трудовых мастерских для амбулаторных психически больных в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

В соответствии с уже упоминавшимся решением Правительства Санкт-Петербурга, в городе взамен ликвидированных ЛТМ были образованы отделения трудовой реабилитации, однако такие подразделения правильным было определить как реабилитационные отделения, поскольку они не обладают правом хозяйственного ведения и не имеют льгот, которые были у ЛТМ [176]. Пока не внедрены испытанные за рубежом и в некоторых регионах страны новые модели трудоустройства [117].

Другие формы психосоциального лечения и реабилитации в амбулаторных условиях в психиатрической службе Санкт-Петербурга отсутствуют («промышленная» реабилитация, специальные цеха для работы психически больных инвалидов, отделения ассертивного лечения, отделения первого психотического эпизода). Несмотря на значительное число больных, утративших жилье и социальные связи, в Санкт-Петербурге до настоящего времени не создано «защищенное жилье» в амбулаторных условиях. В последние годы в амбулаторных психиатрических учреждениях открыты различные подразделения реабилитационного профиля, осуществляющие различные виды деятельности, однако эти формы помощи пока не получили внятного решения. В связи с этим необходимо определение целей и конкретных задач таких подразделений, контингентов больных, которые

должны быть получателями психосоциального лечения, системы реабилитационных мероприятий, их регламента, сроков [117].

4.3. Стационарные психиатрические учреждения

Стационарное звено психиатрической службы Санкт-Петербурга составляют учреждения, находящиеся в ведении Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга (КПЗ), а также учреждения федерального подчинения. Учреждения КПЗ включают 5 психиатрических больниц для взрослых; 2 территориально-медицинских объединения по психиатрии; городской гериатрический медико-социальный центр; стационар ЦВЛ «Детская психиатрия»; многопрофильные стационары и поликлинические учреждения, имеющие психосоматические и соматопсихиатрические койки. Психиатрические стационары работают по территориальному принципу, однако часть из них выполняют и общегородские функции, оказывая помощь пациентам, проживающим в других районах города. Большая часть больниц располагается в центральной части города в относительной близости от районов проживания обслуживаемого населения и соответствующих амбулаторных психиатрических учреждений. Стационары различаются по состоянию материально-технической базы, коечной мощности, размерам территории и размерам палатной площади, приходящейся на 1 больного.

Помимо учреждений, подчиненных КПЗ, в Санкт-Петербурге находятся учреждения федерального подчинения, располагающие психиатрическими койками для взрослых и детей: психиатрическая больница специального типа с интенсивным наблюдением (ПБ СТИН), НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СПбГПМУ, ИМЧ РАМН. Помимо этого, клиника психиатрии ВМА им. С.М. Кирова также располагает койками, которые в расчетах обеспеченности населения города не учитывались. В 2014 г. коечный фонд психиатрических учреждений КПЗ составлял 6 174 койки, а с учетом коек учреждений федерального подчинения – 7 549 коек.

Общее количество психиатрических коек в Санкт-Петербурге уменьшилось на 21,1%, а в учреждениях, подчиненных Комитету по здравоохранению – на 24,7%. При этом психиатрические койки для взрослых сократились на 22,5%; число детских психиатрических коек изменилось только в федеральных учреждениях, а число психосоматических коек выросло на 19,3%. Для сравнения, в РФ отмечалось более заметное сокращение как всех психиатрических коек на (29,1%), так и коек для взрослых и детей; рост числа психосоматических коек был более значителен. В структуре коечного фонда койки для взрослых составляют 95,5%, койки для детей – 4,5% (начиная с 2012 г. психосоматические койки включаются в число коек для взрослых).

Представленные ниже данные (рис. 4.8) характеризуют **обеспеченность психиатрическими койками населения** Санкт-Петербурга. Приведённый расчет сделан в двух вариантах: с учетом коек учреждений Комитета по здравоохранению и с учетом также и коек федеральных учреждений. Обеспеченность психиатрическими койками в расчете на 10 тыс. населения уменьшилась с 16,40 до 12,00 (с учетом коек федеральных учреждений – с 19,15 до 14,71). В течение всего исследуемого периода этот показатель был выше, чем в среднем по РФ: в 1991 г. превышение составляло 24,3%, а с учетом коек федеральных учреждений – 45,2%; в последующие годы городской показатель уменьшился на 26,8%, с учетом коек федеральных учреждений – на 23,2% (в РФ – на 28,0%). В результате, в 2014 г. показатель обеспеченности психиатрическими койками в Санкт-Петербурге превышал соответствующий общероссийский показатель на 26,3%, а с учетом коек федеральных учреждений – на 54,7%.

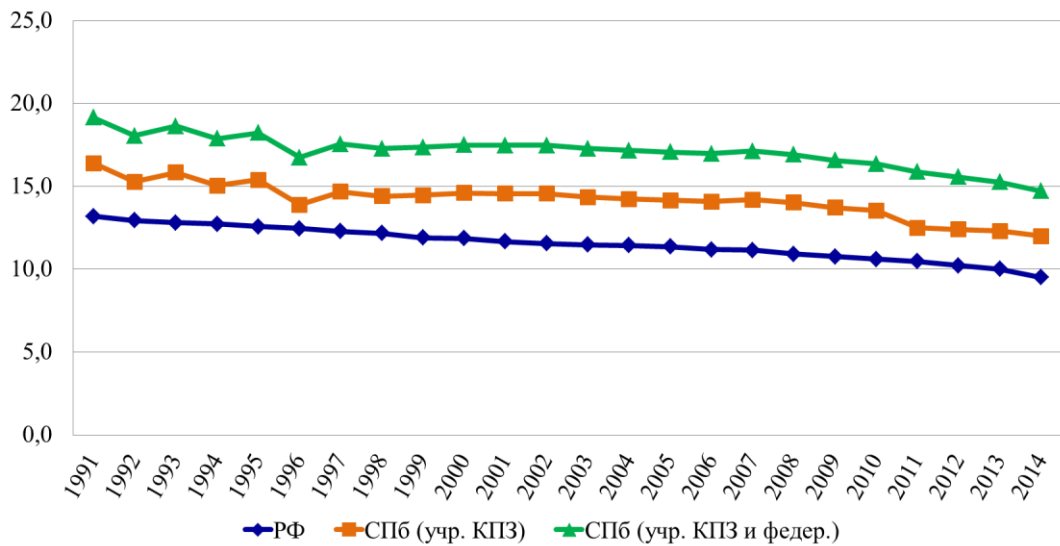


Рисунок 4.8. Число психиатрических коек в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 10 тыс. населения).

Показатель числа дней работы в году психиатрической койки в Санкт-Петербурге вырос с 288 до 334; на протяжении всего исследуемого периода он был ниже, чем в среднем по РФ, однако в 2014 г. резко (на 6,7%) вырос при значительном одномоментном сокращении коек и в 2014 г., практически, сравнялся с российским показателем (рис. 4.9). Число дней работы психиатрической детской койки в году в Санкт-Петербурге постоянно превышало российский показатель.

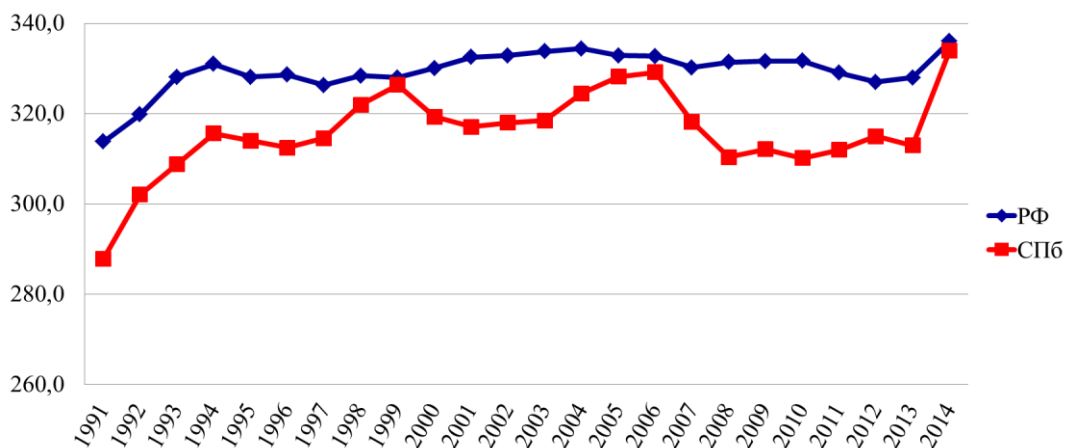


Рисунок 4.9. Число дней работы в году психиатрической койки в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг.

Приведенные ниже данные (рис. 4.10) дают представление о том, что в рассматриваемый период уровень госпитализации психически больных

снизился с 592,0 до 546,7 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 7,3%; в различных диагностических группах динамика была различной. Так, уровень госпитализации больных с Пис уменьшился на 2,7%. Отмечались значительные колебания уровня госпитализации больных с ПРНХ: снижение показателя в 1991-2002 гг. сменилось его ростом в 2003-2007 гг. и последующим снижением, начиная с 2008 г. (в целом он снизился на 18,4%). Колебался и уровень госпитализации больных с УО; с 2006 г. отмечается тенденция к его росту (к концу рассматриваемого периода он составлял 101,4% от первоначального уровня). Сопоставляя эти данные с аналогичными общероссийскими показателями, можно отметить, что в РФ, в отличие от Санкт-Петербурга, отмечается более заметное снижение уровня госпитализации больных Пис, значительный рост уровня госпитализации больных с ПРНХ и более выраженный рост уровня госпитализации больных с УО. Значительным колебаниям был подвержен уровень госпитализации детей с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге; в исследуемый период он уменьшился более, чем на четверть (в РФ, наоборот, уровень госпитализации детей вырос более, чем на 70,0%).

В целом в исследуемый период уровень госпитализации в Санкт-Петербурге был выше, чем в среднем по РФ: в 1991 г. он превышал общероссийский показатель на 41,9%, в 2014 г. – на 27,2%.

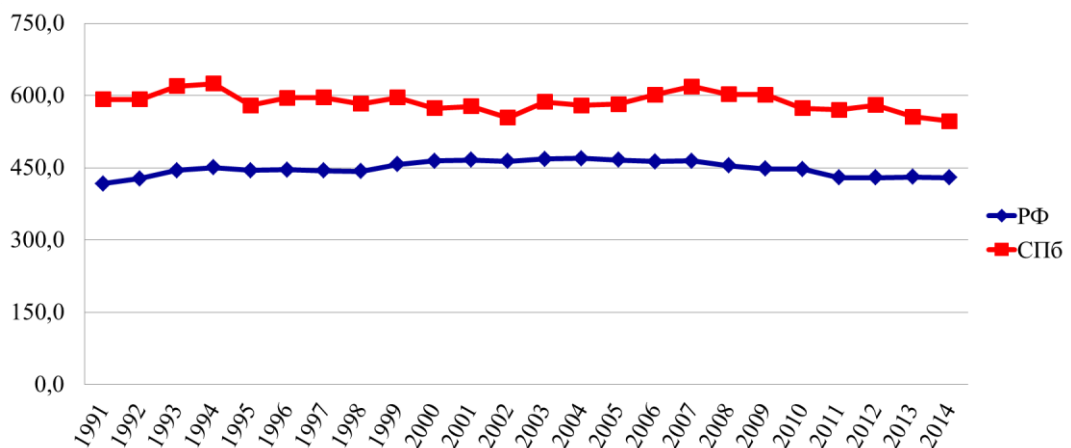


Рисунок 4.10. Число госпитализированных больных с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

Приведенные ниже на рис. 4.11 данные характеризуют объем недобровольных видов стационарной помощи, оказываемой в соответствии с ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который, напомним, был введен в действие в 1993 г. Доля недобровольных госпитализаций (НГ) в Санкт-Петербурге и РФ в рассматриваемый период возрастала, причем, если в первые годы действия ФЗ показатель НГ в Санкт-Петербурге отставал от общероссийского, то в последующие годы он рос более высокими темпами. К концу рассматриваемого периода доля НГ, в соответствии со ст. 29 ФЗ, в Санкт-Петербурге выросла с 0,3% до 18,1% от числа всех госпитализированных и была более чем в два раза (на 120,7%) выше, чем в РФ, а доля НГ, в соответствии со ст. 35 ФЗ, выросла с 0,1% до 9,1% и на 121,9% превышала аналогичный российский показатель.

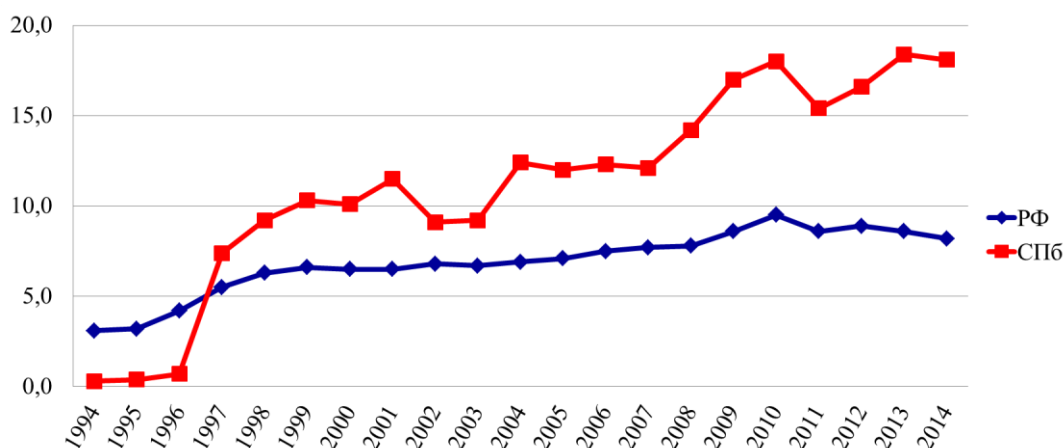


Рисунок 4.11. Число больных с психическими расстройствами, госпитализированных недобровольно в соответствии со ст. 29 ФЗ «О психиатрической помощи», в Санкт-Петербурге и РФ в 1994-2014 гг. (% к общему числу госпитализированных).

Представленные на рис. 4.12 данные свидетельствуют о том, что в течение исследуемого периода **уровень повторных госпитализаций** в Санкт-Петербурге, как и в РФ, был подвержен некоторым колебаниям, но в целом оставался на довольно высоком уровне (в 1991 г. – 19,7%, в 2014 г. – 20,6%).

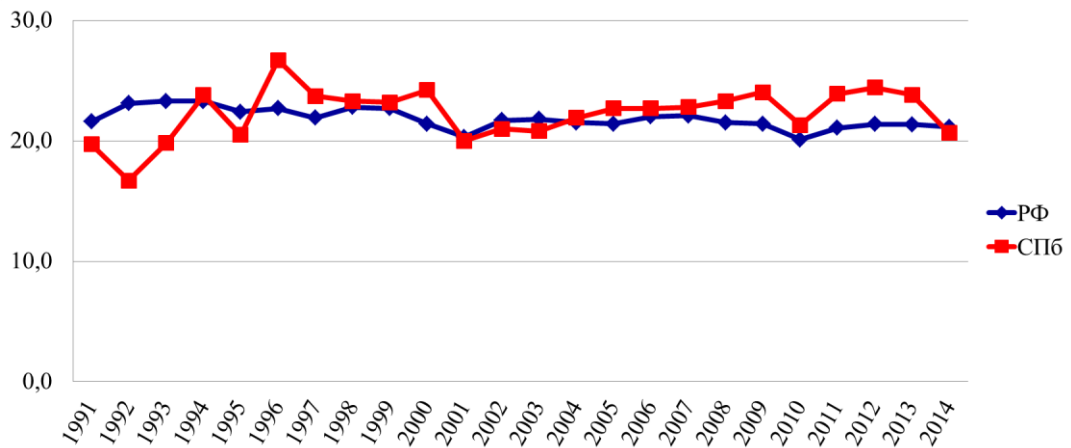


Рисунок 4.12. Число больных с психическими расстройствами, госпитализированных в психиатрический стационар повторно, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (% к общему числу госпитализированных больных).

Если рассматривать этот показатель применительно к различным диагностическим группам, можно отметить, что в Санкт-Петербурге отмечался более низкий уровень повторных госпитализаций больных с Пис (хотя он и вырос на 6,7%), в т. ч. больных шизофренией. Наоборот, уровень повторных госпитализаций больных с ПРНХ в Санкт-Петербурге уменьшился на 11,4%, но всегда был выше, чем в РФ. Уровень повторных госпитализаций больных с УО в Санкт-Петербурге вырос в 2,4 раза; в 1992-1995 гг. он был ниже, чем в РФ; затем изменялся разнонаправленно и, начиная с 2007 г., превышает общероссийский уровень (в 2014 г. – на 68,2%).

Как следует из данных, представленных на рис. 4.13 и 4.14, в рассматриваемый период **средний срок стационарного лечения** уменьшился с 91,2 до 88,2 дней, т.е. на 3,3%. При этом срок лечения больных с Пис уменьшился на 9,4%, а сроки лечения больных с УО и ПРНХ выросли – на 1,2% и 8,3% соответственно). При среднем сроке лечения в 88,2 дней, срок лечения больных с Пис в 2014 г. составлял 104,7 дней, больных с ПРНХ – 46,9 дней, больных с УО – 109,6 дней.

В РФ средний срок лечения выбывших стационарных больных уменьшился более значительно (в целом – на 23,7%), причем во всех диагностических группах, за исключением больных с ПРНХ. К концу

анализируемого периода средние сроки стационарного лечения в Санкт-Петербурге превышали аналогичные показатели в РФ по всем больным с психическими расстройствами (на 17,3%), а также в группах больные с Пис (на 9,7%), больных с УО (на 24,4%) и ПРНХ (на 12,5%).

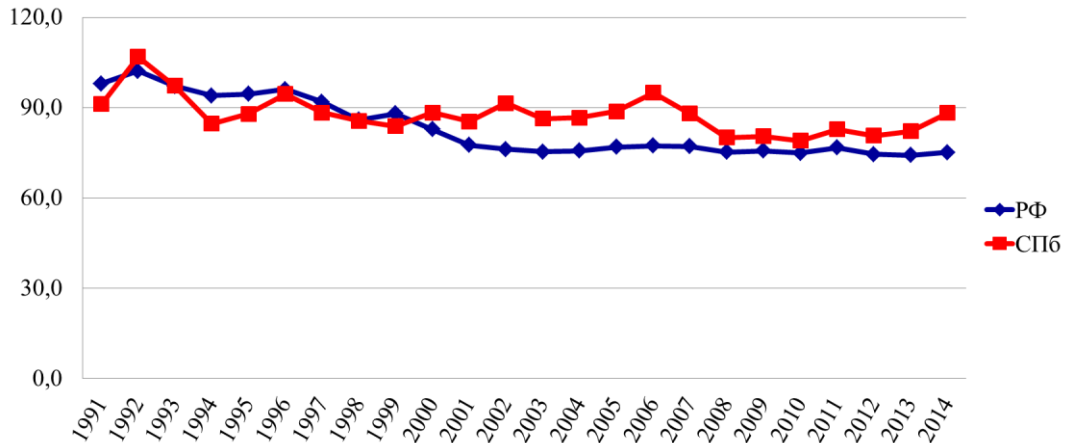


Рисунок 4.13. Среднее число дней, проведённых в стационаре выбывшими больными с психическими расстройствами, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг.

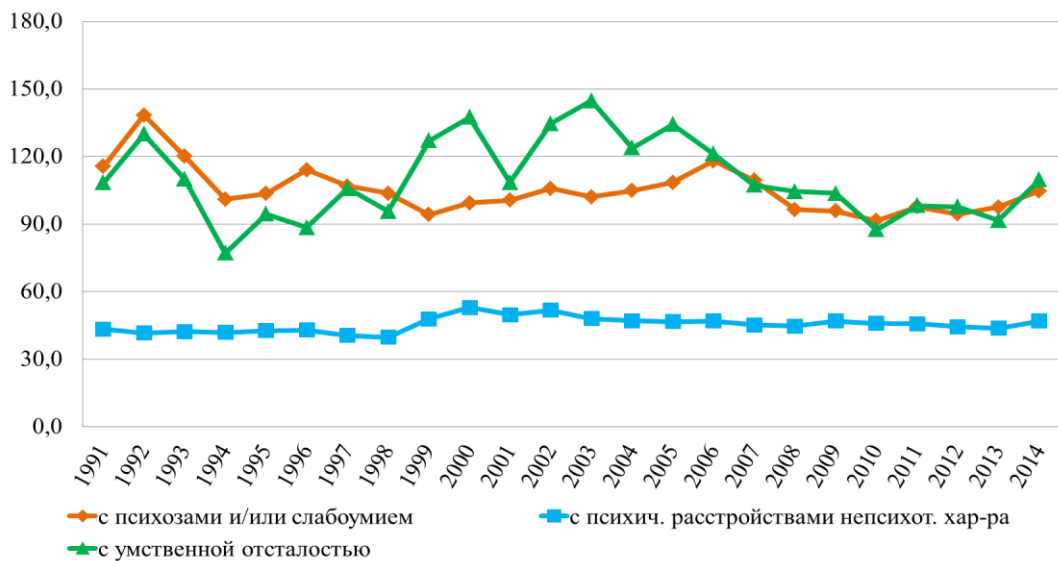


Рисунок 4.14. Среднее число дней, проведённых в стационаре выбывшими больными с психическими расстройствами, в Санкт-Петербурге в 1991-2014 гг.

Диаграмма на рис. 4.15 дает представление о диагностической структуре контингента **больных с психическими расстройствами, находящихся в стационаре на конец года.**

Доминирующей группой этого контингента являются пациенты с Пис, хотя их доля в рассматриваемый период незначительно уменьшилась с 80,0%

до 75,2%, что произошло за счет увеличения доли больных с ПРНХ (с 14,5% до 16,2%) и УО (с 5,5% до 8,6%). Для сравнения отметим, что в РФ изменения в диагностической структуре контингента стационарных больных были более заметны: доля больных с ПиС уменьшилась с 79,2% до 68,7% за счет увеличения доли больных с ПРНХ (с 11,9% до 19,1%) и УО (с 8,9% до 12,2%). Таким образом, в психиатрических стационарах РФ больные с ПиС были в значительной степени заменены пациентами других диагностических групп; в Санкт-Петербурге этого не произошло.

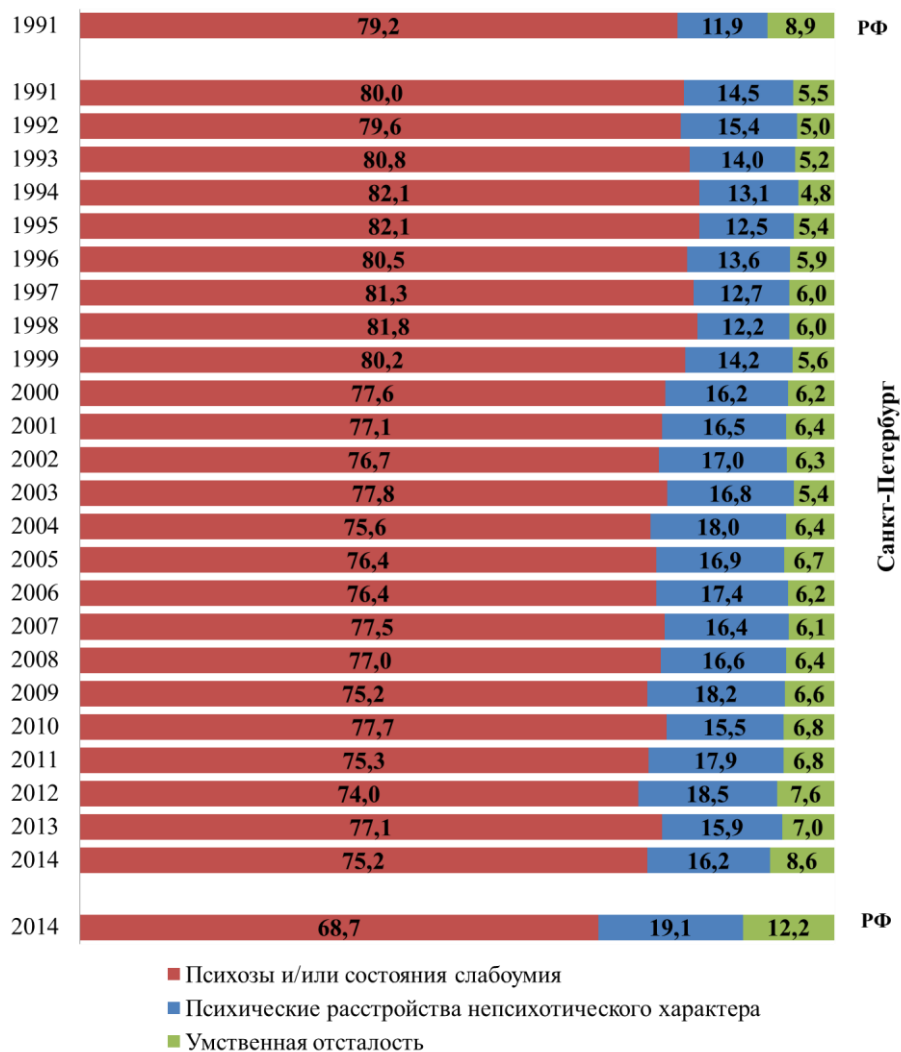


Рисунок 4.15. Диагностическая структура контингента больных с психическими расстройствами, находящихся в стационаре на конец года в 1991-2014 гг. (%).

С 1993 г. в статистическую отчетность стали включаться данные о **больных, находящихся в стационаре свыше 1 года**. В рассматриваемый период эта категория пациентов составляла значительную часть

стационарных больных, их доля увеличилась с 17,4% до 21,6% (рис. 4.16). Большое влияние на величину этого показателя оказывает значительное число больных, находящихся на принудительном лечении в ПБ СТИН.

На рис. 4.17 представлены данные о числе *детей с психическими расстройствами, находящихся в стационаре на конец года*, в расчете на 100 тыс. населения. В рассматриваемый период этот показатель несколько уменьшился с 44,3 до 42,9 – т.е. на 3,2% (в РФ – на 9,7%). Городской показатель на протяжении всегда значительно превышал аналогичный российский (в 1991 г. – на 87,7%, а в 2014 г. – уже на 101,4%).

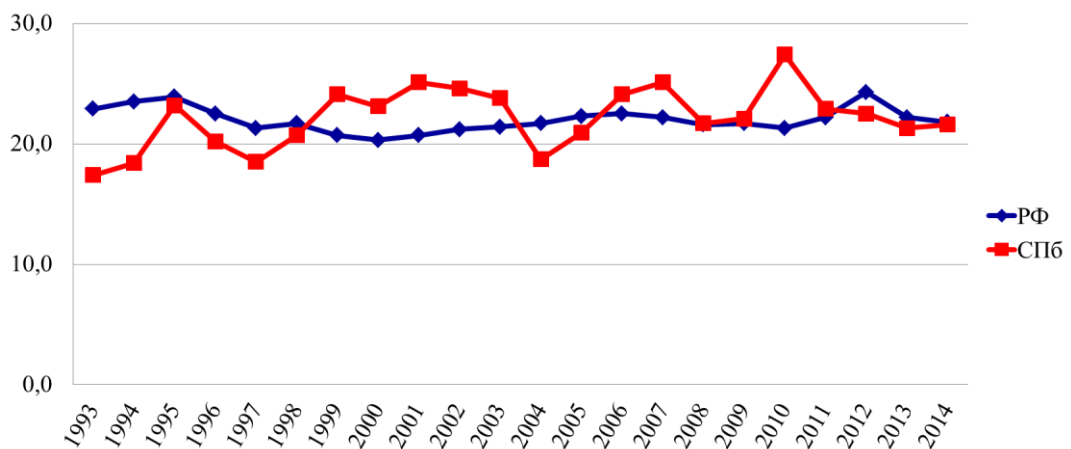


Рисунок 4.16. Число больных с психическими расстройствами, находящихся в стационаре свыше 1 года, в Санкт-Петербурге и РФ в 1993-2014 гг. (% к общему числу находящихся в стационаре на конец года).

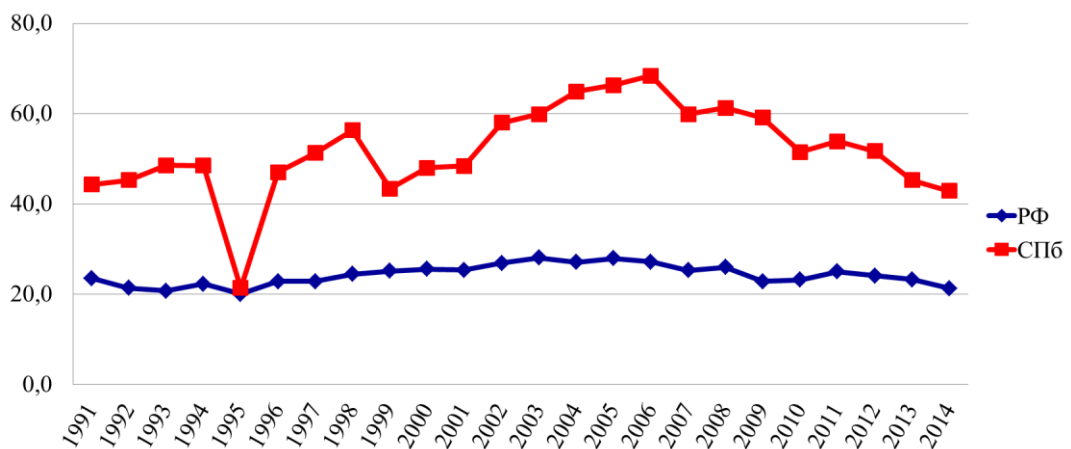


Рисунок 4.17. Число детей (0-14 лет) с психическими расстройствами, находящихся в стационаре на конец года, в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг. (в расчете на 100 тыс. населения).

4.4. Организация оказания психосоматической и соматопсихиатрической помощи психически больным

В организационном плане проблему интеграции психиатрии и соматической медицины можно рассматривать в двух аспектах – оказание психиатрической помощи пациентам общемедицинской сети и оказание соматической помощи пациентам психиатрических учреждений. Необходимость совершенствования психиатрической помощи в системе общемедицинской практики определяется, прежде всего, тем, что значительная часть больных с соматическими заболеваниями страдают и сопутствующими психическими расстройствами и для успешного лечения необходимо использование психиатрических и медико-психологических подходов. Так, по данным Н.П. Ванчаковой, частота психических расстройств у обращающихся за медицинской помощью в учреждения общей медицинской сети города составляет от 30 до 70% [24]. Л.В. Кочорова, проводившая скрининговые исследования пациентов офисов общей врачебной практики в Санкт-Петербурге, установила, что на каждые 100 обратившихся приходилось 100,9 выявленных различных психических расстройств, т.е. у некоторых диагностировались 2 расстройства и более. Наиболее часто встречались расстройства настроения, тревожные и соматоформные расстройства; редко – расстройства пищевого поведения и проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем. Психические расстройства чаще отмечались у женщин, чем у мужчин, а также у лиц пожилого возраста [118].

К настоящему времени в многопрофильных стационарах в Санкт-Петербурге сформировались несколько моделей клинических подразделений, работающих по принципу liaisonной психиатрии:

1. Отделение (центр) со стационарными койками, амбулаторным звеном и широкими связями с различными медицинскими учреждениями. Больные (до 80%) поступают по экстренным показаниям; основу лечения составляет ургентная терапия в рамках стратегии быстрого комплексного обслуживания (3-10 дней). Для дальнейшего лечения пациенты переводятся в амбулаторное

звено или в психиатрические больницы. Еще одна категория обслуживаемых (около 20%) – пациенты других отделений стационара и поступающие на консультацию.

2. Подразделение без коек, оказывающее стационарную и амбулаторную помощь в рамках гибкой стратегии: сотрудники работают по принципу ротации между амбулаторным приемом и стационаром (совместная курация пациентов с врачами отделения). Подразделение осуществляет психосоматическое сопровождение онкологических больных, пациентов, перенесших ампутации, кардиохирургических больных и др.
3. Психосоматическое отделение, оказывающее комплексную специализированную помощь отдельным группам больных (с дерматологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями).
4. Консультанты психиатры в многопрофильных стационарах, работающие индивидуально или в группах – по принципу дежурств по стационару.

Помимо указанных форм помощи, в городе имеется сеть негосударственных психотерапевтических центров, работающих под вывеской «психосоматических». Однако они не являются психиатрией консультирования и взаимодействия, а занимаются, преимущественно, психотерапией и не связаны с многопрофильными учреждениями [24, 25].

Психосоматические (соматопсихиатрические) койки развернуты только в 6 многопрофильных стационарах города. Организация их работы представлена в двух вариантах: а) оказание помощи больным с сердечно-сосудистыми, дерматологическими и другими заболеваниями в сроки, определяемые соответствующими стандартами оказания помощи; б) оказание помощи больным с разной соматической патологией в рамках стратегии быстрого обследования и лечения в короткие сроки. Вопрос об открытии новых отделений в многопрофильных стационарах в течение многих лет остается без решения, в первую очередь, из-за отрицательного отношения к этой идее руководителей учреждений соматического профиля.

По данным скорой психиатрической помощи Санкт-Петербурга, врачи соматических специальностей недостаточно ориентируются в вопросах психиатрической диагностики и лечения, что проявляется в тенденции учащения переводов из соматических в психиатрические стационары пациентов с тяжелыми соматическими расстройствами. Такая тактика «спихивания» (при формальной констатации психиатрического диагноза) часто используется в отношении пациентов пожилого возраста, социально незащищенных, с алкогольной зависимостью [280]. Большое число переводов по экстренным показаниям пациентов психиатрических больниц в соматические стационары (и наоборот) отражает недостаточный уровень интеграции психиатрической службы и учреждений общемедицинской сети. Проблема организации соматической помощи пациентам психиатрических стационаров остается актуальной, поскольку в этих условиях затруднительно, а часто и невозможно обеспечить ее оказание в соответствии с утвержденными стандартами. Психиатрические больницы не имеют достаточного медицинского оборудования, диагностических возможностей и специалистов высокого уровня. При переводах из соматических стационаров в психиатрические (в год их число составляет около полутора тысяч) нарушается преемственность в оказании лечения по поводу соматического заболевания и снижается его качество, что нередко порождает рекламации пациентов и их родственников.

Более сложные проблемы возникают при переводах пациентов из психиатрических стационаров в соматические стационары (в год число таких переводов составляет до тысячи). В этих случаях в соматических больницах развертываются посты за счет персонала направляющих психиатрических больниц, что, во-первых, противоречит трудовому законодательству, а во-вторых, создает кадровые трудности в психиатрических учреждениях. При этом нарушается преемственность терапии, связанная с задержкой получения психотропных препаратов соматическими больницами, и ухудшается качество оказываемой психиатрической помощи. Открытие во всех многопрофильных стационарах соматопсихиатрических отделений позволило бы избежать

указанных проблем, приблизить помощь к населению, уменьшить уровень стигматизации при оказании психиатрической помощи и повысить ее качество.

Одну из проблемных групп составляют психически больные, страдающие туберкулезом легких, что обусловлено клинико-социальными характеристиками пациентов этой категории (длительные сроки лечения, высокая доля инвалидов, лиц с криминальным анамнезом, злоупотребляющих алкоголем и психоактивными веществами, имеющих тяжелую коморбидную патологию). С учетом этих разнообразных проблем помощь таким больным должна носить комплексный характер в рамках полипрофессионального бригадного обслуживания. Пациенты психиатрического стационара не могут рассчитывать на полное соблюдение утвержденных стандартов лечения туберкулеза из-за ограниченных по этому профилю лечебных и диагностических возможностей. В Санкт-Петербурге психически больные с сопутствующим туберкулезом легких получают лечение в психотуберкулезных отделениях ПБ №1. Оптимальным решением было бы перемещение оказания им помощи в учреждения фтизиатрического профиля, для чего необходимо открытие специализированных отделений в туберкулезных больницах. Уже имеется успешный подобный опыт некоторых регионов (в т.ч. Ленинградской области), однако в Санкт-Петербурге эта проблема своего решения пока не нашла.

4.5. Взаимодействие психиатрических учреждений с общественными организациями пользователей психиатрической помощи

Активное развитие общественных форм помощи психически больным в России относится к концу 1980-х – началу 1990-х гг., что совпадает по времени с реформированием системы психиатрической помощи, появлением ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Правовым обеспечением деятельности общественных организаций в психиатрии является ст. 46 ФЗ, которая отмечает важность деятельности общественных объединений, определяет право их представителей быть

включенными в состав различных советов психиатрических учреждений, органов здравоохранения, создаваемых для контроля качества психиатрической помощи, условий содержания пациентов и работы психиатрических служб. В настоящее время в Санкт-Петербурге действуют 13 общественных организаций, объединяющих пользователей психиатрической помощи. Кратко остановимся на их характеристике.

Основные направления деятельности *Санкт-Петербургского регионального отделения ООИ инвалидов «Новые возможности»*, созданного в 2005 г., включают распространение и издание информационных материалов, посвященных вопросам психического здоровья; организацию выставок художественных работ и издание литературных произведений душевнобольных; участие в проведении психообразовательных программ для пациентов и членов их семей; проведение социологических исследований с целью изучения потребностей семей; обращения в органы власти для решения вопросов, связанных с улучшением психиатрической помощи; привлечение благотворительных средств. Организация объединяет пациентов и их родственников, а также специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи и работающих в качестве волонтеров вне основного рабочего времени – психиатров, психотерапевтов, специалистов по социальной работе, медицинских психологов.

Санкт-Петербургская общественная организация НИМБ (нравственность, инициатива, милосердие, благотворительность) была создана в 1992 г. Виды деятельности: проведение психообразовательных программ; организация досуговых и спортивных мероприятий; организация рабочих мест; участие в просветительских проектах для населения города; привлечение спонсорских и благотворительных средств; мониторинг условий содержания пациентов психиатрических стационаров; сотрудничество с зарубежными организациями пользователей. При активном участии НИМБ созданы другие объединения – «Невский клубный дом», «Невский родительский дом» и клуб «Феникс».

Межрегиональная общественная благотворительная организация инвалидов «Невский клубный дом» создана в 1997 г. Виды деятельности: психообразовательные программы, юридическая помощь, досуговые программы. Члены «НКД» получают поддержку и ограниченные средства от Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга и администрации одного из районов города.

Санкт-Петербургская региональная благотворительная общественная организация помощи инвалидам-душевнобольным «Невский родительский дом» создана в 1999 г. Виды деятельности: консультативная юридическая и медицинская (врачебные консультации) помощь семьям, имеющим психически больных; различные досуговые программы.

В основу реабилитационных программ *Клуба социальной реабилитации для людей с проблемами в психическом здоровье «Феникс»*, созданного в 2000 г., положена известная международная модель «Клубный дом». Однако при соблюдении некоторых общих принципов работы (равноправие всех членов клуба и сотрудников; совместное принятие решений и ведение всех дней), «Феникс» отличается от родственных организаций по ряду признаков: в частности, клуб работает не только с пациентами, но и с их родственниками. Основные программы клуба: хозяйственно-бытовая (развитие и поддержание навыков самообслуживания), трудоустройство инвалидов; образование (обучение различным профессиям); досуговая; психообразовательная; благотворительная; сотрудничество с зарубежными клубными домами.

Региональная общественная организация инвалидов «Санкт-Петербургская Лига жизненной помощи людям с проблемами развития», созданная в 1992 г., является членом Inclusion International – Международной Лиги обществ помощи людям с проблемами развития, а также входит в Санкт-Петербургскую ассоциацию общественных объединений родителей детей-инвалидов (ГАООРДИ). Виды деятельности: создание рабочих мест для инвалидов и обеспечение их работой (собственные мини-мастерские -

керамическая, полиграфическая, фотографическая, ткацкая). Организация имеет координирующих специалистов в 5 районах города.

Санкт-Петербургская благотворительная общественная организация «Перспективы» создана в 1995 г. Направления: 1) социальная реабилитация и интеграция в общество молодых инвалидов, которых, по достижении ими 18 лет, переводят в ПНИ №3 из Детского дома-интерната №4 г. Павловска; 2) услуги по уходу, социально-бытовой и социально-трудовой адаптации детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), лишенных родительского попечения, воспитывающихся в ДДИ №4; 3) поддержка семей, воспитывающих детей с ТМНР. Коллектив организации: 130 сотрудников интерната, работающих вне рабочего времени, 35 волонтеров.

Региональный общественный благотворительный фонд социальной реабилитации и помощи инвалидам «Кедр» создан в 1994 г. Пользователями его услуг являются воспитанники Детского дома-интерната №4 г. Павловска для детей с отклонениями в умственном развитии и проживающие в ПНИ №10. Виды деятельности: арт-терапия, мастер-классы народных ремесел, профориентация, программы оздоровления и досуга.

Санкт-Петербургская благотворительная общественная организация «Детский кризисный центр» оказывает помощь детям и подросткам с психическими расстройствами. Виды деятельности: творческие мастерские; спортивные и досуговые мероприятия; летний лагерь для детей с нарушением контактов; психологическая поддержка семей; отдельные проекты (ночная гостиница, мобильная школа, телефон доверия, центр реабилитации подростков).

Санкт-Петербургская общественная организация родителей инвалидов с детства, инвалидов с нарушениями в интеллектуальном развитии и членов их семей «Сердце – детям» создана в 2001 г. Виды деятельности: консультативная помощь семьям; семейно-воспитательные группы родителей и детей инвалидов; семейный досуг; совместный отдых и сельскохозяйственные работы на

земельном участке в пригородной зоне; сотрудничество с зарубежными партнерскими организациями.

Санкт-Петербургская общественная организация родителей, воспитывающих детей с синдромом Дауна «Даун центр» создана в 2000 г. Виды деятельности: психологическое и информационное сопровождение семей; групповые и индивидуальные развивающиеся занятия; культурные и досуговые мероприятия; иппотерапия; канис-терапия; дельфинотерапия; участие в движении по защите прав лиц с ограниченными возможностями; развитие методов инклюзивного образования; просветительская деятельность. Организация привлекает к сотрудничеству специалистов-медиков, социальных педагогов, представителей творческих профессий.

Санкт-Петербургская региональная общественная организация инвалидов «Кентаврик» создана в 2002 г. Ее пользователи - инвалиды и дети с различными заболеваниями, в т.ч. дети и подростки «группы риска», страдающие депрессией, различными формами зависимостей и с нарушениями поведения. Главный вид деятельности - иппотерапия.

В Санкт-Петербурге действует официально не зарегистрированное в Интернете российское общественное объединение – *Форум «Шизофрения и Я»*, созданный группой пациентов, страдающих шизофренией, при участии профессионалов. Форум насчитывает более 4 400 пользователей из 12 стран и является ресурсом общения и поддержки пациентов, большинство из которых страдают шизофренией и имеют группу инвалидности. Виды деятельности: профессиональное консультирование; информационное обеспечение; презентация литературного и музыкального творчества пользователей; обращения в органы власти с предложениями об улучшении психиатрической помощи. Форум является единственным в Рунете интернет-ресурсом, на котором присутствуют на равных правах пользователей врачи психиатры, пациенты их родственники.

Помимо указанных общественных объединений пользователей, в городе функционируют 6 организаций, ориентированных на оказание медико-

социальной, экономической и правовой помощи инвалидам и включающих в сферу своей деятельности инвалидов вследствие психических заболеваний: *Санкт-Петербургская общественная организация содействия развитию образования «Забота»*; *Санкт-Петербургская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ»*; *Региональная общественная организация Центр взаимной интеграции «Аккорд»*; *Религиозная организация Католический благотворительный центр «Каритас Санкт-Петербург»*; *Санкт-Петербургский общественный фонд помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети»*; *Региональная общественная организация детей-инвалидов и инвалидов с детства с поражением спинного мозга «Ассоциация спина бифида и гидроцефалии»*.

Следует также отметить, что в городе работают *14 общественных организаций пользователей наркологической помощи и их родственников*. Их деятельность включает помощь лицам с наркотической и алкогольной зависимостью; часть пользователей составляют пациенты с психическими расстройствами, бывшие пациенты психиатрических стационаров.

Таким образом, можно констатировать, что сфера деятельности существующих организаций пользователей психиатрической помощи в Санкт-Петербурге включает следующие направления: 1. Распространение и издание специализированных информационных материалов. 2. Проведение психообразовательных программ для пациентов и членов их семей. 3. Поддержка трудоустройства инвалидов и создание рабочих мест. 4. Презентация творчества душевнобольных. 5. Досуговые, спортивно-оздоровительные и культурные мероприятия. 6. Благотворительность. 7. Социально-психологическая поддержка и консультирование семей. 8. Защита прав психически больных. 9. Просвещение населения, формирование толерантного отношения общества к людям с психическими расстройствами.

Следует отметить, что все эти организации в своей деятельности сталкиваются со схожими проблемами. Практически все они не имеют достаточных финансовых средств и других ресурсов для осуществления своих

программ. Какая-либо координация их деятельности отсутствует. Формы долговременного сотрудничества отдельных организаций с государственными психиатрическими учреждениями являются исключением из общего правила. Организации пользователей не выработали определенных форм взаимодействия с органами государственной власти и не имеют фиксированного представительства в различных государственных и общественных институтах регионального уровня.

Деятельность региональных общественных организаций пользователей психиатрической помощи достаточно редко становится объектом исследования со стороны профессионального сообщества. Одной из первых работ такого рода был анализ деятельности организации «Невский клубный дом», выполненный Л.В. Кочоровой [118]; число публикаций в последующие годы невелико [163]. Отсутствие достаточной информации о деятельности общественных организаций пользователей служит причиной достаточно сдержанного отношения к ним со стороны профессионалов. При планировании и реализации региональных программ развития психиатрической помощи и оценке их результатов практически отсутствует учет мнения пользователей. Отсутствует алгоритм получения запроса подобного рода - изучение потребности в тех или иных видах помощи, механизм включения общественных организаций или отдельных граждан в процесс планирования, согласования, реализации и оценки программ.

Обсуждение

Анализ показателей деятельности психиатрической службы в сопоставлении с данными о клинико-социальных и иных характеристиках контингента зарегистрированных психически больных Санкт-Петербурга, приведенными в главе 3, позволяет отметить следующее.

Несмотря на то, что период 1990-х гг. сопровождался трудностями, связанными с социально-экономическим кризисом, все эти годы не прекращался процесс совершенствования психиатрической службы города, что

характеризовалось постепенным переходом от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной (полипрофессиональной) модели помощи. Это нашло отражение, в первую очередь, в усилении кадровой обеспеченности службы и росте числа структур амбулаторного звена службы.

Обеспеченность населения специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, была и остается выше, чем в РФ в целом, хотя высокий коэффициент совместительства свидетельствует о сохраняющемся дефиците этих специалистов в отрасли. Обеспеченность врачами-психиатрами на 81,1% превышает аналогичный общероссийский показатель, обеспеченность врачами-психотерапевтами – в два с половиной раза, обеспеченность специалистами с немедицинским образованием (медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками) – почти в 3,4 раза. Все это создает значительно более благоприятную, в сравнении с ситуацией в РФ в целом, возможность активного внедрения биопсихосоциальной модели помощи, полипрофессионального бригадного обслуживания.

В связи с курсом, взятым на развитие общественно-ориентированной психиатрии, в стране стал очевидным определенный дефицит организационных структур и специалистов, работающих непосредственно в сообществе [60]. В этом смысле ситуация в Санкт-Петербурге выглядит относительно благополучной: обеспеченность населения города врачами-психиатрами, ведущими амбулаторный прием, в полтора раза выше, чем в среднем по РФ. Однако при этом нагрузка на участкового психиатра на протяжении всего рассматриваемого периода оставалась ниже, чем в среднем по РФ - об этом свидетельствует более низкий показатель числа посещений, приходящихся на одну должность участковых психиатров. О меньшей активности психиатров амбулаторной косвенно свидетельствует и более низкий, чем в среднем по РФ, показатель частоты недобровольных освидетельствований, а также увеличение объема использования ресурса экстренной психиатрической помощи.

В течение всего рассматриваемого периода доля психически больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, которые берутся под *диспансерное наблюдение*, уменьшилась с 41,7% до 26,3%; доля учетных больных (ДН) в контингенте всех зарегистрированных больных с психическими расстройствами уменьшилась с 75,6% до 58,4% (соответственно, доля больных, получающих КЛП, в обеих группах возросла). Это означает, что всё меньшая часть психически больных определяется для наблюдения, предусматривающего регулярные осмотры пациентов врачом психиатром. Вопрос о том, насколько обоснована такая стратегия и не приводит ли она к снижению уровня оказания помощи, следует соотносить с другими показателями психиатрической службы. Так, в исследуемый период уровень госпитализации лиц с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге постоянно превышал аналогичный показатель по РФ, а его снижение на 7,3% произошло, в первую очередь, за счет больных с психическими расстройствами непсихотического характера. Устойчиво высоким сохраняется и уровень повторных госпитализаций; существенно возросла частота госпитализаций в недобровольном порядке.

Если сокращение коечного фонда психиатрических учреждений в стране не сопровождалось соответствующим адекватным развитием амбулаторного звена и стационарозаменяющих технологий, то в Санкт-Петербурге наблюдалась другая тенденция: уменьшение коечного фонда было менее значительным и ему сопутствовало *активное развитие дневных стационаров*. К 2014 г. обеспеченность населения Санкт-Петербурга сметными местами в ДС в 3,4 раза превышала аналогичный российский показатель; рост числа выписанных из ДС больных свидетельствует о возрастании роли этой формы оказания помощи. Но при этом следует отметить, что, если число сметных мест в ДС выросло на 114,2%, то ежегодное число больных, выписанных из дневных стационаров, лишь на 102,2%, причем значительный рост показателя приходится на 3 последних года, т.е. интенсивность использования полустационарных технологий была недостаточной. Если

оценивать эффективность ДС как стационарозамещающих учреждений, следует отметить, что значительное наращивание их мощности не привело к заметному уменьшению потребности в стационарной помощи и снижению уровня госпитализаций в психиатрические стационары. Указанное обстоятельство можно отчасти объяснить тем, что работа ДС, находящихся в ведении районных органов управления и финансируемых из районных бюджетов, планируется и оценивается без достаточного учета общегородских задач психиатрической службы. Это создает предпосылки к тому, что персонал ДС может формировать свой контингент обслуживаемых пациентов, в котором уменьшается доля тяжелых хронически больных за счет увеличения доли пациентов с пограничным уровнем расстройств и благоприятным социальным прогнозом. Такая практика снижает установку на стационарозамещение и не способствует обеспечению преемственности в работе стационарного и амбулаторного звеньев.

Контингент зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге отличается значительным числом инвалидов: в течение рассматриваемого периода их абсолютное число выросло на 40,8%, в расчете на 100 тыс. населения - на 36,5%; рост первичной инвалидности составил 16,0%. В то же время психиатрическая служба города в значительной степени утратила имевшийся потенциал *социально-трудовой реабилитации*. В 1991 г. число мест в ЛТМ амбулаторных психиатрических учреждениях в Санкт-Петербурге в расчете на 100 тыс. населения в семь раз превышало аналогичный показатель по РФ; доля психически больных инвалидов, работающих в ЛТМ, была в пять раз выше, чем в среднем по РФ. В течение исследуемого периода ЛТМ в амбулаторной психиатрической службе были ликвидированы, а пришедшие им на смену реабилитационные подразделения не обеспечивают трудовую терапию в форме производственной деятельности. Работа психически больных в специально организованных цехах, в Санкт-Петербурге отсутствует, и единственной формой трудовой реабилитации, имеющей некоторую

перспективу, остается работа психически больных инвалидов на общем производстве, хотя её потенциал, используется в недостаточной степени.

Анализируя *состояние стационарного звена* психиатрической службы, следует отметить, что сокращение психиатрического коечного фонда в Санкт-Петербурге происходило более умеренными темпами, чем в среднем по РФ, и обеспеченность населения психиатрическими койками постоянно превышала общероссийский уровень: в 2014 г. – на 54,3% (без учета коек федеральных учреждений – на 27,6%). Интенсивность использования психиатрической койки в Санкт-Петербурге вплоть до 2014 г. была меньше, чем в среднем по РФ, исключение составляет использование психиатрической койки детской (постоянное превышение российского показателя). Сокращение коечного фонда привело к улучшению условий содержания больных, однако они по-прежнему не соответствуют санитарно-гигиеническим нормативам; в первую очередь, не соблюдается норматив палатной площади в расчете на 1 стационарного больного.

В рассматриваемый период *уровень госпитализаций* в Санкт-Петербурге снизился незначительно (на 7,3%); он был и остается выше, чем в среднем по РФ (в 2014 г. – на 27,2%). При этом снизился уровень госпитализаций в группах ПиС и ПРНХ, несколько возрос в группе УО. Следует отметить, что в целом по РФ отмечалось заметное увеличение доли больных с ПРНХ в общем числе госпитализированных, что свидетельствует о том, что внебольничная служба не только не предотвращает высокий уровень госпитализаций больных с ПиС, но и является недостаточно конкурентоспособной по отношению к стационарам, когда речь идет об оказании помощи больным с ПРНХ [60]. Увеличение доли больных с ПРНХ, т.н. «условно стационарного контингента» [50], в общем числе госпитализируемых в определенной степени связано со стремлением администраций стационаров к сохранению коечного фонда, когда койки недостаточно заполняются; этой задаче отчасти служат и открывающиеся при больницах полустационарные и амбулаторно-поликлинические подразделения, а также отделения для больных пограничного профиля. В этом смысле

ситуация в Санкт-Петербурге значительно отличается: доля больных с ПРНХ в контингенте госпитализируемых уменьшается, что, возможно, связано с тем, что, как указывалось ранее, в городе хорошо развита государственная психотерапевтическая служба и широко представлен сектор частной психотерапевтической помощи.

Отдельно следует отметить, что уровень госпитализации детей с психическими расстройствами снизился, что представляется позитивной тенденцией; акцент в оказании помощи этому контингенту перемещается в амбулаторное звено (дневные стационары, реабилитационные отделения).

В анализируемый период *средний срок стационарного лечения* уменьшился всего на 3,3%; при этом срок лечения больных с ПиС уменьшился, а сроки лечения в группах УО и ПРНХ возросли. В РФ средний срок лечения выбывших стационарных больных уменьшился более значительно (в целом – на 23,7%), и к концу анализируемого периода средние сроки стационарного лечения в Санкт-Петербурге превышали аналогичные показатели в РФ по всем группам больных. Следует отметить, что сроки стационарного лечения определяются целым рядом факторов, таких, например, как доля больных с ПРНХ в общем контингенте больничных пациентов, доля хронизированных больных, в том числе находящихся в стационаре свыше года, доля больных, находящихся на принудительном лечении по решению суда. Помимо этого на величину сроков стационарного лечения оказывают влияние уровень и качество терапии, активное амбулаторное лечение, а также наличие стационарозамещающих подразделений. В этой связи необходимо отметить, что течение исследуемого периода в РФ произошли заметные изменения контингента стационарных больных: доля больных с ПиС уменьшилась за счет увеличения доли больных с ПРНХ и УО, т.е. больные с ПиС были в значительной степени заменены пациентами других диагностических групп. В Санкт-Петербурге доминирующей группой пациентов, находящихся в стационаре на конец года, являются больные с ПиС, хотя их доля незначительно уменьшилась (с 80,0% до 75,2%). Состав стационарных

пациентов отличается значительным числом больных, находящихся на принудительном лечении (за счет пациентов ПБ СТИН), что также определяет более высокие, в сравнении с РФ, сроки стационарного лечения.

Проблемной группой являются *больные, утратившие жилье, социальные связи и навыки самостоятельного проживания*. Значительная их часть оседает в психиатрических стационарах, «блокируя»: доля больных, находящихся в стационаре свыше 1 года, возросла с 17,4% до 21,6% (на величину показателя влияет и значительное число пациентов ПБ СТИН). Решение этой проблемы включает проведение дифференцированной оценки контингента пациентов, «оседающих» в психиатрических стационарах, построение системы психосоциальной реабилитации для той части из них, кто может быть выписан и адаптирован в обществе, а также формирование сети аккомодационных учреждений [50]. Однако до настоящего времени система «жилья с поддержкой» в Санкт-Петербурге не создана, а существовавшая ранее система социально-трудовой реабилитации в амбулаторных условиях дезинтегрирована.

Отличительной особенностью психиатрической службы Санкт-Петербурга являются *диспропорции в развитии учреждений различных районов города*: в центральных районах имеются резервные мощности, которые зачастую используются не в полной мере; в то же время в «спальных» районах отмечается их недостаток. В ряде районов отсутствуют собственные ПНД и ДС, что ограничивает возможности жителей этих территорий в получении лечебной и социально-реабилитационной помощи. Условия работы амбулаторных учреждений существенно отличаются в том, что касается близости к населению, наличия соседних учреждений общемедицинской сети, состояния материально-технической базы, укомплектованности медицинским персоналом, нагрузки на участковых психиатров. Психиатрические стационары различаются по коечной мощности, состоянию материально-технической базы, близости к населению обслуживаемых районов, размерам палатной площади на

1 больного, возможностям перспективного развития с учетом имеющейся территории.

Интеграция психиатрической службы и учреждений общемедицинской сети в организационном отношении развита слабо: количество психосоматических (соматопсихиатрических) коек в городе недостаточно, в течение последних лет оно не растет; деятельность психосоматических отделений в составе многопрофильных стационаров не координируется руководством психиатрической службы города. Это не позволяет на должном уровне обеспечить лечение сопутствующей соматической патологии у психически больных, и порождает серьезные проблемы в организации работы психиатрических стационаров.

Решения требует проблема оказания **помощи пациентам различных возрастных групп**. Медико-демографические показатели населения свидетельствуют о его постарении, росте доли пожилых лиц в возрастной структуре. Общая заболеваемость психическими расстройствами снизилась, однако заболеваемость в группе лиц старше 60 лет возросла; соответственно отмечается увеличение доли пожилых в возрастной структуре контингента зарегистрированных психически больных. Сложившаяся структура психиатрической помощи не в полной мере адекватна медико-демографическим изменениям. В структуре психиатрических стационаров мало геронтопсихиатрических отделений, в амбулаторных учреждениях не создаются подразделения, нацеленные на оказание помощи пациентам пожилого возраста с учетом характерного спектра психических расстройств и особенностей их социального функционирования.

Общественный сектор психиатрии в Санкт-Петербурге представляют 13 общественных организаций пользователей психиатрической помощи, 6 общественных организаций, оказывающих помощь всем категориям инвалидов, в т.ч. инвалидам вследствие психических заболеваний, и 14 общественных организаций пользователей наркологической помощи. Однако их деятельность не скоординирована, они не имеют достаточных

материальных и кадровых ресурсов, мало взаимодействуют с психиатрическими учреждениями городского здравоохранения и социальной защиты. Это существенно ограничивает их возможность влиять на совершенствование психиатрической помощи жителям города. Такая ситуация характерна для положения дел в отечественной службе охраны психического здоровья в целом: имеющийся ресурс общественного сектора в психиатрии по существу игнорируется или не востребован в полной мере.

Выводы.

Показатели эффективности деятельности психиатрической службы Санкт-Петербурга не в полной мере соответствуют имеющемуся потенциалу (кадровая обеспеченность специалистами; состояние материально-технической базы психиатрических учреждений; ресурсы других городского здравоохранения и учреждений социальной защиты). В целях дальнейшего совершенствования системы психиатрической помощи города необходимо решение следующих важных, первоочередных задач.

1. Необходимо обеспечить в приоритетном порядке развитие амбулаторного звена службы и повышение его эффективности. Это должно включать более обоснованное определение объема диспансерного наблюдения, активизацию работы участковых врачей-психиатров; повышение интенсивности использования полустационарных видов помощи; восстановление потенциала социально-трудовой реабилитации в амбулаторных условиях (открытие подразделений трудовой терапии, расширение объема работы по трудоустройству инвалидов на общем производстве); создание различных аккомодационных форм «защищенного жилья», медико-реабилитационных, геронтопсихиатрических подразделений, клубных центров; использование потенциала общественных организаций пользователей психиатрической помощи. Указанные мероприятия позволят усилить акцент в оказании помощи на амбулаторное звено службы, уменьшить потребность в использовании ее госпитальных видов.

2. Другой важной задачей развития психиатрической службы города должна стать ликвидация диспропорций в развитии учреждений разных районов. Необходимо пересмотреть сложившуюся структуру районирования с учетом демографических изменений последних десятилетий – с тем, чтобы обеспечить равные возможности жителей этих территорий в получении лечебной и реабилитационной помощи, предусмотреть наличие в каждом районе психоневрологического диспансера, дневного стационара и других лечебных и медико-реабилитационных подразделений.

3. Развитие интеграции психиатрической службы и учреждений общемедицинской сети, открытие психиатрических (соматопсихиатрических) отделений в многопрофильных стационарах повысит качество соматической помощи психически больным и приведет к уменьшению использования коечного фонда психиатрических стационаров. Необходимо определить группы пациентов с сочетанной соматической и психической патологией, которым может быть адресован тот или иной вид помощи, а также обеспечить создание оптимальной системы маршрутизации больных по различным уровням медицинской помощи, включающей переводы между психиатрическими и соматическими учреждениями.

4. Дальнейшее сокращение коек в психиатрических стационарах позволит привести условия содержания пациентов к санитарно-гигиеническим нормативам, повысить качество помощи, более широко использовать полипрофессиональное бригадное обслуживание, различные формы психосоциального лечения и реабилитации. В структуре психиатрических стационаров следует проводить профилизацию отделений для оказания помощи отдельным целевым группам пациентов (пожилого возраста, др.).

5. Для реализации единой общегородской стратегии развития психиатрической службы, координации деятельности психиатрических учреждений разных районов города представляется целесообразным единое руководство со стороны Комитета по здравоохранению (главный психиатр, организационно-методический отдел).

ГЛАВА 5. РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА

С 1980-х гг. в деятельности международного психиатрического сообщества стало активно развиваться новое направление, получившее название «Политика охраны психического здоровья» - *Mental Health policy* [31, 63, 156]. Его задачей стала разработка концептуальных основ психиатрической помощи, программ охраны психического здоровья, которые должны были включать меры не только медицинского, но и социального характера и создавать условия для своевременного выявления, лечения и профилактики психических расстройств, создания здорового образа жизни.

В нашей стране первой работой, в которой в начале 1990-х гг. был определен масштаб проблемы психического здоровья населения страны и были намечены подходы к разработке соответствующей национальной программы, стал доклад «О состоянии психического здоровья населения Российской Федерации», подготовленный коллективом ученых НЦПЗ РАМН и адресованный федеральным органам власти. Однако происходивший в тот период политический, социальный-экономический кризис не позволил адресатам этого доклада соответствующим образом отреагировать на него.

В 1998 г. по инициативе МЗСР РФ с участием ведущих ученых, Российского общества психиатров, специалистов ВОЗ и ВПА был подготовлен доклад "Психическое здоровье – наша ответственность", обсуждение которого также планировалось с правительством, международными организациями, СМИ, чему, однако помешали происходившие в то время частые смены правительства. В указанных материалах впервые было обращено внимание государства и общества на масштаб и значимость проблемы психического здоровья, даны рекомендации по приоритетным направлениям развития отечественной психиатрической науки и практики, впервые сформулировано положение о том, что решение

вопросов психического здоровья должно осуществляться не только усилиями органов здравоохранения, но и при непосредственном участии различных государственных и общественных структур.

Несомненный интерес представляет основной вывод международного симпозиума, который проводился в 1989 г. Центром психического здоровья Массачусетс (США) и ВНЦПЗ РАМН (СССР), согласно которому по основным сравнительным характеристикам национальные психиатрические школы и службы СССР и США были вполне сопоставимы. Этот вывод перекликается с данными проведенного в 2004 г. сравнительного анализа деятельности национальных психиатрических служб 4-х развитых стран (США, Великобритания, Германия, Италия) и России, который показал, что, как и 15 лет назад, показатели кадрового и материального обеспечения отечественной психиатрической службы вполне сопоставимы с таковыми аналогичных служб развитых стран. При этом отмечалось, что необходимо: дальнейшее совершенствование отечественной системы внебольничной помощи, оснащение ее специалистами по социальной работе для оказания комплексных видов помощи в амбулаторных условиях; применение стандартов, ресурсосберегающих технологий, экономичных механизмов регулирования деятельности психиатрических служб; привлечение внимания власти и общества к проблемам психически больных и психиатрической службы [256].

На федеральном уровне отдельные положения указанных выше документов вошли в не реализованную до конца ФЦП «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 годы)» [172], а позже – в подпрограмму «Психические расстройства» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы» [196].

В этот период многие руководители региональных психиатрических служб во взаимодействии с местными органами власти разрабатывали и внедряли региональные программы совершенствования психиатрической помощи. Ориентиром для этой работы служили тенденции развития

психиатрических служб развитых стран, рекомендации ВОЗ, данные отечественных специалистов, передовой опыт территориальных служб отдельных регионов.

В контексте сказанного интерес представляет **анализ региональных программ развития психиатрической помощи Санкт-Петербурга**, которые были разработаны или реализованы в период 1990-2014 гг.

Состояние психиатрической службы стало предметом обсуждения в органах управления городским здравоохранением в конце 1980-х гг. На заседаниях Коллегии Главного Управления здравоохранения Ленинградского городского совета народных депутатов было обращено внимание на многочисленные проблемы отрасли: более высокие, чем в среднем по стране, уровни заболеваемости психическими расстройствами и инвалидизации вследствие психических расстройств; неудовлетворительное состояние материально-технической базы психиатрических учреждений, плохое обеспечение медицинским оборудованием; регулярный срыв планов строительства новых психиатрических учреждений и реконструкции существующих; перегрузка психиатрических стационаров, что сопровождалось скученностью пациентов и нарушением санитарно-эпидемиологических норм; нехватка соматопсихиатрических и психосоматических коек и отделений; неудовлетворительное организационно-методическое руководство службой; недостаточная преемственность в работе амбулаторных и стационарных учреждений; слабое развитие реабилитационных отделений; слабая профессиональная подготовка врачей и недостаточная укомплектованность штатных должностей [178, 181, 187, 193, 197].

По мнению руководителей городской психиатрии, в реформировании нуждалась, в первую очередь, сама система управления службой, поскольку отсутствовал комплексный подход к управлению психиатрическими учреждениями различного профиля и подчиненности, наблюдалось «распыление» финансовых средств между отдельными учреждениями,

недостаточная преемственность в деятельности стационаров и амбулаторных учреждений [26].

В 1988 г. Ленгорсовет принял решение о разработке **комплексной программы по улучшению психиатрической помощи** [188]. В рамках нашего рассмотрения будем обозначать ее как **П-1**, а последующие программы – нумеровать в хронологическом порядке.

Во исполнение этого решения был разработан план мероприятий, включавший два основных направления: 1) реорганизация структуры психиатрической службы; 2) внедрение автоматизированной системы управления (АСУ) психиатрической службы. Было решено создать общегородское медицинское объединение «Психиатрия» – межрайонный центр психического здоровья с единым управлением и финансированием с включением в него всех учреждений психиатрического и психоневрологического профиля. В составе объединения предполагалось выделить ТМО, отдельных территориальных медицинских объединений [187].

Каждое ТМО (первоначально их планировать создать 7) должно было включать больничное, диспансерное и реабилитационное звенья унифицированной структуры, включающей стационар, отделения активного лечения на дому, дневной стационар, ночной стационар, амбулаторные участки ПНД, лечебно-трудовые мастерские, спеццеха на обычном производстве. Предполагалось, что в условиях единого финансирования и управления появлялась реальная возможность оперативно маневрировать штатами, финансами, решать вопросы структурных изменений. Централизация управления на фоне демократизации структурных звеньев должна была обеспечить единую доктрину в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных, организационных мероприятий. На главных врачах ТМО планировалось возложить функции главных психиатров обслуживаемых территорий.

Принципы формирования объединений включали следующие: поэтапная терапия для последовательного и непрерывного осуществления лечебно-реабилитационных программ на всех этапах оказания помощи; перенос акцента помощи во внебольничные условия, отведение ведущей роли участковому психиатру; беспрепятственное продвижение больного по этапам, предотвращение его оседания на каждом из них; полная преемственность помощи; сбор и накопление информации о контингентах состоящих на учете больных; оптимизация управления с использованием вычислительной техники и математических методов.

Важным элементом реформы считалось внедрение АСУ, которая была разработана в 1970-е гг. Кемеровской научно-исследовательской лабораторией медицинской кибернетики МЗ РСФСР [178]. Система АСУ должна была обеспечить разделение больных в зависимости от необходимого объема лечебной и социальной помощи в основных группах: с благоприятным течением заболевания; с неблагоприятным течением заболевания; длительно болеющие с частыми обострениями, работающие; длительно болеющие с частыми обострениями, неработающие; длительно болеющие с частыми обострениями, с многолетним нахождением в стационаре; длительно болеющие с частыми обострениями, не работающие по семейным, соматическим и другим причинам.

Управление с помощью АСУ должно было осуществляться на 3-х уровнях: врач – больной; подразделения учреждения; служба в целом. При этом предполагались и некоторые отдельные направления в структуре АСУ: аптека; социальное обеспечение; психотерапевтическая служба; профилактика общественно-опасных действий; стимулирование труда; реабилитация; справочно-информационная; особые службы (городской эпилептологический центр, психосоматические отделения и т.д.); лечебно-трудовые мастерские.

Помимо двух основных направлений (реструктуризация и внедрение АСУ), программа включала и ряд решений по улучшению материально-

технической базы учреждений – строительство новых лечебных корпусов в психиатрической больнице №3 и детской психиатрической больнице, открытие двух психосоматических отделений (в инфекционной больнице им. С.П. Боткина на 30 коек и в городской больнице №23 на 60 коек).

Программа, рассчитанная на 6-7 лет, в 1988-1994 гг. в целом реализована не была, был выполнен лишь ряд включенных в нее мероприятий. Одной из причин этого стали экономические трудности, не позволившие направить финансовые средства на укрепление материально-технической базы и новое строительство. Проведение намеченной реструктуризации службы не было завершено, поскольку первоначально не были в достаточной степени учтены особенности мегаполиса, препятствующие «унификации» структуры психиатрических учреждений.

Специфика организации психиатрической помощи в крупном городе предполагает обоснованную профилизацию различных учреждений, поскольку оказание того или иного вида специализированной помощи требует определенной квалификации специалистов, а концентрация таких специалистов в одном учреждении делает эту помощь более качественной. За многими стационарами были закреплены различные общегородские функции, равномерное распределение которых нецелесообразно, а то и просто невозможно (лечение больных с туберкулезом легких, подростков, больных с пограничными расстройствами, лиц БОМЖ, иногородних и мигрантов; принудительное лечение в специализированных отделениях; экспертиза призывников и др.). По этой причине ПБ №7 (городскую клинику неврозов) планировалось объединять не с районами обслуживания, а с психотерапевтическими структурами разных районов; соединение в рамках одного ТМО подстанции СПП и ПБ №4 было вынужденным. Городские психиатрические стационары располагались в разном отдалении от закрепленных за ними территорий, что, естественно, определяло перспективы их развития и отчасти специализацию, которая заключалась в организации лечения «острых» пациентов силами линейных стационаров, а

организация реабилитационной помощи в условиях загородной больницы ПБ №1, включавшей на тот момент около трети психиатрического коечного фонда города, вообще выпадала из системы ТМО из-за отдаленности районов обслуживания.

Унификация функций учреждений и объединений должна была предполагать предварительное выравнивание условий их деятельности, что сделать было невозможно. Мощность стационаров и, соответственно, размеры закрепленных за ними территорий и численности населения различались весьма контрастно, в ряде случаев десятикратно. Состояние стационарных и амбулаторных учреждений, включаемых в ТМО (материально-техническая база, обеспеченность кадрами и др.) также различалось весьма существенно.

Создание ТМО не было подкреплено соответствующими изменениями системы планирования, управления и финансирования, что не позволило реализовать потенциал этой формы помощи (реструктуризация службы, сокращение доли стационарного звена).

Как уже указывалось, первоначально намечалось создание семи ТМО, затем их число уменьшилось до 5; в итоге, было создано лишь 3. Несмотря на четвертьвековой опыт их функционирования, данные об эффективности этой формы организации психиатрической службы в условиях мегаполиса отсутствуют. Остались незавершёнными и другие направления намеченной реформы. В частности, не была создана АСУ, не были реализованы планы строительства новых корпусов и открытия психосоматических отделений. Последующая оценка эффективности результатов программы не проводилась.

В начале 1990-х гг. деятельность психиатрической службы Санкт-Петербурга проходила в условиях социально-экономического и политического кризиса, что стало причиной резкого ухудшения положения учреждений здравоохранения, сокращения финансирования. В критическом положении оказалась система социально-трудовой реабилитации: ЛТМ стали

преобразовываться в автономные предприятия, сворачивали работу по трудотерапии, сдавали площади в аренду коммерческим структурам и постепенно выходили из подчинения психиатрических учреждений.

В 1994 г. Институт медико-социальных проблем и управления по заказу Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга подготовил аналитический доклад **«Состояние психиатрической службы Санкт-Петербурга. Перспективы ее развития и возможности реорганизации в современных условиях»** [239], который, по сути, представлял собой программу развития психиатрической службы (П-2). В нем рассматривались современные тенденции развития психиатрической помощи, был проведен анализ состояния психиатрической службы города, обоснованы принципы реорганизации психиатрической помощи и даны конкретные предложения по ее проведению в различных учреждениях, районах и службе в целом.

Анализ показателей психического здоровья населения в Докладе представлен не был, также не приводились качественные показатели деятельности психиатрических учреждений; были даны лишь некоторые из них. Большая часть Доклада была посвящена анализу ресурсной базы психиатрической службы. Отмечалось аварийное состояние материально-технической базы психиатрических учреждений, отмечалась критическая ситуация с лечебно-трудовыми мастерскими, отсутствовало достаточное число психосоматических и геронтопсихиатрических коек, психотерапевтических кабинетов, общежитий для больных, утративших социальные связи. Обращая внимание на некоторые положительные изменения в развитии амбулаторного звена, авторы Доклада отмечали, что не все районы города имеют собственные ПНД, а особенностью участковой службы Санкт-Петербурга в целом является большая отдаленность участков от самых диспансеров.

Предложения по реформированию психиатрической службы города были нацелены, в основном, на мероприятия по укреплению материально-технической базы учреждений и наращивание ресурсов, которые включали:

капитальный ремонт всех психиатрических стационаров; строительство 2 новых больниц на 2000 коек; строительство 2 психоневрологических диспансеров; открытие 7 дневных стационаров (на 600 коек), 7 ночных стационаров (на 600 коек), психосоматических и соматопсихиатрических отделений (на 840 коек), геронтопсихиатрических отделений (на 540 коек), общежитий для больных, утративших социальные связи (на 450 мест). Доклад не содержал указаний на показатели деятельности психиатрической службы, изменение которых в положительную сторону могло быть результатом предлагаемых структурных изменений и инвестиций.

Общая стоимость предлагаемых мероприятий по развитию психиатрической службы составляла 18 508 470 тыс. руб., в том числе на открытие дневных и ночных стационаров – 3 276 655 тыс. руб.; на открытие психосоматических и соматопсихиатрических отделений – 7 032 900 тыс. руб.; на открытие геронтопсихиатрических отделений – 4 521 150 тыс. руб.; на открытие общежитий для больных – 3 077 765 тыс. руб.; затраты на содержание психоневрологических диспансеров – 600 000 тыс. руб. Помимо этих расходов, 43 000 000 тыс. руб. должна была составить сметная стоимость строительства новых психиатрических стационаров.

В последующем состоянии психиатрической помощи города рассматривалось на двух коллегиях Комитета по здравоохранению Санкт – Петербурга [191, 194]. Материалы указанного доклада стали основой для разработки **региональной медико-социальной программы «Развитие и совершенствование психиатрической службы Санкт-Петербурга и ее материально-технической базы до 2002 года»**, утвержденной Законом Санкт-Петербурга [186]. На первые 4 года были определены следующие цели Программы (II-3): улучшение качества психиатрической помощи при минимальных затратах; снижение роста числа больных с тяжелыми психическими заболеваниями; уменьшение числа психически больных-инвалидов I-II групп; оказание дифференциальной помощи детям и

подросткам; развитие профилактики; проведение реабилитации и социальной адаптации.

Для реализации указанных целей были намечены следующие мероприятия: открытие 800 коек дневных и ночных стационаров для взрослых и 200 коек – для детей; 900 коек психосоматических, соматопсихиатрических и геронтопсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах; загородного пансионата для подростков (45 мест); санаторного отделения для детей и подростков (200 коек); городского центра психического здоровья; общежитий для больных, утративших социальные связи (500 мест); реорганизация действующих мастерских в государственные лечебно-производственные предприятия; компьютеризация службы; достаточное обеспечение психоневрологических учреждений психотропными препаратами; укрепление материально-технической базы за счет проведения работ по строительству, реконструкции и капитальному ремонту учреждений (капитальный ремонт всех психиатрических больниц, строительство нового лечебного корпуса и пищеблока в психиатрической больнице №3); улучшение последипломной подготовки врачей-психиатров; стабильное финансирование психиатрической службы.

Экономическая эффективность Программы обосновывалась следующим образом: использование препаратов новых поколений позволит уменьшить в 10 раз затраты на лечение больных в стационарах и в 6 раз – на общее содержание 1 больного (за счет снижения числа госпитализаций и сокращения сроков стационарного лечения); открытие общежитий для больных позволит разгрузить стационары, что сократит затраты на их содержание и улучшит условия пребывания оставшихся пациентов; реорганизация ЛТМ сократит расходы бюджета на социальную поддержку психически больных инвалидов и восстановит их реабилитацию. Стоимость реализации мероприятий Программы в 1999-2002 гг. была определена в размере 167 040,9 тыс. руб. Структура финансирования Программы этой представлена ниже в таблицах 5.1 и 5.2.

Таблица 5.1. Структура финансирования Программы П-3 (тыс. руб.).

Укрепление материально-технической базы	Строительство новых лечебных корпусов и зданий	20 898,5	12,5%	98,9%
	Капитальный ремонт психиатрических учреждений и оснащение их оборудованием	144 370,5	86,4%	
Информационно-статистическое и методическое обеспечение		1 155,1		0,7%
Организационные мероприятия (организация телефона доверия, открытие функционального противоэпилептического центра для детей)		616,8		0,4%
Все мероприятия		167 040,9		100%

Таблица 5.2. Структура финансирования Программы П-3 по звеньям службы (тыс. руб.).

Амбулаторные службы	13 907,3	8,3%
Стационарные службы	147 403,5	88,2%
Общегородские задачи	5 730,1	3,5%
Все расходы	167 040,9	100%

Анализ экономического обеспечения Программы показывает, что в ее основу был положен сугубо структурный подход, который предусматривал обеспечение качества помощи за счет наращивания ресурсов. Приоритетом Программы было укрепление и развитие стационарного звена (88,2% финансирования). Программа была нацелена, в первую очередь, на укрепление материально-технической базы учреждений, что представляется понятным с учетом кризисного положения, в котором оказалась психиатрическая служба в 1990-е гг. Так, по результатам аккредитации

психиатрических больниц и диспансеров города, проведенной Лицензионной палатой, более половины (57,1%) стационарных и 18,7% амбулаторных учреждений получили самую низкую, вторую категорию по разделу «Материально-техническая база» [119].

Выполнение Программы столкнулось с целым рядом трудностей. В самом начале её реализации, совпавшем с дефолтом 1998 г., возникли проблемы финансирования, в связи с чем выполнение запланированных мероприятий было перенесено на 2000-2003 гг. Стоимость мероприятий была рассчитана в ценах 1995 г., однако после дефолта цены на проведение ремонтно-строительных работ, материалы и оборудование выросли в несколько раз, что стало причиной соответствующего сокращения числа намеченных мероприятий.

Органы управления районов города в большинстве своем уклонились от выполнения различных разделов Программы, в связи с чем тормозилось открытие новых дневных и ночных стационаров, общежитий для больных. При отсутствии заинтересованной позиции районных властей и необходимой законодательной базы руководители ЛТМ всячески препятствовали решению вопроса о реформировании мастерских и преобразованию их в структурные подразделения ПНД, что не позволило решить одну из важных задач Программы по организации трудовой терапии психически больным. Руководители многопрофильных стационаров противодействовали открытию на базе своих учреждений психосоматических и соматопсихиатрических отделений. Это объяснялось как недостаточно директивной позицией Комитета по здравоохранению, так и недостаточным информационным обеспечением и, как следствие, недостаточной мотивацией руководства этих учреждений.

Оценивая итоги выполнения Программы П-3, можно отметить следующее.

1. Мероприятия по укреплению материально-технической базы учреждений были выполнены в урезанном виде – на 20-25%, что, тем не менее, заметно улучшило состояние психиатрических стационаров города.

2. Задачи по развитию стационарозамещения и перемещению помощи в систему общего здравоохранения были выполнены в незначительном объеме: по дневным и ночным стационарам – на 35%; по общежитиям для больных – на 10%; по психосоматическим, соматопсихиатрическим, геронтопсихиатрическим отделениям – менее, чем на 8%.
3. Не удалось реформировать деятельность лечебно-трудовых мастерских, в связи с чем в последующие несколько лет производственная и материальная база амбулаторных ЛТМ была практически утрачена.
4. Улучшение показателей состояния психического здоровья населения не было достигнуто. Напротив, его показатели с 1997 по 2003 гг. снизились, в результате чего отмечался незначительный рост уровня общей и первичной заболеваемости, рост числа инвалидов по психическому заболеванию, снижение доли инвалидов, вовлеченных в социально-трудовую реабилитацию.
5. Не произошло заметного улучшения показателей деятельности психиатрических учреждений. Несмотря на то, что на 35,2% возросла обеспеченность сметными местами в ДС, абсолютное число выписанных больных выросло всего на 2,2%, а уровень госпитализации в психиатрические стационары снизился лишь на 1,6%. Обеспеченность населения психиатрическими койками уменьшилась на 1,6%, сроки стационарного лечения снизились на 2,3%. Заметно снизился уровень повторных госпитализаций (на 12,3%), однако в последующие несколько лет он вернулся к прежнему уровню. Выросло число посещений амбулаторного врача-психиатра (на 8,1%), однако продолжала снижаться доля диспансерного наблюдения в общем контингенте амбулаторных больных (уменьшение на 12,1%).

Оценка эффективности Программы также не проводилась. Ее невыполнение, обусловленное указанными выше причинами, побудило руководство психиатрической службы города разработать проект новой программы на **2004-2008 гг.**, которая, по сути, представляла собой

продолжение предыдущей. Целью Программы (П-4) было усиление профилактической направленности, реорганизация и сокращение коечного фонда за счет использования психотропных препаратов новых поколений и развития реабилитационных технологий [179].

Мероприятия Программы включали: совершенствование поэтапной помощи; использование на ранних этапах заболевания психотропных препаратов новых поколений; реорганизацию ЛТМ, их подчинение ЛПУ с использованием двойного финансирования; открытие общежитий для больных при амбулаторных учреждениях, детского консультативного центра, 1 дневного стационара, 2 психосоматических отделений.

Основную часть П-4 составляли мероприятия по укреплению материально-технической базы учреждений (капитальный ремонт и оснащение). Общий объем финансирования составил 1 091 497 тыс. руб., из которых 976 216 тыс. руб. (89,4%) предполагалось направить на развитие стационарных учреждений, а 114 981 (10,6%) – амбулаторных. Таким образом, как и в предыдущей программе, большую часть средств планировалось выделить на стационарное звено.

Программой планировалось: снижение уровня заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами; повышение выявляемости психосоматических заболеваний; сокращение расходов на стационарное лечение и сокращение его сроков (в 3,3 раза). Однако обоснования ожидаемых результатов представлено не было, они слабо соотносились с запланированными мероприятиями и структурой затрат. В результате, Программа П-4 была отклонена, а Коллегия Комитета по здравоохранению приняла решение о подготовке новой концепции развития психиатрической службы и разработке на ее основе плана соответствующих мероприятий [192].

Спустя три года Правительством Санкт-Петербурга было принято Постановление **«О плане мероприятий по развитию психиатрической службы и мерах по предупреждению отрицательных социальных**

последствий психических заболеваний и поведенческих расстройств в Санкт-Петербурге на 2008-2011 годы» [183].

Мероприятия Плана (П-5) включали: укрепление материально-технической базы учреждений (капитальные ремонты, оснащение); развитие преемственности в оказании помощи; перепрофилизацию и реорганизацию психиатрических стационаров; открытие реабилитационных отделений, специализированного отделения для принудительного лечения, амбулаторного отделения для мигрантов; обеспечение пациентов бесплатными лекарствами (в соответствии с Законом Санкт-Петербурга от 14.08.2005 г. №487-73) [180]. Структура финансирования Плана П-5 представлена в таблицах 5.3 и 5.4.

Таблица 5.3. Структура финансирования Плана П-5 (тыс. руб.).

Ремонт и оснащение психиатрических учреждений	1 750 051,0	49,8%
Льготное лекарственное обеспечение	1 816 351,82	50,8%
Организационно-методические мероприятия	6 550,0	0,2%
Все мероприятия	3 572 952,82	100,0%

Таблица 5.4. Структура финансирования Плана П-5 по звеньям службы (тыс. руб.).

Стационарные учреждения	1 624 035,0	45,5%
Амбулаторные учреждения	132 566,0	3,7%
Льготное лекарственное обеспечение	1 816 351,82	50,8%
Все мероприятия	3 572 952,82	100,0%

По ряду причин выполнение мероприятий Плана было перенесено на 2009-2011 гг., а их финансирование было секвестрировано. Так, в 2009 г. финансирование составило 63,0% от запланированного; в 2010 г. – 45,6%. При этом, в первую очередь, финансировалось заявленное лекарственное обеспечение [283].

С целью реализации запланированных ранее мероприятий Правительством города был принят «**План мероприятий по модернизации психиатрической службы в Санкт-Петербурге на 2012-2014 годы**» [182].

В новый План (**П-6**) были, в основном, перенесены невыполненные мероприятия предыдущего Плана П-5. В целом План П-6 выполнен не был; как и в предыдущей ситуации, финансировалось лишь лекарственное обеспечение пациентов-льготников; некоторые средства были выделены на детскую психиатрическую службу и районные диспансеры.

Структура его финансирования представлена в таблицах 5.5 и 5.6.

Таблица 5.5. Структура финансирования Плана П-6 (тыс. руб.).

Ремонт и оснащение психиатрических учреждений	1 714 570,7	45,9%
Льготное лекарственное обеспечение	1 995 138,5	53,5%
Организационно-методические мероприятия	22 139,0	0,6%
Все мероприятия	3 731 842,2	100,0%

Таблица 5.6. Структура финансирования Плана П-6 по звеньям службы (тыс. руб.).

Стационарные учреждения	1 153 309,7	30,9%
Амбулаторные учреждения	583 400,0	15,6%
Льготное лекарственное обеспечение	1 995 138,5	53,5%
Все мероприятия	3 731 842,2	100,0%

Сравнительный анализ программ и планов развития психиатрической помощи города (П-1, П-2, П-3, П-4, П-5, П-6), представленный ниже в таблице 5.7, позволяет сделать следующие обобщения.

Разработка большинства программ не включала комплексный анализ показателей состояния психического здоровья населения города и деятельности психиатрических учреждений, не сопровождалась предварительным созданием концепции развития психиатрической службы.

В большинстве программ отсутствовали указания на резервы межведомственного взаимодействия, интеграцию с другими звеньями городского здравоохранения и служб социальной защиты, что не позволяло обеспечить преемственность в деятельности психиатрических учреждений, учреждений общемедицинской сети и социального обеспечения.

Как было отмечено выше, основной причиной невыполнения практически всех программ и планов развития психиатрической помощи было их недофинансирование. В большинстве программ был использован исключительно структурный подход к обеспечению качества помощи, предусматривающий наращивание ресурсов службы. Между тем, укрепление материально-технической базы учреждений в качестве первоочередной задачи было в определенной степени оправдано лишь в 1990-е гг. как способ сохранения ресурсов службы в условиях социально-экономического кризиса (Программа П-3).

Несмотря на заявляемый приоритет развития амбулаторного звена, ресурсосбережения и стационарозамещения, основную долю в структуре финансирования программ составляли средства, выделяемые на стационарное звено психиатрической помощи.

Все программы отличало невысокое качество индикативного планирования целевых показателей, предлагаемые в качестве индикаторов показатели отражали разные иерархические уровни, включая как экстенсивные, так и интенсивные, показатели процесса и показатели результата. В большинстве программ планируемые результаты не были связаны с содержанием предлагаемых мероприятий по наращиванию ресурсной обеспеченности. При планировании и реализации программ не использовался такой принципиально важный подход, как учет мнения пользователей психиатрической помощи. Не проводилось изучение потребностей пользователей в тех или иных видах и формах помощи. Оценка результатов программ по их завершении не проводилась.

Таблица 5.7. Сравнительный анализ программ развития психиатрической помощи.

Критерии оценки	П-1	П-2	П-3	П-4	П-5	П-6
Анализ показателей состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических учреждений	отсутствует	неполный		отсутствует		
Наличие концепции развития психиатрической службы	отсутствует					
Подход к обеспечению качества психиатрической помощи	качество структуры; качество процесса	качество структуры				
Приоритетное звено службы	ТМО (стационар + диспансер)	стационарное				
Соотношение финансирования стационарного и амбулаторного звеньев службы	Нет данных	15:1	11:1	8:1	12:1	2:1
Резервы межведомственного взаимодействия	отсутствуют	включены		отсутствуют		
Использование мнения пользователей психиатрической помощи	не использовалось					
Качество индикативного планирования целевых показателей	низкое					
Оценка результатов программы	не проводилась					

Выводы.

1. Разработка региональных программ развития психиатрической помощи должна основываться на комплексном анализе показателей состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических служб, перспективной концепции развития помощи с учетом современных тенденций и передового отечественного и зарубежного опыта.
2. К разработке программ необходимо привлечение представителей психиатрической науки и практики, экономистов, юристов, представителей других государственных ведомств (образование, социальная сфера, правоохранительные органы) и членов общественных организаций пользователей психиатрической помощи.
3. В региональных программах развития психиатрических служб приоритет должен отдаваться наиболее эффективным и менее затратным формам оказания помощи, опережающему развитию амбулаторного звена, а также использованию резервов межведомственного взаимодействия и интеграции психиатрической службы с другими звеньями регионального здравоохранения и социальной защиты.
4. Принципиально важным элементом программ должно быть индикативное планирование целевых показателей и четкая стратегия определения их значений, обязательная оценка эффективности самих программ.
5. Для обеспечения выполнения принятых программ необходимо создание межведомственных рабочих органов по мониторингу их выполнения, включающих представителей органов управления здравоохранением, руководства психиатрической службы, законодательных органов власти, общественных организаций пользователей психиатрической помощи.

ГЛАВА 6. РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕЛЯЦИОННОГО И РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В связи с проведением реформ в психиатрии в последние десятилетия много говорится о необходимости применения системного подхода, который позволяет устанавливать наиболее значимые связи между происходящими социально-экономическими и иными изменениями и результатами деятельности служб психического здоровья. Выделение этих связей, которые могут свидетельствовать о различном уровне актуальности проблем в психиатрии, по мнению сторонников этого подхода [246, 293, 302, 303, 562], даёт основу для принятия обоснованных решений по развитию системы психиатрической помощи. Необходимость применения системного подхода в психиатрии диктуется и тем, что психиатрия представляет собой одну из самых социально ориентированных клинических дисциплин, в рамках которой необходимо решать проблемы междисциплинарного характера, устанавливать тесное взаимодействие с представителями других аффилированных с ней дисциплин, социальных и общественных институтов [67, 154, 156].

6.1. Корреляционный анализ. Основные результаты.

При создании оптимальной модели региональной психиатрической службы важной является оценка адекватности сложившейся системы психиатрической помощи потребностям населения, эффективности использования имеющихся ресурсов, а также влияния различных форм помощи на показатели состояния психического здоровья и показатели деятельности психиатрических учреждений. Для проведения такой оценки нами был использован корреляционный анализ, материалом для которого послужили данные психиатрической статистики Санкт-Петербурга за период 1991-2014 гг. Напомним, что подробное описание использованного метода

приведено в главе 2 настоящей работы. Для наглядного отображения масштаб представления данных указан на диаграммах. При этом заметим, что изменение масштаба представления данных не меняет коэффициент корреляции.

6.1.1. Корреляция показателей «Болезненность» и «Численность населения».

Наши расчеты показали, что полученный коэффициент корреляции $r = -0,262$ является статистически малозначимым; коэффициент детерминации $R^2 = 0,0687$ означает, что линейная связь отсутствует, и в связи с этим можно предполагать возможную нелинейную связь между рассматриваемыми показателями. Этот вывод также подтверждается корреляционным полем, которое образуют данные (рис. 6.1), имеющим явно нелинейный характер.

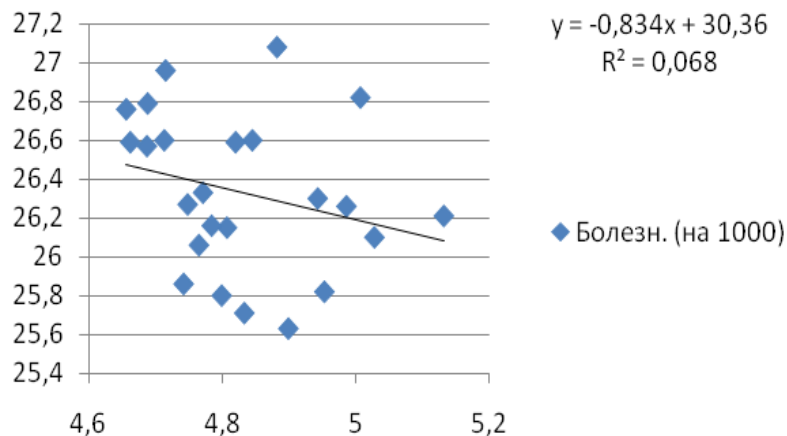


Рисунок 6.1. Нелинейный характер связи между показателями «Болезненность» и «Численность населения».

6.1.2. Корреляция показателей «Заболеваемость» и «Численность населения».

В этом случае коэффициент корреляции r составил $-0,810$. «Отрицательный» характер этой связи указывает на увеличение заболеваемости при депопуляции населения («стресс депопуляции»). Соответствующее подтверждение линейной связи представлено на рис. 6.2.

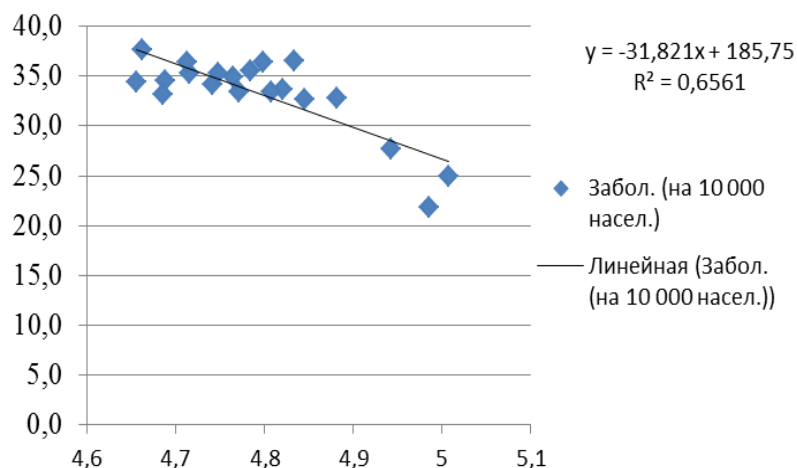


Рисунок 6.2. Линейный характер связи показателей «Заболеваемость» и «Численность населения».

Линейное уравнение связи представлено следующим образом: $Y = -31,821x + 185,75$, где Y обозначает заболеваемость населения на 10 тыс. чел., x – численность населения (млн.). Коэффициент детерминации $R^2 = 0,656$ означает, что линейная связь является значимой (на уровне 0,99) и объясняет 65,6% вариации показателя заболеваемости при изменении численности населения.

6.1.3. Корреляция показателей «Число психически больных инвалидов» и «Заболеваемость».

Полученные коэффициент корреляции $r = 0,816$ и коэффициент детерминации $R^2 = 0,666$ означают, что линейная связь в данном случае является значимой (на уровне 0,99) и объясняет 66,6% вариации численности инвалидов по психическому заболеванию при изменении показателя заболеваемости. «Положительный» характер связи указывает на увеличение инвалидизации по психическому заболеванию при увеличении первичной заболеваемости психическими расстройствами. Графическое отображение соответствующей линейной связи представлено на рис. 6.3.

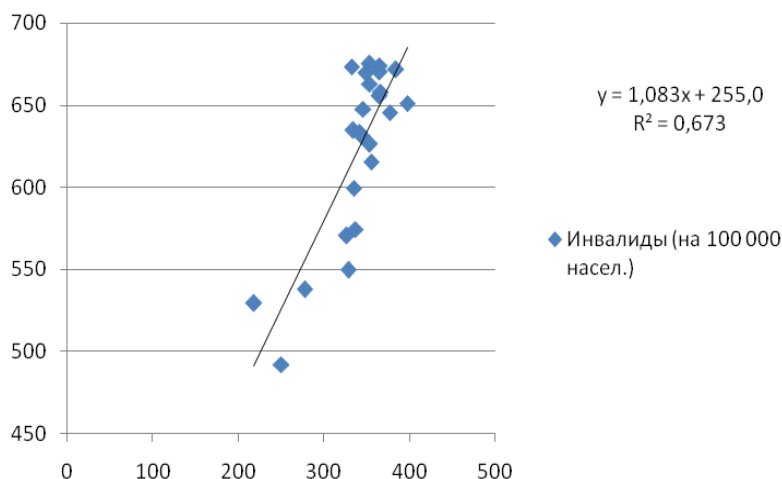


Рисунок 6.3. Линейный характер связи для показателей «Число психически больных инвалидов» и «Заболеваемость».

Линейная связь представлена в виде уравнения: $Y = 1,0836 x + 255,01$; где Y – показатель инвалидизации (на 100 тыс. насел.), x – показатель заболеваемости психическими расстройствами (на 100 тыс. насел.). Коэффициент детерминации $R^2 = 0,6736$ указывает на то, что линейная связь является значимой (на уровне 0,99) и объясняет 67,36% вариации показателя инвалидизации при изменении заболеваемости психическими расстройствами.

6.1.4. Корреляция показателей «Число психически больных инвалидов» и «Число мест в ЛТМ».

Полученный в коэффициенте корреляции $r = -0,873$ указывает на «отрицательный» характер связи, что означает увеличение инвалидизации по психическому заболеванию при уменьшении количества мест ЛТМ. На рис. 6.4 представлено графическое отображение соответствующей линейной связи. Линейное уравнение связи в этом случае представлено алгебраическим уравнением $Y = -0,1712 x + 68,193$, в котором Y – показатель инвалидизации (на 10 тыс. насел.), x – количество мест ЛТМ (на 100 тыс. насел.). Коэффициент детерминации $R^2 = 0,7619$ означает, что линейная связь является значимой (на уровне 0,99) и объясняет 76,19% вариации показателя инвалидизации при изменении количества мест ЛТМ.

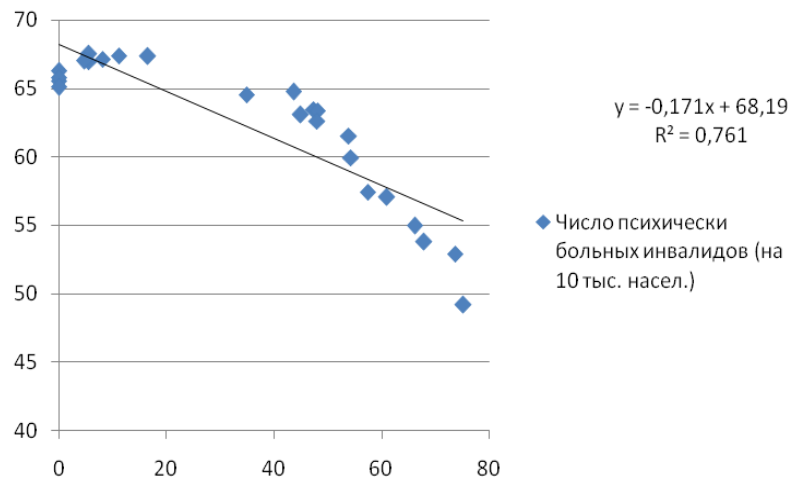


Рисунок 6.4. Линейный характер связи для показателей «Число психически больных инвалидов» и «Число мест в ЛТМ».

6.1.5. Корреляция показателей «Число психически больных инвалидов» и «Число больных, находящихся в стационаре свыше 1 года».

Коэффициент корреляции в этом соотношении составил $r = 0,699$, а коэффициент детерминации $R^2 = 0,489$, что свидетельствует о значимой линейной связи (на уровне 0,95) и объясняет 48,9% вариации численности инвалидов по психическому заболеванию при изменении показателя числа больных, находящихся в стационаре свыше года. «Положительный» характер этой связи свидетельствует об увеличении числа инвалидов по психическому заболеванию при увеличении числа больных, находящихся в стационаре свыше года. Эта линейная связь в графическом виде отображена на рис. 6.5.

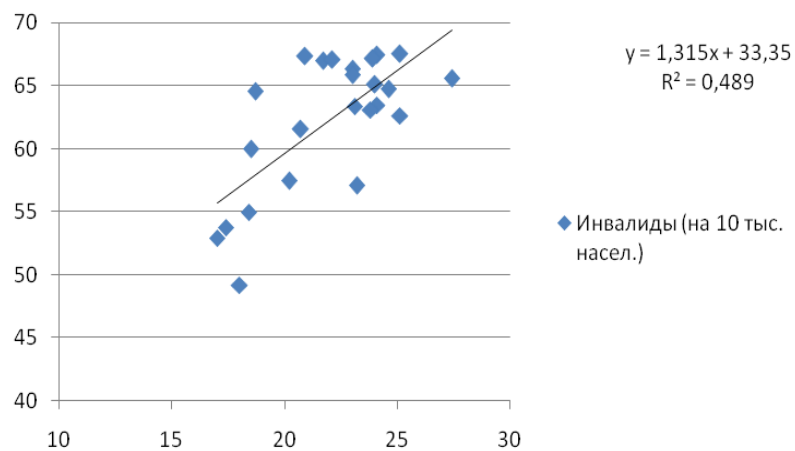


Рисунок 6.5. Линейный характер связи между показателями «Число психически больных инвалидов» и «Число больных, находящихся в стационаре свыше 1 года».

6.1.6. Корреляция показателей «Число психиатрических коек» и «Сроки стационарного лечения».

Коэффициент корреляции равен $r = 0,483$; коэффициент детерминации $R^2 = 0,233$; это означает, что линейная связь является слабой (на уровне 0,95) и объясняет 23,3% вариации срока стационарного лечения при изменении количества коек (рис. 6.6).

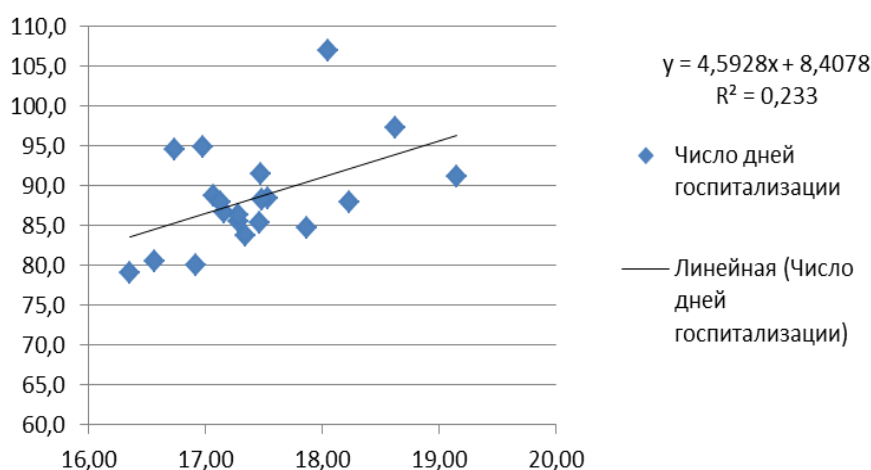


Рисунок 6.6. Линейный характер связи между показателями «Сроки стационарного лечения» и «Число психиатрических коек».

6.1.7. Корреляция показателей «Число посещений участкового врача-психиатра» и «Уровень недобровольных госпитализаций».

Коэффициент корреляции равен $r = 0,522$; коэффициент детерминации $R^2 = 0,2727$; т.е. линейная связь является значимой (на уровне 0,99) и объясняет 27,3% вариации показателя уровня недобровольных госпитализаций при изменении числа посещений.

На рис. 6.7 представлено графическое отображение соответствующей линейной связи.

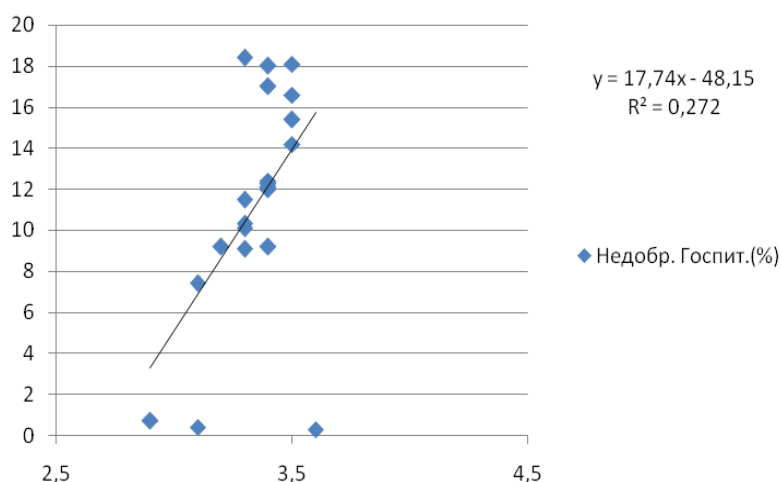


Рисунок 6.7. Линейный характер связи между показателями: «Уровень недобровольных госпитализаций» и «Число посещений участкового врача-психиатра».

«Положительный» характер связи указывает на увеличение уровня недобровольных госпитализаций при увеличении числа посещений на 1 должность участкового психиатра.

6.1.8. Корреляция показателей «Уровень госпитализаций» и «Число недобровольно освидетельствованных диспансером». Связь характеризуется коэффициентом корреляции $r = -0,102$ (связь на очень слабом уровне). На рис. 6.8 представлено графическое отображение соответствующей линейной связи.

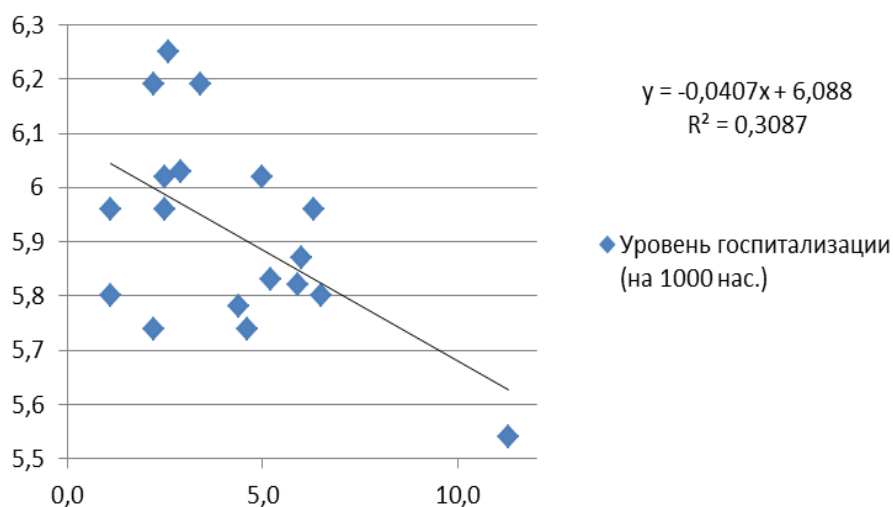


Рисунок 6.8. Линейная связь между показателями «Уровень госпитализаций» и «Число недобровольно освидетельствованных».

6.1.9. Корреляция показателей «Уровень госпитализаций» и «Доля диспансерного наблюдения».

Связь характеризуется коэффициентом корреляции $r = 0,553$ (связь на среднем уровне). На рис. 6.9 приводится иллюстрация этой связи.

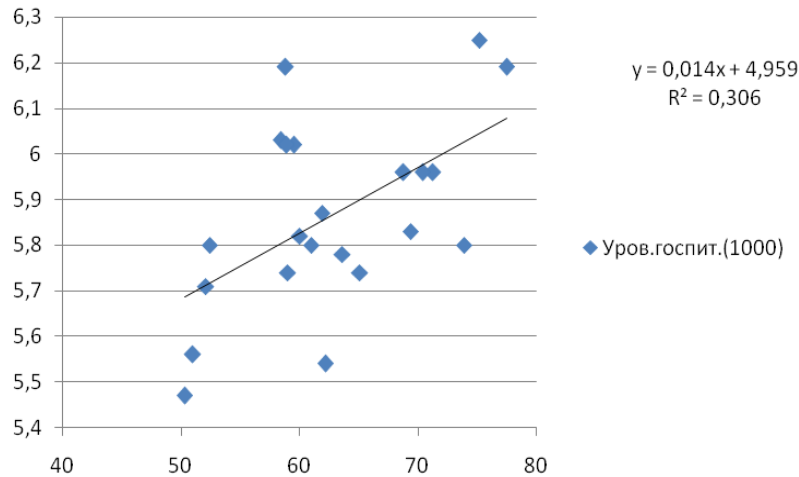


Рисунок 6.9. Линейная связь между показателями «Уровень госпитализаций» и «Доля диспансерного наблюдения».

6.1.10. Корреляция показателей «Уровень госпитализаций» и «Число психиатрических коек».

Связь характеризуется коэффициентом корреляции $r = 0,187$ (связь на очень слабом уровне). На рис. 6.10 приводится иллюстрация этой связи.

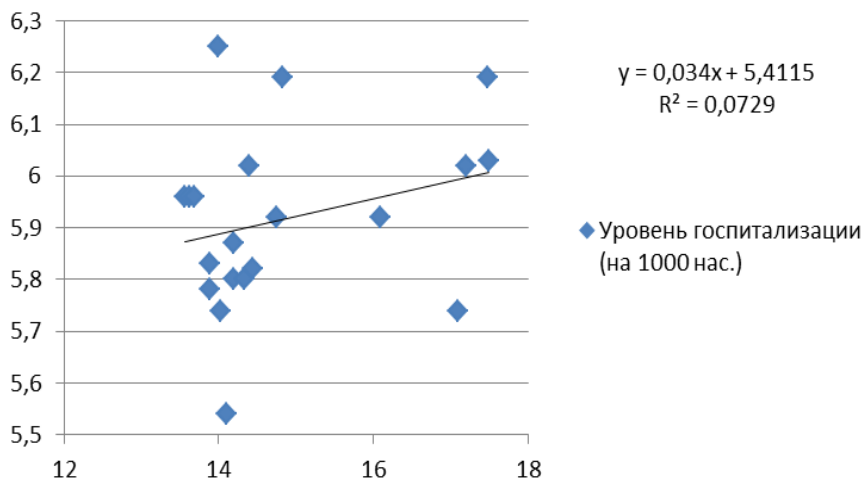


Рисунок 6.10. Линейная связь между показателями «Уровень госпитализаций» и «Число психиатрических коек».

6.1.11. Корреляция показателей «Уровень госпитализаций» и «Число мест в дневных стационарах (ДС)».

Связь характеризуется коэффициентом корреляции $r = -0,333$ (связь на среднем уровне). На рис. 6.11 приводится иллюстрация этой связи.

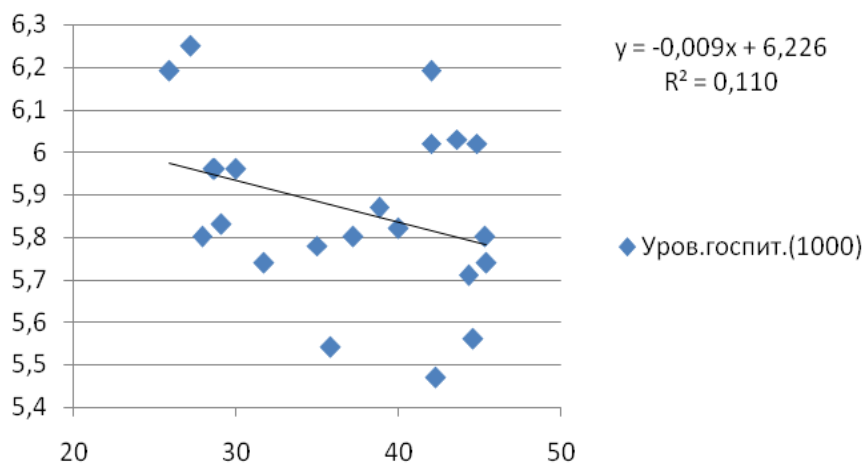


Рисунок 6.11. Линейная связь между показателями «Уровень госпитализаций» и «Число мест в ДС».

6.1.12. Корреляция показателей «Число психиатрических коек» и «Число мест в дневных стационарах (ДС)».

Связь характеризуется коэффициентом корреляции $r = 0,698$ (связь на сильном уровне). На рис. 6.12 приводится иллюстрация этой связи.

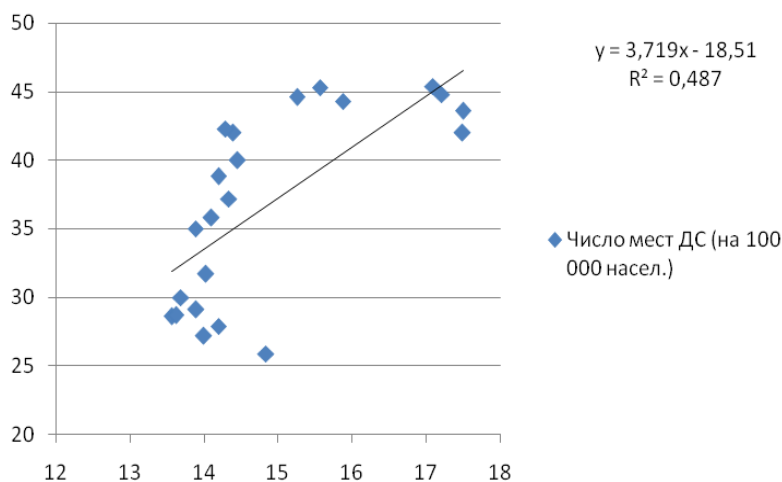


Рисунок 6.12. Линейная связь между показателями «Число психиатрических коек» и «Число мест в ДС».

6.1.13. Корреляция показателей «Число мест в дневных стационарах» и «Сроки стационарного лечения».

Коэффициент корреляции равен $r = -0.635$; коэффициент детерминации $R^2 = 0,403$ – это означает, что линейная связь является значимой (на уровне 0,95) и объясняет 40,3% вариации сроков стационарного лечения (выбывших больных) при изменении числа мест в дневных стационарах. На рис. 6.13 представлено графическое отображение соответствующей линейной связи.

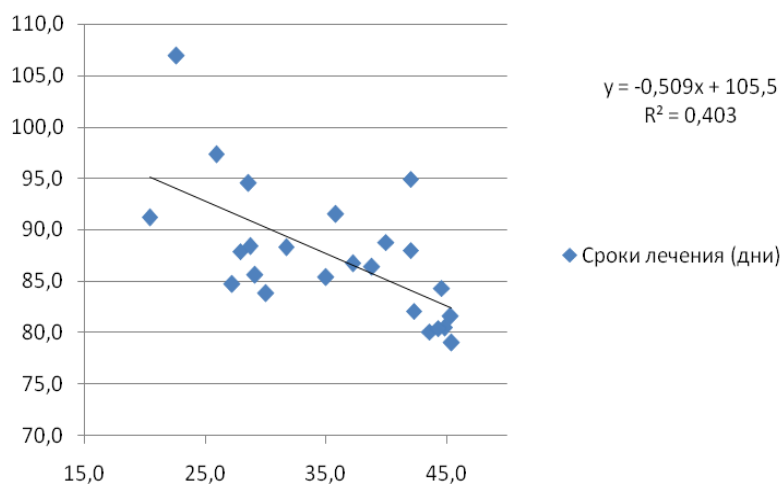


Рисунок 6.13. Линейный характер связи между показателями «Число мест в дневных стационарах» и «Сроки стационарного лечения».

«Отрицательный» характер связи указывает на увеличение срока стационарного лечения при уменьшении числа сметных мест в дневных стационарах и наоборот.

6.1.14. Корреляция показателей «Доля диспансерного наблюдения» и «Число мест в дневных стационарах (ДС)».

Связь характеризуется коэффициентом корреляции $r = -0,933$ (связь на очень сильном уровне). На рис. 6.14 приводится иллюстрация этой связи.

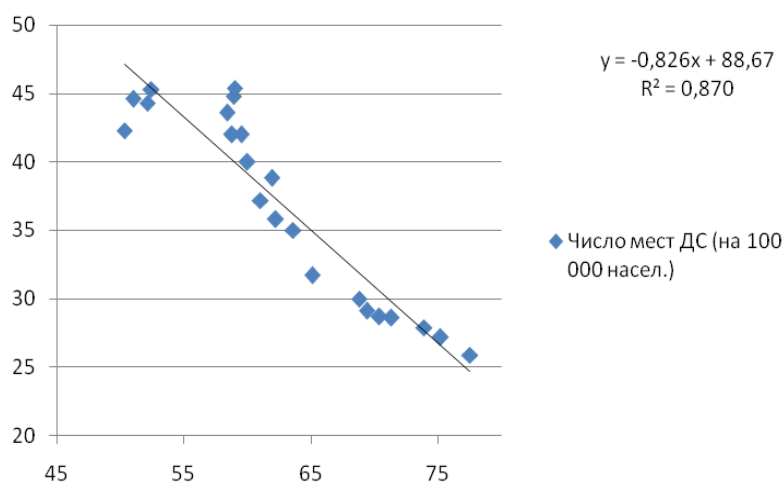


Рисунок 6.14. Линейная связь между показателями «Доля диспансерного наблюдения (%)» и «Число мест в ДС».

Отрицательный характер линейной связи означает, что при уменьшении мест в ДС увеличивается доля диспансерного наблюдения и наоборот.

6.2. Регрессионный анализ. Основные результаты.

Построение современной модели психиатрической службы предполагает учет и взаимосвязь различных факторов, медико-демографических индикаторов, структуры заболеваемости психическими расстройствами, особенностей сложившейся психиатрической службы и имеющихся ресурсов [163, 294, 297]. Поскольку в основу формирования психиатрической службы региона должно быть положено, в первую очередь, ее соответствие потребностям различных групп пациентов [15, 219], важной частью нашей работы стало моделирование динамики уровней заболеваемости и распространенности психическими расстройствами в регионе, уровня инвалидизации вследствие психических заболеваний, а также динамики ряда медико-демографических показателей.

6.2.1. Численность населения Санкт-Петербурга

В начале рассматриваемого периода в населении Санкт-Петербурга наблюдалась устойчивая депопуляция; с 2003-2004 гг. – замедление ее

темпов, а в последующие годы – прирост населения. В связи с этим можно предложить для описания динамики численности населения две модели: 1) для периода 1991-2003 гг.; 2) для периода 2004-2014 гг.

Модель-1 (для периода 1991-2003 гг.) выбиралась с учетом тренда депопуляции и описывается достаточно простой полиномиальной моделью 2-го порядка:

$$Y_1 = 5,0086 - 0,0396x + 0,001x^2 \quad (2.1)$$

Где Y_1 – численность населения (в млн. человек); x = (год – 1991) (приращение относительно 1991 г.). Коэффициент детерминации $R^2 = 0,9863$, т.е. модель-1 (2.1) объясняет 98,63% вариации показателя численности населения. На рис. 6.15 представлена графическая иллюстрация фактических и модельных данных.

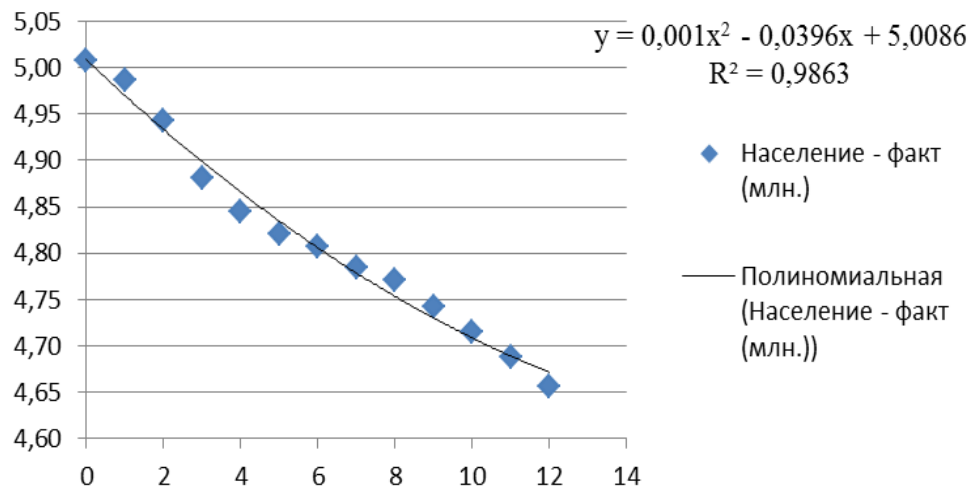


Рисунок 6.15. Фактические и модельные (2.1) данные для показателя численности населения Санкт-Петербурга.

Выбор модели-2 (для периода 2004–2014 гг.) можно осуществить с учетом результатов работы [293] и гипотезы о том, что показатель численности населения подчиняется логистической модели роста с насыщением:

$$Y_2 = A / (1 + B \exp(-kx)) \quad (2.2)$$

где Y_2 – численность населения (в млн. чел.); x = (год – 2004);

A , B , k – параметры модели (2.2), подлежащие определению.

При этом параметр k соответствует обобщенной оценке темпа роста населения. Параметр A имеет смысл предельной численности населения.

Далее, как и для модели (2.1), использовалась стандартная процедура подбора параметров модели (2.2) на основе метода наименьших квадратов, реализованная нами в среде MS Excel. Приведем в табл. 6.1 полученные оптимальные значения параметров модели (2.2)

Таблица 6.1. Оптимальные значения параметров модели для Y2

Параметры	A	B	k
Значения	8,5513	0,8596	0,0193

В табл. 6.2 приводятся расчетные значения численности населения Санкт-Петербурга, полученные по модели (2.2), а на рис. 6.2.16 – иллюстрация прогноза до 2025 г. Из таблицы 6.3 видно, что в период 2011-2014 гг. фактические и модельные значения практически совпадают (разница составляет 1-2%).

Таблица 6.2. Расчетные значения численности населения Санкт-Петербурга, полученные по модели (2.2).

Год	Население (млн.)
2011	4,926
2012	4,969
2013	5,012
2014	5,055
2015	5,098
2016	5,141
2017	5,183
2018	5,225
2019	5,267
2020	5,309
2021	5,351
2022	5,392
2023	5,433

Год	Население (млн.)
2024	5,474
2025	5,515

Таблица 6.3. Сравнение фактической и расчетной численности населения Санкт-Петербурга на начало года в 2011-2014 гг. (тыс. чел.).

Год	Расчетная численность	Фактическая численность
2011	4 926	4 899,3
2012	4 969	4 953,2
2013	5 012	5 028,0
2014	5 055	5 131,9

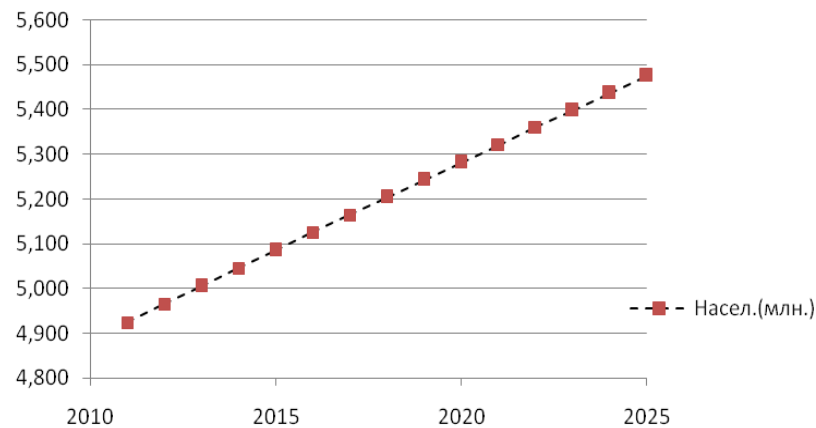


Рисунок 6.2.16. Прогнозные данные по модели (2.2) для показателя численности населения Санкт-Петербурга.

6.2.2. Возрастная структура населения

Возрастная структура населения Санкт-Петербурга в период 1991-2014 гг., представленная в главе 3 настоящей работы, описывает явный тренд, связанный с процессом «старения» населения. Выбор модели роста для основных групп можно осуществить с учетом гипотезы, что показатели численности этих групп населения описываются моделями роста (убывания) с насыщением при учете периодических колебаний, связанных с процессами рождаемости, смертности, миграции.

В частности, для групп 15-59 и 60+ была выбрана модель:

$$Y_3 = A/(1+b*\exp(-kx))+c*\cos(d*x) \quad (3)$$

где Y_3 – численность групп (%); x = (год – 1991);

A , b , c , d , k – параметры модели (3), подлежащие определению.

Приведем в табл. 6.4 полученные оптимальные значения параметров для модели (3) по соответствующим группам.

Таблица 6.4. Оптимальные значения параметров модели Y_3 для возрастных групп

параметр значения	A	b	c	d	k
Группа 15-59	66,914	0,085	1,754	0,412	0,224
Группа 60+	28,849	0,644	1,007	0,100	0,038

На рис. 6.17 представлена графическая иллюстрация фактических и модельных данных для группы 15-59 лет.

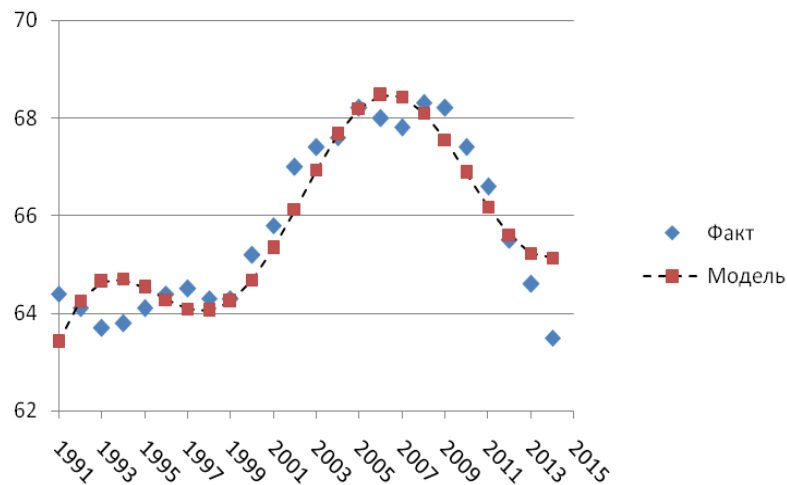


Рисунок 6.17. Фактические и модельные данные для показателя численности возрастной группы 15-59 лет (%) населения Санкт-Петербурга.

В табл. 6.5 приводятся прогнозные до 2025 г. значения численности (в %) группы 15-59 лет населения Санкт-Петербурга, полученные по модели (3), а на рис. 6.18 – соответствующая иллюстрация прогноза.

Таблица 6.5. Прогнозные значения численности возрастной группы 15-59 лет (%), полученные по модели (3).

Год	Прогноз
2015	65,3
2016	65,8
2017	66,4
2018	67,1
2019	67,8
2020	68,3
2021	68,6
2022	68,6
2023	68,3
2024	67,8
2025	67,1

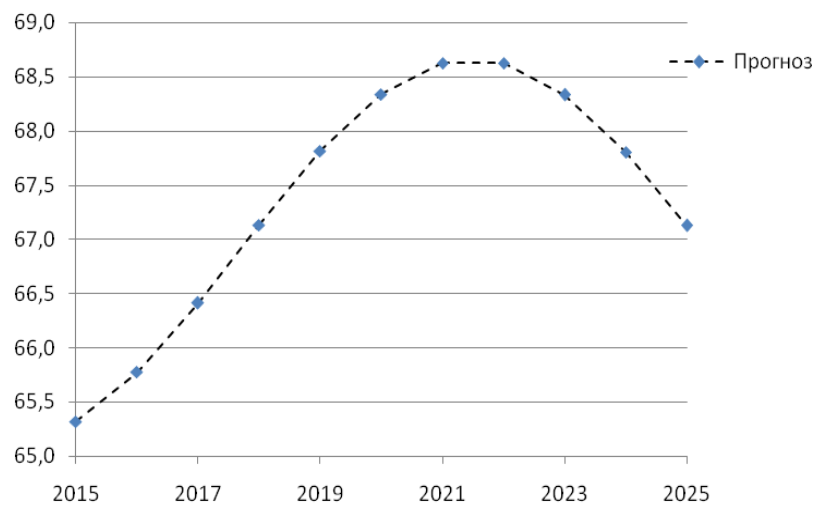


Рисунок 6.18. Прогнозные данные по модели (3) для показателя численности возрастной группы 15-59 лет (%) населения Санкт-Петербурга.

Аналогичные результаты для возрастных групп 60+ и 0-14 лет приводятся, соответственно, на рисунках 6.19-6.22 и в таблицах 6.6-6.7.

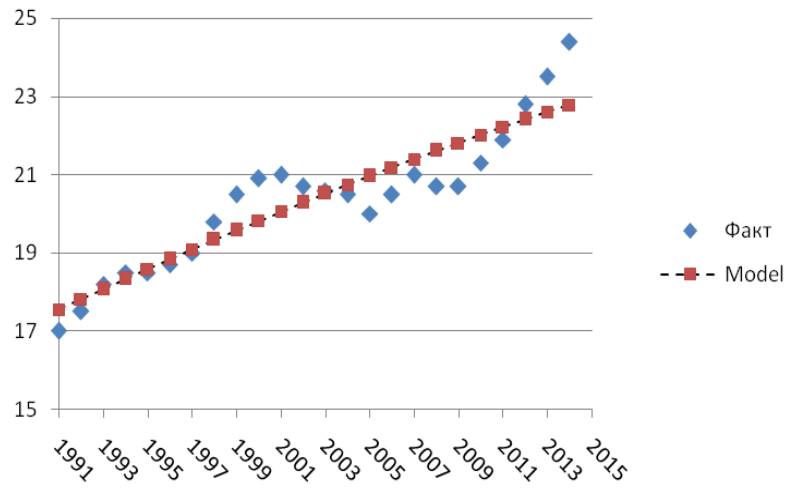


Рисунок 6.19. Фактические и модельные данные для показателя численности группы 60+(%) населения Санкт-Петербурга.

Таблица 6.6. Прогнозные значения численности возрастной группы 60+ (%), полученные по модели (3).

Год	Прогноз
2015	23,0
2016	23,1
2017	23,3
2018	23,5
2019	23,7
2020	23,8
2021	24,0
2022	24,1
2023	24,3
2024	24,4
2025	24,6

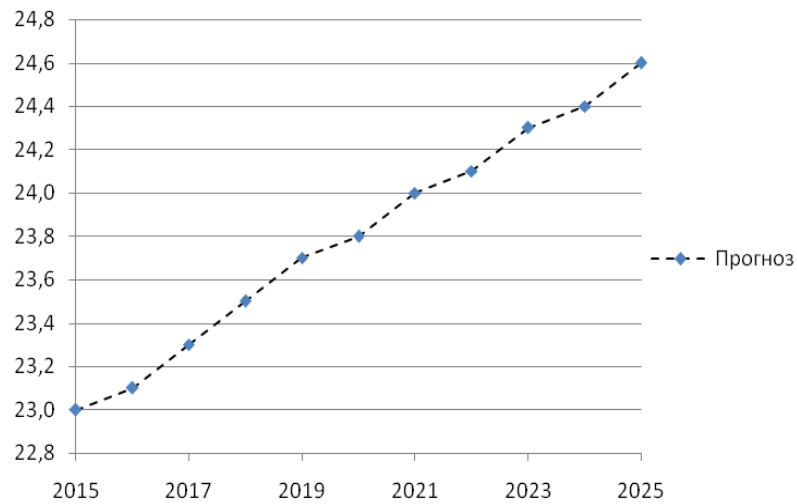


Рисунок 6.20. Прогнозные данные по модели (3) для показателя численности возрастной группы 60+ (%) населения Санкт-Петербурга.

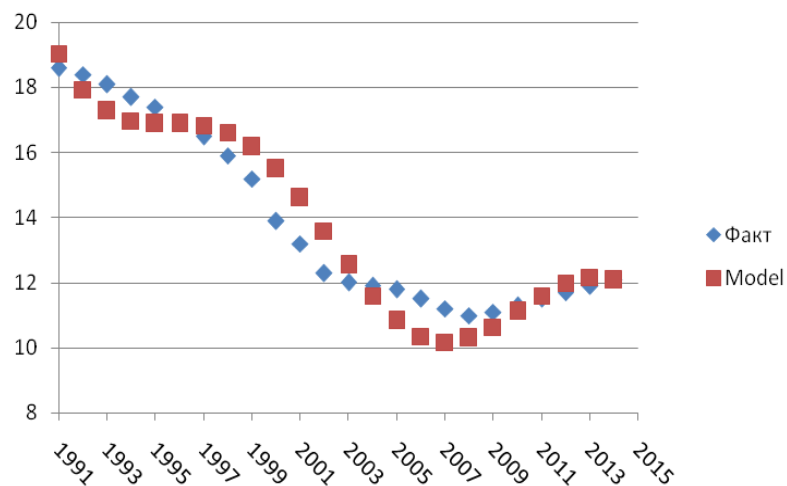


Рисунок 6.21. Фактические и модельные данные для показателя численности возрастной группы 0-14 лет (%) населения Санкт-Петербурга.

При условии, что известны фактические и расчетные значения для групп 15-59 лет и 60+, для группы 0-14 лет получаем дополнительные до 100% величины. На рис. 6.21 представлены фактические и расчетные значения для группы 0-14 лет.

Таблица 6.7. Прогнозные значения численности (%) возрастной группы 0-14 лет, полученные на основе модели (3).

Год	Прогноз
2015	11,7
2016	11,1
2017	10,3
2018	9,4
2019	8,5
2020	7,9
2021	7,4
2022	7,3
2023	7,4
2024	7,8
2025	8,3

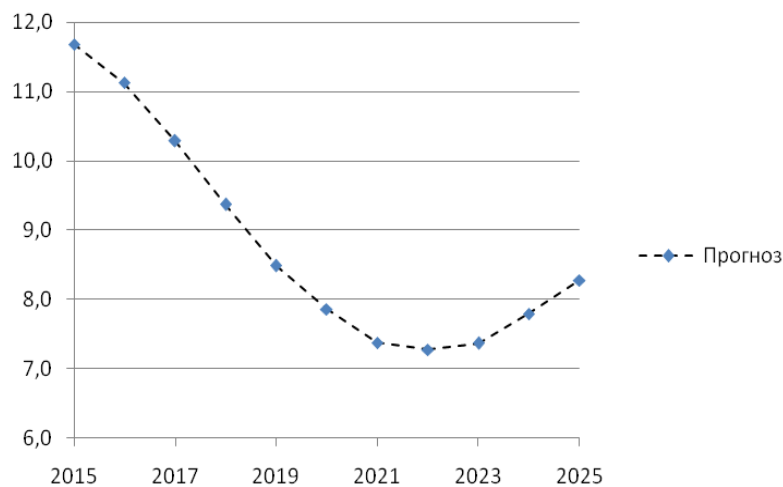


Рисунок 6.22. Прогнозные данные для показателя численности возрастной группы 0-14 лет (%) населения Санкт-Петербурга.

6.2.3. Модели динамики общей заболеваемости психическими расстройствами населения Санкт-Петербурга

Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге в период 1991-2014 гг. представлены в главе 3 настоящей работы. Для сравнения, на рис. 6.23 представлены значения показателя в Санкт-Петербурге и в РФ.

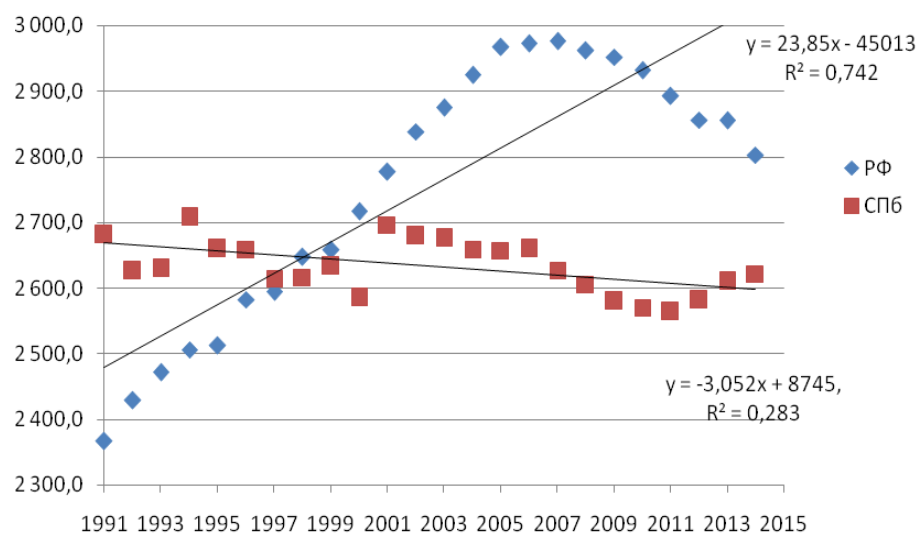


Рисунок 6.23. Значения показателя болезненности психическими расстройствами (в расчете на 100 тыс. населения) в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг.

В целом в рассматриваемый период в Санкт-Петербурге наблюдались колебания значений показателя в диапазоне 2 570-2 700 (в расчете на 100 тыс. населения), в отличие от ситуации в РФ, где наблюдался выраженный рост показателя в диапазоне от 2 360 до 2 960; с 2001 г. в городе отмечается выраженное снижение показателя от 2 700 до 2 570. В целом для РФ можно использовать динамическую линейную модель $Y=23,853 - 45\ 013$ с достаточно хорошей адекватностью ($R^2 = 0,742$), а для Санкт-Петербурга достаточно адекватную линейную модель можно предложить только в период 2000-2014 гг. Описанную ситуацию можно объяснить двумя существенными факторами: депопуляция в Санкт-Петербурге происходила более низкими темпами, чем в РФ (т.е. стресс депопуляции был менее выражен); обеспеченность врачами-психиатрами в Санкт-Петербурге в указанный период в 1,6-1,9 раза превышала российский показатель.

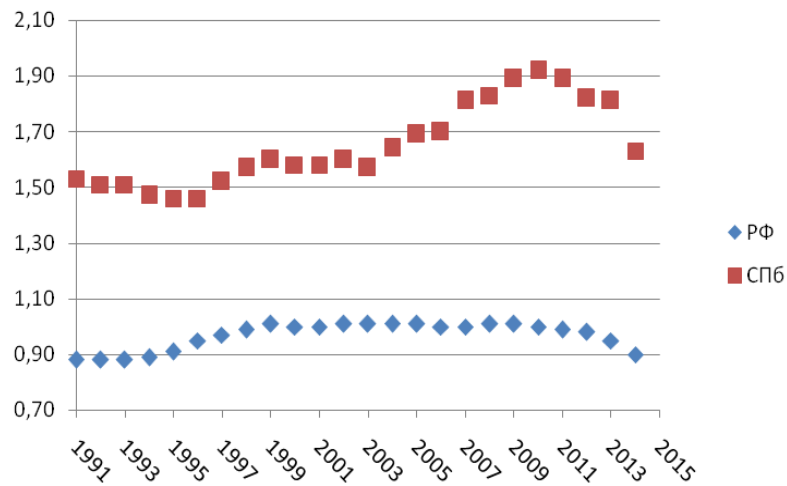


Рисунок 6.24. Значения показателя обеспеченности врачами-психиатрами (в расчете на 10 тыс. населения) в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг.

В связи с этим можно предложить простую линейную модель для показателя болезненности психическими расстройствами населения Санкт-Петербурга от указанных медико-демографических факторов:

$$Y_{\text{пр}} = 3,309 - 0,069 P_0 - 0,209 P_{\text{си}} \quad (4),$$

где $Y_{\text{пр}}$ – модельное значение показателя болезненности (на 100 человек населения); P_0 – численность населения (в млн.); $P_{\text{си}}$ – обеспеченность врачами-психиатрами (на 10 тыс. населения); значение $R^2 = 0,526$. Выбранный масштаб удобен для графического отображения.

На рис. 6.25 представлена иллюстрация фактических и модельных (на основе соотношения (4)) значений показателя болезненности.

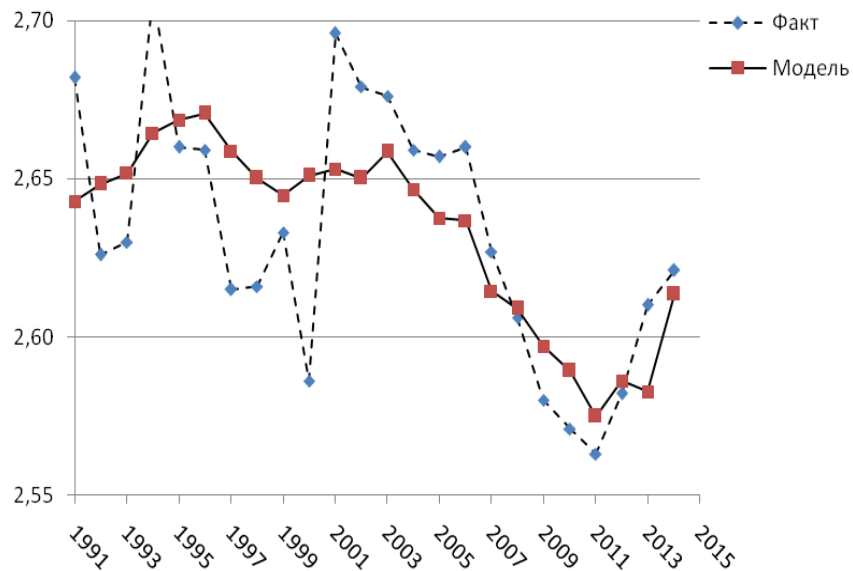


Рисунок 6.25. Фактические и модельные значения показателя болезненности психическими расстройствами (в расчете на 100 чел. населения) в С-Петербурге в 1991-2014 гг.

Для динамического прогноза используем квадратичный тренд на основе фактических значений показателя в период 2001-2014 гг.

$$Y = 0,0011 x^2 - 0,0244 x + 2,7347 \quad (5)$$

где Y – значение показателя, x – номер года (год – 2000), $R^2 = 0,809$.

Таблица 6.8. Прогнозные значения болезненности, полученные на основе модели (5).

Год	Прогноз болезненности (в расчете на 100 тыс. населения)
2015	2616,2
2016	2625,9
2017	2637,8
2018	2651,9
2019	2668,2
2020	2686,7
2021	2707,4
2022	2730,3
2023	2755,4
2024	2782,7
2025	2812,2

На рис. 6.26 представлены фактические и модельные динамические значения показателя болезненности психическими расстройствами.

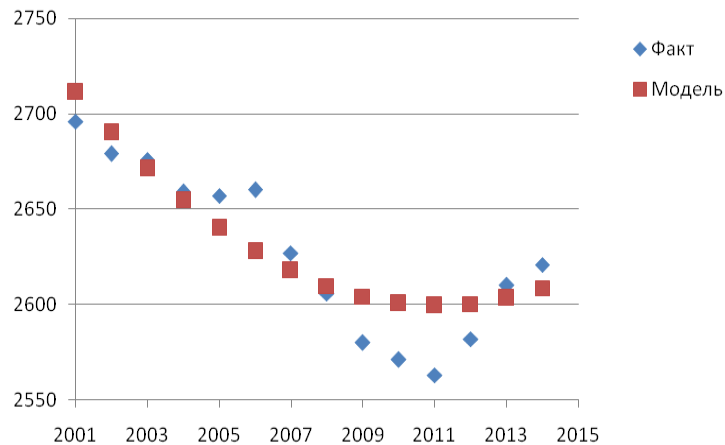


Рис. 6.26. Фактические и модельные (на основе модели (5)) значения показателя болезненности психическими расстройствами (в расчете на 100 тыс. населения) в Санкт-Петербурге в 2001-2014 гг.

6.2.4. Модели динамики инвалидизации вследствие психических заболеваний населения Санкт-Петербурга.

Значения показателя инвалидизации вследствие психических заболеваний, приведенные в главе 3 настоящей работы, для РФ и Санкт-Петербурга в 1991-2014 гг. имеют высокую степень корреляции ($r = 0,943$). Графическая иллюстрация представлена на рис. 6.27.

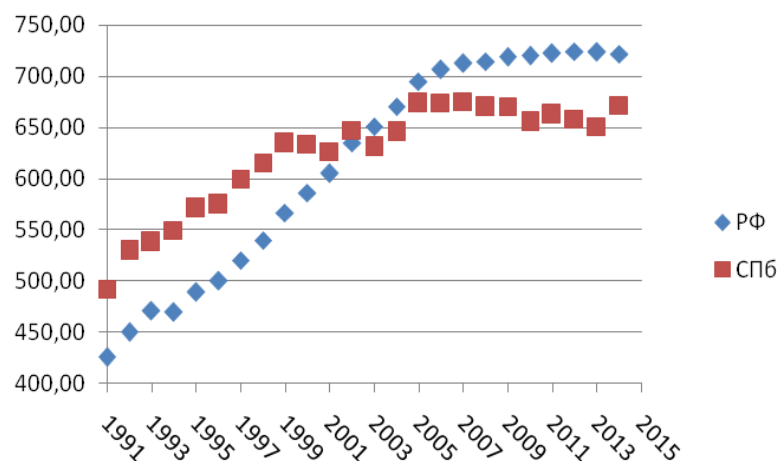


Рисунок 6.27. Инвалидизация вследствие психических заболеваний (в расчете на 100 тыс. населения) в Санкт-Петербурге и РФ в 1991-2014 гг.

Для динамической модели показателя инвалидизации населения Санкт-Петербурга используем модель логистического роста с насыщением:

$$Y_{inv} = A / (1 + B \exp(-k x)) \quad (6)$$

где Y_{inv} – значения показателя (на 100 000 насел.); $x = (\text{год} - 1991)$;

A, B, k – параметры модели (6), подлежащие определению.

При этом параметр k соответствует обобщенной оценке темпа роста показателя. Параметр A имеет смысл предельного значения показателя.

Приведем в табл. 6.9 полученные оптимальные значения параметров модели (3). Адекватность модели $R^2 = 0,968$.

Таблица 6.9. Оптимальные значения параметров модели инвалидизации (Y_{inv})

параметры значения	A	B	k
Значения	681,983	0,375	0,167

В табл. 6.10 приводятся для сравнения фактические и модельные (Y_{inv}) значения показателя инвалидизации вследствие психических заболеваний в период 1991-2010 гг., а на рис. 6.28 - соответствующая иллюстрация.

Таблица 6.10. Фактические и модельные (Y_{inv}) значения показателя инвалидизации (в расчете на 100 тыс. населения) для Санкт-Петербурга.

Год	Факт	Модель
1991	492,12	493,34
1992	529,27	516,81
1993	537,84	538,04
1994	549,61	557,03
1995	570,62	573,82
1996	574,41	588,54
1997	599,54	601,34
1998	615,42	612,38
1999	634,66	621,85
2000	633,76	629,94
2001	626,37	636,81

Год	Факт	Модель
2002	647,53	642,62
2003	631,09	647,52
2004	645,36	651,64
2005	673,51	655,10
2006	674,07	658,00
2007	675,16	660,42
2008	669,69	662,45
2009	670,32	664,14
2010	655,52	665,55
2011	662,90	666,72
2012	658,2	667,69
2013	651,10	668,50
2014	671,50	669,18

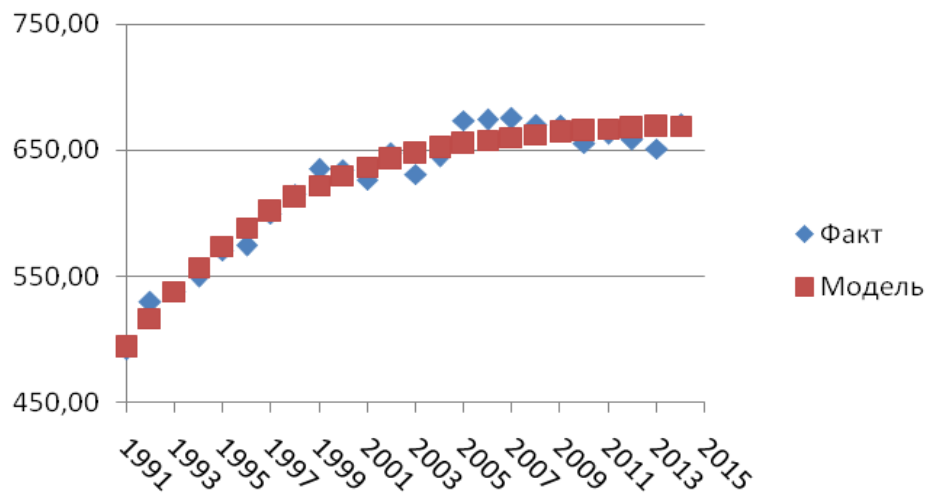


Рисунок 6.28. Фактические и модельные значения для показателя инвалидизации вследствие психических заболеваний (в расчете на 100 тыс. населения) для Санкт-Петербурга в 1991-2014 гг.

В табл. 6.11 приводятся прогнозные расчетные значения показателя, полученные по модели (3), а на рис. 6.29 – соответствующая иллюстрация прогноза до 2025 г.

Таблица 6.11. Прогнозные значения показателя инвалидизации вследствие психических заболеваний (в расчете на 100 тыс. населения) для Санкт-Петербурга, полученные по модели (6).

Год	Y _{inv}
2015	669,7
2016	670,2
2017	670,6
2018	670,9
2019	671,2
2020	671,4
2021	671,6
2022	671,7
2023	671,9
2024	672,0
2025	672,1

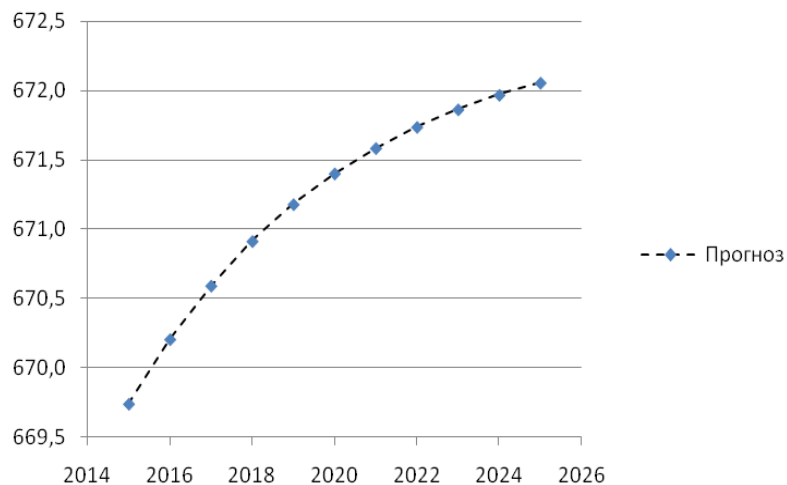


Рисунок 6.29. Прогнозные значения показателя инвалидизации вследствие психических заболеваний (в расчете на 100 тыс. населения) для Санкт-Петербурга.

Обсуждение.

Данные проведенного нами регрессионного анализа позволили определить прогностическую модель основных медико-демографических показателей и показателей состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга. Согласно этим данным, в период до 2025 г. при

прогнозируемом росте общей численности населения (на 7,4%) сохранится тренд, связанный с общим постарением населения. Следует ожидать увеличения доли лиц трудоспособного возраста (15-59 лет) – с 63,5 до 67,1% – за счет уменьшения доли детей (0-14 лет) с 12,1 до 8,3% при сохранении высокой доли лиц пожилого возраста (60 лет и старше) – до 24,6%. Эти данные указывают на необходимость развития форм помощи, адресованных определенным возрастным группам, в первую очередь, пациентам старшего возраста.

При сохранении существующей динамики медико-демографических индикаторов и показателей состояния психического здоровья населения, в период до 2025 г. можно ожидать умеренное (до 5,0%) увеличение уровня общей заболеваемости психическими расстройствами. При этом прогнозируется утяжеление контингента наблюдаемых пациентов, в первую очередь, за счет роста (порядка 1%) числа инвалидов вследствие психических заболеваний.

Данные проведенного нами корреляционного анализа позволили изучить связи между показателями состояния психического здоровья населения и показателями деятельности психиатрической службы, сделать выводы об эффективности работы ее различных звеньев.

Исследование корреляции показателей общей заболеваемости (болезненности) и численности населения показало, что полученный коэффициент корреляции является статически незначимым, что предполагает возможную нелинейную связь между ними. В то же время установлена достаточно значимая корреляционная связь между показателями первичной заболеваемости и численности населения. «Отрицательный» характер этой связи указывает на то, что при прогнозируемом росте численности населения можно прогнозировать снижение уровня первичной заболеваемости, а при депопуляции следует ожидать увеличения этого показателя.

При определении места и роли стационарного звена в системе психиатрической помощи важно оценить корреляционные связи показателя

уровня госпитализации с другими индикаторами. С показателем «Доля диспансерного наблюдения» уровень госпитализации находится в слабой положительной связи, а с показателем «Число недобровольно освидетельствованных диспансером» – в умеренной отрицательной корреляционной связи: чем больше частота освидетельствований – тем ниже уровень госпитализаций. Это указывает на имеющийся потенциал для уменьшения потребности в госпитальных видах помощи: данные, проведенные в главе 4 настоящей работы, говорят о том, что показатель недобровольных освидетельствований амбулаторной службой города в несколько раз ниже, чем в среднем по РФ.

Показатель «Уровень недобровольных госпитализаций» находится в значимой корреляционной связи с показателем «Число посещений участкового врача психиатра»: при увеличении числа посещений уровень недобровольных госпитализаций возрастает. При этом следует учитывать приведенные в главе 4 данные о том, что нагрузка на участкового психиатра в амбулаторной службе Санкт-Петербурга, измеряемая числом посещений, была и остается ниже, чем в среднем по РФ. Таким образом, выявленные закономерности указывают на необходимость активизации работы амбулаторной службы для снижения потребности в использовании стационарного звена.

Между числом психически больных инвалидов в расчете на численность населения и уровнем заболеваемости установлена значимая линейная связь, «положительный» характер которой указывает на увеличение инвалидизации при росте заболеваемости населения. Установлена значимая линейная связь между показателем инвалидизации и числом мест в ЛТМ: «отрицательный» характер связи указывает на рост уровня инвалидизации при уменьшении числа мест в ЛТМ. Эти данные являются актуальными в связи с наблюдаемым критическим состоянием системы социально-трудовой реабилитации в амбулаторном звене, ликвидацией производственной деятельности ЛТМ.

Другим индикатором, находящимся в значительной линейной связи с уровнем инвалидизации, является показатель числа больных, находящихся в стационаре свыше 1 года. «Положительный» характер этой связи свидетельствует об увеличении числа инвалидов вследствие психических заболеваний при увеличении численности данной категории стационарных пациентов – и наоборот. Это обстоятельство представляется актуальным с учетом сохранения значительной доли хронизированных больных в психиатрических стационарах города. Напомним, что еще до появления нейролептиков и развития психиатрической реабилитации в 1930-1950-е гг. активно изучалась проблема конечных, исходных состояний и связанного с ними феномена госпитализма, ведущего к выраженной инвалидизации этого контингента [121, 153]. Приведенные данные указывают на важность развития форм помощи, нацеленных на снижение уровня инвалидизации психически больных – восстановление системы социально-трудовой реабилитации в амбулаторных условиях и активное лечение и реабилитация пациентов, находящихся в стационарах свыше 1 года.

Отрицательная корреляционная связь между числом мест в ДС и уровнем госпитализации больных является средней, при этом рост числа мест в ДС никак не соотносится с уменьшением числа коек. Это может свидетельствовать о том, что наращивание мощности ДС не привело к соответствующему уменьшению потребности в госпитальной помощи, уменьшению числа коек, т.е. ДС не вполне эффективно выполняют функцию стационарозаменения.

Показатель «Число психиатрических коек» слабо коррелирует с показателем уровня госпитализации. Это указывает на то, что происходившее в течение исследуемого периода умеренное сокращение коечного фонда не соотносилось с уменьшением потребности в госпитальной помощи. Положительная линейная связь показателей «Число психиатрических коек» и «Сроки стационарного лечения» показывает, что сроки стационарного лечения уменьшались при сокращении коечного фонда.

Таким образом, рассматривая полученные данные, можно предположить, что определение оптимальной величины коечного фонда психиатрических стационаров, как и определение величины его сокращения, носят достаточно произвольный характер: этот процесс мало связан с изменениями уровня потребности в госпитальной помощи. Стационарные психиатрические учреждения по сути «приспосабливают» сроки лечения к производимым «сверху», т.е. со стороны органов управления изменениям и сохраняя неуточненный резерв деинституциональных мероприятий. При этом развитие полустационарных видов помощи недостаточно связано с эволюцией стационарного звена. Деятельность ДС, финансируемых из бюджетов районов, планируется и оценивается без достаточного учета общегородских задач службы.

Выводы.

1. Результаты использованного нами корреляционного и регрессионного анализа говорят о том, что применение системного подхода позволяет установить наиболее значимые связи между медико-демографическими, социальными индикаторами и результатами деятельности служб психического здоровья. Выделение этих связей позволяет определить различные по уровню актуальности проблемы психиатрии, что служит основой для принятия обоснованных решений по реформированию системы психиатрической помощи. Следует подчеркнуть, что полученные нами данные в целом соответствуют результатам специальных исследований, проводимых сотрудниками ФГБНУ Научный Центр психического здоровья [278, 297].

2. Полученные данные имеют важное значение для организации психиатрической помощи в регионе. В частности, они позволяют строить долговременный и оперативный прогноз заболеваемости психическими расстройствами, уровня инвалидизации вследствие психических заболеваний.

3. Применение корреляционного анализа дает возможность определить неиспользуемые резервы увеличения объема и повышения качества психиатрической помощи, оценить эффективность деятельности различных звеньев психиатрической службы. В частности, полученные данные позволяют обосновать мероприятия, направленные на снижение уровня инвалидизации психически больных, использование стационарозамещающих технологий, активизацию работы амбулаторной психиатрической службы и снижение потребности в использовании госпитальных видов помощи, оптимизацию коечного фонда психиатрических стационаров.

ГЛАВА 7. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ И ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ О ЕЁ СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ

Известно, что общественное мнение представляет собой состояние массового сознания, которое отражает отношение к общественным событиям, к деятельности различных групп, организаций, отдельных личностей; выражает позицию по отношению к различным проблемам, регулирует поведение индивидов, социальных групп и институтов, прививает нормы общественных отношений. Применительно к теме нашего исследования, речь идет об изучении общественного мнения о лицах с психическими расстройствами, о психиатрической службе Санкт-Петербурга и специалистах в ней работающих, о видах и качестве помощи, которые они оказывают, а также об оценке этой помощи самими её пользователями (родственниками пациентов).

Для решения этой задачи, как отмечалось в главе 2-й, был выбран один из методов социологического опроса – анкетирование, с использованием анкет, разработанных в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ под руководством проф. В.С. Ястребова для разных категорий работников психиатрических служб и для пользователей помощи. В проводимом нами исследовании вопросы анкет были сформулированы в соответствии с *методом иерархического моделирования (МАИ)*, разработанным сотрудником названного выше отдела канд. мат. наук, проф. В.Г. Митихиным. Этот метод, в отличие от матричной модели, ориентированной только на качественный, концептуальный анализ, предполагает математический анализ, необходимый для интегральной количественной оценки той или иной структуры и оценки альтернативных решений по изменению ее деятельности. Использование этого метода обусловлено возможностью получить объективные количественные оценки весомости наиболее важных структурных элементов психиатрической

службы, параметров её функционирования, результатов деятельности, в том числе, и тех, которые имеют качественные, не поддающиеся количественному исчислению параметры оценки (правовые, этические, социальные и др.).

Напомним, что материалом для анализа послужили анкеты 647 респондентов. Как отмечалось ранее, вопросы анкет были разделены на 5 тематических блоков. Часть вопросов с иерархической ранжировкой ответов предусматривала обработку материалов с использованием МАИ, подробное описание которого дано нами в главе 2 настоящей работы; здесь же, за неимением места, мы будем приводить только окончательные результаты математической обработки ответов. В связи с тем, что, по нашему мнению, результаты исследования могут представить несомненный интерес для всех категорий специалистов и пользователей психиатрической помощи, мы сочли необходимым значительное место выделить для приведения вариантов ответов респондентов в относительных цифровых величинах.

Результаты социологического опроса специалистов психиатрических служб и пользователей психиатрической помощи

Блок № 1. Правовые и этические вопросы

На вопрос о том, **представляет ли действующий ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» правовую защиту лицам, страдающим психическими расстройствами**, от 36,0% до 59,1% в разных группах (в среднем, $46,3 \pm 8,6\%$) профессионалов – сотрудников психиатрических учреждений ответили утвердительно; от 32,0% до 56,0% (в среднем, $45,7 \pm 7,1\%$) – «да, частично»; от 0,0% до 10,0% (в среднем, $1,8 \pm 3,3\%$) – «нет», а от 0,0% до 14,0% (в среднем, $6,2 \pm 4,0\%$) затруднились с ответом. При этом число положительных ответов в группах руководителей стационарных и амбулаторных учреждений сильно различалось (36,0% и 59,1% соответственно). Пользователи (родственники пациентов) дали менее оптимистичную оценку действующему закону: от

16,0% до 40,0% в разных группах респондентов (в среднем, $29,5 \pm 10,2\%$) ответили «да»; «да, частично» – от 28,0% до 58,0% (в среднем, $41,0 \pm 15,4\%$); «нет» – от 0,0% до 6,0% (в среднем, $3,0 \pm 2,6\%$); затруднились с ответом от 20,0% до 38,0% (в среднем, $26,5 \pm 8,5\%$).

Замечания профессионалов о недостатках действующего ФЗ включали следующие: недостаточная защита прав сотрудников, участвующих в оказании психиатрической помощи (46,0%); несоответствие ФЗ другим законодательным и подзаконным актам, нечеткие юридические формулировки, допускающие разные толкования (26,0%); слишком сложные процедуры недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации (23,0%); недостаточность кадровых, правовых и финансовых механизмов реализации закона (5,0%); отсутствие достаточной правовой защиты родственников пациентов и обеспечения прав психически больных на санаторно-курортное лечение (менее 1%). Пользователи в своем большинстве не высказывали конкретных замечаний в отношении действующего ФЗ; в числе отдельных ответов были следующие: отсутствие в законе особых гарантий помощи одиноким больным, права свободного выбора врача, недостаточные гарантии качества помощи.

На вопрос о том, **соблюдаются ли персоналом психиатрических учреждений этические нормы (гуманное и уважительное отношение, соблюдение прав личности, конфиденциальность и др.) по отношению к пациентам**, от 16,0% до 54,5% профессионалов (в среднем, $38,9 \pm 10,9\%$) ответили – «да»; от 44,0% до 80,0% (в среднем, $52,7 \pm 1,2\%$) – «да, но не в полной мере»; от 0,0% до 10,0% (в среднем, $6,0 \pm 3,7\%$) – «нет»; от 0,0% до 4,0% (в среднем, $2,4 \pm 1,6\%$) затруднились с ответом. Сотрудники стационарного звена оценивали ситуацию более критично, чем сотрудники амбулаторной службы: полагали, что этические нормы соблюдаются, только 16,0% руководителей, 28,0% медицинских сестер и 32,0% социальных работников, инструкторов трудовой терапии (в дальнейшем – СР и ИТР

соответственно). Аналогичные показатели тех же групп сотрудников амбулаторного звена составляют 54,5%, 42,0%, 40,0% соответственно.

Оценка ситуации, с точки зрения пользователей, выглядела следующим образом: считают, что этические нормы соблюдаются, от 28,0% до 58,0% (в среднем, $46,5 \pm 14,5\%$); не в полной мере – от 28,0% до 60,0% (в среднем, $42,5 \pm 13,8\%$); не соблюдаются – от 0,0% до 2,0% (в среднем, $2,0 \pm 1,6\%$); затруднились с ответом от 6,0% до 12,0% (в среднем, $9,0 \pm 2,6\%$). Более критичной была оценка пользователей амбулаторной помощи, вовлеченных в деятельность общественных организаций: только 28,0% из них полагали, что этические нормы соблюдаются полностью.

Ответы на вопрос о том, **чье отношение к психически больным в психиатрических учреждениях необходимо улучшать в первую очередь**, респонденты указывали в приоритетном порядке. Профессионалы полагали, что наиболее проблемной группой в этом плане является младший медицинский персонал (от 13,6% до 40,0%, в среднем, $28,2 \pm 8,1\%$); на второе место (от 10,0% до 48,0%, в среднем, $22,3 \pm 11,3\%$) они поставили средний медицинский персонал. Оценка сотрудников стационарного звена в оценке отношения медсестер к больным была наиболее критичной: руководители – 40,0%, врачи и СР – 30,0%. На третье место респонденты поместили руководителей психиатрических учреждений – от 0,0% до 18,0%, в среднем, $9,8 \pm 4,9\%$. Мнения самих руководителей разделились: оценка руководителей амбулаторных учреждений была достаточно самокритичной – 13,6%, а руководители стационаров, напротив, вообще не включили категорию руководителей в «негативный» рейтинг (0,0%). По результатам ответов, врачи находились на четвертом месте (от 4,0% до 27,3%, в среднем, $9,1 \pm 7,1\%$); наиболее критично оценивали их отношение к психически больным руководители амбулаторных психиатрических учреждений. От 0,0% до 12,0% (в среднем, $4,8 \pm 4,2\%$) респондентов полагали, что требует улучшения отношение к больным технического и административного персонала учреждений. Около четверти участников опроса (от 8,0% до

40,0%, в среднем, $25,8 \pm 10,0\%$) затруднились дать ответ на этот вопрос; их доля была выше среди сотрудников амбулаторного звена.

«Негативный» рейтинг медицинских работников, в представлении пользователей помощи, выглядел иначе. На первом месте оказались врачи – от 6,0% до 30,0% (в среднем, $18,5 \pm 12,3\%$); на втором – руководители учреждений – от 6,0% до 24,0% (в среднем, $16,0 \pm 7,8\%$); на третьем – средний медицинский персонал – от 10,0% до 22,0% (в среднем, $15,0 \pm 5,3\%$) и лишь на последнем месте – младший медицинский персонал – от 6,0% до 20,% (в среднем, $12,5 \pm 6,7\%$). Более трети респондентов – от 22,0% до 54,0% (в среднем, $37,0 \pm 13,2\%$) – затруднились с ответом. Родственники пациентов амбулаторных учреждений наиболее критично оценивали отношение к больным врачей (29,0%), родственники пациентов психиатрических стационаров – отношение медицинских сестер (19,0%).

Вопрос о том, **как окружающие в целом относятся к психически больным**, предусматривал иерархическую ранжировку предлагаемых ответов. Респонденты чаще всего оценивали отношение окружающих к психически больным как «пренебрежительное, уничижительное» или «негативное, враждебное», реже – как «безразличное» или «сочувственное». Результаты математической обработки всех анкет с иерархической ранжировкой ответов дали наиболее весомый ответ: окружающие в целом относятся к психически больным пренебрежительно, уничижительно. Вопрос о том, **как образ психически больного представлен в средствах массовой информации** также предусматривал иерархическую ранжировку ответов. Результаты математической обработки всех анкет показали наиболее весомый ответ: образ психически больного СМИ представляют как «безразличное».

Опрос показал, что большинство профессионалов – от 52,0% до 62,0% (в среднем, $58,3 \pm 3,3\%$) **знают о том, что в отечественной психиатрии существует этический кодекс психиатра**; от 8,0% до 27,3% (в среднем, $16,1 \pm 5,9\%$) об этом не знают, а четверть опрошенных, от 13,6% до 36,0% (в

среднем, $25,6 \pm 6,2\%$) затруднились с ответом. Большинство пользователей (от 54,0% до 64,0%, в среднем, $60,0 \pm 4,3\%$) затруднились с ответом.

Респондентам было предложено **выбрать наиболее приемлемую модель взаимоотношений врача и больного** – патерналистскую (больной следует указаниям врача), партнерскую (больной и врач выступают равноправными партнерами), клиентскую (врач выступает в качестве эксперта, а больной – в роли клиента). Большая часть профессионалов (от 42,0% до 72,7%, в среднем, $56,7 \pm 10,4\%$) предпочли партнерскую модель, однако обнаружилось немало сторонников и патерналистской модели (от 9,1% до 46,0%, в среднем, $28,9 \pm 11,1\%$). Клиентскую модель предпочли от 8,0% до 20,0% (в среднем, $12,8 \pm 3,8\%$), а от 0,0% до 6,0% (в среднем, $1,6 \pm 2,3\%$) респондентов затруднились с ответом. Примечательно, что руководители и врачи стационарных и амбулаторных учреждений обнаружили разнонаправленные предпочтения. Руководители стационарного звена в большей степени, чем их коллеги в амбулаторном звене, предпочитают патерналистскую модель (24,0% и 9,1 % соответственно) и в меньшей степени – партнерскую (56,0% и 72,7% соответственно). Врачи-психиатры стационаров, напротив, в большей степени, чем их коллеги амбулаторной сети, предпочли партнерскую модель (72,0% и 42,0% соответственно) и в меньшей степени – патерналистскую (18,0% и 46,0% соответственно). Наибольшее число сторонников клиентской модели обнаружилось среди руководителей учреждений. Пользователи психиатрической помощи в большей степени отдавали предпочтение патерналистской модели – от 32,0% до 48,0% (в среднем, $42,5 \pm 7,2\%$), более, чем партнерской – от 32,0% до 46,0% (в среднем, $39,5 \pm 6,6\%$). Клиентскую модель выбрали от 4,0% до 18,0% (в среднем, $11,5 \pm 6,0\%$), а от 4,0% до 8,0% (в среднем, $6,5 \pm 1,9\%$) респондентов затруднились с ответом.

На вопрос о том, **нужно ли сообщать пациенту о его психическом заболевании**, от 66,0% до 100,0% (в среднем, $80,8 \pm 10,6\%$) профессионалов ответили утвердительно; от 0,0% до 14,0% (в среднем, $7,3 \pm 4,3\%$) –

отрицательно; от 0,0% до 14,0% (в среднем, $11,9 \pm 6,5\%$) затруднились с ответом. Респонденты, утвердительно ответившие на этот вопрос, указывали форму, в которой нужно сообщать пациенту о его психическом заболевании. Чаще всего предлагалось «информировать лишь об общих закономерностях течения и прогнозе заболевания». Популярными были другие варианты ответов – «использовать т.н. реабилитационный (завуалированный) диагноз», «обойтись самыми общими формулировками», «характеризовать только статус на момент осмотра». Сообщать пациенту точный диагноз считают необходимым только 4,5% руководителей и 6,0% врачей амбулаторного звена; руководители и врачи стационаров этот вариант исключили совсем. На вопрос о том, **необходимо ли сообщать о факте психического заболевания родственникам пациента**, утвердительно ответили от 74,0% до 90,9% (в среднем, $78,9 \pm 4,6\%$) профессионалов; отрицательно – от 0,0% до 20,0% (в среднем, $12,6 \pm 6,3\%$); затруднились с ответом – от 4,0% до 16,0% (в среднем, $8,5 \pm 3,7\%$).

Интересной представляется позиция родственников пациентов по этому вопросу. От 52,0% до 68,0% (в среднем, $60,5 \pm 7,0\%$) респондентов считают, что о болезни необходимо информировать самого пациента; от 14,0% до 18,0% (в среднем, $16,0 \pm 1,6\%$) полагают, что этого делать не надо; от 16,0% до 30,0% (в среднем, $23,5 \pm 5,9\%$) респондентов затруднились с ответом. В то же время, подавляющее большинство, от 78,0% до 88,0% (в среднем, $84,0 \pm 4,3\%$) респондентов считают, что о факте заболевания необходимо информировать родственников пациента; от 2,0% до 8,0% (в среднем, $5,0 \pm 2,6\%$) с этим не согласны; от 8,0% до 14,0% (в среднем, $11,0 \pm 2,6\%$) респондентов затруднились с ответом.

На вопрос о **необходимости информирования пациента об особенностях его лечения, механизме действия, показаниях, побочных действиях лекарственных препаратов** утвердительно ответили от 64,0% до 96,0% (в среднем, $91,3 \pm 3,5\%$) профессионалов; отрицательно – от 0,0% до 8,0% (в среднем, $6,8 \pm 2,7\%$); затруднились с ответом – от 0,0% до 8,0% (в

среднем, $2,9 \pm 2,9\%$). При ответе на этот вопрос пользователи были не столь уверены: положительно ответили от 52,0% до 70,0% (в среднем, $62,0 \pm 7,5\%$); отрицательно – от 10,0% до 20,0% (в среднем, $16,0 \pm 4,3\%$); затруднились с ответом от 20,0% до 28,0% (в среднем, $22,0 \pm 4,0\%$). На аналогичный вопрос, касающийся **необходимости информирования родственников пациента**, утвердительно ответили от 76,0% до 95,5% (в среднем, $83,3 \pm 5,2\%$) профессионалов; отрицательно – от 0,0% до 12,0% (в среднем, $5,6 \pm 4,1\%$); затруднились с ответом от 4,0% до 14,0% (в среднем, $11,1 \pm 3,7\%$) респондентов. Сами родственники пациентов ответили на этот вопрос следующим образом: «да» - от 80,0% до 90,0% (в среднем, $84,5 \pm 5,3\%$), «нет» – $4,0 \pm 0,0\%$; затруднились с ответом – от 6,0% до 16,0% (в среднем, $11,5 \pm 5,2\%$). Таким образом, профессионалы считают, что об особенностях лечения и возможных рисках фармакотерапии, в первую очередь, нужно информировать самого пациента, а во вторую очередь, его родственников. Родственники пациентов, полагая, что они в большей степени, чем сам больной, должны быть информированы о его психическом расстройстве и лечении, подтверждают их фиксированное ранее предпочтение патерналистской модели.

На вопрос о **необходимости проведения специальных образовательных программ для больных и их родственников по основам знаний о психическом здоровье, раннем выявлении и лечении психических расстройств** от 84,0% до 100,0% (в среднем, $91,2 \pm 5,4\%$) профессионалов ответили утвердительно (в том числе все руководители учреждений); отрицательно – от 0,0% до 4,0% (в среднем, $2,2 \pm 1,5\%$); затруднились с ответом от 0,0% до 12,0% (в среднем, $6,6 \pm 4,1\%$). Схожим образом высказались и пользователи помощи: «да» – от 82,0% до 90,0% (в среднем, $85,0 \pm 3,5\%$); «нет» – от 2,0% до 6,0% (в среднем, $4,0 \pm 1,6\%$); затруднились с ответом от 6,0% до 14,0% (в среднем, $11,0 \pm 3,5\%$).

Ряд вопросов анкеты касался деятельности организаций пользователей и их оценки сотрудниками психиатрических учреждений и самими

пользователями. На вопрос, **должны ли больные и их родственники принимать участие в решении вопросов, связанных с улучшением качества помощи и перепрофилизацией психиатрической службы**, положительно ответили от 52,0% до 68,0% (в среднем, $60,7 \pm 4,8\%$) профессионалов; отрицательно – от 20,0% до 32,0% (в среднем, $26,6 \pm 4,9\%$); затруднились с ответом – от 6,0% до 18,0% (в среднем, $12,7 \pm 4,3\%$) респондентов. Положительных ответов пользователей было больше – от 66,0% до 72,0% (в среднем, $69,5 \pm 3,0\%$); отрицательных – от 8,0% до 14,0% (в среднем, $11,0 \pm 2,6\%$); затруднились с ответом – от 14,0% до 22,0% (в среднем, $19,5 \pm 3,8\%$). На вопрос о том, **целесообразно ли участие общественных организаций психически больных и их родственников в оказании отдельных видов помощи пациентам**, положительно ответили от 64,0% до 100,0% (в среднем, $79,2 \pm 10,5\%$) профессионалов. Это предложение единодушно поддержали руководители амбулаторных учреждений (100,0%) и в большей степени сотрудники амбулаторного звена, чем сотрудники стационаров (соответственно, $82,8 \pm 11,2\%$ и $75,6 \pm 9,5\%$). Отрицательно к этой идее отнеслись от 0,0% до 20,0% (в среднем, $12,0 \pm 5,5\%$) респондентов; затруднились с ответом от 0,0% до 16,0% (в среднем, $8,8 \pm 4,9\%$). Позиция пользователей была более сдержанной. Посчитали целесообразным такое участие две трети участников опроса – от 58,0% до 74,0% (в среднем, $67,5 \pm 4,7\%$); затруднились с ответом от 20,0% до 30,0% (в среднем, $24,5 \pm 5,3\%$); высказались отрицательно от 0,0% до 14,0% (в среднем, $8,0 \pm 6,3\%$) респондентов. Более активно идею поддержали родственники амбулаторных пациентов – как вовлеченные (70,0%), так и не вовлеченные в деятельность пациентских организаций (74,0%). На вопрос, **в чём именно могли бы принимать участие общественные организации психически больных и их родственников**, отвечали респонденты всех групп, которые утвердительно ответили на предыдущий вопрос. Результаты математической обработки всех анкет с иерархической ранжировкой ответов позволили

выявить наиболее весомый ответ: главным направлением деятельности таких организаций должна быть работа групп само – и взаимопомощи.

Участникам опроса было предложено **оценить деятельность существующих общественных организаций психически больных и их родственников**. Положительную оценку им дали лишь от 6,0% до 22,7% (в среднем, $10,7 \pm 5,6\%$) профессионалов, нейтральную – от 26,0% до 59,1% (в среднем, $36,7 \pm 8,0\%$), отрицательную – от 9,1% до 34,0% (в среднем, $27,1 \pm 8,1\%$). Следует отметить, что положительно или нейтрально деятельность пациентских организаций оценили 81,8% руководителей амбулаторного звена и только 52,0% руководителей стационаров. Руководители и врачи стационаров давали отрицательную оценку (28,0% и 34,0% соответственно) чаще, чем их коллеги амбулаторного звена (9,1% и 24,0% соответственно). От 9,1% до 34,0% (в среднем, $23,7 \pm 7,8\%$) респондентов затруднились с ответом, а от 0,0% до 4,0% (в среднем, $1,8 \pm 1,5\%$) дали свою особую оценку, которую можно отнести к отрицательной. Мнение пользователей помощи было более благоприятным: от 16,0% до 36,0% (в среднем, $24,0 \pm 9,1\%$) из них дали положительную оценку; от 18,0% до 50,0% (в среднем, $29,0 \pm 14,7\%$) - нейтральную, а отрицательную – лишь от 0,0% до 6,0% (в среднем, $3,5 \pm 3,0\%$). Обращает на себя внимание большая доля затруднившихся с ответом – от 32,0% до 58,0% (в среднем, $42,0 \pm 11,2\%$). Небольшое число респондентов указали «другую» оценку, не дав, однако, необходимых пояснений ($1,5 \pm 1,9\%$).

Блок № 2. Проблемы структуры психиатрической помощи и ее качества.

Часть вопросов анкет этого кластера были «сквозными» и адресовались всем группам опрашиваемых. На вопросы, непосредственно затрагивающие деятельность стационарных и амбулаторных учреждений, отвечали сотрудники этих учреждений и родственники пациентов, получающих помощь в соответствующем звене психиатрической службы.

Ответ на вопрос о том, **является ли оправданной современная мировая тенденция к сокращению числа психиатрических больниц и коек и расширению объема внебольничной помощи**, выявил разногласия в позициях профессионалов и пользователей помощи по этой проблеме. От 20,0% до 68,2% (в среднем, $41,4 \pm 13,1\%$) профессионалов дали утвердительный ответ, от 20,0% до 50,0% (в среднем, $36,7 \pm 10,0\%$) - отрицательный; от 9,1% до 36,0% (в среднем, $21,9 \pm 10,0\%$) затруднились с ответом. При этом работники амбулаторного звена в большей степени, чем сотрудники больниц, оказались сторонниками перемещения помощи в сообщество ($46,8 \pm 15,0\%$ и $36,0 \pm 9,5\%$ соответственно); в еще большей степени различалась позиция руководителей амбулаторных и стационарных учреждений ($68,2\%$ и $44,0\%$ соответственно). Среди пользователей помощи сторонников трансинституционализации оказалось от 14,0% до 32,0% (в среднем, $22,5 \pm 7,5\%$); противников – почти вдвое больше – от 24,0% до 50,0% (в среднем, $39,0 \pm 11,1\%$); затруднились с ответом от 26,0% до 48,0% (в среднем, $38,5 \pm 9,7\%$). При этом родственники пациентов амбулаторной сети более активно высказывались против приоритетного развития амбулаторного звена помощи – $47,0 \pm 4,2\%$ (среди родственников пациентов стационаров таких оказалось значительно меньше – $31,0 \pm 9,9\%$).

Вопрос о **целесообразности объединения в единый комплекс психоневрологического диспансера и психиатрической больницы** был адресован руководителям и врачам психиатрических учреждений. Положительно на него ответили от 46,0% до 64,0% (в среднем, $54,0 \pm 7,8\%$) респондентов, отрицательно – от 20,0% до 40,9% (в среднем, $25,8 \pm 10,2\%$); затруднились с ответом – от 9,1% до 34,0% (в среднем, $20,2 \pm 10,6\%$). Примечательно, что амбулаторные врачи в большей степени, чем врачи стационаров поддерживают идею объединений ($56,0\%$ и $46,0\%$ соответственно), однако позиция руководителей противоположная: за объединения выступают $64,0\%$ руководителей больниц и только $50,0\%$

руководителей амбулаторных учреждений (среди последних и самая большая группа противников – 40,9%).

Вопрос о **необходимости введения медицинских стандартов оказания психиатрической помощи** обнаружил заметный разброс мнений. От 12,0% до 84,0% (в среднем, $41,2 \pm 20,7\%$) профессионалов высказались утвердительно; от 12,0% до 34,0% (в среднем, $21,3 \pm 6,2\%$) – отрицательно; от 2,0% до 14,0% (в среднем, $9,0 \pm 5,9\%$) считают, что введение стандартов не имеет значения для улучшения качества помощи («все равно»); от 0,0% до 50,0% (в среднем, $28,5 \pm 19,0\%$) затруднились с ответом. Наибольшие затруднения вопрос вызвал у специалистов среднего звена - медсестер ($34,0 \pm 8,5\%$), СР ($51,0 \pm 1,4\%$), а также у специалистов по социальной работе и психологов (далее – ССР) – $43,0 \pm 7,1\%$. Скептическое отношение к введению стандартов высказали пользователи: от 22,0% до 34,0% (в среднем, $27,5 \pm 5,5\%$) оказались их сторонниками; от 10,0% до 22,0% (в среднем, $15,0 \pm 5,0\%$) – противниками; от 2,0% до 8,0% (в среднем, $5,5 \pm 3,4\%$) считают, что проблема введения стандартов не имеет значения; большинство (от 48,0% до 58,0%, в среднем, $53,0 \pm 7,1\%$) затруднились с ответом.

Вопрос о том, **какие виды помощи должны оказывать социальные работники и специалисты по социальной работе в психиатрическом учреждении**, предусматривал иерархическую ранжировку ответов. Результаты математической обработки всех анкет позволили определить самый весомый ответ: главным направлением деятельности специалистов по социальной работе и социальных работников является оказание социальной поддержки и правовой помощи больным. Иерархическую ранжировку ответов предусматривал и вопрос о том, **какие виды психосоциальной работы необходимо проводить в психиатрическом учреждении**. Большинство респондентов чаще всего ставили на первое место тренинги социальных и бытовых навыков, трудовую терапию в ЛТМ. Профессионалы выделяли также социально-восстановительную работу и психообразование, а родственники пациентов – работу с семьями и организацию досуга.

Результаты математической обработки всех анкет позволили определить наиболее весомый ответ: главным видом психосоциальной работы являются тренинги социальных и бытовых навыков.

Вопрос о том, **требуется ли изменений действующая структура психиатрической службы**, вызвал значительные затруднения у профессионалов: от 9,1% до 66,0% (в среднем, $47,5 \pm 19,2\%$) не смогли дать определенный ответ. От 14,0% до 56,0% (в среднем, $28,9 \pm 13,1\%$) считают, что существующая структура службы нуждается в изменениях; от 10,0% до 50,0% (в среднем, $24,6 \pm 10,9\%$) полагают, что не нуждается. Среди руководителей учреждений оказалось наибольшее число сторонников перемен. Во всех других группах респондентов (кроме врачей стационаров) большинство опрошенных затруднились с ответом. Еще большие затруднения вызвал ответ на этот вопрос у пользователей – от 62,0% до 82,0% (в среднем, $69,5 \pm 9,0\%$); высказались «за» – от 16,0% до 28,0% (в среднем, $21,5 \pm 5,0\%$), «против» – от 2,0% до 16,0% (в среднем, $9,0 \pm 5,8\%$).

Необходимо отметить, что респондентам, ответившим утвердительно на предыдущий вопрос, было предложено изложить свою позицию относительно **реорганизации психиатрической службы**. Были получены следующие предложения профессионалов: снижение уровня госпитализаций; развитие стационарозаменяющих технологий – дневных стационаров, общежитий для больных, соматопсихиатрических отделений в многопрофильных больницах (27,0%); развитие психосоциальной реабилитации и психотерапии (19,0%); профилизация отделений психиатрических стационаров, в т.ч. геронтопсихиатрических, для принудительного лечения, сестринского ухода, реабилитации, санаторных (17,0%); разукрупнение больниц и отделений, сокращение сроков стационарного лечения, перевод пациентов в ПНИ и загородные психиатрические больницы (16,0%); восстановление системы социально-трудовой реабилитации, поддержка трудоустройства больных, открытие ЛТМ и спеццехов (10,0%); развитие преемственности в оказании помощи,

создание ТМО по психиатрии (7,0%); оптимизация амбулаторного наблюдения - вплоть до полной отмены диспансерного наблюдения (4,0%). Предложения родственников больных были не всегда связаны с реорганизацией службы и включали: уменьшение числа пациентов в больничных палатах, уменьшение сроков стационарного лечения, улучшение лекарственного обеспечения, разделение больных по тяжести и прогнозу заболевания, свободное посещение больных родственниками в стационарах, социальная поддержка больных, полипрофессиональное обслуживание.

Отдельный блок вопросов анкет был адресован сотрудникам амбулаторных учреждений и родственникам их пациентов.

Вопрос о том, **в каких наиболее существенных изменениях нуждается амбулаторная психиатрическая служба**, предполагал иерархическую ранжировку предлагаемых ответов. На первые места профессионалы и родственники пациентов поставили улучшение финансирования, повышение оплаты труда, улучшение лекарственного обеспечения, уменьшение нагрузки на участкового психиатра. Достаточно редко в качестве мер улучшения работы амбулаторной службы назывались различные организационные решения (увеличение числа мест в дневных стационарах и ЛТМ, расширение сети психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, создание общежитий для больных, расширение социально-ориентированных видов помощи, платных услуг и др.). Результаты математической обработки всех анкет определили наиболее весомые ответы: амбулаторная служба нуждается, прежде всего, в улучшении финансирования и улучшении условий оплаты труда персонала.

На предложение **оценить в целом объем оказываемой ПНД помощи** профессионалы высказались следующим образом: объем оказываемой помощи «достаточен» – от 44,0% до 58,0% (в среднем, $53,4 \pm 12,8\%$); «ограничен» – от 20,0% до 50,0% (в среднем, $34,2 \pm 12,8\%$); «избыточен» – от 0,0% до 6,0% (в среднем, $2,0 \pm 2,8\%$); затруднились с ответом – от 0,0% до 26,0% (в среднем, $10,4 \pm 8,9\%$). Наиболее критично высказались руководители

и врачи учреждений, которые считали, что объем оказываемой помощи недостаточен (45,5% и 50,0%. соответственно). От 44,0% до 48,0% (в среднем, $46,0 \pm 2,8\%$) пользователей оценили объем работы ПНД как «достаточный»; от 26,0% до 30,0% (в среднем, $28,0 \pm 2,8\%$) – как «ограниченный»; от 0,0% до 1,0% (в среднем, $1,0 \pm 1,4\%$) – как «избыточный»; от 24,0% до 26,0% (в среднем, $25,0 \pm 1,4\%$) затруднились с ответом.

Оценка качества работы ПНД сотрудниками учреждений и пользователями помощи была различной. От 68,0% до 78,0% (в среднем, $73,8 \pm 3,7\%$) профессионалов оценили качество своей работы как «удовлетворительное»; от 12,0% до 28,0% (в среднем, $20,2 \pm 7,0\%$) – как «более или менее удовлетворительное»; от 0,0% до 2,0% (в среднем, $0,8 \pm 1,1\%$) как «неудовлетворительное»; от 0,0% до 10,0% (в среднем, $5,2 \pm 4,1\%$) затруднились с ответом. Родственники пациентов были настроены более критично: только треть из них от – 30,0% до 36,0% (в среднем, $33,0 \pm 4,2\%$) оценили качество работы ПНД как «удовлетворительное», от 34,0% до 36,0% (в среднем, $35,0 \pm 1,4\%$) – как «более или менее удовлетворительное»; от 4,0% до 6,0% (в среднем, $5,0 \pm 1,4\%$) – как «неудовлетворительное». От 26,0% до 28,0% (в среднем, $27,0 \pm 1,4\%$) респондентов затруднились с ответом.

Существующая система наблюдения за больными в ПНД, по результатам ответов сотрудников амбулаторных учреждений, является: «оптимальной» - от 50,0% до 72,7% (в среднем, $60,1 \pm 9,9\%$), «недостаточной» – от 8,0% до 20,0% (в среднем, $15,2 \pm 4,6\%$), «избыточной» – от 4,0% до 36,0% (в среднем, $11,4 \pm 13,8\%$). От 0,0% до 32,0% (в среднем, $13,3 \pm 12,5\%$) респондентов затруднились ее оценить. Оптимальной считают систему от 38,0% до 42,0% (в среднем, $40,0 \pm 2,8\%$) родственников пациентов; от 32,0% до 36,0% (в среднем, $34,0 \pm 2,8\%$) из них полагают, что она недостаточна; от 0,0% до 2,0% (в среднем, $1,0 \pm 1,4\%$) считают ее избыточной; от 20,0% до 30,0% (в среднем, $25,0 \pm 7,1\%$) затруднились с ответом.

Участникам опроса было предложено ответить на вопрос о том, **следует ли увеличить число тех или иных специалистов в амбулаторном звене**. По мнению респондентов, следует увеличить число психотерапевтов (так считают, в среднем, $55,0 \pm 6,1\%$ профессионалов и $47,0 \pm 7,1\%$ пользователей), специалистов по социальной работе и социальных работников ($64,0 \pm 8,7\%$ и $56,0 \pm 8,5\%$ соответственно), медицинских психологов ($43,0 \pm 3,3\%$ и $44,0 \pm 5,7\%$ соответственно). Следует отметить, что $31,8\%$ руководителей полагают, что не требует увеличения число специалистов социального профиля; $40,9\%$ против увеличения количества психотерапевтов, $54,5\%$ – против увеличения числа медицинских психологов.

На вопрос о том, **следует ли привлекать социальных работников территориальных центров социальной помощи к оказанию услуг психически больным по ведению домашнего хозяйства**, большинство сотрудников амбулаторных психиатрических учреждений – от $50,0\%$ до $90,9\%$ (в среднем, $72,2 \pm 15,2\%$) ответили утвердительно; от $8,0\%$ до $28,0\%$ (в среднем, $13,0 \pm 8,4\%$) с этим не согласились, а от $0,0\%$ до $22,0\%$ (в среднем, $14,8 \pm 9,2\%$) затруднились с ответом. Пользователи были не столь единодушны: от $44,0\%$ до $50,0\%$ (в среднем, $47,0 \pm 4,2\%$) поддержали такое предложение; от $32,0\%$ до $36,0\%$ (в среднем, $34,0 \pm 2,8\%$) – не поддержали, а от $18,0\%$ до $20,0\%$ (в среднем, $19,0 \pm 1,4\%$) затруднились с ответом.

От $62,0\%$ до $90,9\%$ (в среднем, $73,8 \pm 11,6\%$) профессионалов оценили **качество работы дневных стационаров** как «удовлетворительное» (наивысшей – $90,9\%$ – была оценка руководителей учреждений); от $0,0\%$ до $16,0\%$ (в среднем, $10,0 \pm 6,1\%$) – как «более или менее удовлетворительное» и лишь от $0,0\%$ до $2,0\%$ (в среднем, $0,8 \pm 1,1\%$) – как «неудовлетворительное». От $8,0\%$ до $20,0\%$ (в среднем, $15,4 \pm 8,5\%$) сотрудников затруднились с ответом. Удовлетворительную оценку дали от $30,0\%$ до $38,0\%$ (в среднем, $34,0 \pm 5,7\%$) пользователей; от $32,0\%$ до $36,0\%$ (в среднем, $34,0 \pm 2,8\%$) – более или менее удовлетворительную; неудовлетворительную – от $0,0\%$ до $2,0\%$ (в среднем, $1,0 \pm 1,4\%$); затруднились с ответом от $30,0\%$ до $32,0\%$ (в среднем,

31,0±1,4%). **Увеличивать число мест в ДС** считают необходимым от 10,0% до 40,9% (в среднем, 24,2±11,2%) профессионалов; не считают это необходимым от 26,0% до 56,0% (в среднем, 42,0±14,8%), а от 9,1% до 64,0% (в среднем, 33,8±21,9%) затруднились с ответом. Примечательно, что мнения руководителей учреждений разделились (40,9% – за увеличение мест, 50,0% – против). Положения пользователей также разделились: 47,0±7,1% выступают за увеличение числа мест, 48,0±5,7% такую идею не поддерживают; 5,0±1,4% затруднились с ответом. Считают удовлетворительным **качество питания в ДС** от 54,0% до 72,7% (в среднем, 59,8±7,6%) профессионалов и от 30,0% до 38,0% (в среднем, 34,0±5,7%) пользователей.

Только от 26,0% до 40,0% (в среднем, 32,4±6,2%) профессионалов и от 28,0% до 30,0% (в среднем, 29,0±1,4%) пользователей оценили как удовлетворительное **качество социально-трудовой реабилитации** в своих учреждениях. Обращает на себя внимание значительное число респондентов, уклонившихся от какой-либо оценки – 51,8±5,5% профессионалов (руководителей учреждений – 54,5%) и 60,0±2,8% пользователей. От 42,0% до 72,7% (в среднем, 52,2±12,0%) профессионалов и от 64,0% до 66,0% (в среднем, 65,0±1,4%) пользователей считают, что **число мест в отделениях трудовой терапии** недостаточно; от 56,0% до 86,4% (в среднем, 66,4±12,4%) профессионалов и от 60,0% до 62,0% (в среднем, 61,0±1,4%) пользователей полагают, что **виды труда**, которые используются в подразделениях трудовой терапии, не отличаются разнообразием. Никто из респондентов (0,0%) не считает, что **уровень оплаты труда пациентов** достаточен. Но при этом следует отметить, что большинство сотрудников – от 46,0% до 63,6% (в среднем, 61,8±11,5%) и большинство пользователей – от 60,0% до 64,0% (в среднем, 62,0±2,8%) затруднились ответить на этот вопрос.

Респондентам всех групп было предложено ответить на вопрос о том, как должна развиваться **социально-трудовая реабилитация в современных рыночных условиях, какой должна быть трудовая терапия с хозяйственно-финансовой точки зрения**. По мнению большинства

профессионалов – от 48,0% до 80,0% (в среднем, 59,6±8,9%), трудовая терапия должна быть дотационной, бюджетной (как и все другие виды лечения). В этом уверены 80,0% руководителей больниц и 63,6% руководителей амбулаторных учреждений. Сторонников хозрасчетной модели трудовой терапии среди профессионалов было меньше – от 4,0% до 26,0% (в среднем, 14,1±9,5%). Затруднились дать ответ от 14,0% до 40,0% (в среднем, 26,3±8,7%). Среди пользователей сторонников хозрасчетной трудотерапии оказалось больше – от 6,0% до 36,0% (в среднем, 23,0±13,7%), а приверженцев трудотерапии бюджетной меньше – от 20,0% до 54,0% (в среднем, 37,5±18,0%). При этом за дотационную модель больше ратовали родственники стационарных (53,0%), а не амбулаторных (22,0%) пациентов. От 30,0% до 48,0% (в среднем, 39,5±7,4%) пользователей затруднились определить свою позицию. Респондентам было предложено прокомментировать утверждение ряда организаторов психиатрической службы о том, что **восстановление действовавшей прежде системы социально-трудовой реабилитации** (производительная деятельность пациентов с оплатой по результатам труда) **мало реалистично в современных рыночных условиях**, и высказать свое мнение по поводу их предложения перейти к **эрготерапии, занятости по свободному выбору**. С такой точкой зрения согласились от 8,0% до 42,0% (в среднем, 25,3±12,2%) профессионалов; от 28,0% до 59,1% (в среднем, 40,5±11,9%) - не согласились, а от 18,2% до 64,0% (в среднем, 34,2±12,3%) затруднились с ответом. При этом среди руководителей психиатрических больниц было больше сторонников перехода к эрготерапии (40,0%), а среди руководителей амбулаторных учреждений – больше противников (59,1%). Пользователи в своем большинстве – от 40,0% до 78,0% (в среднем, 60,0±18,8%) затруднились с ответом; сторонники и противники составили примерно равные группы (в среднем, 19,5±9,6% и 20,5±10,0% соответственно).

На вопрос о том, **необходимо ли создавать в ПНД профильные кабинеты**, от 22,0% до 90,9% (в среднем, 59,4±25,0%) сотрудников

амбулаторных учреждений (90,9% руководителей) ответили утвердительно; от 0,0% до 48,0% (в среднем, $13,6 \pm 19,9\%$) – отрицательно; от 9,1% до 46,0% (в среднем, $27,0 \pm 13,3\%$) затруднились с ответом. Родственники пациентов в большинстве своем – от 72,0% до 78,0% (в среднем, $75,0 \pm 4,2\%$) – не имели по этому вопросу определенного мнения; утвердительно высказались от 10,0% до 12,0% (в среднем, $11,0 \pm 1,4\%$) респондентов, отрицательно – от 12,0% до 16,0% (в среднем, $14,0 \pm 2,8\%$). Вопрос о том, **какие профильные кабинеты в ПНД необходимо создавать**, предусматривал иерархическую ранжировку ответов и предлагался сотрудникам амбулаторных психиатрических учреждений. Результаты математической обработки всех анкет определили наиболее весомые ответы: в ПНД необходимо создавать, в первую очередь, геронтопсихиатрические и психопрофилактические кабинеты.

Состояние материально-технической базы амбулаторных учреждений от 30,0% до 63,6% (в среднем, $45,0 \pm 14,3\%$) их сотрудников оценили как «удовлетворительное»; от 22,7% до 36,0% (в среднем, $29,0 \pm 5,8\%$) – как «более или менее удовлетворительное»; от 6,0% до 34,0% (в среднем, $19,2 \pm 10,4\%$) – как «неудовлетворительное»; от 0,0% до 14,0% (в среднем, $6,8 \pm 5,4\%$) затруднились с ответом. Удовлетворительным назвали состояние ПНД от 24,0% до 36,0% (в среднем, $30,0 \pm 8,5\%$) пользователей; более или менее удовлетворительным – от 30,0% до 36,0% (в среднем, $33,0 \pm 4,2\%$); неудовлетворительным – от 8,0% до 14,0% (в среднем, $11,0 \pm 4,2\%$); затруднились с ответом 26,0 \pm 0,0%.

На вопрос о том, **обеспечение какими лекарственными средствами в настоящее время недостаточно и требует улучшения**, отвечали руководители, врачи и медицинские сестры амбулаторных психиатрических учреждений. Результаты математической обработки всех анкет ответов определили наиболее весомые ответы: недостаточным является обеспечение, прежде всего, антипсихотиками и антидепрессантами новых поколений.

Отдельный блок вопросов, касающихся состояния психиатрических стационаров и их деятельности, был адресован сотрудникам больниц и родственникам находящихся в них пациентов.

На вопрос о том, **в каких наиболее существенных изменениях нуждается стационарная психиатрическая служба**, практически все респонденты в качестве приоритета указали увеличение финансирования учреждений, затем – улучшение оплаты труда персонала и улучшение лекарственного обеспечения. Результаты математической обработки всех анкет определили наиболее весомый ответ: стационарная психиатрическая служба нуждается, в первую очередь, в увеличении финансирования.

На вопрос о том, **каким должен быть оптимальный размер коечного фонда психиатрической больницы**, большая часть профессионалов – от 40,0% до 84,0% (в среднем, $65,2 \pm 16,6\%$) затруднились с ответом; остальные следующим образом определили оптимальный размер больницы: до 300 коек включительно – $4,8 \pm 3,0\%$; 300-500 коек – $10,8 \pm 12,9\%$; 500-1000 коек – $10,8 \pm 6,4\%$; 1000 коек и более – $8,4 \pm 4,8\%$. Затруднились определить **оптимальное число коек в психиатрическом отделении** $31,6 \pm 19,9\%$ профессионалов. Ответы на этот вопрос были представлены следующим образом: до 20 коек – $6,0 \pm 5,8\%$; 20-40 коек – $23,2 \pm 9,4\%$; 40-60 коек – $36,8 \pm 13,8\%$; 60 и более коек – $2,4 \pm 2,2\%$. Вопрос о **нагрузке врача-психиатра** был адресован руководителям, врачам и другим специалистам высшего звена стационаров. Большинство респондентов – от 60,0% до 66,0% (в среднем, $62,7 \pm 3,1\%$) - полагали, что оптимальная нагрузка, в расчете на 1 ставку врача, должна составлять 10-15 пациентов; от 8,0% до 36,0% (в среднем, $26,0 \pm 15,6\%$) респондентов определили эту нагрузку в 15-25 больных, от 0,0% до 4,0% (в среднем, $1,3 \pm 2,3\%$) – 25 и более.

От 36,4% до 76,0% (в среднем, $54,6 \pm 13,1\%$) профессионалов считают **необходимым создание в психиатрических больницах дневных или ночных полустационаров**. Примечательно, что сторонников такого подхода больше среди руководителей и врачей стационаров (76,0% и 60,0%

соответственно) и значительно меньше среди руководителей и врачей амбулаторных учреждений (36,4% и 44,0%). Большая часть (в среднем, $61,0 \pm 1,4\%$) пользователей затруднились с ответом на этот вопрос. На вопрос о том, **целесообразно ли создание при психиатрических больницах амбулаторно-поликлинических отделений для выписанных больных**, утвердительно ответили от 13,6% до 78,0% (в среднем, $52,4 \pm 25,1\%$) профессионалов, отрицательно – от 4,0% до 72,7% (в среднем, $25,0 \pm 24,1\%$); затруднились с ответом – от 10,0% до 38,0% (в среднем, $22,6 \pm 10,6\%$). Следует отметить, что позиция руководителей стационарных и амбулаторных учреждений по этому вопросу различается почти полярно: выступают «за» – 76,0% руководителей больниц и только 13,6% руководителей ПНД; «против» – 4,0% и 72,7% соответственно. За создание таких отделений высказались от 32,0% до 52,0% (в среднем, $42,0 \pm 14,1\%$) пользователей, против – от 6,0% до 12,0% (в среднем, $9,0 \pm 4,2\%$); затруднились с ответом – от 42,0% до 56,0% (в среднем, $49,0 \pm 9,9\%$).

На вопрос о том, **необходимо ли создавать психиатрические отделения в стационарах общего профиля**, от 24,0% до 84,0% (в среднем, $52,4 \pm 21,8\%$) профессионалов ответили утвердительно; от 16,0% до 46,0% (в среднем, $32,6 \pm 11,2\%$) – отрицательно; затруднились с ответом – от 0,0% до 36,0% (в среднем, $15,0 \pm 12,2\%$). Следует отметить, что сторонников было больше среди руководителей и врачей стационаров (84,0% и 74,0% соответственно), чем среди их коллег в амбулаторном звене (59,1% и 48,0% соответственно). Позиция пользователей была осторожной: «за» выступают $29,0 \pm 1,4\%$; против – $30,0 \pm 0,0\%$; затруднились с ответом – $41,0 \pm 1,4\%$.

Оценить **обеспеченность региона психиатрическими койками** было предложено руководителям и врачам учреждений. Достаточной ее сочли от 52,0% до 68,2% (в среднем, $59,1 \pm 6,9\%$) респондентов, недостаточной – от 16,0% до 22,7% (в среднем, $18,7 \pm 2,8\%$), избыточной – от 2,0% до 12,0% (в среднем, $5,6 \pm 4,4\%$); затруднились с ответом от 4,5% до 28,0% (в среднем, $16,6 \pm 9,6\%$). При этом считают, что регион в достаточной степени обеспечен

психиатрическими койками, 56,0% руководителей стационаров и 68,2% руководителей амбулаторных учреждений. Оценить **обеспеченность региона местами в дневных стационарах** было предложено руководителям стационаров, руководителям и врачам амбулаторного звена. От 16,0% до 40,9% (в среднем, $31,0 \pm 13,2\%$) респондентов полагали, что мест в ДС достаточно; от 24,0% до 40,9% (в среднем, $35,0 \pm 9,5\%$) считают, что мест недостаточно; от 18,2% до 44,0% (в среднем, $34,0 \pm 13,9\%$) затруднились с ответом. Следует заметить, что руководители ПНД более оптимистично, чем руководители стационаров оценивают обеспеченность региона местами в ДС (40,9% и 16,0% соответственно). Предложение указать, **какие механизмы должны быть разработаны для более интенсивного развития сети полустационарных учреждений**, было адресовано руководителям и врачам амбулаторного звена и руководителям стационарных учреждений. Результаты математической обработки анкет определили наиболее весомый ответ: для более интенсивного развития сети полустационарных учреждений необходимо, в первую очередь, использовать соответствующие экономические и нормативные механизмы.

Всем группам респондентов было предложено прокомментировать утверждение о том, что **госпитализация многих больных в психиатрические стационары обусловлена не столько медицинскими, сколько социальными показаниями**. Согласились с таким утверждением от 36,0% до 88,0% (в среднем, $63,2 \pm 17,5\%$) профессионалов ($75,6 \pm 11,1\%$ сотрудников больниц и $50,6 \pm 13,2\%$ амбулаторных специалистов); от 12,0% до 34,0% (в среднем, $22,6 \pm 7,5\%$) респондентов ответили отрицательно, а от 0,0% до 38,0% (в среднем, $14,2 \pm 12,3\%$) затруднились с ответом. Позиция пользователей значительно отличалась от мнения профессионалов: от 34,0% до 38,0% (в среднем, $35,0 \pm 2,0\%$) из них согласились, что многие госпитализации обусловлены социальными показаниями; от 18,0% до 26,0% (в среднем, $22,0 \pm 3,7\%$) оспорили это утверждение; от 36,0% до 48,0% (в среднем, $43,0 \pm 5,3\%$) затруднились с ответом. Респондентам, утвердительно

ответившим на этот вопрос, было предложено указать, где **должна проходить лечение данная категория пациентов**. По мнению профессионалов, такие пациенты должны получать помощь – в ПНИ (так считают от 17,4% до 72,7%, в среднем, $52,9 \pm 16,8\%$ опрошенных), учреждениях амбулаторной психиатрической службы (от 12,1% до 45,5%, в среднем, $26,8 \pm 11,0\%$), психиатрических больницах (от 0,0% до 21,7%, в среднем, $9,5 \pm 6,9\%$). Часть опрошенных (от 0,0% до 34,8%, в среднем, $10,8 \pm 9,8\%$) затруднились с ответом. Интересно, что все руководители больниц выступили против нахождения «социально отягощенных» пациентов в психиатрических стационарах, а 42,9% руководителей ПНД согласились с тем, что такие пациенты должны находиться в амбулаторной психиатрической сети. По этому вопросу позиция пользователей в целом совпадает с позицией профессионалов: от 35,3% до 73,7% (в среднем, $50,8 \pm 16,2\%$) из них определили оптимальным местом оказания помощи таким пациентам ПНИ; от 11,8% до 29,4% (в среднем, $24,2 \pm 8,4\%$) – амбулаторную психиатрическую службу; от 0,0% до 29,4% (в среднем, $8,8 \pm 14,0\%$) – психиатрические больницы; от 0,0% до 29,4% (в среднем, $16,2 \pm 13,0\%$) затруднились с ответом.

На вопрос о том, **необходимы ли загородные психиатрические больницы, предназначенные для долечивания и реабилитации психически больных с хроническим течением заболевания**, утвердительно ответили от 72,0% до 92,0% (в среднем, $80,3 \pm 7,8\%$) профессионалов, отрицательно – от 2,0% до 12,0% (в среднем, $6,3 \pm 5,3\%$); затруднились с ответом – от 6,0% до 24,0% (в среднем, $13,4 \pm 6,4\%$). Среди руководителей стационаров оказалось минимальное число сторонников этой идеи (72,0%) и максимальное число затруднившихся с ответом (24,0%). Позиция пользователей: «за» – от 72,0% до 86,0% (в среднем, $79,0 \pm 9,9\%$; «против» – от 2,0% до 14,0% (в среднем, $8,0 \pm 8,5\%$); затруднились с ответом – от 12,0% до 14,0% (в среднем, $13,0 \pm 1,4\%$).

От 64,0% до 94,0% (в среднем, $80,3 \pm 9,8\%$) профессионалов считают **необходимым создание специальных общежитий для больных, утративших жилье и социальные связи**; не видят в этом необходимости от 0,0% до 22,7% (в среднем, $7,3 \pm 6,5\%$) респондентов; затруднились с ответом от 0,0% до 34,0% (в среднем, $12,4 \pm 9,5\%$). Среди сотрудников стационарных учреждений сторонников создания общежитий оказалось несколько больше, чем среди работников амбулаторного звена ($83,2 \pm 9,2\%$ и $77,3 \pm 10,5\%$ соответственно). Пользователи помощи в своем большинстве также поддерживают эту идею (от 54,0% до 74,0%, в среднем, $62,5 \pm 8,7\%$); от 8,0% до 20,0% (в среднем, $13,0 \pm 5,3\%$) – «против»; от 16,0% до 36,0% (в среднем, $24,5 \pm 9,3\%$) затруднились с ответом. Респонденты, утвердительно ответившие на этот вопрос, указали, **в структуре каких ведомств и учреждений для больных должны создаваться общежития**. Отвечавшие на этот вопрос могли использовать несколько вариантов ответа, т.к. предполагалось, что общежития разных типов могут одновременно создаваться в структуре различных служб и ведомств. От 9,8% до 28,1% (в среднем, $18,3 \pm 5,7\%$) профессионалов считают целесообразным создание общежитий в структуре психиатрических больниц; от 10,0% до 43,8% (в среднем, $23,7 \pm 10,0\%$) – в структуре ПНД; от 8,1% до 26,3% (в среднем, $20,9 \pm 5,7\%$) полагают, что общежития должны создаваться как самостоятельные модули в жилых районах, но под патронажем амбулаторной психиатрической службы; от 36,8% до 69,6% (в среднем, $57,9 \pm 10,8\%$) считают, что общежития должны открываться в существующей системе учреждений социальной защиты по типу психоневрологических интернатов. Примечательно, что значительная часть руководителей амбулаторных психиатрических учреждений (43,8%) считают перспективным открытие общежитий в структуре ПНД (среди их коллег стационарного звена таких лишь 10,0%).

От 17,2% до 29,6% (в среднем, $23,9 \pm 5,5\%$) пользователей полагают, что общежития должны создаваться при психиатрических больницах; от 16,2% до 37,9% (в среднем, $26,0 \pm 10,4\%$) считают, что общежития надо открывать в

структуре ПНД; от 11,1% до 46,9% (в среднем, $28,3 \pm 14,9\%$) выступают за самостоятельный статус общежитий; от 6,3% до 48,1% (в среднем, $24,8 \pm 21,4\%$) – за общежития-интернаты в системе учреждений социальной защиты; от 11,1% до 18,8% (в среднем, $15,8 \pm 3,3\%$) затруднились с ответом. Опрос пользователей обнаружил не только отсутствие преобладающей точки зрения, но и заметное различие в позиции родственников пациентов амбулаторных и стационарных учреждений. Так, 28,3% родственников пациентов психиатрических стационаров выступают за создание общежитий при больницах; среди родственников пациентов амбулаторной сети сторонников такой позиции меньше – 19,5%, однако много тех, кто поддерживает открытие общежитий при ПНД (34,5%) или непосредственно в сообществе (38,9%). За общежития-интернаты в системе учреждений социальной защиты высказались 42,9% родственников больных, находящихся в стационарных учреждениях, и только 6,6% родственников пациентов амбулаторной сети.

На вопрос о том, **целесообразно ли создание в психиатрических стационарах специальных отделений для «острых» больных и больных с хроническим течением заболевания**, утвердительно ответили от 64,0% до 90,0% (в среднем, $79,6 \pm 9,5\%$) сотрудников больниц и от 76,0% до 80,0% (в среднем, $78,0 \pm 2,8\%$) пользователей. На вопрос о **необходимости увеличения количества коек в геронтологических отделениях** от 18,0% до 60,0% (в среднем, $38,0 \pm 17,6\%$) сотрудников ответили утвердительно; от 12,0% до 40,0% (в среднем, $28,4 \pm 11,3\%$) – отрицательно, а от 18,0% до 46,0% (в среднем, $33,6 \pm 11,5\%$) затруднились с ответом. Следует отметить, что расширять геронтологическую помощь считают необходимым только 52,0% руководителей стационаров, а 36,0% не имеют определенного мнения. От 36,0% до 50,0% (в среднем, $43,0 \pm 9,9\%$) пользователей поддержали эту идею, от 12,0% до 14,0% (в среднем, $13,0 \pm 1,4\%$) – нет, а от 38,0% до 50,0% (в среднем, $44,0 \pm 8,5\%$) затруднились с ответом. **Идея увеличения количества коек для пациентов, страдающих пограничными (невротическими)**

расстройствами, в целом не нашла поддержки у сотрудников больниц. Только от 12,0% до 32,0% (в среднем, $20,4 \pm 8,0\%$) из них ее поддержали; от 10,0% до 50,0% (в среднем, $32,4 \pm 16,7\%$) выступили против (в том числе 48,0% руководителей), а от 32,0% до 66,0% (в среднем, $47,2 \pm 15,7\%$) затруднились с ответом. Пользователи с большей заинтересованностью отнеслись к этой идее: ее поддержали от 40,0% до 44,0% (в среднем, $42,0 \pm 2,8\%$) респондентов, не поддержали – от 10,0% до 14,0% (в среднем, $12,0 \pm 2,8\%$); затруднились с ответом – $46,0 \pm 0,0\%$. На вопрос о том, **необходимо ли увеличивать количество соматопсихиатрических коек**, утвердительно ответили от 16,0% до 58,0% (в среднем, $31,6 \pm 16,7\%$) сотрудников; отрицательно – от 22,0% до 38,0% (в среднем, $26,8 \pm 7,8\%$); от 22,0% до 62,0% (в среднем, $41,6 \pm 17,4\%$) затруднились с ответом. При этом наиболее активными сторонниками выступили врачи (58,0%). Поддержали такое предложение от 40,0% до 44,0% (в среднем, $42,0 \pm 2,8\%$) родственников пациентов, не поддержали – $8,0 \pm 0,0\%$; затруднились с ответом – от 48,0% до 52,0% (в среднем, $50,0 \pm 2,8\%$).

От 86,0% до 94,0% (в среднем, $90,8 \pm 3,0\%$) сотрудников больниц считают, что их учреждения нуждаются в улучшении **лекарственного обеспечения**. Родственники больничных пациентов менее критично оценивают положение стационаров с лекарственным обеспечением: от 36,0% до 48,0% (в среднем, $42,0 \pm 8,5\%$) из них считают, что оно нуждается в улучшении, от 10,0% до 12,0% (в среднем, $11,0 \pm 1,4\%$) не видят в этом необходимости; почти половина – от 42,0% до 52,0% (в среднем, $47,0 \pm 7,1\%$) затруднились с ответом. Респонденты, утвердительно ответившие на предыдущий вопрос, указали, **обеспечение какими лекарственными средствами в настоящее время недостаточно и требует улучшения**. Результаты математической обработки анкет позволили получить наиболее весомый ответ: требует улучшения, в первую очередь, обеспечение атипичными антипсихотиками и антидепрессантами новых поколений. В том, что **психиатрические больницы нуждаются в расширении**

современных методов обследования, уверены от 72,0% до 90,0% (в среднем, $82,4 \pm 6,8\%$) сотрудников стационаров (в том числе 90,0% врачей) и от 66,0% до 72,0% (в среднем, $69,0 \pm 4,2\%$) родственников пациентов. От 38,0% до 54,0% (в среднем, $45,6 \pm 7,3\%$) сотрудников полагают, что стационары должны **увеличить объем физиотерапевтического лечения** ($27,6 \pm 18,2\%$ так не считают, а $26,8 \pm 12,1\%$ затруднились с ответом). С этим согласны от 52,0% до 56,0% (в среднем, $54,0 \pm 2,8\%$) пользователей.

Вопрос о том, **необходимо ли увеличивать число врачей-специалистов** в психиатрических стационарах, вызвал серьезные затруднения у родственников пациентов и немедицинских специалистов. Результаты математической обработки всех анкет определили наиболее весомый ответ: прежде всего, необходимо увеличить число врачей – терапевтов. На вопрос о том, **нужно ли увеличить число медицинских психологов в больницах**, утвердительно ответили от 22,0% до 44,0% (в среднем, $33,5 \pm 9,1\%$) сотрудников, отрицательно – от 28,0% до 60,0% (в среднем, $48,0 \pm 15,3\%$); затруднились с ответом от 4,0% до 40,0% (в среднем, $18,5 \pm 15,4\%$). Примечательно, что против роста числа этих специалистов наиболее категорично высказались руководители стационаров (60,0%). Большинство пользователей ($52,0 \pm 0,0\%$) поддержали эту идею; не поддержали – $11,0 \pm 1,4\%$; затруднились с ответом $37,0 \pm 1,4\%$. **Увеличение числа социальных работников и специалистов по социальной работе** в стационарах одобрило большинство сотрудников – от 48,0% до 66,0% (в среднем, $57,0 \pm 8,4\%$); при этом в группе руководителей этот показатель составлял 48,0%, в группе врачей – 66,0%. Высказались по этому поводу отрицательно от 18,0% до 44,0% (в среднем, $26,0 \pm 12,3\%$) респондентов, затруднились с ответом – от 8,0% до 30,0% (в среднем, $17,0 \pm 10,1\%$). Утвердительно ответили на этот вопрос от 40,0% до 42,0% (в среднем, $41,0 \pm 1,4\%$) пользователей; отрицательно – $10,0 \pm 0,0\%$; затруднились с ответом – от 48,0% до 50,0% (в среднем, $49,0 \pm 1,4\%$).

Участники опроса дали в целом невысокую **оценку качеству социально-трудовой реабилитации в психиатрических стационарах**: удовлетворительным его назвали от 20,0% до 42,0% (в среднем, $28,8 \pm 8,7\%$) сотрудников и от 22,0% до 30,0% (в среднем, $26,0 \pm 5,7\%$) пользователей; более или менее удовлетворительным – $33,6 \pm 3,8\%$ и $12,0 \pm 2,8\%$ соответственно. Значительная часть пользователей ($60,0 \pm 5,7\%$) затруднились с ответом. От 30,0% до 54,0% (в среднем, $41,6 \pm 10,0\%$) сотрудников считают недостаточным **число мест ЛТМ** в учреждениях, в которых они работают; от 12,0% до 48,0% (в среднем, $24,4 \pm 13,7\%$) с этим не согласны; от 16,0% до 58,0% (в среднем, $34,0 \pm 16,4\%$) затруднились с ответом. Большинство пользователей – от 58,0% до 74,0% (в среднем, $66,0 \pm 11,3\%$) затруднились с ответом, от 16,0% до 20,0% (в среднем, $18,0 \pm 2,8\%$) высказались утвердительно; от 10,0% до 22,0% (в среднем, $16,0 \pm 8,5\%$) – отрицательно. На вопрос о том, **достаточно ли разнообразны виды труда в ЛТМ**, утвердительно ответили от 4,0% до 32,0% (в среднем, $22,8 \pm 11,6\%$) сотрудников, отрицательно – от 26,0% до 56,0% (в среднем, $39,2 \pm 13,3\%$); затруднились с ответом от 32,0% до 48,0% (в среднем, $38,0 \pm 8,0\%$). Наиболее критично оценивают спектр трудотерапевтических мероприятий руководители стационаров ($56,0\%$ отрицательных оценок). Среди родственников пациентов затруднившихся с ответом оказалось от 68,0% до 82,0% (в среднем, $75,0 \pm 9,9\%$); утвердительно ответивших – от 12,0% до 18,0% (в среднем, $15,0 \pm 4,2\%$), отрицательно – от 6,0% до 14,0% (в среднем, $10,0 \pm 5,7\%$). Достаточным считают **уровень оплаты труда пациентов в ЛТМ** только от 4,0% до 14,0% (в среднем, $8,8 \pm 4,1\%$) сотрудников и от 6,0% до 10,0% (в среднем, $8,0 \pm 2,8\%$) пользователей. При этом подавляющее большинство пользователей ($78,0 \pm 5,7\%$) и значительное число профессионалов ($39,2 \pm 7,0\%$) затруднились с ответом.

Оценки оказываемого больницей **объема помощи**, которые давали сотрудники стационарных учреждений и родственники пациентов, в целом совпали. Достаточным его сочли от 56,0% до 64,0% (в среднем, $60,4 \pm 4,1\%$)

сотрудников и от 50,0% до 64,0% (в среднем, $57,0 \pm 9,9\%$) пользователей; ограниченным – $26,4 \pm 7,8\%$ и $27,0 \pm 4,2\%$ соответственно; избыточным – $0,4 \pm 0,9\%$ и $1,0 \pm 1,4\%$ соответственно; затруднились с ответом – $12,8 \pm 9,1\%$ и $15,0 \pm 4,2\%$ соответственно. **Качество психиатрической помощи своих стационаров** оценили как удовлетворительное от 58,0% до 72,0% (в среднем, $64,8 \pm 6,4\%$) сотрудников, как более или менее удовлетворительное – от 22,0% до 38,0% (в среднем, $30,0 \pm 6,1\%$), как неудовлетворительное – от 0,0% до 2,0% (в среднем, $0,8 \pm 1,1\%$); затруднились с ответом – от 0,0% до 10,0% (в среднем, $4,4 \pm 3,8\%$). Соответствующие оценки родственников пациентов выглядели следующим образом – $66,0 \pm 2,8\%$, $23,0 \pm 1,4\%$, $0,0 \pm 0,0\%$, $11,0 \pm 5,7\%$.

Состояние **материально-технической базы стационаров** считают удовлетворительным от 8,0% до 22,0% (в среднем, $13,6 \pm 5,5\%$) сотрудников; более или менее удовлетворительным – от 30,0% до 56,0% (в среднем, $45,2 \pm 10,1\%$); неудовлетворительным – от 28,0% до 46,0% (в среднем, $35,2 \pm 7,6\%$); затруднились с ответом от 0,0% до 12,0% (в среднем, $6,0 \pm 4,5\%$). Соответствующие оценки пользователей - $33,0 \pm 9,9\%$, $38,0 \pm 11,3\%$, $11,0 \pm 1,4\%$, $18,0 \pm 2,8\%$. От 0,0% до 28,0% (в среднем, $16,0 \pm 11,0\%$) сотрудников стационарных учреждений считают **условия пребывания пациентов в больницах** удовлетворительными; от 48,0% до 60,0% (в среднем, $52,8 \pm 6,1\%$) - более или менее удовлетворительными; от 16,0% до 36,0% (в среднем, $26,4 \pm 7,4\%$) – неудовлетворительными; от 2,0% до 10,0% (в среднем, $4,8 \pm 3,3\%$) затруднились с ответом. Наиболее критично оценивали условия содержания больных руководители и врачи учреждений ($36,0\%$ и $30,0\%$ соответственно, что составляло максимальное число неудовлетворительных оценок). $54,0 \pm 0,0\%$ пользователей помощи оценили условия пребывания больных как удовлетворительные, от 28,0% до 32,0% (в среднем, $30,0 \pm 2,8\%$) как более или менее удовлетворительные; от 8,0% до 10,0% (в среднем, $9,0 \pm 1,4\%$) – как неудовлетворительные; от 6,0% до 8,0% (в среднем, $7,0 \pm 1,4\%$) затруднились с ответом.

Респондентам было предложено указать, **какое количество койек в больничной палате** они считают **оптимальным**. Ответы сотрудников учреждений выглядели следующим образом: 1 койка ($0,8 \pm 1,1\%$), 2 койки ($15,2 \pm 12,2\%$), 3-4 койки ($56,8 \pm 7,6\%$), 5-9 койек ($19,2 \pm 12,9\%$), 10 койек и более ($1,6 \pm 1,7\%$); затруднились с ответом $6,4 \pm 6,8\%$. Ответы пользователей помощи выглядели схожим образом: 1 койка ($3,0 \pm 1,4\%$), 2 койки ($17,0 \pm 1,4\%$), 3-4 койки ($57,0 \pm 9,9\%$), 5-9 койек ($13,0 \pm 9,9\%$), 10 и более койек ($1,0 \pm 1,4\%$); затруднились с ответом $9,0 \pm 1,4\%$. От $16,0\%$ до $32,0\%$ (в среднем, $25,2 \pm 5,9\%$) сотрудников оценили **качество питание больных в своих стационарах** как удовлетворительное; от $44,0\%$ до $52,0\%$ (в среднем, $47,2 \pm 3,0\%$) – как более или менее удовлетворительное; от $12,0\%$ до $28,0\%$ (в среднем, $20,4 \pm 7,8\%$) – как неудовлетворительное; от $2,0\%$ до $14,0\%$ (в среднем, $7,2 \pm 4,7\%$) затруднились с ответом. Оценка пользователей помощи была более высокой: от $44,0\%$ до $46,0\%$ из них (в среднем, $45,0 \pm 1,4\%$) оценили питание как удовлетворительное, от $26,0\%$ до $36,0\%$ (в среднем, $31,0 \pm 7,1\%$) как более или менее удовлетворительное; от $12,0\%$ до $18,0\%$ (в среднем, $15,0 \pm 4,2\%$) как неудовлетворительное; от $8,0\%$ до $10,0\%$ респондентов (в среднем, $9,0 \pm 1,4\%$) затруднились с ответом.

От $32,0\%$ до $56,0\%$ (в среднем, $43,2 \pm 8,8\%$) сотрудников назвали **сроки лечения пациентов в своих стационарах** оптимальными; от $0,0\%$ до $16,0\%$ (в среднем, $5,5 \pm 6,2\%$) – недостаточными; от $8,0\%$ до $32,0\%$ (в среднем, $18,4 \pm 9,7\%$) – избыточными; от $20,0\%$ до $46,0\%$ (в среднем, $32,9 \pm 12,5\%$) затруднились с ответом. Примечательно, что среди руководителей учреждений оказалось минимальное число тех, кто считает сроки лечения оптимальными ($32,0\%$), и максимальное число тех, кто считает сроки лечения избыточными ($32,0\%$). Большинство пользователей помощи считают сроки лечения оптимальными – от $54,0\%$ до $66,0\%$ (в среднем, $60,0 \pm 8,5\%$); недостаточными их считают $6,0 \pm 0,0\%$, избыточными – $4,0 \pm 0,0\%$; затруднились с ответом $30,0 \pm 0,0\%$.

На вопрос о том, **что должно быть взято за основу оценки качества стационарной психиатрической помощи**, отвечали группы респондентов, связанные с деятельностью стационарного звена и врачи ПНД. Сотрудники учреждений и родственники пациентов наиболее часто указывали в качестве приоритетных такие показатели, как качество ремиссии и уровень социального функционирования больного после выписки, частота повторных госпитализацией. Крайне редко назывался такой критерий, как мнение пациента и его родственников – его чаще указывали СР, ИТР и родственники пациентов, вовлеченные в деятельность пациентских организаций. Результаты математической обработки всех анкет с иерархической ранжировкой ответов определили наиболее весомый ответ: главным критерием качества стационарной помощи должно быть качество ремиссии пациента.

Блок № 3. Проблемы финансирования психиатрической службы

На вопрос о том, **за счёт каких ресурсов можно улучшить качество психиатрической помощи**, отвечали все группы респондентов. На первом месте большинство опрошенных указали бюджетное финансирование, реже назывались средства ОМС и спонсорские средства. Личные средства граждан и волонтерская помощь как ресурс улучшения качества помощи рассматривались в последнюю очередь. Результаты математической обработки всех анкет определили наиболее весомый ответ: улучшить качество психиатрической помощи можно, прежде всего, за счет увеличения бюджетного финансирования.

Ответ на вопрос, **какое звено психиатрической службы заслуживает приоритетного финансирования**, вызвал значительный разброс мнений. Ответы профессионалов в значительной степени отражали их «ведомственную принадлежность». В своем большинстве сотрудники стационарных учреждений полагали, что приоритетом финансирования должна быть больничная служба, а сотрудники амбулаторных учреждений в целом отдавали приоритет внебольничному звену. Финансирование

реабилитационных центров и полустационаров назвали приоритетным небольшое число респондентов. Большинство пользователей высказались за приоритетное финансирование психиатрических больниц; затем следовали ПНД, реабилитационные центры и подразделения полустационарной помощи. Результаты математической обработки анкет определили наиболее весомые ответы: приоритетного финансирования заслуживают ПНД и психиатрические стационары.

Значительный разброс мнений среди разных групп профессионалов вызвал и вопрос о том, **целесообразно ли включение психиатрической службы в систему ОМС**: от 4,5% до 42,5% (в среднем, $25,7 \pm 12,3\%$) респондентов ответили утвердительно, от 10,0% до 77,3% (в среднем, $39,3 \pm 23,7\%$) – отрицательно, а от 16,0% до 56,0% (в среднем, $35,0 \pm 12,9\%$) затруднились с ответом. Наименьшее число сторонников этой идеи оказалось среди руководителей учреждений ($8,3 \pm 4,9\%$) и врачей ($19,0 \pm 7,1\%$), эти же группы дали и максимальное количество отрицательных ответов ($74,6 \pm 3,5\%$, $51,0 \pm 9,9\%$ соответственно). В других группах наблюдалось значительное число респондентов, не имеющих определенной позиции по данному вопросу (от 32,0 до 56,0%). За включение психиатрии в страховую медицину высказались от 18,0% до 36,0% (в среднем, $27,5 \pm 8,1\%$) пользователей; против – от 6,0% до 36,0% (в среднем, $21,5 \pm 12,3\%$); от 42,0% до 62,0% (в среднем, $51,0 \pm 9,0\%$) затруднились с ответом.

На вопрос о том, **могут ли государственные психиатрические учреждения оказывать платные услуги**, большинство профессионалов – от 32,0% до 68,2% (в среднем, $52,6 \pm 15,4\%$) ответили утвердительно; от 12,0% до 27,3% (в среднем, $22,3 \pm 7,1\%$) – отрицательно, а от 4,5% до 40,0% (в среднем, $25,1 \pm 13,1\%$) респондентов затруднились с ответом. Наибольшее число сторонников эта идея нашла среди руководителей, врачей, ССР ($68,1 \pm 0,1\%$; $65,0 \pm 4,2\%$; $55,0 \pm 4,2\%$ соответственно), наименьшее – среди специалистов среднего звена – медицинских сестер и СР ($43,0 \pm 15,7\%$, $31,0 \pm 7,1\%$ соответственно). Тех, кто затруднился с ответом, было больше в группах

ССР и СР. Позиция пользователей помощи относительно целесообразности оказания платных услуг государственными учреждениями была совершенно иной. Только от 22,0% до 34,0% (в среднем, $29,0 \pm 5,3\%$) из них такую идею поддержали; от 26,0% до 40,0% (в среднем, $32,5 \pm 7,5\%$) выступили против, а больше всего было воздержавшихся – от 30,0% до 46,0% (в среднем, $38,5 \pm 6,6\%$). Респондентам, утвердительно ответившим на предыдущий вопрос, было предложено **указать, какие виды платных услуг могут оказывать государственные психиатрические учреждения.** Профессионалы полагают, что в психиатрических больницах на платной основе могут развиваться сервисные услуги, геронтопсихиатрическая и наркологическая помощь; физиотерапевтическое лечение, судебно-психиатрическая экспертиза и лечение иногородних пациентов. В амбулаторных психиатрических учреждениях, по их мнению, на платной основе может проводиться психотерапия, особенно долгосрочная; консультирование больных, экспериментально-психологическое исследование, помощь в кризисных ситуациях; выдача справок; профосмотры; экспертизы и освидетельствования; различные функциональные исследования – ЭЭГ, ЭКГ, МРТ и др.; осмотр пациента на дому; сервисные услуги в дневном стационаре; уход на дому, в т.ч. за больными старческого возраста; консультирование родственников; физиотерапия и массаж; лечение жителей других районов и иногородних; реабилитация; трудовая экспертиза. Большинству пользователей не указывали возможные виды платных услуг; отдельные предложения включали проведение альтернативной МСЭК, лечение сопутствующих соматических заболеваний, проведение отдельных видов реабилитации, дополнительное лабораторное обследование, психологическое консультирование. На вопрос о том, **готовы ли пациенты и их родственники участвовать в т.н. соплатежах**, от 9,1% до 42,0% (в среднем, $18,3 \pm 10,1\%$) профессионалов ответили утвердительно, от 32,0% до 60,0% (в среднем, $51,1 \pm 9,8\%$) – отрицательно; от 20,0% до 44,0% (в среднем, $30,6 \pm 7,5$

%) затруднились с ответом. Следует заметить, что сотрудники стационаров были более, чем сотрудники амбулаторных служб, уверены в том, что пациенты и их родственники готовы к платежам ($24,0 \pm 11,4\%$ и $12,6 \pm 4,1\%$ соответственно). От 20,0% до 30,0% (в среднем, $24,5 \pm 4,1\%$) пользователей заявили о готовности участвовать в соплатежах; от 32,0% до 44,0% (в среднем, $37,0 \pm 6,0\%$) высказались об этом отрицательно, а от 36,0% до 44,0% из них (в среднем, $38,5 \pm 3,8\%$) затруднились с ответом.

Предложение **оценить уровень бюджетного недофинансирования учреждений за прошлый год (разницу между исчисленным и фактическим финансированием)** было адресовано только группе их руководителей. Ответы распределились следующим образом: о недофинансировании в размере до 10,0% заявили 9,0% респондентов; в размере до 20% – 6,0%; в размере до 30% – 6,0%; в размере более 30% – 16,5%. Затруднились с ответом большинство респондентов – 62,5% (в стационарах таких оказалось 52,0%, в ПНД – 72,7%).

Блок № 4. Приватные формы психиатрической помощи

К идее **создания частных форм психиатрической помощи** от 14,0% до 50,0% (в среднем, $32,2 \pm 11,1\%$) профессионалов отнеслись отрицательно; от 14,0% до 60,0% (в среднем, $39,8 \pm 14,9\%$) – положительно; от 8,0% до 48,0% (в среднем, $28,0 \pm 11,6\%$) затруднились с ответом. В группах сотрудников стационарных учреждений положительных оценок было больше – $44,4 \pm 14,0\%$ (в группах амбулаторных специалистов – $35,2 \pm 15,0\%$). В наибольшей степени поддерживают введение частных форм помощи врачи ($52,0 \pm 2,8\%$), руководители учреждений ($45,9 \pm 19,9\%$), медицинские психологи и ССР ($49,0 \pm 7,1\%$). Сдержанную позицию занимают медицинские сестры ($33,0 \pm 1,4\%$); другие специалисты среднего звена выступают против (положительных оценок всего $19,0 \pm 7,1\%$). Положительно воспринимают идею создания частных психиатрических учреждений – от 40,0% до 50,0% (в среднем, $45,0 \pm 4,0\%$) пользователей помощи. От 30,0% до 34,0% (в среднем,

32,5±1,9%) из них затруднились с ответом, и только от 20,0% до 26,0% (в среднем, 22,5±3,0%) высказались по этому поводу отрицательно. Респондентам всех групп, считающим необходимым развитие частных форм помощи, было предложено указать, **для каких категорий лиц с психическими расстройствами частные виды помощи могут быть организованы**. Большинство респондентов выделили в качестве возможных адресатов частной помощи «пограничных» пациентов. Кроме них профессионалы указывали пациентов с острыми психотическими расстройствами и хронизированных пациентов. Медицинские сестры и социальные работники чаще респондентов других групп полагали, что платные услуги следует адресовать пациентам, нуждающимся в психосоциальном лечении. У социальных работников среднего звена вопрос вызвал наибольшие затруднения. Результаты математической обработки всех анкет позволили определить наиболее весомый ответ: частные формы помощи могут быть адресованы, в первую очередь, пациентам с пограничными психическими расстройствами.

На вопрос о том, **повлияет ли введение частных психиатрических учреждений на качество психиатрической помощи в целом**, от 26,0% до 52,0% (в среднем, 39,9±8,0%) профессионалов ответили утвердительно; от 12,0% до 40,9% (в среднем, 27,3±9,4%) – отрицательно; от 12,0% до 50,0% (в среднем, 32,8±14,5%) затруднились с ответом. От 36,0% до 50,0% (в среднем, 42,5±6,0%) пользователей ответили на этот вопрос утвердительно; от 10,0% до 24,0% (в среднем, 18,5±6,2%) – отрицательно; затруднились с ответом от 28,0% до 50,0% (в среднем, 39,0±9,0%). Утвердительно ответившим на этот вопрос было предложено указать, **каким образом введение частных форм помощи повлияет на качество психиатрической помощи** (допускались несколько вариантов ответа). Профессионалы следующим образом оценили последствия развития частной психиатрии: «качество психиатрической помощи повысится» (21,9±11,4%); «арсенал видов помощи будет более разнообразен» (21,4±8,1%); «пациент будет получать более адекватную

психосоциальную помощь» (18,2±12,4%); «объем психиатрической помощи возрастет» (15,5±6,2%); «отношение медицинского персонала к больным станет более внимательным» (15,6±7,1%). Высказывались и негативные прогнозы: «качество психиатрической помощи снизится» (6,7±5,9%); «объем психиатрической помощи сократится» (3,8±4,7%); «отношение медицинского персонала к больным станет более формальным» (2,1±3,1%). 2,6±2,3% респондентов затруднились с ответом. Следует заметить, что наиболее критично смотрели на перспективу развития частной психиатрии руководители амбулаторных психиатрических учреждений - на их долю приходится значительная часть отрицательных оценок. Позиция пользователей в целом совпадала с позицией профессионалов. 23,0±6,0% из них полагали, что «качество психиатрической помощи повысится»; 19,0±4,8% – «арсенал видов помощи будет более разнообразен»; 16,0±4,9% – «объем психиатрической помощи возрастет»; 14,0±11,2% – «пациент будет получать более адекватную психосоциальную помощь»; 13,0±3,5% – «отношение медицинского персонала к больным станет более внимательным». Указания на возможные риски были немногочисленны: «отношение персонала к больным станет более формальным» (5,0±2,3%); «качество психиатрической помощи снизится» (2,5±3,8%).

Блок № 5. Проблемы управления психиатрическими учреждениями

Группа вопросов этого блока была адресована только двум группам респондентов – руководителям стационарного и амбулаторного звеньев.

На вопрос о том, **необходимы ли главные специалисты - психиатры на различных уровнях управления**, руководители стационаров ответили, что главные психиатры необходимы на уровне министерства (84,0%), федерального округа (64,0%), регионального (городского) органа управления здравоохранением (88,0%). Руководители амбулаторного звена высказали более скептическое отношение к институту главных специалистов (72,7%, 31,8% и 59,1% соответственно). Отвечая на вопрос о **функциях**

федерального и регионального уровней управления психиатрической службой, подавляющее число респондентов полагает, что к компетенции федерального уровня относятся нормативно-законодательные функции ($97,8 \pm 3,6\%$), а также разработка медицинских стандартов и нормативов ($84,9 \pm 5,0\%$). В меньшей степени, по мнению респондентов, за федеральным уровнем должны сохраняться методические вопросы ($31,7 \pm 6,4\%$). Основными задачами управления регионального уровня, по мнению участников опроса, должна быть разработка нормативно-методических документов с учетом региональных особенностей ($95,5\% \pm 0,7\%$), методические функции ($89,2 \pm 4,3\%$); участие в разработке медицинских стандартов является второстепенной задачей ($37,6 \pm 14,9\%$).

На вопрос о том, **должны ли быть сохранены подразделения, оказывающие психиатрическую помощь (стационарные, полустационарные, амбулаторные) на базе учреждений здравоохранения муниципального уровня (ЦРБ, ЦГБ, поликлиники)**, $66,1 \pm 2,9\%$ респондентов ответили утвердительно, $10,8 \pm 3,9\%$ – отрицательно, а $23,1 \pm 6,9\%$ – затруднились с ответом.

Заниматься лицензированием деятельности психиатрических учреждений должны, по мнению $81,2 \pm 7,4\%$ респондентов, вышестоящие административные организации; незначительное число опрошенных ($2,0 \pm 2,8\%$) считает, что эта функция могла бы быть передана научным организациям. Сторонников участия в лицензировании учебных, общественных, профсоюзных организаций не оказалось, а $16,8 \pm 4,5\%$ опрошенных затруднились с ответом.

Обсуждение результатов.

Результаты проведенного исследования, естественно, нуждаются в соответствующем обсуждении и комментариях. Приводимые ниже относительные цифры результатов ответов даются без указания показателей их отклонений, валидность которых установлена с помощью математических

методов, описанных в главе 2 настоящей работы.

Правовые и этические вопросы при оказании психиатрической помощи, которые приобрели особую актуальность в последние десятилетия, нашли отражение в ответах различных групп респондентов. Лишь около половины профессионалов и трети пользователей удовлетворены положениями действующего ФЗ о психиатрической помощи, отмечая при этом недостаточные механизмы правовой защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, и работников психиатрической службы, несоответствие закона другим законодательным и подзаконным актам, чрезмерно усложненную регламентацию процедур, связанных с недобровольными видами помощи, недостаточность юридических, кадровых, ресурсных механизмов реализации действующего закона.

По мнению большинства профессионалов и пользователей, окружающие в целом относятся к психически больным уничижительно, пренебрежительно, а средства массовой информации представляют их чаще всего с безразличием. Респондентами был составлен «негативный рейтинг» специалистов, чье отношение к психически больным требует существенного улучшения; показатели этого «рейтинга» у профессионалов и пользователей заметно различались. Профессионалы наиболее проблемными группами в этом отношении считают младший и средний медицинский персонал, в пользователи на 1 место поставили врачей, на 2 – руководителей учреждений. Родственники пациентов внебольничных учреждений наиболее критично оценивают отношение к больным врачей, родственники пациентов стационаров – отношение медицинских сестер.

Важное место в анализе результатов опроса заняла проблема модели отношений врача-психиатра и больного, которая со времени формирования общественного движения пользователей психиатрической помощи приобретает все бóльшую актуальность [234, 302]. Согласно результатам опроса, более половины профессионалов (56,7%) предпочитают партнерскую модель отношений, хотя почти треть из них (28,9%) являются сторонниками

патерналистской модели, а 12,8% – клиентской. При этом руководители стационаров в большей степени, чем их коллеги амбулаторного звена, предпочитают патернализм в отношениях с пациентами, в то время как врачи-психиатры стационаров в большей степени, чем врачи ПНД, высказались в пользу партнерских взаимоотношений. Наибольшее число сторонников клиентской модели обнаружилось среди руководителей учреждений. Пользователи, в отличие от профессионалов, в большей степени отдавали предпочтение патерналистской (42,5%), в меньшей степени – партнерской и редко – клиентской модели отношений с психически больными. Интересно, что предпочтение той или иной модели в системе отношений «врач-больной» определило ответы на вопросы, касающиеся проблемы информирования пациентов и их родственников. Подавляющее большинство профессионалов (91,2%) и пользователей (85,0%) считают необходимым создание психообразовательных программ для больных и их родственников. Но при этом родственники больных, в отличие от профессионалов, полагают, что о факте психического заболевания и вопросах, связанных с лечением, должны, в первую очередь, информироваться они, а не сам пациент, что прямо коррелирует с их отношением к патерналистской модели.

Во вступительной главе нашей работы отмечалась очевидная современная тенденция привлечения пользователей психиатрической помощи и членов добровольческих организаций к оказанию различных видов помощи и поддержки. По данным нашего опроса, пользователи выразили готовность принимать участие как в решении вопросов, связанных с развитием и профилизацией службы (69,5%), так и в оказании отдельных ее видов (67,5%). Профессионалы же охотно готовы допустить родственников больных к оказанию помощи (79,2%), но с меньшим энтузиазмом рассматривают пользователей как участников процесса принятия решений, планирования помощи и ее оценки (60,7%). По мнению большинства

профессионалов и пользователей, главным направлением деятельности пациентских организаций должна быть работа групп само- и взаимопомощи.

Оценка действующих общественных организаций пользователей была невысокой: положительно оценили ее лишь 10,7% профессионалов и 24,0% пользователей. Вероятно, это объясняется не только скромными результатами работы этих общественных объединений, но и отсутствием информации об их деятельности, о чем может свидетельствовать значительное число пользователей (42,0%), затруднившихся с оценкой, а также то, что оценки специалистов амбулаторных учреждений, которые непосредственно соприкасаются с деятельностью этих организаций, были значительно выше, чем оценки специалистов стационарного профиля.

Вопросы *структуры и качества психиатрической* помощи в последние годы находятся в центре оживленных дискуссий в связи с происходящей деинституционализацией, перемещением помощи в сообщество. Интересно, что на вопрос, требует ли современная действующая структура психиатрической службы изменений, большинство профессионалов всех групп затруднились дать ответ; еще в большем затруднении оказались пользователи (69,5%). В группе сторонников необходимости перемен оказалось много руководителей учреждений (48,5%). Как показали результаты математической обработки всех анкет, по мнению большинства профессионалов и пользователей, стационарная психиатрическая служба нуждается, в первую очередь, в увеличении финансирования, а амбулаторная служба – в увеличении финансирования и улучшении условий труда персонала. Профессионалы и пользователи считают, что в улучшении нуждается материально-техническая база учреждений: только 13,6% сотрудников стационарного звена и 45,0% сотрудников амбулаторной службы оценили состояние своих учреждений как вполне удовлетворительное (соответствующие оценки пользователей – 30,0% и 33,0%). Большинство профессионалов считают, что психиатрическая

служба нуждается в улучшении лекарственного обеспечения (в первую очередь, антипсихотиками и антидепрессантами новых поколений).

Вопрос о введении медицинских стандартов психиатрической помощи обнаружил заметный разброс мнений: за их введение высказались 41,2% профессионалов, против – 21,3%. Пользователи выразили достаточно скептическое отношение к введению стандартов как пути повышения качества помощи (27,5% сторонников при 53,0% воздержавшихся). Сопоставляя оценки профессионалов и пользователей, касающиеся объема и качества психиатрической помощи, можно отметить, что большинство сотрудников амбулаторных учреждений (53,4%) считают объем оказываемой ими помощи достаточным, а ее качество – удовлетворительным (73,8%). Однако только 46,0% пользователей сочли достаточным объем помощи, оказываемой ПНД, и лишь треть (33,3%) удовлетворены ее качеством. Оценка объема и качества стационарной помощи сотрудниками учреждений и пользователями практически совпадала: достаточным объемом помощи сочли 60,4% сотрудников и 57,0% пользователей; качество помощи считают удовлетворительным 64,8% профессионалов и 66,0% пользователей.

Резюмируя сказанное по данному разделу ответов, можно отметить, что большинство профессионалов не видят необходимости в изменении структуры службы, а высказываемые предложения обнаруживают отсутствие преобладающих мнений. Отсутствует консолидированная позиция профессионального сообщества и по вопросу введения стандартов психиатрической помощи: его поддерживают лишь 41,2% профессионалов, а более половины врачей выразили отрицательное отношение к введению стандартов в психиатрии. Большинство профессионалов и пользователей полагают, что главным направлением совершенствования психиатрической помощи, повышения ее качества должно быть, в первую очередь, улучшение ресурсного обеспечения (увеличение финансирования, улучшение материально-технической базы и лекарственного обеспечения, повышение оплаты труда медицинских работников). Полученные нами данные в целом

совпадают с результатами проводившихся в предшествующие годы опросов специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, и ее пользователей. Так, по данным Н.Б. Левиной и Е.Б. Любова (2009), пользователи психиатрической помощи в целом неактивно ратуют за развитие новых лечебно-реабилитационных форм, в большей степени поддерживая развитие им уже знакомых, при условии соответствующего ресурсного обеспечения [127]. По данным опроса врачей-психиатров, которые приводят Н.Г. Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов (2006), большинство респондентов демонстрировали сдержанное отношение к возможным структурным реформам, полагая главным направлением повышения качества помощи улучшение финансирования, укрепление материально-технической базы учреждений и повышение оплаты труда [163].

Как известно из практического опыта, отношение различных категорий профессионалов и пользователей к *психосоциальному лечению и реабилитации*, которые играют все большую роль в общей системе психиатрической помощи, явно неоднозначное. Большая часть профессионалов и пользователей, как показали данные опроса, считают, что основным видом психосоциального лечения и реабилитации в психиатрических учреждениях должны быть тренинги социальных навыков, а основным направлением деятельности специалистов социального профиля - оказание пациентам социальной и правовой помощи. Большинство профессионалов (72,2%) полагают, что к оказанию услуг психически больным по месту жительства следует привлекать работников территориальных центров социальной помощи, однако пользователи не столь уверенно поддерживают это предложение (47,0%).

Оценивая в целом качество социально-трудовой реабилитации, лишь небольшая часть профессионалов и пользователей признали его удовлетворительным. Большинство профессионалов (52,2%) и пользователей (65,0%) полагают, что необходимо создавать новые места в

трудотерапевтических подразделениях амбулаторных учреждений, но та же ситуация в стационарных учреждениях оценивается менее критично (41,6% и 18,0% соответственно). Аналогично выглядит и оценка технологического спектра амбулаторных подразделений трудотерапии: большинство профессионалов и пользователей считают, что виды труда в них не отличаются разнообразием (66,4% и 61,0% соответственно), однако в отношении больничных подразделений такого мнения придерживаются только 39,2% профессионалов и 10,0% пользователей. Более критическая оценка профессионалами и пользователями состояния трудовой терапии в амбулаторных условиях связана, по-видимому, с тем, что внебольничная реабилитация, в отличие от стационарной, играет гораздо более значительную роль в общей системе психиатрической помощи. В этом случае более отчетливо проявляются неиспользованные резервы психосоциальной работы, несоответствие реального положения дел ожиданиям пользователей.

Большинство профессионалов (59,6%) полагают, что трудовая терапия в современных рыночных условиях должна быть дотационной, бюджетной (в этом еще больше уверены руководители больниц и амбулаторных учреждений – 80,0% и 63,6% соответственно). Среди пользователей сторонников бюджетной модели оказалось меньше (37,5%), а сторонников хозрасчетной – больше, причем за дотационную модель выступали, в основном, родственники пациентов стационарных учреждений (53,0%). Только четверть (25,3%) профессионалов считают, что следует отказаться от действовавшей прежде системы социально-трудовой реабилитации (подразумевающей производительную деятельность пациентов с оплатой по результатам труда) и перейти к эрготерапии, занятости по свободному выбору; при этом среди руководителей больниц было больше сторонников эрготерапии (40,0%), а среди руководителей диспансеров – больше её противников (59,1%). По-видимому, это связано с тем, что в амбулаторных условиях сохраняются большие возможности для организации

производственной деятельности. Пользователи в своем большинстве (60,0%) не имеют по этому вопросу определенной позиции, возможно, из-за недостаточной информированности о финансовой стороне трудотерапевтического процесса.

Особое значение для развития полипрофессионального бригадного обслуживания имеет обеспеченность учреждений специалистами социального профиля, медицинскими психологами, психотерапевтами. Интерес представляет мнение участников опроса о необходимости увеличения в штатах учреждений числа этих специалистов. Большинство профессионалов и пользователей (64,0% и 56,0% соответственно) выступают за увеличение числа специалистов по социальной работе и социальных работников в амбулаторных условиях, менее уверенно – за увеличение их числа в стационарах (57,0% и 41,0% соответственно), увеличение числа психотерапевтов в амбулаторной сети (55,0% и 47,0% соответственно). Относительно необходимости увеличения числа медицинских психологов мнения разделились: эту позицию поддерживают в амбулаторных группах 43,0% профессионалов и 44,0% пользователей; в группах больных стационарного профиля – 33,5% и 52,0% соответственно. Значительное число руководителей амбулаторных учреждений выступают против роста числа психотерапевтов (40,9%), специалистов по социальной работе и социальных работников (31,8%), медицинских психологов (54,5%). В отношении медицинских психологов с ними солидарны и руководители стационаров (60,0% считают ненужным увеличение числа указанных специалистов). Данный факт можно объяснить как относительной укомплектованностью специалистами этого профиля (что нами отмечалось в главе 4 настоящей работы), так и сохраняющейся у части руководителей недооценкой полипрофессионального способа обслуживания.

В системе психиатрической помощи все более важная роль отводится **амбулаторным психиатрическим учреждениям**, и в связи с этим интерес представляет характеристика деятельности ПНД и иных форм

внебольничной помощи, полученная по результатам опроса. По мнению большинства сотрудников амбулаторных психиатрических служб (60,1%), существующая система диспансерного наблюдения является оптимальной. Родственники пациентов оценивают ее более критично: лишь в 40,0% как оптимальную, а в более трети ответов (34,0%) как недостаточную и требующую усиления. Большинство профессионалов (59,4%) считают, что в ПНД необходимо создавать профильные кабинеты, в первую очередь, геронтопсихиатрические и психопрофилактические. Пользователи в своем большинстве (75,0%) затруднились сформулировать ответ, видимо, не вполне представляя себе смысл соответствующих специализированных технологий. Мнения профессионалов и пользователей о качестве работы дневных стационаров разделились: удовлетворены им 73,8% профессионалов и только 34,0% пользователей. Значительная часть пользователей (47,0%) выступает за увеличение числа мест в ДС, но только четверть (24,2%) профессионалов видят в этом необходимость. Следует отметить, что руководители ПНД более оптимистично, чем руководители больниц, оценивают обеспеченность населения местами в ДС как достаточную (40,9% и 16,0% соответственно). Таким образом, предложения пользователей помощи и руководителей стационаров об увеличении числа мест в ДС не находят соответствующей поддержки со стороны представителей амбулаторных служб.

Деятельность стационарных психиатрических учреждений, длительное время представляющих основное звено психиатрической помощи, до настоящего времени является одной из наиболее важных, дискутируемых проблем, не находящих единого решения. Большинство сотрудников стационарных учреждений (65,2%) затруднились определить, каким должен быть оптимальный размер коечного фонда психиатрической больницы. Обращает на себя внимание тот факт, что этого не знают 40,0% руководителей; 40,0% из них считают, что больница не должна быть больше, чем на 500 коек; 20,0% полагают, что стационар должен включать 500 и более коек. Почти треть сотрудников стационаров (31,6%) затруднились

определить оптимальное число коек в отделении. По-видимому, определяя оптимальный размер отделения, респонденты ориентировались, прежде всего, не на предполагаемый запрос пользователей, а на особенности формирования штатного расписания. Это объясняет значительное число руководителей (48,0%) и врачей (36,0%), которые считают оптимальным нахождение 40 и более пациентов в одном отделении. Профессионалы (62,7%) считают необходимым уменьшение нагрузки на врача-психиатра до 10-15 пациентов в расчете на 1 ставку.

Лишь 16,0% профессионалов считают условия пребывания пациентов в стационарах удовлетворительными, что контрастирует с куда более благоприятной оценкой пользователей (54,0%). Наиболее критично оценивают условия больничного содержания руководители (36,6%) и врачи (30,0%) учреждений, считая их неудовлетворительными. Большинство профессионалов (73,6%) и пользователей (77,0%) считают, что в больничной палате должны находиться не более 4 пациентов. Сотрудники больниц более критично, чем родственники их пациентов, оценивают качество больничного питания (25,2% и 44,0% соответственно). 43,2% профессионалов считают оптимальными сроки лечения в стационарах, еще более в этом уверены пользователи – 60,0%. Примечательно, что среди руководителей больниц меньше тех, кто считает сроки стационарного лечения оптимальными (32,0%) и максимальное число тех, кто считает их избыточными (32,0%). Большинство профессионалов (82,4%) и пользователей (69,0%) полагают, что психиатрические больницы нуждаются в расширении современных методов обследования; почти половина профессионалов (45,6%) и большинство пользователей (54,0%) считают, что стационары в большем объеме должны проводить физиотерапевтическое лечение. Большинство профессионалов (79,6%) и пользователей (78,0%) полагают целесообразным создание специальных отделений для «острых» больных и пациентов с хроническим течением заболевания. Предложения об увеличении коек в геронтопсихиатрических отделениях, отделениях для пациентов с

пограничными (невротическими) расстройствами, соматопсихиатрических отделениях нашли большую поддержку у пользователей, чем у профессионалов. Руководители больниц сочли перспективным развитие геронтопсихиатрического сектора (52,0%), но не поддержали увеличение коек для пограничных контингентов пациентов (20,0%) и больных соматопсихиатрического профиля (36,0%). Такая позиция исходит, как нам представляется, из того, что пациенты с невротическими расстройствами должны получать помощь, прежде всего, в амбулаторных условиях, а пациенты с коморбидной соматической патологией – в специализированных отделениях многопрофильных стационаров.

Предлагая критерии, которые должны быть взяты за основу при оценке качества стационарной помощи, респонденты наиболее часто предлагали оценивать качество ремиссии пролеченного больного, реже – уровень социального функционирования пациента после выписки, частоту регоспитализаций, ЧП в работе, сроки стационарирования. Примечательно, что крайне редко и профессионалы, и пользователи указывали в качестве приоритетного критерия оценки мнение пациента и его родственников.

Проблема ***преемственности в оказании помощи, вопросы межведомственного взаимодействия*** тесно связаны с развитием ***промежуточных (аккомодационных) форм помощи***, которые по праву считались достижением отечественной психиатрии. Профессионалы и пользователи по разному оценивают современную тенденцию к сокращению числа и размеров психиатрических больниц и к расширению объема внебольничной помощи. Лишь 41,4% профессионалов считают оправданным перемещение помощи в условия сообщества, однако это поддерживают 68,2% руководителей амбулаторных учреждений. Среди пользователей обнаружилась небольшая (32,5%) часть сторонников трансинституционализации. При этом число противников оказалось больше в группе родственников амбулаторных пациентов (47,0%), что, возможно, отражает их неудовлетворенность качеством работы этого звена службы.

Большая часть профессионалов (59,1%) полагают, что население региона в достаточной степени обеспечено психиатрическими койками. Примерно такая же доля респондентов (63,2%) считают, что госпитализация многих больных в психиатрические стационары обусловлена не столько медицинскими, сколько социальными показаниями: в этом убеждены 75,6% сотрудников больниц и 88,0% их руководителей (среди сотрудников амбулаторных учреждений и родственников больных сторонников такой оценки значительно меньше – 50,6% и 35,0% соответственно). По мнению убежденных в этом профессионалов и пользователей, названная категория пациентов должна получать помощь в психоневрологических интернатах (52,9% и 50,8% ответов соответственно), амбулаторных психиатрических учреждениях (26,8% и 24,2% соответственно), психиатрических стационарах (9,5% и 8,8% соответственно). Примечательно, что почти половина (42,9%) руководителей ПНД согласились с тем, что «социально отягощенные» пациенты должны лечиться в амбулаторных условиях, но все (100,0%) руководители больниц высказались против нахождения этих больных в психиатрических стационарах. Решение проблемы оказания помощи больным, утратившим жилье и социальные связи, значительная часть профессионалов (80,3%) и пользователей (62,5%) видят в создании социальных общежитий. По мнению этой группы респондентов, такие общежития могут быть в структуре психиатрических больниц (18,3% и 23,9% ответов соответственно), в составе амбулаторных психиатрических учреждений (23,7% и 26,0% соответственно) или организованы в виде самостоятельных модулей в районах города под патронажем психиатрической службы (20,9% и 28,3% соответственно). По поводу создания общежитий в существующей системе учреждений социальной защиты мнения профессионалов и пользователей разошлись (57,9% и 24,8% соответственно). Создание общежитий при ПНД активно поддержали их руководители (43,8%) и родственники пациентов внебольничной службы (34,5%), а сторонников создания общежитий в системе ПНИ больше среди

врачей стационаров (61,7%) и родственников стационарных больных (42,9%). Большинство профессионалов (80,3%) и пользователей (79,0%) высказались за расширение загородных психиатрических больниц, предназначенных для реабилитации больных с хроническим течением заболевания.

Как уже отмечалось, открытие психиатрических отделений в больницах общего профиля способствует приближению помощи к населению и оказанию ее в менее стигматизирующих условиях. Большинство профессионалов (52,4%) высказались за открытие психиатрических коек в многопрофильных стационарах, причем сторонников такого подхода больше среди руководителей и врачей стационаров (84,0% и 74,0%). Позиция пользователей была более осторожной: предложение поддержали лишь 29,0%, почти столько же (30,0%) выступили против. Самую большую группу составили затруднившиеся с ответом (41,0%), что, по-видимому, объясняется недостатком информации о преимуществах этой формы помощи.

Целесообразность создания при стационарах амбулаторно-поликлинических отделений для выписанных больных поддерживает большинство профессионалов (52,4%), однако позиции руководителей стационарных и амбулаторных учреждений по этому вопросу отличаются почти полярно: 76,0% руководителей больниц выступают за (4,0% – против); 72,7% руководителей ПНД выступают против (13,6% – за). Чуть более половины руководителей и врачей учреждений (54,0%) считают целесообразным объединение в единый комплекс психиатрической больницы и диспансера, остальные выступили против, или затруднились с ответом. Примечательно, что врачи амбулаторных учреждений в большей степени, чем врачи стационаров, поддержали идею объединений (56,0% и 46,0% соответственно), однако позиции руководителей были иными: за объединения выступили 64,0% руководителей больниц и 50,0% руководителей ПНД (среди последних самая большая группа противников – 40,9%). Это может быть связано не только с отсутствием до настоящего времени убедительных данных об эффективности объединений в системе

психиатрической службы мегаполиса, но и с опасением руководителей диспансеров по поводу возможной утраты самостоятельности амбулаторных учреждений, которые станут «филиалами» психиатрических стационаров.

При ответах на вопросы, касающиеся *финансирования и экономики психиатрической помощи*, большинство респондентов всех групп указывали, что основным ресурсом, за счет которого можно улучшить ее качество, является бюджетное финансирование. Выбор приоритетного звена финансирования в значительной степени отразил «ведомственную принадлежность» профессионалов: большинство сотрудников стационарных учреждений предлагают обеспечить приоритетное финансирование больниц, в то время как сотрудники амбулаторных учреждений отдают предпочтение финансированию ПНД. Примечательно, что ни те, ни другие не выделили в качестве приоритетного объекта финансирования реабилитационные службы и полустационарные формы помощи. Следует отметить, что пользователи назвали в качестве приоритетного звена финансирования психиатрические больницы, что, по-видимому, отражает их отмеченную выше ориентацию на патерналистскую модель помощи и институциональные ее формы.

Предложение оценить уровень бюджетного недофинансирования своих учреждений вызвало затруднения у большинства (62,5%) представителей руководящего звена, что говорит о том, что они (в первую очередь, заместители главных врачей) недостаточно полно владеют информацией о финансовой стороне деятельности учреждений. Вопрос о целесообразности включения психиатрической службы в систему ОМС обнаружил значительный разброс мнений среди профессионалов, большинство которых (74,3%) не поддержали эту идею или затруднились с ответом. Наибольшее число противников страховой модели отмечено среди руководителей и врачей учреждений. Большинство профессионалов (52,6%) полагают, что государственные психиатрические учреждения могут оказывать *платные услуги*. Причем сторонников такого подхода больше среди сотрудников высшего звена – руководителей, врачей, ССР и медицинских психологов

(68,1%; 65,0%; 55,0% соответственно), которые, по-видимому, видят свои собственные перспективы в такой модели помощи. Среди специалистов среднего звена сторонников оказания платных услуг оказалось меньшинство. Еще меньше энтузиазма идея оказания платных услуг вызвала у пользователей помощи; ее поддержали всего 29,0%; при этом противников оказалось больше среди родственников амбулаторных больных, которые, возможно, чаще сталкиваются с необходимостью оплачивать те или иные медицинские услуги. При этом следует заметить, что значительная часть предлагаемых к оплате услуг в настоящее время оказывается психиатрическими учреждениями бесплатно в обычном порядке. Предлагая оказание различных медицинских услуг на платной основе, сторонники такого подхода не учитывают позицию пользователей помощи: лишь четверть из них (24,5%) заявили о готовности участвовать в соплатежах.

Частные формы психиатрической помощи, которые в последнее время в нашей стране получают развитие, являются предметом активной дискуссии в руководящих органах здравоохранения, среди профессионалов в целом, пользователей психиатрической помощи. Идея развития частных форм психиатрической помощи нашла больший отклик у пользователей (45,0% сторонников, 22,5% противников), чем у профессионалов (39,8% сторонников, 32,2% противников). Сторонников частных форм психиатрии оказалось больше среди руководителей и специалистов высшего звена, меньше – среди специалистов среднего звена. По мнению тех, кто поддерживает развитие частных форм психиатрической помощи, они должны быть адресованы, в первую очередь, пациентам с пограничными расстройствами. Большинство тех, кто полагает, что развитие частного сектора положительно повлияет на качество психиатрической помощи, ожидают, что это будет способствовать повышению качества и объема помощи, в первую очередь, за счет увеличения объема психосоциальных форм, улучшения отношения медицинского персонала к больным. Наиболее критично смотрят на перспективы развития частного сектора руководители

психиатрических учреждений, на их долю приходится самая значительная часть отрицательных оценок и негативных прогнозов.

Обсуждая вопросы *управления психиатрической службой*, большинство руководителей учреждений отмечали важность работы главных специалистов-психиатров на различных уровнях управления (министерство, федеральный округ, субъект РФ), однако руководители амбулаторного звена при этом выразили более скептическое отношение к институту главных психиатров. К компетенции главных психиатров федерального уровня, по мнению большинства респондентов, должны относиться нормативно-законодательные функции, разработка медицинских стандартов и нормативов, а главными задачами управления службой на региональном уровне должна стать разработка нормативно-методических документов с учетом региональных особенностей, а также организационно-методическая работа. Подавляющая часть опрошенных (81,2%) полагает, что лицензированием психиатрических учреждений должны заниматься вышестоящие организации. Большинство респондентов (66,1%) считают, что подразделения, оказывающие психиатрическую помощь на базе учреждений здравоохранения муниципального уровня, должны быть сохранены.

Выводы.

1. Опросный метод оценки различных аспектов деятельности психиатрической службы разными категориями специалистов и пользователей помощи является важным методом не только статической характеристики системы психиатрической помощи, ее качества, но и определения тех изменений в динамике, которые могут происходить в результате принимаемых административных решений, преобразований в психиатрической службе.
2. Несомненным преимуществом опросного метода является то, что он дает возможность определять мнение об уровне и качестве оказываемой помощи не только специалистов, но и пациентов и их родственников,

которые являются конечными потребителями психиатрической помощи. Оценка пользователей психиатрической помощи является важнейшим вневедомственным регулятором ее качества, а изучение спектра потребностей пользователей позволяет планировать и развивать психиатрические службы на разных уровнях.

3. Выявленные в ходе опроса затруднения в ответах на многие вопросы респондентов, работающих в психиатрических учреждениях, по-видимому, можно объяснить их недостаточной осведомленностью об отдельных аспектах деятельности современных психиатрических служб. В этой связи необходимо уделить особое внимание информированию сотрудников психиатрических учреждений о задачах и целях реформирования системы психиатрической помощи, положительном опыте работы учреждений, внедряющих новые формы ее оказания.
4. Низкие оценки пользователей по многим показателям деятельности психиатрических служб, по-видимому, можно объяснить, с одной стороны, их недостаточной осведомленностью о различных сферах деятельности этих служб, современных тенденциях их развития и возможностях, а с другой, низкой экспектацией, системой ожиданий от психиатрических служб со стороны отечественных пользователей помощи. Это соотносится с данными отечественных исследователей, отмечавших низкий уровень притязаний, характерный для российских пациентов и их родственников – в отличие от зарубежных пользователей психиатрических служб [237].
5. В рамках опросных методов оценки показателей деятельности различных психиатрических учреждений, важное место занимает метод анализа иерархий (МАИ), позволяющий выделять наиболее значимые, актуальные проблемы психиатрической службы, которые требуют первоочередного решения.

ГЛАВА 8. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

В последние годы много говорится о необходимости системного подхода к развитию медицинской, в том числе психиатрической, помощи, совершенствования методических ее основ и разработке современных технологий ее оказания. Такая постановка вопроса обусловлена глобальными изменениями социально-экономической ситуации, сменой привычных жизненных стереотипов, растущим среди населения ощущением социальной незащищенности – эти переживания в наибольшей мере затрагивают уязвимые в психологическом и экономическом отношении группы населения, и, в первую очередь, психически больных.

В связи с этим необходимо отметить, что анализ развития психиатрии [102, 286, 288] показывает, что на характер, особенности и структуру психиатрической помощи существенное влияние оказывают исторические, социальные, экономические, политические, культуральные, экологические и иные факторы. Вместе с тем, приоритетные направления развития психиатрической помощи должны определяться и масштабом психической патологии, связанными с ней социально-экономическими последствиями, потерями. Исследования, посвященные оценке бремени психической патологии по DALY¹, показывают, что в последнее время психические расстройства вошли в ряд основных причин ухудшения состояния здоровья населения во всех странах мира [446]. В соответствии с этим, ВОЗ разрабатывает политику в области психического здоровья, а также планы действий по совершенствованию психиатрической помощи, основная задача которых заключается в интеграции и координации усилий государственных и

¹ Интегральный показатель DALY (disability adjusted life year) - расчетный показатель линейной суммы потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности, был введен в 1993 г. Гарвардской школой общественного здоровья в сотрудничестве с Всемирным банком и ВОЗ.

общественных структур [488]. Разработка таких документов обусловлена тем, что в 40% стран мира отсутствовала политика охраны психического здоровья, 25% стран не располагали законодательными актами по психиатрии, 30% стран не имели национальных программ по психическому здоровью [539].

Как отмечалось ранее, среди изменений, характеризующих процесс реформирования отечественной психиатрии, важной является тенденция перенесения акцента в планировании и организации помощи на региональный уровень [93]. Однако до настоящего времени региональное целевое планирование пока не получило достаточного развития. При этом отсутствуют единые федеральные методические рекомендации по планированию РЦП; в их разработке и реализации на многих территориях слабо задействованы резервы межведомственного взаимодействия, интеграции с другими звеньями здравоохранения и социальными службами. Практически во всех регионах сохраняется система нормативного распределения ресурсов, которая сама по себе является сдерживающим фактором проведения структурных реформ; основная часть средств РЦП направляется на стационарное звено. Большинство РЦП отличает невысокое качество индикативного планирования целевых показателей. Создание модели региональной психиатрической службы, построенной с учетом большого массива аналитических данных, требует специальной системы оценки разнородных, иерархически неорганизованных показателей, отражающих медицинские и социально-экономические аспекты деятельности службы для того, чтобы в максимальной степени учитывать все современные стратегии и интересы всех вовлеченных в процесс оказания психиатрической помощи сторон. Отсутствие системного подхода к планированию медицинской помощи приводит к низкой эффективности деятельности учреждений и системы помощи в целом [5].

Основой для определения задач регионального уровня являются общенациональные стратегические задачи развития здравоохранения,

включая и область охраны психического здоровья. При этом цели и задачи федеральной политики нуждаются в корректировке с учетом значительных различий в демографическом статусе и структуре заболеваемости, особенностей психиатрической службы, обеспеченности кадрами, состояния материально-технической базы учреждений, развитости социальных ресурсов и т.д. [229]. Выбор региональных приоритетов должен осуществляться взвешенно и комплексно, с учетом всех составляющих развития здравоохранения и финансовых возможностей [274]. Как отмечают В.С. Ястребов и соавт. (2014), главными направлениями в региональных программах должны быть приоритетное развитие амбулаторного звена, реформирование системы планирования и финансирования психиатрической помощи, формирование партнерской модели взаимоотношений медицинского персонала и пользователей помощи, совершенствование системы подготовки специалистов [299]. При этом важно оценить масштаб потерь, связанных с психической патологией, а также последствий проводимых в психиатрии преобразований; эти данные позволяют руководителям психиатрических служб самостоятельно оценивать масштабы последствий психических заболеваний и на их основе лоббировать интересы своих служб в исполнительных органах власти [274].

Говоря об общих подходах к составлению РЦП развития психиатрической помощи, Б.А. Казаковцев (2009б, 2009в) выделяет принципы, которые должны быть положены в их основу: децентрализация; территориальность; уход от традиционной изолированности психиатрических служб, различные формы их интеграции; преемственность и сбалансированность амбулаторного и стационарного звеньев; развитие промежуточных, полустационарных учреждений; дифференцированность; развитие специализации помощи; оптимизация помощи в сторону более эффективных, менее затратных её форм [98, 99].

С учетом смены парадигмы психиатрической помощи и переходом к биопсихосоциальной ее модели, И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А.

Сторожакова (2003) выделяют актуальные направления РЦП: развитие психосоциального лечения и реабилитации; приоритетное развитие амбулаторного звена и промежуточных форм помощи; переход к полипрофессиональному бригадному обслуживанию; создание сети отделений первого психотического эпизода; использование фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических данных для совершенствования региональной структуры психотерапии; использование ресурсосберегающих технологий [49]. Поддерживая это направление, Н.Г. Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов (2006) указывают, что повышение эффективности психиатрической службы не может быть достигнуто без изменения структуры и принципов управления отраслью с учетом ее тесного взаимодействия с другими органами, ведомствами и учреждениями. Развитие психиатрической помощи должно быть соотнесено с комплексным развитием всех звеньев здравоохранения и социальной защиты, что особенно актуально для крупных городов. При этом должны быть использованы такие алгоритмы, как создание в многопрофильных больницах соматопсихиатрических и психосоматических отделений, психотерапевтических и медико-психологических служб в поликлиниках, преемственность в деятельности психиатрических учреждений и учреждений социальной защиты [163].

По мнению Н.Д. Букреевой (2007, 2011), обеспечение населения качественной и доступной психиатрической помощью в рамках региональных программ требует применения системного подхода к ее организации, что реализуется в двух направлениях – выявление потребности населения в различных видах помощи (выделение основных потоков пациентов) и определение структуры службы для наиболее полного удовлетворения этих потребностей (формирование для каждой когорты пациентов лечебно-реабилитационного маршрута, включающего дифференцированные варианты лечебно-реабилитационных программ). В

основу формирования психиатрической службы региона должно быть положено ее соответствие потребностям основных групп пациентов [15, 16].

Результаты проведенного нами комплексного анализа системы психиатрической помощи Санкт-Петербурга позволили выявить наиболее значимые показатели психического здоровья населения города, материально-технического и кадрового обеспечения службы, показатели эффективности ее работы, получить результаты преобладающих оценок представительных групп специалистов и пользователей помощи о качестве помощи и перспективах дальнейшего развития. Поскольку в настоящей главе речь будет идти о целостном анализе деятельности региональной психиатрической службы, наряду с результатами собственного исследования мы будем приводить соответствующие общероссийские тенденции и показатели.

8. 1. Социально-клинический аспект региональной модели психиатрической помощи.

Говоря о наиболее значимых социально-экономических характеристиках Санкт-Петербурга, имеющих значение для определения приоритетных направлений развития региональной психиатрической службы, необходимо отметить следующее. В сравнении с другими регионами РФ, Санкт-Петербург отличается высокой степенью социального развития, относительно высоким уровнем доходов населения, низким уровнем безработицы, относительно благополучной криминогенной обстановкой, высокой степенью развития здравоохранения и системы социальной защиты населения. При этом необходимо учитывать и особенности пространственно-территориального устройства города, диспропорции в развитии отдельных районов – разную плотность населения, различную обеспеченность амбулаторными медицинскими учреждениями центральных и периферийных территорий.

Медико-демографическая ситуация в городе характеризуется наблюдаемым с 2007 г. умеренным приростом населения, в первую очередь, за счет превышения миграционного прироста над естественной убылью, умеренным ростом рождаемости и некоторым снижением уровня смертности, устойчивым ростом ожидаемой продолжительности жизни. При этом сохраняется тренд общего «постарения» населения, что проявляется в увеличении среднего возраста населения, возрастании доли лиц пожилого возраста, регрессивной возрастной структуре населения. Данные проведенного нами регрессионного анализа свидетельствуют о том, что к 2025 г., при прогнозируемом росте общей численности населения (на 7,4%) и сохранении высокой доли лиц старше 60 лет (на уровне 24,0-25,0%), будет возрастать доля средних возрастных групп за счет уменьшения доли детей.

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в Санкт-Петербурге в расчете на 100 тыс. населения в исследуемый период выросло на 53,7%, что произошло за счет групп ПРНХ и ПиС; первичная заболеваемость УО при этом снизилась почти наполовину. Высокий, в сравнении с общероссийским, уровень развития психиатрической службы города объясняет более высокий темп роста выявления психических расстройств в Санкт-Петербурге по сравнению с РФ. Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге уменьшился на 2,2%; при этом рост заболеваемости ПРНХ был перекрыт снижением заболеваемости ПиС и УО. Менее выраженный «стресс депопуляции» в Санкт-Петербурге, по сравнению с РФ в целом, является причиной того, что уровень этого показателя в городе к концу исследуемого периода стал уступать аналогичному российскому показателю. Если общая заболеваемость психическими расстройствами в регионе снизилась, то заболеваемость в группах детей и подростков, лиц старше 60 лет возросла; соответственно, отмечается увеличение доли этих групп в возрастной структуре зарегистрированных психически больных. Изменения диагностической структуры общей заболеваемости характеризуются

увеличением доли ПРНХ за счет уменьшения доли ПиС и УО. Основываясь на данных проведенного нами регрессионного анализа, можно прогнозировать к 2025 г. умеренное повышение уровня показателя общей заболеваемости психическими расстройствами на 5,0%.

Абсолютное число психических больных, имеющих группу инвалидности, выросло на 40,8%, что нашло отражение и в увеличении на 36,5% их относительного числа в расчете на 100 тыс. населения; уровень первичной инвалидности вырос на 16,0%. Значительный рост первичной инвалидности (в два с половиной раза) и почти шестикратный рост числа инвалидов в расчете на 100 тыс. населения отмечался в группе детей и подростков: эти показатели существенно превышают как соответствующие показатели по РФ, так и показатели инвалидности всего контингента лиц с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге. Согласно полученным нами данным регрессионного анализа, в период до 2025 г. уровень инвалидности сохранится прежним или несколько возрастет (на 1%). Рост первичной инвалидности и общего числа инвалидов свидетельствует об утяжелении внебольничного контингента лиц с психическими расстройствами, что может быть связано с действием социально-экономических факторов, затрудняющих адаптацию лиц с психическими расстройствами, невозможностью для многих из них удержаться на работе в новых экономических условиях [60]. В контингенте инвалидов крайне мала доля лиц с III (рабочей) группой, причем она уменьшилась почти вдвое. Это связано с отсутствием в российской экономике норм, поощряющих принимать на работу психически больных инвалидов, а также с неудовлетворительным состоянием социально-трудовой реабилитации.

Исследование показателей клинико-социальных характеристик контингента зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге позволяет сделать следующие выводы:

Динамика медико-демографических показателей и изменения возрастной структуры заболеваемости психическими расстройствами

указывают на необходимость развития системы геронтопсихиатрической помощи, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Рост уровня первичной инвалидности и общего числа инвалидов вследствие психических заболеваний требуют организации системы социально-трудовой реабилитации, различных медико-социальных подразделений для проведения трудовой терапии, системы поддержки трудоустройства и социально-восстановительной работы. Необходимость дальнейшего расширения психотерапевтического сектора службы, в первую очередь, в амбулаторных условиях, обуславливается ростом заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера и возрастанием удельного веса ПРНХ в диагностической структуре общей заболеваемости. Неблагоприятные тенденции роста заболеваемости и уровня инвалидизации вследствие психических заболеваний в группе детей и подростков требуют развития форм помощи, адресованных этой категории пациентов.

8.2. Организационный аспект

региональной модели психической помощи

Как уже указывалось, прогрессивной тенденцией современной психиатрии является децентрализация психиатрической помощи и рост многообразия форм её оказания, перемещение помощи в сообщество и активное использование его ресурсов, интеграция психиатрии и соматической медицины, приоритетное развитие амбулаторного звена.

В процессе реформирования системы психиатрической помощи, начиная с 1991 г., доля стационарного звена в структуре психиатрической службы РФ уменьшилась: значительно сократилось число психиатрических больниц и ПНД, имеющих стационарные отделения; число психиатрических коек сократилось с 195 961 до 138 950 (т.е. на 28,0%) – до 9,5 в расчете на 10 тыс. населения. При этом ожидаемого расширения системы внебольничной помощи не произошло. Более того, в последние несколько лет наметилась неблагоприятная тенденция к уменьшению амбулаторного звена (о чем

свидетельствует сокращение числа ПНД, психиатрических и психотерапевтических кабинетов) и снижению активности амбулаторной психиатрической службы (не всегда обоснованное возрастание объема консультативно-лечебной помощи за счет уменьшения доли диспансерного наблюдения; снижение доли участковых психиатров; уменьшение числа посещений больных в расчете на 1 должность участкового психиатра; сохранение низкой доли посещений по поводу заболеваний). Сокращение коечного фонда не компенсировалось соответствующим приростом числа мест в дневных стационарах. Таким образом, следует констатировать, что в РФ процесс деинституционализации в последние годы приобрел характер сокращения объема всех сегментов службы, как амбулаторных, так и стационарных.

Несмотря на трудности, связанные с социально-экономическим кризисом 1990-х гг., процесс совершенствования психиатрической службы Санкт-Петербург не прекращался, что нашло отражение, в первую очередь, в усилении ее кадровой обеспеченности, росте числа структур амбулаторного звена, расширении реабилитационного сегмента помощи, укреплении материальной базы учреждений. При этом, однако, следует заметить, что показатели эффективности деятельности психиатрической службы Санкт-Петербурга не в полной мере соответствуют ее кадровому и материально-техническому потенциалу. Поскольку развитие общественно-ориентированных форм помощи предполагает приоритетное развитие амбулаторных служб, представляется целесообразным рассмотреть организационных аспектов модели региональной психиатрической службы начать с её амбулаторного звена. При этом предлагаемые конкретные организационные решения основаны на результатах проведенного анализа, в том числе корреляционного, показателей деятельности городских психиатрических учреждений, а также данных проведенного опроса профессионалов и пользователей психиатрической помощи.

8.2.1. Амбулаторные психиатрические учреждения.

Отличительной особенностью психиатрической службы Санкт-Петербурга являются диспропорции в развитии учреждений различных районов. В центральных районах имеются резервные мощности, которые зачастую используются не в полной мере; в «спальных» районах отмечается недостаточная мощность амбулаторных психиатрических учреждений; в ряде районов отсутствуют ПНД и ДС. Отличия условий работы амбулаторных учреждений заключаются в их различной территориальной доступности для населения, состоянии материально-технической базы, различной кадровой укомплектованности, неравномерной нагрузке на участковых психиатров, близости к учреждениям общемедицинской сети. *В связи с этим, необходимо пересмотреть сложившуюся структуру районирования с учетом демографических изменений последних десятилетий с тем, чтобы обеспечить равные возможности жителей в получении психиатрической помощи, предусмотреть наличие в каждом районе ПНД, ДС и других лечебных и медико-реабилитационных подразделений.*

Обеспеченность населения города врачами-психиатрами, ведущими амбулаторный прием, в полтора раза выше, чем в среднем по РФ, однако при этом нагрузка на участкового психиатра на протяжении всего рассматриваемого периода оставалась ниже, чем в среднем по РФ. Об этом свидетельствует более низкий показатель числа посещений, приходящихся на одну должность взрослого участкового психиатра, более низкий, чем в среднем по РФ, показатель частоты недобровольных освидетельствований и увеличение использования ресурса экстренной психиатрической помощи. В связи с этим интерес представляет характеристика деятельности ПНД, полученная по результатам проведенного нами опроса. Большинство сотрудников амбулаторных учреждений (53,4%) считают объем оказываемой ими помощи достаточным, а ее качество – удовлетворительным (73,8%). Однако только 46,0% пользователей сочли достаточным объем помощи, оказываемой ПНД, и лишь треть из них (33,3%) удовлетворены ее качеством.

Помимо уменьшения общего числа наблюдаемых больных, в расчете на численность населения, наблюдается сдвиг в соотношении двух видов амбулаторной помощи – увеличение доли КЛП за счет уменьшения доли ДН, предусматривающего регулярные осмотры пациентов врачом-психиатром, что приводит к снижению уровня оказания помощи [59]. По мнению большинства сотрудников ПНД, существующая система наблюдения является оптимальной, однако лишь 40,0% пользователей разделяют эту оценку, а более трети (34,0%) – называют систему наблюдения недостаточной и требующей улучшения. В деятельности ПНД, в отличие от деятельности амбулаторных центров специализированной помощи в т.н. развитых странах, заметны гораздо меньшая степень терапевтической активности и стремление ограничить свою работу диспетчерскими функциями и контролем проведения поддерживающей терапии [117]. *В связи со сказанным, с нашей точки зрения, повышение эффективности работы амбулаторного звена должно включать, в первую очередь, более обоснованное определение объема диспансерного наблюдения, активизацию работы участковых психиатров, что должно найти отражение в увеличении числа врачебных посещений, более активном проведении недобровольных освидетельствований.*

Как свидетельство недостаточно активной работы амбулаторного звена может быть расценено и сохранение высокого уровня госпитализаций психически больных в Санкт-Петербурге: он снизился незначительно (на 7,3%) и существенно превышает аналогичный показатель по РФ. При этом следует отметить, что уровень госпитализации детей с психическими расстройствами снизился, что представляется позитивной тенденцией, поскольку акцент в оказании помощи этому контингенту перемещается в амбулаторное звено. Внебольничные службы не предотвращают высокую частоту госпитализаций, несмотря на то, что Санкт-Петербург характеризуется высокой степенью развития полустационарных видов помощи: обеспеченность населения местами в дневных стационарах в 3,4

раза превышает аналогичный показатель по РФ. Рост числа выписанных из ДС больных свидетельствует о возрастании роли этой формы оказания помощи, однако, как показали результаты проведенного нами исследования, в т.ч. корреляционного анализа, ДС недостаточно эффективно выполняют функцию стационарозаменения. При этом, как показывают данные проведенного опроса, предложения пользователей об увеличении числа мест в ДС в целом не находят соответствующей поддержки со стороны сотрудников амбулаторной психиатрической службы. *В связи с этим необходимо обосновано определить контингенты больных, которым должны быть адресованы полустационарные виды помощи, предусмотреть мониторинг деятельности имеющихся ДС с учетом их влияния на уровень госпитализаций, а также открытие дневных стационаров в районах города, не имеющих таких подразделений.*

Организация психиатрических отделений в структуре больниц общего профиля является способом приближения помощи к населению и создает возможности для комплексного обследования и лечения больных с различными видами психической патологии, интеграции психиатрии и соматической медицины, обуславливает менее стигматизирующий характер помощи. Однако многие специалисты достаточно настороженно относятся к открытию таких отделений в соматических стационарах, ссылаясь на разный профиль психиатрических и соматических больниц, разный контингент больных и разные порядки оказания помощи [157, 304]. В системе городского здравоохранения общепсихиатрические отделения в многопрофильных стационарах отсутствуют. Результаты проведенного нами опроса показали, что большинство профессионалов считают необходимым развитие этой формы помощи, однако лишь менее трети пользователей поддержали такой подход. *Мы полагаем, что открытие психиатрических отделений в соматических стационарах необходимо, однако при этом следует обоснованно определить социальные и клинические характеристики контингента пациентов, которым может быть адресована эта форма*

помощи. Необходимо решить и вопросы финансирования данного вида лечения, поскольку психиатрическая служба, в отличие от большинства других сфер здравоохранения, не включена в систему страховой медицины.

Перспективной формой амбулаторной помощи и альтернативой стационарным ее видам является лечение на дому – интенсивное лечение во внебольничных условиях, которое пока не организовано в системе городской психиатрической службы. Многие авторы приводят данные о том, что комплексное лечение в отделениях первого психотического эпизода (ОППЭ) повышает качество ремиссий, снижает уровень госпитализаций и регоспитализаций, способствует повышению уровня социального функционирования и качества жизни пациентов [52, 152, 242, 282]. В Санкт-Петербурге первое ОППЭ было создано в психиатрической больнице им. П.П. Кащенко, затем единичные подразделения появились и в некоторых других учреждениях. *Оптимальным, как нам представляется, является создание ОППЭ в каждом ПНД. При этом целесообразно использовать бригады интенсивного лечения в сообществе для оказания помощи данной категории больных или создание специального участка для концентрации всех пациентов на начальных стадиях заболевания.*

8.2.2. Психосоциальное лечение и реабилитация.

Лекарственный патоморфоз психических заболеваний улучшил клинический прогноз многих из них, создал новые возможности для включения значительного числа больных в различные психосоциальные программы [1, 28, 155, 228]. Это обусловило перенос акцента в оказании помощи на амбулаторные звенья службы, более активное проведение реабилитационных воздействий, формирование терапевтической среды [61, 91, 131]. В большом числе работ было показано, что психосоциальное лечение и реабилитация играют важную роль в профилактике обострений заболеваний и позволяют предотвратить госпитализации, уменьшить их частоту [54, 61, 130, 134, 242].

Условием к внедрению полипрофессионального обслуживания и различных психосоциальных программ является укомплектованность специалистами с немедицинским образованием (психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников): до 2006 г. в РФ отмечался рост их числа в штатах психиатрических учреждений, однако до настоящего времени во многих регионах отмечается низкий уровень обеспеченности специалистами с немедицинским образованием [100]. Создание мультидисциплинарных бригад, деятельность которых обеспечивает комплексный характер помощи, поддержало большинство опрошенных нами сотрудников психиатрических учреждений. Однако значительная часть руководителей высказались против дальнейшего роста числа психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов социального профиля. Такая позиция может объясняться как относительной укомплектованностью учреждений этими специалистами, так и сохраняющейся недооценкой полипрофессионального способа обслуживания.

Важное место в системе психиатрической помощи должны занимать такие формы психосоциального лечения и реабилитации, как психообразование, тренинги социальных навыков, различные методы психотерапии, социально-восстановительная работа, трудотерапия, поддержка трудоустройства больных, их социальная поддержка и правовая помощь. Как показали результаты проведенного нами опроса, с таким подходом солидарны и профессионалы, и пользователи. Несмотря на то, что в последние годы во многих амбулаторных психиатрических учреждениях города открыты различные подразделения реабилитационного профиля, эти формы помощи пока не получили своего внятного решения [117]. В связи с этим *необходимо определение целей и конкретных задач подразделений этого профиля, контингентов больных, которые должны быть получателями психосоциального лечения, системы реабилитационных мероприятий.*

Продолжающийся рост числа инвалидов вследствие психических заболеваний и показателя первичной инвалидизации делают актуальной задачу вовлечения этих больных в трудовую деятельность; данные проведенного нами корреляционного анализа указывают на значимую связь между уровнем инвалидизации и числом мест в лечебно-трудовых мастерских. Однако созданная в стране в предшествующий период база социально-трудовой реабилитации была дезинтегрирована и катастрофически уменьшилась: число мест в ЛТМ сократилось почти на 70,0% и, соответственно, критически уменьшилось число больных, работающих в них, а также в спеццехах и на общем производстве. В Санкт-Петербурге, как и во многих других регионах, ЛТМ в качестве производственных подразделений были ликвидированы, а пришедшие им на смену подразделения трудовой реабилитации не обеспечивают трудовой терапии в форме производственной деятельности. Работа психически больных в специально организованных цехах в городе отсутствует, и единственной формой трудовой реабилитации, имеющей некоторую перспективу, остается работа психически больных инвалидов на общем производстве, хотя её потенциал используется в недостаточной степени. Как показали данные проведенного нами опроса, большинство профессионалов и пользователей считают недостаточным объем и качество социально-трудовой реабилитации, технологический спектр трудовой терапии и используемые меры поощрения трудовой активности больных.

В последние годы высказывалось мнение о том, что в современных экономических условиях социально-трудовая реабилитация в форме производственной деятельности невозможна, и необходимо перейти к занятости по свободному выбору [141]. Однако большинство специалистов, участвовавших в опросе, не согласились с такой точкой зрения, отмечая, что трудотерапия должна осуществляться в рамках производственной деятельности и, при необходимости, быть бюджетной, дотационной. При этом значительная часть специалистов считают, что в амбулаторных

условиях сохраняются большие, в сравнении с условиями стационаров, возможности для организации такой работы. По нашему мнению, которое подтверждается данными проведенного нами регрессионного анализа, прогнозирующего сохранение высокого уровня инвалидизации на последующее десятилетие, необходимо восстановление утраченного потенциала социально-трудовой реабилитации, открытие подразделений трудовой терапии с правом производственной, финансово-хозяйственной деятельности, а также расширение работы по трудоустройству инвалидов на общем производстве. Представляется перспективным создание при ПНД (совместно с территориальными центрами занятости) пунктов трудоустройства для инвалидов. Необходимо внедрять испытанные за рубежом и в некоторых регионах страны модели трудоустройства, включающие такие элементы, как минимальный отбор по уровню трудоспособности, отсутствие предшествующего тренинга, индивидуальный подбор рабочего места, учет индивидуальных предпочтений пациента [54]. В систему внебольничной поддержки психически больных пожилого возраста и инвалидов могут включаться и территориальные центры социального обслуживания, относящиеся к ведомству социальной защиты населения. Возможности этого межведомственного взаимодействия используются недостаточно, и, согласно данным проведенного нами опроса, большинство специалистов считают необходимым привлечение к оказанию услуг психически больным по месту жительства работников ТЦСО.

Госпитализация части больных в психиатрический стационар обусловлена не только клиническими, но и социальными факторами и связана с недостаточным уровнем поддержки больных в сообществе – так считают при проведенном опросе большинство профессионалов и треть пользователей. Исследование социально-клинических характеристик пациентов, находящихся в стационаре свыше 1 года и «блокирующих» пятую часть коечного фонда, показало, что до 70-75% из них могут получать лечение во внебольничных условиях, однако их выписке препятствуют такие

причины, как отсутствие жилья, средств существования, навыков независимого проживания, социальных связей и поддержки социального окружения [134]. Как было отмечено в главе № 1 и в последующих главах нашей работы, *для того, чтобы эти пациенты могли получать лечение по месту жительства, не занимая больничные койки, в амбулаторных условиях следует предусмотреть создание различных форм «защищенного жилья» – общежитий или близких по задачам промежуточных учреждений. Такие аккомодационные модули, объединяющие черты обычного общежития с режимом психиатрического учреждения, могут рассматриваться как этап на пути больного к более полной реинтеграции в общество.*

В Санкт-Петербурге, как и в большинстве регионов страны, система резиденциальных учреждений представлена лишь одной организационной формой – психоневрологическими интернатами. Опыт создания общежития в психиатрической больнице им. П.П. Кащенко [135] дальнейшего развития не получил. Необходимость создания «защищенного жилья» поддерживают и профессионалы и пользователи помощи, однако отсутствует единое мнение относительно того, где подобные модули следует создавать. Большинство профессионалов полагают, что они должны создаваться в системе учреждений социальной защиты, однако значительная часть пользователей поддерживают создание общежитий в районе проживания пациентов. На наш взгляд, формы «защищенного жилья» не должны подменяться ПНИ, т.к. основной функцией последних является не психосоциальная реабилитация, а, в первую очередь, социальное обслуживание проживающих (чаще всего пожизненно) в них лиц.

Поскольку группа хронизированных больных, нуждающихся в поддержке социального функционирования и проживания, неоднородна, необходима и соответствующая дифференциация системы «защищенного жилья». Оптимальным, с нашей точки зрения, было бы создание разных уровней этой системы, профилированных по уровню адаптации больных, владения ими социальными, бытовыми и трудовыми навыками и

характеризующихся, соответственно, различной степенью вовлеченности медицинских и социальных специалистов. Такая система может включать три основных звена: а) реабилитационное отделение с общежитием в психиатрическом стационаре; б) общежитие при внебольничном психиатрическом учреждении; в) общежитие или квартиры для самостоятельного проживания. В такой системе «защищенного жилья» процесс ресоциализации психически больных можно представить как продвижение по реабилитационному маршруту – от институциональных учреждений к условиям независимого проживания.

8.2.3. Специализированные виды помощи.

Выход психиатрической помощи за пределы традиционной её структуры и формирование внедиспансерного раздела, начиная с 1980-х гг. [46], нашли отражение в открытии психотерапевтических кабинетов в районных поликлиниках, появлении психотерапевтических центров, подразделений для лечению патологии речи, нейрореабилитации; в активизации суицидологической, сексологической и иных видов специализированной помощи. Дальнейшая специализация помощи осуществлялась за счет большей дифференциации, разработки и внедрения форм, ориентированных на различные возрастные группы и виды патологии. Многие из этих форм носили экспериментальный характер, внедрялись лишь на отдельных территориях и в отдельных учреждениях, не имели соответствующей нормативной и ведомственной регламентации. В частности, речь шла о психоневрологической помощи детям, лицам старших возрастных групп в условиях поликлиник и ПНД [138], психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях и катастрофах [10, 106, 224], психиатрической помощи больным с первыми приступами шизофрении [52], организации «защищенного жилья» для хронизированных пациентов [135] и др. Таким образом, в современной системе психиатрической помощи существует большое число ее организационных форм, которые условно можно разделить на официальные и те, которые не входят в номенклатуру, но функционируют

в качестве экспериментальных видов и пользуются спросом у населения и среди специалистов.

Применительно к условиям Санкт-Петербурга особую актуальность приобретает задача организации геронтопсихиатрической помощи – в связи с устойчивой тенденцией к постарению населения города, ростом заболеваемости в старших возрастных группах, возрастанием доли лиц 60 лет и старше в возрастной структуре общей заболеваемости психическими расстройствами. По данным Л.В. Кочоровой [118], пятую часть пациентов психиатрических стационаров составляют больные пожилого и старческого возрастов, требующие, как правило, лечения не только основного, но и сопутствующих соматических заболеваний. В большинстве психиатрических учреждений Санкт-Петербурга отсутствуют подразделения, нацеленные на оказание помощи пациентам пожилого возраста с учетом характерного спектра психических расстройств и особенностей их социального функционирования. При этом следует отметить, что в настоящее время геронтопсихиатрическая служба в стране находится в стадии становления. Геронтопсихиатрические подразделения в структуре ПНД, поликлиник или геронтологических центров являются лишь экспериментальными моделями отдельных территорий [38, 138]. Согласно результатам проведенного нами опроса, большинство специалистов и пользователей считают необходимым открытие геронтопсихиатрических отделений в психиатрических стационарах, геронтопсихиатрических кабинетов в ПНД. По расчетам С.Ф. Случевской [223], для оптимальной организации геронтопсихиатрической амбулаторной службы в городе требуется 100 геронтопсихиатров и 200 медицинских сестер со специальной подготовкой; 958 коек для кратковременного пребывания и 2786 коек для средне- и долговременной помощи.

При организации геронтопсихиатрической помощи следует учитывать наличие специфических медицинских и социальных проблем, связанных со своеобразием психической патологии у пациентов пожилого

возраста. Формы такой помощи могут включать отделения в психиатрических стационарах, консультативную помощь в соматических больницах, кабинеты в поликлиниках и ПНД, амбулаторные досуговые и реабилитационные центры, центры помощи и взаимопомощи для родственников семей пациентов. Создание геронтопсихиатрических отделений в соматических стационарах целесообразно с учетом коморбидности психических заболеваний и большой частоты развития соматогенных психозов у лиц старшего возраста. Преимущество организации геронтопсихиатрических кабинетов в первичной медицинской сети выражается в приближении помощи к месту проживания пациентов, оказанию ее в психологически привычной и щадящей обстановке, возможности получения комплексных ее видов.

Рост доли больных с пограничными расстройствами в контингенте всех психически больных требует отдельного обсуждения проблемы оказания помощи этой категории пациентов. В большинстве зарубежных стран полномочия по оказанию психотерапевтической помощи переданы врачам общей практики, а в нашей стране утвердилась модель совместного ведения пациентов, в соответствии с которой психотерапевтические кабинеты при поликлиниках обеспечивают взаимодействие психиатров (психотерапевтов) со специалистами первичной медицинской сети по выявлению и лечению значительной доли пациентов этих учреждений [123]. Следует, однако, отметить, что осуществлявшийся в стране переход от двухзвеневой к трехзвеневой системе охраны психического здоровья не был завершен из-за разделения медицинской помощи на первичную и специализированную, с отнесением их к различным уровням управления (федеральному, региональному и муниципальному). В последние годы в РФ идет сокращение числа врачей-психотерапевтов, включая и занятых на амбулаторном приеме, и числа психотерапевтических кабинетов [54]. Негативным последствием этой реформы явилось снижение на муниципальном уровне доступности помощи пациентам с непсихотическими расстройствами.

В Санкт-Петербурге в исследуемый период уровень общей заболеваемости ПРНХ вырос на 27,8%, уровень первичной заболеваемости – на 79,5%; в диагностической структуре общей заболеваемости доля ПРНХ составляет 51,5% и продолжает расти. Показатели заболеваемости ПРНХ и поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста, расстройствами личности и поведения у взрослых заметно превышают соответствующие показатели по РФ. Следует при этом подчеркнуть, что реальный уровень заболеваемости ПРНХ значительно выше, так как ее анализ на основании государственной статистики не учитывает развитие частного сектора психиатрической помощи, в который обращается значительная часть населения. В городе функционирует большое число негосударственных психотерапевтических центров [24, 25], и это необходимо учитывать при анализе заболеваемости в мегаполисах, таких как Санкт-Петербург, в которых за последние десятилетия созданы особые условия для оказания помощи больным с ПРНХ [163]. Психотерапевтическая служба города характеризуется высокой степенью развитости: большое число психотерапевтических кабинетов, центров, отделений функционируют в составе учреждений соматической сети и являются подразделениями специализированной помощи, приближенной к населению; один из психиатрических стационаров (клиника неврозов) ориентирован на оказание помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами. Обеспеченность населения врачами-психотерапевтами в 2,5 раза превышает аналогичный показатель по РФ, медицинским психологами – в 2,9 раза.

Все сказанное обуславливает необходимо развертывания дополнительных психотерапевтических кабинетов в составе районных поликлиник, что является важным направлением интеграции психиатрической службы в систему регионального здравоохранения и должно обеспечить взаимодействие психиатров со специалистами первичной медицинской сети по выявлению, диагностике и лечению больных, обращающихся к различным специалистам поликлиник. Оптимальным

представляется создание в ПНД профильных кабинетов – пограничных расстройств, суицидологических, медико-реабилитационных, профилактических.

Такой подход, как показали результаты проведенного нами опроса, поддержало большинство сотрудников амбулаторного звена. При этом большинство руководителей психиатрических стационаров не считают необходимым открытие в своих учреждениях отделений для пациентов с пограничными расстройствами. Такая позиция обосновывается тем, что пациенты с непсихотическими, тем более, невротическими расстройствами должны получать помощь, прежде всего, в амбулаторных условиях, а пациенты с коморбидной соматической патологией – в специализированных (соматопсихиатрических) отделениях многопрофильных стационаров

8.2.4. Интеграция психиатрической службы и учреждений общемедицинской сети.

По мнению экспертов ВОЗ, специалисты в области охраны психического здоровья и ресурсы этой системы должны быть полностью интегрированы не только в систему социального обслуживания, но и в службу первичной медико-санитарной помощи [264]. Актуальность развития этого направления городской психиатрической службы обусловлена возрастанием частоты психической патологии за счет роста заболеваемости ПРНХ, а также высоким уровнем распространенности психических расстройств у лиц, обращающихся за помощью в учреждения общей медицинской сети и госпитализируемых в соматические стационары [160]. Санкт-Петербург отличается высокой степенью развитости сети психотерапевтических кабинетов, однако другие формы интеграции психиатрической службы и учреждений общемедицинской сети развиты недостаточно. В многопрофильных стационарах города функционирует небольшое число *психосоматических* и *соматопсихиатрических отделений*, в результате чего сохраняется высокая потребность в значительном увеличении структурных подразделений этого профиля. Их

расширение, как показывает зарубежный опыт и опыт ряда регионов нашей страны, с одной стороны, может повысить качество соматической помощи психически больным, а, с другой стороны, привести к уменьшению использования коечного фонда психиатрических стационаров, обеспечить оказание помощи в наименее стигматизирующих условиях, повысить её доступность населению.

В связи с этим необходимо открытие психосоматических и соматопсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах, определить группы пациентов с сочетанной соматической и психической патологией, которым могут быть адресованы соответствующие виды помощи, и обеспечить создание оптимальной системы маршрутизации больных по различным уровням медицинской помощи, включающей систему переводов между психиатрическими и соматическими учреждениями [163]. Необходимо обеспечить координацию работы психиатров, работающих в интегративных звеньях помощи, методическое руководство и контроль со стороны руководства психиатрической службы города.

Особую группу пациентов, нуждающихся в специализированной помощи, составляют **психически больные с туберкулезом легких**. С учетом разнообразия и комплексности проблем этого контингента больных, система адресованной им помощи должна носить мультидисциплинарный характер и включать дифференцированное лечение психического заболевания и туберкулезного процесса, социально-восстановительные мероприятия. В Санкт-Петербурге, как и во многих других регионах страны, так называемые психотуберкулезные отделения развернуты в одной из психиатрических больниц, однако такая организация помощи является анахронизмом и требует изменений [71]. Пациенты психиатрического стационара не могут рассчитывать на полное соблюдение утвержденных стандартов лечения туберкулеза из-за ограниченных по данному профилю лечебных и диагностических возможностей. Сроки их госпитализаций часто обусловлены длительностью лечения туберкулезной патологии.

Решением этой проблемы является перенос оказания помощи этим больным во фтизиатрическую службу с открытием специальных отделений, что позволит обеспечить выполнение стандартов лечения туберкулезной патологии и высвободит дополнительный резерв психиатрического коечного фонда. Успешный опыт такой формы оказания помощи реализован в ряде регионов [32].

Говоря в целом о дальнейшей специализации службы, следует подчеркнуть, что приоритетное развитие должны получать те виды помощи, в которых имеется наибольшая потребность и которые имеют наибольшую клиническую, социальную и экономическую эффективность. Определению этих параметров могут способствовать данные анализа статистической отчетности, эпидемиологических и социологических исследований.

Завершая характеристику организационных этапов построения модели региональной психиатрической помощи, следует подчеркнуть, что первоочередной задачей является существенное укрепление внебольничной службы, интеграция психиатрии с общемедицинской сетью регионального здравоохранения, действующими социальными институтами. Это приведет к уменьшению потребности в госпитальных видах помощи, снижению уровня госпитализаций и, соответственно, станет препозицией к передаче амбулаторной службе части функций психиатрических стационаров и реструктуризации последних. Такой последовательный и постепенный подход позволит обеспечить соблюдение преемственности в оказании помощи, избежать отрицательных последствий ее перемещения из институциональных учреждений в сообщество.

8.2.5. Стационарные психиатрические учреждения.

Сокращение психиатрического коечного фонда в Санкт-Петербурге происходило более умеренными темпами, чем в среднем по РФ, а обеспеченность психиатрическими койками значительно (на 26,3%, с учетом коек федеральных учреждений – на 54,7%) превышает общероссийский уровень. Сокращение коечного фонда привело к улучшению условий

содержания больных, тем не менее, они по-прежнему не соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям, нормативам палатной площади, из-за чего сохраняется скученность больных. Согласно данным проведенного нами опроса, только половина родственников пациентов считают условия их пребывания в психиатрических стационарах удовлетворительными, причем сами сотрудники учреждений дают еще более критичные оценки. Интенсивность использования психиатрической койки в Санкт-Петербурге на протяжении всего рассматриваемого периода была меньше, чем в среднем по РФ, исключение составляло лишь использование коек для детей. Средние сроки стационарного лечения превышают аналогичные российские показатели, что отчасти связано с тем, что в контингенте госпитализируемых, в сравнении с ситуацией в целом по РФ, большей оказалась доля пациентов с Пис и меньшей – доля больных с ПРНХ. Состав стационарных пациентов отличается значительным числом больных, находящихся на принудительном лечении (за счет пациентов ПБ СТИН), что также определяет более высокие сроки лечения. Согласно данным опроса, большая часть пользователей считают сроки стационарного лечения оптимальными, однако большинство сотрудников больниц считают сроки лечения пациентов избыточными.

В перспективе психиатрические стационары должны быть преобразованы в центры, которые будут оказывать наиболее сложные виды лечебно-реабилитационной помощи, осуществлять различные виды экспертиз, выполнять функции клинических, научных и учебных баз. При этом условия содержания больных должны соответствовать санитарно-гигиеническим нормативам, стандартам материально-технического оснащения, должны позволять осуществление в полном объеме реабилитационных мероприятий и полипрофессиональное обслуживание. Сокращение коечной мощности должно сопровождаться уменьшением размеров психиатрических отделений, сокращением числа пациентов в палатах, снижением нагрузки врачей. Представляется целесообразной профилизация отделений, что обосновывается не только необходимостью

уменьшения стигмы, но и возможностью использования дифференцированных программ помощи различным группам пациентов: первичным больным (в отделениях первого психотического эпизода) и длительно болеющим пациентам, имеющим проблемы медико-социального характера (в отделениях реабилитационного профиля).

Такие подходы разделяет большинство профессионалов и пользователей помощи, однако ряд других направлений реорганизации психиатрических стационаров являются предметом дискуссий. Идея создания при психиатрических больницах амбулаторно-поликлинических отделений, дневных стационаров для выписанных больных представляется недостаточно обоснованной, поскольку построение общественно-ориентированной модели помощи предполагает максимально возможное перемещение ее в сообщество с передачей соответствующих полномочий в амбулаторное звено службы. Характерно, что позиции руководителей стационарных и амбулаторных учреждений по этому вопросу отличаются почти полярно: три четверти (76,0%) руководителей больниц выступают за создание таких подразделений при стационарах, и почти столько же (72,7%) руководителей амбулаторных учреждений считают это нецелесообразным.

Дискуссионным является и вопрос о возможности объединения в одно учреждение психиатрической больницы и психоневрологических диспансеров. Сторонники такого подхода, реализуемого в ряде регионов страны, обосновывают его необходимостью избежать «параллелизма» в работе стационарного и амбулаторного звеньев, обеспечить должную преемственность в оказании помощи и оптимальное использование кадровых и материальных ресурсов. Как уже указывалось в главе 5 настоящей работы, психиатрическая служба Санкт-Петербурга имеет опыт создания в 1988 г. двух ТМО по психиатрии. Однако формальное объединение нескольких учреждений разных звеньев службы не было подкреплено соответствующим изменением порядка планирования и финансирования их деятельности. Данные об эффективности такого организационного решения в условиях

психиатрической службы города до настоящего времени отсутствуют. Примером в целом успешного опыта создания ТМО по психиатрии является ЦВЛ «Детская психиатрия», объединивший детскую психиатрическую больницу с различными амбулаторными звеньями помощи. Такое решение было оправдано, прежде всего, с точки зрения специфики детской психиатрической службы, преемственности при оказании помощи детям различных возрастных групп, необходимости интеграции с социальными, образовательными, общемедицинскими педиатрическими учреждениями. Опыт работы этого объединения показал улучшение ряда важных показателей работы детской психиатрической службы, которое выразилось в росте выявляемости психических расстройств, смещении акцента в оказании помощи на внебольничные ее звенья, сокращении объема госпитальных услуг. Следует отметить, что создание психиатрических ТМО поддерживает значительная часть (64,0%) руководителей больниц, а среди руководителей амбулаторных учреждений сторонники и противники такого подхода представлены сопоставимыми группами (50,0% и 40,9%). Это может быть связано не только с отсутствием достаточных данных об эффективности объединений, но и с опасениями руководителей диспансеров по поводу возможной утраты самостоятельного статуса их учреждений. Как нам представляется, при создании ТМО в условиях мегаполиса существует риск выхолащивания основной идеи общественно-ориентированной модели помощи, которая предусматривает ее перемещение в сообщество, децентрализацию и приближение к населению. Объединение нескольких территориально разобщенных и различных по задачам учреждений может привести к воспроизведению в новой форме существовавшую в прошлом и активно критикуемую ныне модель централизованной помощи.

Проведение описанных преобразований амбулаторного и стационарного звеньев службы, по нашему мнению, позволит определить их оптимальное соотношение в общей системе психиатрической помощи. Условия стационарного содержания пациентов не соответствуют санитарно-

гигиеническим нормативам, выполнение которых потребовало бы сокращения около 2000 коек в психиатрических больницах городского подчинения или строительства новых стационаров указанной мощности.

На наш взгляд, решением проблемы является снижение уровня потребности в госпитальных видах помощи, что позволит поэтапно провести сокращение пустующих коек и одновременно привести условия содержания пациентов в соответствие с санитарно-гигиеническими требованиями. В обобщенном виде мероприятия, осуществление которых позволит провести реструктуризацию коечного фонда психиатрических стационаров, представлены в табл. 8.1.

Таблица 8.1. Мероприятия, направленные на снижение потребности в госпитальных видах психиатрической помощи.

Задачи	Мероприятия	
	Стационарное звено	Амбулаторное звено
1. Снижение уровня госпитализации		<ol style="list-style-type: none"> 1. Активизация работы участковых врачей-психиатров, расширение объема диспансерного наблюдения. 2. Проведение реабилитации хронизированных пациентов, имеющих медико-социальные проблемы. 3. Использование форм помощи, альтернативных госпитализации: активное использование мощности дневных стационаров; внедрение асертивного лечения во внебольничных условиях. 4. Открытие общепсихиатрических/ соматопсихиатрических/ психосоматических/ геронтопсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах.

Задачи	Мероприятия	
	Стационарное звено	Амбулаторное звено
		<p>5. Расширение сети психотерапевтических кабинетов, открытие геронтопсихиатрических кабинетов в поликлиниках.</p> <p>6. Перемещение оказания помощи психически больным с туберкулезом легких в учреждения фтизиатрической службы.</p>
2. Снижение сроков стационарного лечения	<p>1. Сокращение сроков обследования.</p> <p>2. Активная терапия, позволяющая в более короткие сроки купировать обострение</p>	<p>1. Активная терапия, которая приводит к лекарственному патоморфозу и менее выраженным обострениям заболевания, требующим более короткого госпитального лечения.</p> <p>2. Активное использование стационароразмещающих технологий - дневных стационаров (активное долечивание пациентов, выписанных из психиатрических больниц).</p>
3. Снижение уровня повторных госпитализаций	<p>1. Повышение качества фармакотерапии (использование пролонгов, тимостабилизаторов, препаратов с учетом высокой степени комплаентности).</p> <p>2. Активное проведение психосоциальных вмешательств.</p>	<p>1. Повышение качества фармакотерапии (использование пролонгов, тимостабилизаторов, препаратов с учетом высокой степени комплаентности).</p> <p>2. Активное проведение психосоциальных вмешательств.</p> <p>3. Открытие отделений первого психотического эпизода.</p>
4. Увеличение	1. Увеличение числа дней	

Задачи	Мероприятия	
	Стационарное звено	Амбулаторное звено
интенсивности использования коечного фонда	работы койки в году.	
5. Уменьшение числа больных, длительное время находящихся в стационаре	<ol style="list-style-type: none"> 1. Активное проведение комплексной психосоциальной реабилитации. 2. Перевод больных в учреждения социальной защиты. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание системы «защищенного жилья» (общежитий для больных). 2. Открытие подразделений социально-трудовой реабилитации, использование новых моделей трудоустройства психически больных инвалидов. 3. Активное проведение психосоциальной реабилитации хронизированных пациентов, имеющих медико-социальные проблемы. 4. Перевод больных в учреждения социальной защиты.

В приведенной таблице перечислен основной круг мероприятий, проводимых в соответствии с направлениями современной реформы психиатрической помощи; при этом основным действующим звеном службы становится система внебольничной помощи, ориентированной на максимально возможную социальную интеграцию психически больных.

8.3. Профилактический аспект региональной модели психиатрической помощи.

Методологические основы профилактического направления, включающие широкий круг мероприятий первичной, вторичной и третичной психопрофилактики [72], в современных условиях соответствуют принципам общественно-ориентированной модели психиатрической помощи [46].

Задачей *первичной психопрофилактики*, как известно, является предупреждение психических заболеваний, которое должно находить

отражение в снижении уровня заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами. Современное направление первичной психопрофилактики, по сути дела, продолжает опыт отечественных психиатров по развитию психогигиены и психопрофилактики [214]. Проведение первичной психопрофилактики в отношении эндогенных психических заболеваний представляет достаточно сложную проблему, поскольку до настоящего времени не установлено этиологическое значение многих отдельных внешних факторов. Однако целенаправленная психопрофилактика в отношении группы психических расстройств пограничного уровня, напрямую связанных с действием факторов социальной среды, условиями жизни, стрессовыми воздействиями, может привести к улучшению показателей психического здоровья населения, что особенно важно с учетом наблюдаемого в Санкт-Петербурге роста уровня первичной заболеваемости ПРНХ. В настоящее время имеется разнообразный опыт мероприятий первичной профилактики в отношении, как всего населения, так и отдельных целевых групп [Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии, 2014]. При этом важно отметить, что первичная профилактика включает ряд стратегий, которые могут способствовать и сокращению масштаба других проблем, таких, например, как преступность среди молодежи, жестокое обращение с детьми, безработица [163]. *Важная роль при этом отводится научным центрам и внебольничным учреждениям, которые с помощью эпидемиологических исследований должны изучать этиологические факторы психических заболеваний и определять контингенты риска в населении.*

Мероприятия **вторичной профилактики**, направленные на раннее выявление психического заболевания, достижение стабилизации патологического процесса, предотвращение рецидивов, сокращение длительности обострений и предупреждение перехода болезни в хроническую форму, включают комплексное медикаментозное, психотерапевтическое и психосоциальное лечение. В более ранних наших

работах [133, 134, 135] была показано значение психосоциальной реабилитации, проводимой на фоне психофармакотерапии. *Важным направлением вторичной профилактики является повышение толерантности населения к психически больным, уменьшение психиатрической стигматизации и дискриминации психически больных, а также работа по снижению самостигматизации больных, преодолению у них клинических, психологических и социальных механизмов формирования негативных реакций на заболевание [151].*

Согласно результатам проведенного нами опроса, только 46,5% пользователей психиатрической помощи считают, что персоналом психиатрических учреждений в полной мере соблюдаются этические нормы по отношению к пациентам. Профессионалы и пользователи по-разному сформировали «негативный» рейтинг медицинских работников, чье отношение к психически больным необходимо улучшать в первую очередь. Профессионалы полагали, что наиболее проблемной группой в этом отношении является младший и средний медицинский персонал, а пользователи на первые места поставили врачей и руководителей учреждений. Родственники пациентов амбулаторных учреждений наиболее критично оценивали отношение врачей, родственники пациентов стационаров – отношение медицинских сестер. *Эти данные указывают на важную роль таких факторов, как создание в учреждении терапевтической среды, соблюдение медицинским персоналом этических и гуманных норм, выбор адекватной, партнерской модели взаимоотношений врача и больного, участие в лечебном процессе самого больного и членов его семьи. Учитывая многие аспекты проблем, связанных со стигмой, работа по ее преодолению – дестигматизация – должна быть многоуровневой и включать мероприятия медицинского, психологического и социального характера. С одной стороны, это предполагает соответствующую подготовку специалистов, оказание психиатрической в наименее ограничительных условиях, ее децентрализацию и приближение к населению [163]. С другой стороны,*

дестигматизации способствует совершенствование законодательства по охране прав больных, проведение информационных мероприятий по просвещению общества. Важной задачей является уравнивание в глазах населения психиатрической и общей медицинской помощи [97, 300, 331, 539]. Этой цели служат различные программы дестигматизации психически больных, разработанные отечественными и зарубежными авторами [298, 323, 347, 440, 485].

Образы психиатрии в СМИ преимущественно негативны и поддерживают предвзятое отношение населения к психиатрической помощи, препятствуют своевременному обращению к психиатрам при возникновении психического расстройства [300]. Результаты проведенного нами опроса показали, что, по мнению большинства профессионалов и пользователей, окружающие в целом относятся к психически больным уничижительно, пренебрежительно, а средства массовой информации представляют психически больных чаще с безразличием или в негативном свете. *Важным направлением является выработка комплекса конкретных мер, направленных на использование СМИ для формирования более адекватного представления в общественном сознании образов психически больных, преодоления стигмы и сегрегации.* В качестве положительного опыта дестигматизации можно отметить проведение в Санкт-Петербурге ежегодных мероприятий в рамках Всемирного Дня психического здоровья, выступлений ведущих специалистов в СМИ, организацию выставок художественных работ душевнобольных и проведение фестивалей [207].

Усилению социальной и правовой защищенности пациентов, восстановлению их социального статуса, изменению к ним окружающих во многом может способствовать деятельность общественных объединений в психиатрии, групп самоподдержки [234]. Следует при этом заметить, что ограничение их контактов рамками названных общественных институтов может способствовать формированию антагонизма между пациентом и его окружением, усилению стигматизации. *В этой связи важным является*

конструктивное сотрудничество объединений пользователей помощи и специалистов, участвующих в ее оказании, профессионального психиатрического сообщества. Положительным примером такого рода стала программа формирования альянса объединений пользователей и представителей городских психиатрических учреждений, регионального отделения Российского общества психиатров, что нашло отражение в проведении на базе психиатрической больницы им. П.П. Кащенко совместных конференций и издании информационных материалов. Имеется и положительный опыт организации специалистами этого учреждения квалифицированных программ психообразования по месту проживания пациентов [207]. Важным средством коммуникации являются Интернет-ресурсы, которые все шире используются в качестве инструмента информирования и просвещения населения в целом и отдельных его групп по вопросам психического здоровья, средства для организации групп самопомощи и дискуссионных групп, получения доступа к лечению и консультациям [163]. В Санкт-Петербурге при поддержке психиатров создан и успешно функционирует форум «Шизофрения и Я», являющийся официально незарегистрированным общественным объединением, куда входят более 4400 пользователей из России и других европейских стран [146].

И, наконец, мероприятия ***третичной психопрофилактики*** по снижению инвалидизации, ресоциализации психически больных, повышению качества их жизни должны включать организацию различных медико-реабилитационных подразделений, ориентированных на восстановление системы социально-трудовой реабилитации, трудовую занятость, обучение профессиональным навыкам, поддержку трудоустройства больных. Условием успешной психопрофилактики на всех ее этапах является дифференцированность, ступенчатость и преемственность в организации психиатрической помощи.

8.4. Система качества психиатрической помощи в региональной модели психиатрической службы.

Как уже отмечалось, понятие о трех компонентах оценки качества медицинской помощи, предложенных А. Donabedian (1988), до настоящего времени служит удобным и надежным ориентиром [381]. Вопросы качества помощи должны рассматриваться с участием трех заинтересованных в нем сторон – пользователей (пациентов и их родственников), поставщиков услуг (специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи) и заказчиков (органов управления здравоохранением, страховых компаний и т.д.). И, наконец, понятие качества помощи должно соотноситься с различной областью его применения – качеством помощи в службе региона и качеством помощи, оказываемой в медицинском учреждении [231].

Структурное качество предполагает оценку качества ресурсов (финансовых, трудовых, материальных), состояние объектов, их инфраструктуры, а также организационные формы помощи. На региональном уровне структурное качество помощи определяется наличием адаптированных к местным условиям федеральных критериев, стандартов и индикаторов. Эти показатели должны включать уровень прямых и косвенных расходов на службу в целом; долю (%) бюджета службы охраны психического здоровья в общем бюджете регионального здравоохранения; соотношение средств, выделяемых на стационарное и амбулаторное звенья; наличие документов, определяющих региональную политику службы или программу ее развития; оптимальную мощность психиатрических учреждений и их максимальную территориальную доступность населению; соблюдение санитарно-гигиенических требований к зданиям и помещениям учреждений; материально-техническое оснащение; кадровое обеспечение службы и наличие качественной системы подготовки специалистов; оптимальное лекарственное обеспечение. Важно подчеркнуть, что *обеспечение качества структуры региональной психиатрической помощи в Санкт-Петербурге предполагает ликвидацию сложившейся диспропорции в развитии психиатрических служб различных районов города, наличие*

подразделений социально-трудовой реабилитации, общежитий для больных, дневных стационаров во всех городских районах; соматопсихиатрических, психосоматических, геронтопсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах; психотерапевтических подразделений, отделений первого психотического эпизода.

Ориентиром для определения показателей структурного качества учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, служат «Порядки оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (утв. приказом МЗСР РФ от 17.05.2012 г. № 566н) которые содержат изложение этапов и организации работы психиатрических учреждений и их подразделений, стандарты материально-технической обеспеченности, рекомендуемые штатные нормативы. *Обеспечение структурного качества на уровне учреждений включает выполнение санитарно-гигиенических требований, приведение условий содержания стационарных пациентов в соответствие с нормативами палатной площади, наличие оптимального размера палат, необходимых помещений для всех видов лечебных процедур, отдыха, приема посетителей; наличие мест для хранения пациентами личных вещей; приемлемые рабочие места и т.д.*

Обеспеченность специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, и высокий уровень их подготовки считаются важнейшим элементом структурного качества психиатрической помощи. Как уже указывалось, кадровая обеспеченность городской психиатрической службы была и остается выше, чем в среднем по РФ: по врачам-психиатрам – на 81,1%, по врачам-психотерапевтам – в 2,5 раза, по специалистам с немедицинским образованием – почти в 3,4 раза. Все это создает значительно более благоприятную, в сравнении с ситуацией в РФ в целом, возможность для активного внедрения полипрофессионального бригадного обслуживания. Однако новые требования к уровню подготовки кадров обусловлены появлением новых направлений психиатрической практики, тенденцией к интеграции психиатрии с общей медициной и различными социальными и

общественными институтами [12]. Приведенные данные указывают на необходимость организации системы дополнительного обучения специалистов, участвующих в оказании помощи в интегративном формате – врачей-психиатров соматопсихиатрических и психосоматических отделений и психиатров-консультантов многопрофильных стационаров (по вопросам диагностики и лечения соматических заболеваний), врачей первичной медицинской сети (по вопросам диагностики и лечения психических расстройств).

Традиционные программы обучения отстают от практики и недостаточно учитывают требования к персоналу психиатрических учреждений, который формирует новый характер взаимоотношений между пациентом и его окружением, новое содержание терапевтической среды. Учебные программы сосредоточены, главным образом, на изучении патологии и потребностях пациента в лечении, а не на отдельном человеке в целом со всем его спектром потребностей [354]. Необходимым требованием к квалификации врача является владение им методами психосоциальной работы, такими как тренинги социальных и когнитивных навыков, психообразование, социально-восстановительная работа и др. [8]. В течение двух последних десятилетий штаты психиатрических учреждений пополнились значительным числом специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских психологов, психотерапевтов. С учетом этого, *организация полипрофессионального бригадного обслуживания требует обучения различных категорий специалистов навыкам совместной деятельности в составе мультидисциплинарных бригад*. Все более важную роль в оказании психиатрической помощи играет общественный сектор, а в психиатрических учреждениях активно работают те, кого принято называть «функциональными профессионалами» [353] – волонтеры, педагоги, люди творческих профессий, представители организаций пользователей. *Необходимо создание специальных программ обучения данной категории лиц, которые, не имея соответствующего формального образования, выполняют*

такие функции дипломированных специалистов, как обучение навыкам, индивидуальная поддержка, организация досуга и др.

Фокусом оценки **качества процесса** оказания медицинской помощи являются методы оказания помощи («техническое качество»), стандартизированные медицинские технологии (диагностика, лечение, реабилитация), а также межперсональные отношения «врач – пациент» (конфиденциальность, доказательность и т.д.). Основой системы качества технологии помощи, оказываемой психиатрическими учреждениями, является ее соответствие ведомственным стандартам медицинской помощи, правовым и этическим нормам, определенным ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и другими законодательными и нормативными документами. Качество технологического процесса включает выполнение санитарно-гигиенических требований и норм, качество питания пациентов, безопасность при осуществлении лечебных мероприятий, в т.ч. безопасность психофармакотерапии, безопасность труда медицинских работников, наличие должностных инструкций, порядка рассмотрения жалоб пациентов и их родственников, системы повышения квалификации персонала, а также выполнения различных показателей.

С 2013 г. разрабатываются стандарты медицинской помощи для групп пациентов, страдающих различными психическими и поведенческими расстройствами и объединенных одинаковыми потребностями в диагностических, лечебных и реабилитационных процедурах. Они содержат только усредненные данные о частоте использования и кратности применения отдельных медицинских услуг и лекарственных препаратов и являются инструментом планирования и финансирования лечебных учреждений в рамках медицинского страхования, матрицей для расчета тарифов. Лечебно-реабилитационные программы для конкретных пациентов всегда индивидуализированы, их содержание должно учитывать клинические особенности и другие характеристики пациентов. Разработка таких программ

должна осуществляться на основании научных данных (руководств, клинических рекомендаций, протоколов ведения больных и т.д.) [18]. Данные проведенного нами опроса говорят о том, что введение медицинских стандартов психиатрической помощи поддерживают менее половины специалистов, участвующих в ее оказании; при этом сторонников стандартизации оказалось больше среди руководителей учреждений; пользователи в целом продемонстрировали еще более скептическое отношение к введению стандартов. Это свидетельствует о существующем у значительной части сотрудников психиатрических служб недопонимании значения стандартизации как пути повышения качества помощи или неготовности работать в условиях более жесткого ведомственного контроля.

На региональном уровне показатели качества процесса должны оценивать степень интеграции психиатрической помощи в первичную медицинскую сеть, социальные службы и их ресурсы, наличие специальных проектов по совершенствованию психиатрической помощи и профилактике психических расстройств. С позиции пользователей помощи показатели качества процесса оказания психиатрической помощи включают наличие информированного согласия; информирование родственников и самого пациента об изменениях в его состоянии, лечебных и реабилитационных мероприятиях; проведение работы с семьями больных; привлечение родственников к программам лечения и реабилитации пациентов; доступность, безопасность и преемственность помощи.

Подход, ориентированный на **качество результата**, нацелен на такие критерии, как изменения в состоянии здоровья пациента, состояние здоровья населения (смертность, заболеваемость), трудовой потенциал, функционирование отдельных пациентов или их групп, удовлетворенность пользователя помощи, затраты (трудовые, временные, финансовые, материальные). Оценка результата – наиболее сложная, требующая времени процедура, что обусловлено, в первую очередь, недостатком надежных и достоверных методов оценки различных сторон качества помощи и её

результатов, недостатком информации и систем её сбора, сложной совокупностью факторов, влияющих на результаты оказания помощи. Оценка должна быть комплексной, т.е. включать оценку субъективных и объективных результатов, с использованием специфических измерительных методов [163].

На уровне региональной психиатрической службы и психиатрических учреждений показатели качества результата должны включать такие, как уровень инвалидизации вследствие психических заболеваний, вовлеченность психически больных в трудовые процессы, смертность (в т.ч. от суицидов), частота совершения общественно опасных действий психически больными и другие показатели клинико-социального восстановления пациентов. Кроме того, на уровне региона необходима оценка по критериям, отражающим глобальное бремя болезни, в частности, по индексу DALY. Оценка качества результата помощи с учетом интересов пациентов и их родственников является недостаточно разработанной, в первую очередь, из-за методологических трудностей. В настоящее время используются такие показатели, как качество жизни пациентов и их родственников; субъективная удовлетворенность пользователей качеством помощи; бремя, испытываемое семьями пациентов в результате психического заболевания.

Говоря в целом о подходах к управлению качеством, следует отметить, что действующая в стране система оценки качества медицинской помощи включает как ведомственный контроль (со стороны органов управления здравоохранением), так и вневедомственный контроль (со стороны страховых компаний, лицензирующих организаций, обществ защиты прав пользователей, профессиональных медицинских ассоциаций) [97]. Поскольку психиатрическая помощь в РФ до настоящего времени оказывается, как правило, вне системы ОМС, единственной формой государственного вневедомственного контроля является работа лицензирующих органов, оценивающих, однако, только качество структуры. В связи с этим в последние годы все более активно обсуждается необходимость повышения роли других *негосударственных вневедомственных регуляторов качества*

психиатрической помощи – профессионального медицинского сообщества и пользователей услуг.

Современный опыт развитых стран свидетельствует о необходимости участия трех сторон в обеспечении качества психиатрической помощи – государства (в лице отраслевого ведомства), профессионального медицинского сообщества (представленного психиатрическими сообществами) и пользователей помощи (объединенных в общественные организации пациентов и членов их семей) [345, 349, 371, 522]. В отечественной практике по-прежнему сохраняется исключительно государственное регулирование качества психиатрической помощи, при котором профессиональному сообществу отведена роль, в лучшем случае, участника обсуждения развития службы, а мнение пользователей помощи не учитывается даже формально [231]. Приказом МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.1996 г. № 363-77 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению Российской Федерации» изучение удовлетворенности пациентов системой здравоохранения включено в систему ведомственного контроля качества и впервые закреплено право на проведение вневедомственного контроля качества, в котором могут принимать участие общества защиты прав потребителей [189]. В этой связи примечательно, что в ходе проводившегося нами опроса профессионалы и пользователи, предлагая критерии, которые должны учитываться при оценке качества помощи, крайне редко указывали мнение пациента и его родственников. *Необходимо создание системы мониторинга удовлетворенности пользователей с целью выявления проблем службы, а также их участие пользователей в создании и оценке программ развития психиатрической помощи, поддержка и легитимизация деятельности общественных объединений пользователей.*

Большое значение в повышении качества психиатрической помощи имеет участие в обсуждении и решении этих вопросов профессионального сообщества – специалистов, участвующих в оказании помощи. Несмотря на

то, что в настоящее время процесс формирования в нашей стране т.н. «общественного здравоохранения» [318] идет медленно и с большими трудностями, роль общественных медицинских объединений возрастает, и на уровне федеральных органов управления здравоохранением обсуждается вопрос о передаче части функций по регуляции медицинской деятельности в руки профессионального сообщества. *Институционализация профессионального сообщества, активное вовлечение экспертов, врачей и других специалистов в процессе планирования и оценки психиатрической помощи должно стать действенным вневедомственным регулятором ее качества [144].*

Таким образом, обеспечение качества психиатрической помощи включает непрерывное совершенствование процесса её оказания, вовлечение в процесс управления всего персонала психиатрических учреждений, учет мнения пользователей помощи, постепенный отказ от инспекционного контроля и переход к контролю технологий на основе стандартов оказания помощи. Используя принцип построения системы управления качеством, предложенный Т.А. Солохиной [231], мы считаем оптимальной следующую схему, отражающую систему управления качеством психиатрической помощи в региональной психиатрической службе.

Таблица 8.2. Многоуровневая система контроля качества в региональной модели психиатрической помощи.

Регион	Учреждение	Пациенты и их родственники
Качество структуры		
<ul style="list-style-type: none"> • Наличие адаптированных к местным условиям федеральных критериев, стандартов, индикаторов: нормы и нормативы финансового, кадрового, материально-технического, лекарственного 	<ul style="list-style-type: none"> • Устройство и оснащение психиатрических учреждений в соответствии с «Порядками оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» 	

Регион	Учреждение	Пациенты и их родственники
<p>обеспечения психиатрических служб</p> <ul style="list-style-type: none"> • Прямые и косвенные финансовые расходы службы в целом. • Доля (%) бюджета службы психического здоровья в общем бюджете здравоохранения. • Соотношение расходов на стационарную и амбулаторную помощь. • Наличие документов, определяющих региональную политику службы или программу ее развития. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Оптимальная мощность психиатрических учреждений и их максимальная территориальная доступность населению. • Соблюдение санитарно-гигиенических требований к зданиям и помещениям психиатрических учреждений. • Материально-техническое оснащение психиатрических учреждений. • Лекарственная обеспеченность учреждений и льготных категорий пациентов. • Кадровая обеспеченность психиатрических учреждений, наличие системы подготовки специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. • Наличие системы социально-трудовой реабилитации, общежитий для больных, дневных стационаров. • Наличие соматопсихиатрических, психосоматических, геронтопсихиатрических отделений в составе 	

Регион	Учреждение	Пациенты и их родственники
<p>многопрофильных стационаров.</p> <ul style="list-style-type: none"> Наличие оптимального числа психотерапевтических и медико-психологических кабинетов и центров в составе территориальных поликлинических учреждений. 		
Качество процесса		
<ul style="list-style-type: none"> Степень интеграции психиатрической помощи в первичную медицинскую сеть. Степень интеграции психиатрической помощи в социальные службы и их ресурсы. Наличие специальных проектов по профилактике психических расстройств. 	<ul style="list-style-type: none"> Соответствие технологии оказания помощи стандартам медицинской помощи, правовым и этическим нормам, определенным ФЗ «О психиатрической помощи», другими законодательными и нормативными документами, включая: <ul style="list-style-type: none"> – выполнение санитарно-гигиенических требований и норм; – качество питания пациентов; – безопасность при осуществлении лечебно-диагностических мероприятий; – безопасность труда медицинских работников; – наличие должностных инструкций; – наличие порядка рассмотрения жалоб пациентов и их родственников; – наличие системы 	<ul style="list-style-type: none"> Наличие информированного согласия. Информирование родственников и самого пациента об изменениях в его состоянии. Проведение работы с семьями больных. Привлечение родственников к программам лечения и реабилитации пациентов. Доступность, безопасность, преемственность помощи (сроки направления в учреждения, время прохождения полного медицинского обследования, правильность поставленного диагноза, объем лечебно-реабилитационных мероприятий и т.д.).

Регион	Учреждение	Пациенты и их родственники
	повышения квалификации персонала	
<ul style="list-style-type: none"> • Показатели деятельности психиатрических учреждений: <ul style="list-style-type: none"> – уровень госпитализации в психиатрические стационары; – сроки госпитализации; – число дней работы психиатрической койки в году; – оборот психиатрической койки; – частота (доля) недобровольных госпитализаций; – число врачебных посещений на одну должность врача; – доля диспансерного наблюдения в общем числе наблюдаемых больных; – число недобровольных освидетельствований; – и др. 		
Качество результата		
<ul style="list-style-type: none"> • Уровень инвалидизации вследствие психических заболеваний. • Частота совершения общественно опасных действий психически больными. • Смертность (в т.ч. от суицидов). • Осложнения лекарственной терапии. • Частота повторных госпитализаций. • Число больных, находящихся в стационаре свыше 1 года. • Уровень вовлечения психически больных в трудовые процессы. <p>и другие показатели социально-клинического восстановления пациентов.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Качество жизни пациентов и их родственников. • Субъективная удовлетворенность пользователей психиатрической помощи ее качеством. • Бремя, испытываемое семьями пациентов в результате психического заболевания. и др.
<ul style="list-style-type: none"> • Критерии, определяющие глобальное бремя болезни (в частности по индексу DALY). 		

8.5. Экономический аспект

региональной модели психиатрической помощи.

В настоящее время экономический анализ становится важным фактором при оценке эффективности деятельности психиатрических учреждений, выборе их оптимальной структуры, определении наиболее перспективных направлений совершенствования службы. В течение последних десятилетий активно развивается новое направление, посвященное экономике психического здоровья и психиатрической помощи [291, 303, 360, 398, 415, 529, 541, 574]. Необходимость введения экономического анализа в качестве специального направления обусловлено обеспокоенностью общества очевидным ростом социальных и экономических потерь, связанных с различными видами психической патологии. Не менее важным мотивом для проведения экономических исследований и изучения финансовой структуры затрат является понимание того, что на основе доказательных данных об объеме ущерба от психических заболеваний и вкладываемых в отрасль расходов можно проводить обоснованные и эффективные преобразования в психиатрии, внедрять ресурсосберегающие технологии, рационально использовать финансовые, материальные, кадровые и иные ресурсы службы.

Результаты проведенного нами опроса показали, что, по мнению большинства профессионалов и пользователей помощи, главным направлением совершенствования психиатрической службы должно быть улучшение ее ресурсного обеспечения - увеличение финансирования, укрепление материально-технической базы учреждений, улучшение лекарственного обеспечения. Однако исследователи отмечают, что тормозом реформирования психиатрической помощи, является, в первую очередь, не дефицит средств, а несовершенство системы финансирования, которая требует изменения, переориентации на новые принципы, оплату конкретных услуг, а не традиционного содержания учреждений [15, 68, 94, 110, 118, 230].

Первой важной проблемой, которую фиксируют исследователи, является парадоксальная ситуация в российской психиатрической службе: в отрасли, где хронически не хватает средств, ресурсы выделяются, прежде всего, на стационарную помощь. Сохранение такого *соотношения финансирования стационарного и амбулаторного звеньев* отражает сложившуюся за многие годы диспропорцию и свидетельствует об отсутствии эффекта от происходящих структурных перемен, сокращения коечного фонда и стационарозамещения [274, 291, 292]. В проведенных отделом организации психиатрической помощи ФГБНУ НЦПЗ исследованиях [278, 299, 306] было показано, что в структуре всех расходов на психиатрическую помощь в России расходы на стационарную помощь составляют 88,1%, что значительно отличается от аналогичного показателя соответствующей структуры затрат соматической медицины (67,9%). В более поздних исследованиях приводятся схожие значения данного показателя – 86,2% [304], 87,2% [17], что позволяет говорить о сохранении ресурсоемкости, чрезмерной затратности стационарных видов психиатрической помощи.

Проведенный нами анализ программ развития психиатрической помощи в Санкт-Петербурге, представленный в главе 5 настоящей работы, подтверждает эти данные, согласно которым, основную долю в структуре финансирования программ составляли средства, выделявшиеся на стационарное звено, несмотря на заявляемый приоритет развития амбулаторного звена, ресурсосбережения и стационарозамещения. Данные проведенного нами опроса специалистов показали, что выбор приоритетного звена финансирования в значительной степени отражает их «ведомственную принадлежность», в соответствии с которой, большинство сотрудников стационарных учреждений предлагают обеспечить приоритетное финансирование больниц, в то время как сотрудники амбулаторных учреждений в целом отдают предпочтение финансированию диспансерного звена. Примечательно, что ни те, ни другие не выделили в качестве

приоритетных реабилитационные и полустационарные формы помощи. Пользователи в целом (и амбулаторная, и стационарная группы) назвали в качестве приоритетного звена финансирования психиатрические больницы, что, по-видимому, отражает их уже отмеченную выше ориентацию на патерналистскую модель помощи и институциональные ее формы.

Другой важной проблемой является *отсутствие адекватных способов планирования и финансирования психиатрической службы*, что не позволяет в должной мере обеспечить преемственность в оказании помощи и оптимизировать использование имеющихся ресурсов. В настоящее время в психиатрии практически повсеместно осуществляется нормативное распределение ресурсов: финансирование амбулаторных учреждений производится исходя из фактического числа оказанных ими услуг, а финансирование стационаров – за фактическое число койко-дней. Поскольку финансирование больниц осуществляется из расчета «на койку», их руководители не заинтересованы в сокращении коечного фонда, т.к. это приведет к снижению уровня финансирования, сокращению кадров, понижению статуса учреждения. Таким образом, принцип финансирования не способствует реструктуризации отрасли. Условием реформирования системы психиатрической помощи является внедрение такого способа финансирования, который бы стимулировал учреждения к повышению структурной эффективности, ресурсосбережению. При этом амбулаторные учреждения должны быть заинтересованы в сохранении здоровья прикрепленного населения, сокращении необоснованных направлений в стационар, а стационары – в оптимизации объемов помощи, сокращении сроков лечения, эффективном использовании собственных средств [229, 241, 274].

По мнению ряда исследователей, финансирование следует осуществлять либо на перспективу на 1 жителя, либо по нормативу на 1 больного, состоящего на диспансерном учете. При этом все средства передаются ПНД, что превращает их в "подрядчиков", несущих полную

ответственность за психическое здоровье обслуживаемого населения. Для выполнения своих обязанностей они вступают в договорные отношения с «субподрядчиками» – стационарами, ДС, ЛПМ и др. [202]. Чем выше вклад первичного звена в снижение объема помощи на следующих этапах, тем большая часть средств остается в его распоряжении – т.е. экономическая мотивация диспансерного звена позволяет сдерживать экстенсивный рост стационарной помощи [274].

Большинство профессионалов и пользователей, как показали данные опроса, считают бюджетное финансирование основным ресурсом, за счет которого можно улучшить качество психиатрической помощи. Включение психиатрической службы в систему ОМС большинство профессионалов (74,3%) не поддержали или затруднились оценить; наибольшее число противников страховой модели отмечено среди руководителей и врачей. Если бы психиатрическая служба была интегрирована в систему ОМС, то наиболее предпочтительным для стационаров мог бы оказаться метод предварительной оплаты по системе КСГ (diagnosis-related groups – DRG) [75, 273, 392]. При этом критерием экономической эффективности становится пролеченный больной, по которому и должна оцениваться обоснованность проведенных затрат. Такие интегральные показатели КСГ, как длительность пребывания в стационаре, обязательность обслуживания и лечение на уровне не ниже предлагаемых стандартов могут служить критериями качества помощи [219, 399, 577]. В нашей стране существуют работы по разработке КСГ для амбулаторных и стационарных психиатрических служб [14, 216]. Сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ была разработана методика финансирования стационаров на принципах КСГ, которая базируется на составлении калькуляции расходов (нормативной себестоимости) на 1 больного в день с последующим пересчетом на время его пребывания в стационаре и себестоимости лечебно-диагностического стандарта [273]. В серии работ этой же группы специалистов [115, 230, 292, 295] отражены

результаты экономического анализа работы психиатрических учреждений в новых экономических условиях. Так, важным инструментом для проведения экономического анализа могут служить методические рекомендации "Экономическая оценка последствий психических заболеваний", которые дают возможность руководителям психиатрических учреждений и служб самостоятельно и оперативно определять расходы, связанные с психической патологией, анализировать их структуру с учетом медико-демографических, экономических и других характеристик, вести постоянный мониторинг индикаторов деятельности службы и отдельных учреждений [306].

Процесс реформирования психиатрической службы делает особенно важным *сопоставление экономической эффективности новых форм помощи* в рамках общественно-ориентированной психиатрии.

При сравнительной оценке стоимости госпитально-ориентированных и общественно-ориентированных видов помощи возникают сложности многочисленных соотношений между бюджетом, персоналом и другими ресурсами, видами помощи и результатами [54]. Масштабные сравнительные исследования стоимости двух видов помощи в середине 1990-х г.г. в странах с высоким качеством институциональной помощи показали, что госпитальная помощь значительно дороже помощи по месту жительства [361, 451, 528]. В то же время в странах, где институциональная помощь осуществлялась на низком уровне и имела низкое качество, такая разница в стоимости могла отсутствовать; при этом стоимость помощи больным с тяжелыми психическими заболеваниями в сообществе была дороже стационарной [334, 382, 421, 449, 468, 482]. Исследователи отмечают, что новые модели нередко более затратные, т.к. требуют первоначальных инвестиций, выбора и обучения персонала, в то время как существующие учреждения имеют скромный текущий бюджет и сформировавшийся штат сотрудников. Кроме того, в переходный период средства потребуются не только новым службам, но и сокращаемым стационарам. Следует иметь в виду, что при перемещении помощи по месту жительства затраты чаще не сокращаются, однако качество

жизни пациентов и их удовлетворенность качеством помощи возрастают [97, 142, 143, 547]. Важным элементом реструктуризации психиатрической службы является *перераспределение освобождающихся средств* при сокращении стационарного звена и направлении их на расширение внебольничных видов помощи. К сожалению, в отечественной практике этого зачастую не происходит, в результате чего не наблюдается соответствующего развития амбулаторной помощи.

Неудовлетворительный уровень бюджетного финансирования здравоохранения делает актуальным поиск дополнительных источников финансирования. Данные Росстата и ФФОМС свидетельствуют о постоянном росте расходов населения страны на платные медицинские услуги и лекарства [204]. Оказание *платных медицинских услуг* является дополнительным источником финансирования, позволяющим улучшить материально-техническую базу учреждений и условия содержания пациентов, повысить качество оказания помощи. Однако развитие сферы платных медицинских услуг в психиатрии носит ограниченный характер и происходит, преимущественно, в учреждениях амбулаторной сети. Основой для работы по привлечению дополнительных финансовых средств служат территориальные базовые программы ОМС и существующие нормативные документы, регламентирующие оказание платных медицинских услуг. Во многих регионах разработаны перечни видов медицинских услуг, финансируемых в рамках ДМС, хоздоговорной деятельности за счет средств работодателей, граждан и других источников [244].

Как показали данные проведенного нами опроса, большинство профессионалов (52,6%) полагают, что государственные психиатрические учреждения могут оказывать платные услуги, причем сторонников такого подхода больше среди сотрудников высшего звена – руководителей, врачей, специалистов по социальной работе и медицинских психологов, которые, вероятно, видят свои собственные перспективы в такой модели помощи. Идея оказания платных услуг государственными психиатрическими

учреждениями не вызвала энтузиазма у пользователей помощи; ее поддержали всего 29,0%; при этом противников оказалось больше среди родственников амбулаторных больных, которые, возможно, чаще сталкиваются с необходимостью оплачивать те или иные медицинские услуги. По мнению сторонников платных видов помощи, на платной основе могут предоставляться не только сервисные услуги, но и различные виды психотерапии, физиотерапии, экспертизы, освидетельствования и консультации. При этом следует заметить, что значительная часть этих услуг в настоящее время оказывается психиатрическими учреждениями бесплатно. Предлагая их оказание на платной основе, сторонники такого подхода не в полной мере учитывают позицию пользователей помощи, из которых лишь менее четверти (24,5%) заявили о готовности участвовать в соплатежах.

В последние десятилетия в качестве одного из потенциальных ресурсов совершенствования психиатрической помощи исследователи рассматривают развитие ее *приватных форм*. Системе государственной психиатрии, при всех ее несомненных достоинствах, свойственна некоторая инертность, присущая в силу самого ее масштаба, многоступенчатость принятия решений, отсутствие у пациента возможности выбирать учреждение и врача, а у сотрудников психиатрических учреждений – ограниченные возможности проявить инициативу в изменении порядка оказания помощи, структурных инновациях. Частные формы помощи, которые в последнее время в нашей стране получают развитие, являются предметом активной дискуссии в руководящих органах здравоохранения, среди профессионалов и пользователей психиатрической помощи. Согласно данным проведенного нами опроса, идея развития частных форм психиатрической помощи нашла больший отклик у пользователей, чем у профессионалов, причем сторонников частных форм психиатрии оказалось больше среди руководителей и специалистов высшего звена, меньше – среди специалистов среднего звена. По мнению тех, кто поддерживает развитие частных форм, их развитие будет способствовать повышению качества и увеличению

объема психиатрической помощи за счет развития психосоциальных технологий, улучшения отношения медицинского персонала к больным.

Несмотря на то, что объем выделяемых средств на развитие психиатрической помощи имеет некоторую тенденцию к повышению, можно предполагать, что существенного его роста ожидать не следует; в этих условиях основным следует считать повышение эффективности имеющихся ресурсов [140, 274]. Многие исследователи констатируют, что существенные финансовые влияния в отечественное здравоохранение в течение последних лет не повышают его эффективность; изолированное воздействие только на структурное качество не ведет к повышению качества результата; система поглощает все больше средств, не обеспечивая адекватного ответа [110].

Использование «экономических» методов организации психиатрической службы с приведением ее структуры в соответствие с потребностями населения должно способствовать выбору наиболее эффективной технологии оказания помощи; должно быть нацелено на усиление профилактической направленности службы; способствовать переносу акцента в оказании помощи во внебольничную сеть при одновременной интенсификации деятельности стационаров.

8.6. Вопросы планирования и управления региональной психиатрической службой.

Службы охраны психического здоровья мегаполиса образуют сложную, иерархически неранжированную, разнородную структуру, состоящую из разнообразных по своим задачам и ведомственной принадлежности учреждений и подразделений. Даже если оставить за рамками рассмотрения учреждения федерального подчинения, следует отметить пестроту в том, что касается номенклатуры и типов психиатрических учреждений, входящих в систему городского здравоохранения. Они включает стационарные и амбулаторные учреждения, психиатрические подразделения в многопрофильных стационарах и МЧС; психотерапевтические кабинеты в

районных поликлиниках, подстанцию скорой психиатрической помощи в составе городской СМП. Следует заметить, что при этом одни учреждения являются бюджетными, другие имеют статус казенных. Помимо психиатрических учреждений в регионе функционирует развитая сеть учреждений наркологической службы – стационарных и амбулаторных. Значительный ресурсный и кадровый потенциал представлен в стационарных учреждениях социальной защиты – психоневрологических интернатах. Необходимо также учитывать деятельность различных психотерапевтических и психологических кабинетов и центров – как государственных, так и частных. Общественный сектор психиатрии, представленный организациями пользователей, занимает достаточно скромное место в системе психиатрической помощи, однако его роль с каждым годом возрастает.

Психиатрические стационары подчиняются Комитету по здравоохранению и финансируются из городского бюджета; их деятельность напрямую координирует главный психиатр с приданным ему организационно-методическим отделом. Многопрофильные стационары также находятся в ведении КПЗ, при этом порядок работы и задачи входящих в их структуру психиатрических подразделений они фактически определяют самостоятельно. Амбулаторные психиатрические учреждения находятся в ведении районных властей, финансируются из районных бюджетов; их деятельность в целом координируется службой главного психиатра, но осуществляется с учетом задач и указаний районных органов управления.

Повышение эффективности службы охраны психического здоровья мегаполиса возможно только при оптимальной системе управления с учетом комплексного характера задач, необходимости тесной координации и интеграции деятельности психиатрических и общемедицинских учреждений, учреждений социальной защиты, а также общественного сектора психиатрии. С учетом этого важного обстоятельства следует отметить, что единое управления деятельностью учреждений, участвующих в оказании психиатрической помощи, в регионе отсутствует, иллюстрацией к чему

могут служить данные, приведенные в предыдущих главах настоящей работы. Так, разгрузка психиатрических стационаров с сокращением коечного фонда предполагает активное развитие стационарозамещающих и реабилитационных технологий в амбулаторном звене. Однако существующая система планирования работы и финансирования амбулаторных психиатрических учреждений не обеспечивает достаточную мотивацию к осуществлению этих мероприятий. Открытие дневных стационаров, реабилитационных отделений, общежитий для больных во многом зависит от инициативы руководителей ПНД и позиции районных властей. Деятельность таких подразделений часто оценивается без учета задач психиатрической службы города в целом. Например, открытие ДС и увеличение их мощности недостаточно коррелирует с уровнем госпитализации в психиатрические стационары.

На наш взгляд, для реализации единой стратегии развития общественно-ориентированной модели помощи целесообразно обеспечить **единое руководство** стационарными и диспансерными звеньями службы со стороны главного психиатра и ОМКО по психиатрии. Это предполагает выведение амбулаторных психиатрических учреждений из ведения районов и включение их в систему городских учреждений, подчиненных напрямую Комитету по здравоохранению. Такая мера позволит решить и проблему диспропорций в развитии психиатрических служб различных районов, их кадровой и ресурсной обеспеченности. Принципиальная схема управления региональной психиатрической службы представлена ниже на рис. 8.1.

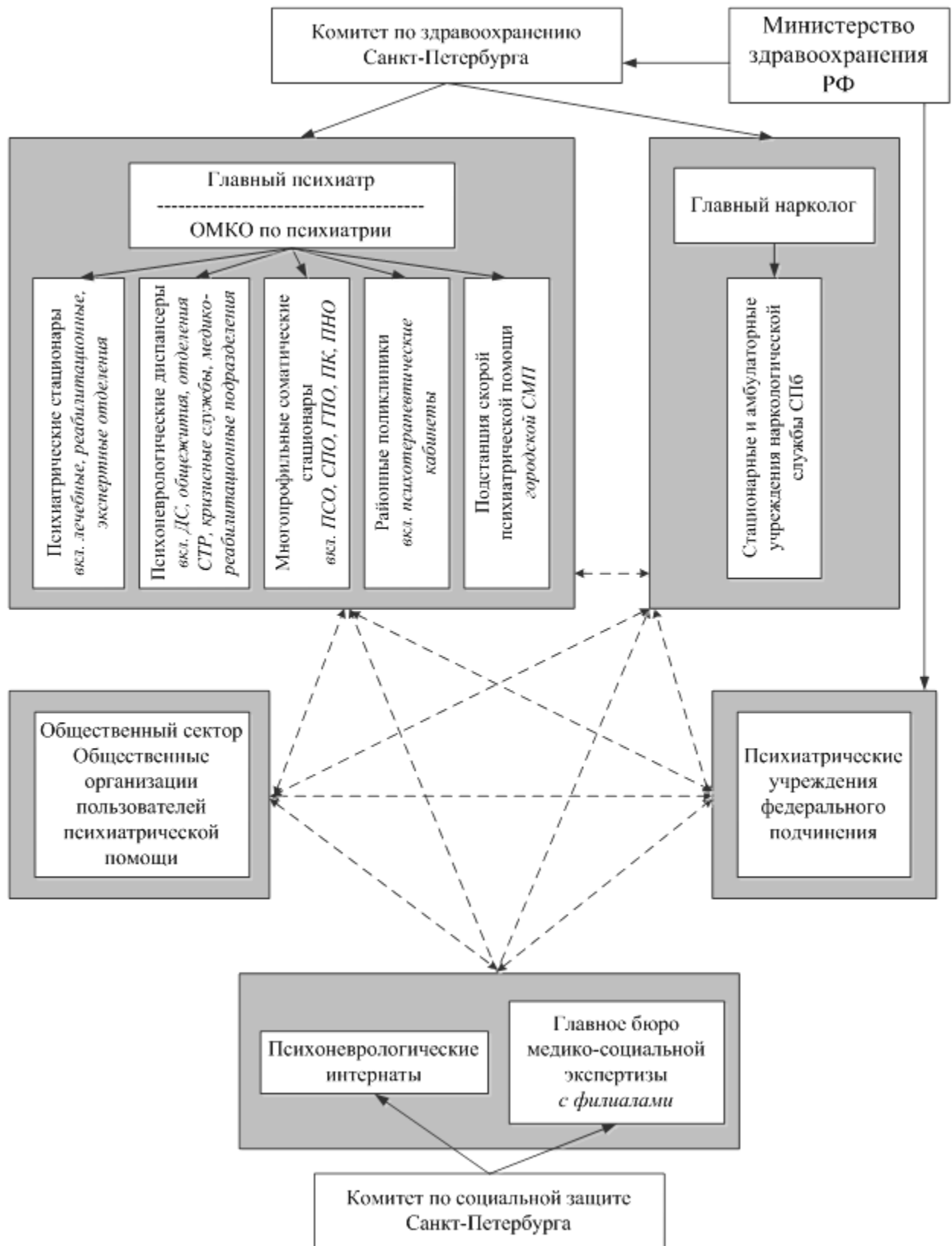


Рисунок 8.1. Схема управления региональной психиатрической службой.

Важным инструментом управления психиатрической службой региона является *целевое планирование развития психиатрической помощи*. Как уже указывалось в главе 5 настоящей работы, большинство региональных

программ развития психиатрической помощи двух последних десятилетий в Санкт-Петербурге отличало отсутствие комплексного, системного подхода, механизмов межведомственного взаимодействия.

Разработка региональных программ развития психиатрической помощи должна основываться на комплексном анализе показателей состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических служб, перспективной концепции развития помощи с учетом современных тенденций и передового опыта - как отечественного, так и зарубежного. К разработке программ необходимо привлечение представителей психиатрической науки и практики, экономистов, юристов, представителей других государственных ведомств (образование, социальная сфера, правоохранительные органы) и организаций пользователей психиатрической помощи. Приоритет должен отдаваться наиболее эффективным, менее затратным формам помощи, опережающему развитию амбулаторного звена, использованию резервов межведомственного взаимодействия и интеграции психиатрической службы с другими звеньями регионального здравоохранения и социальной защиты. Принципиально важным элементом программ должно быть индикативное планирование целевых показателей и обязательная оценка эффективности самих программ.

Для реализации принятых программ необходимо создание межведомственных рабочих органов по мониторингу их выполнения, включающих представителей органов управления здравоохранением, руководства психиатрической службы, законодательных органов власти, организаций пользователей психиатрической помощи.

При построении региональной модели психиатрической помощи важно оценить и *готовность к реформам* – как *пользователей помощи, так и специалистов, участвующих в ее оказании*. Развитие общественно-ориентированной психиатрии порождает определенные проблемы, что вызывает неоднозначную реакцию со стороны пользователей помощи,

общества в целом, и порождает дискуссии в профессиональной среде. Так, среди населения сохраняется критический настрой, в основном, выражаемый через СМИ, относительно роста числа бездомных психически больных и случаев агрессии. Эти опасения звучат всякий раз, когда начинают обсуждаться вопросы деинституционализации, несмотря на то, что во многих исследованиях было доказано, что рост числа бездомных не является следствием планового перемещения пациентов из психиатрических учреждений, а уровень общественно опасных действий психически больных в известной степени отражает уровень криминальных действий в обществе, составляя, однако, небольшую его часть [46]. Еще одним следствием перемещения помощи в сообщество является возрастание нагрузки на семью и окружение пациента. В конечном счете, эта нагрузка оборачивается медико-социальными и экономическими «выгодами», но их появление отставлено по времени [57].

В этой связи важно учитывать готовность пользователей помощи к возможным переменам и понимание сотрудниками психиатрической службы задач по ее реформированию, их поддержку структурных и организационных новаций. Опрос специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, и ее пользователей зафиксировал большое число критических замечаний относительно состояния психиатрической службы города, деятельности ее отдельных звеньев. Однако большинство профессионалов и две трети пользователей затруднились дать какие-либо конкретные предложения по изменению структуры психиатрической службы. Большая часть респондентов, в первую очередь, профессионалов, не видят в этом необходимости, а высказываемые предложения обнаруживают отсутствие преобладающих мнений. Отсутствует консолидированная позиция профессионального сообщества по вопросу введения стандартов психиатрической помощи: его поддерживают меньшая часть профессионалов, а пользователи демонстрируют еще более скептическое отношение. Большинство профессионалов и пользователей полагают, что

главным направлением повышения ее качества должно быть улучшение ресурсного обеспечения (увеличение финансирования, улучшение материально-технической базы и лекарственного обеспечения, повышение оплаты труда медицинских работников).

Профессионалы и пользователи обнаружили достаточно сдержанное отношение к возможным изменениям структуры службы, изменению принципов планирования и финансирования психиатрических учреждений. Участники опроса в целом осторожно оценивают современную тенденцию к сокращению размеров психиатрических больниц; только 41,4% профессионалов считают оправданным перемещение помощи во внебольничную сеть, в условия сообщества; еще меньше (32,5%) сторонников трансинституционализации обнаружилось среди пользователей. При этом наибольшее число противников оказалось в группе родственников амбулаторных пациентов, что, возможно, отражает их неудовлетворенность качеством работы этого звена службы в настоящее время. Большинство профессионалов удовлетворены объемом и качеством оказываемой их учреждениями помощи, хотя значительное число пользователей такой оценки не разделяет. Большинство сотрудников амбулаторного звена не видят необходимости в расширении полустационаров, а большинство специалистов стационаров – в сокращении коечного фонда. Открытие психиатрических отделений в многопрофильных стационарах поддержали чуть более половины профессионалов; позиция пользователей по этому вопросу была в целом скептической.

Формирование общественно-ориентированной модели помощи предполагает изменение традиционной для отечественной психиатрии патерналистской модели отношений врача-психиатра и больного [290]. Однако, согласно результатам опроса, к этому готовы скорее профессионалы (56,7% из которых предпочитают партнерскую модель), чем пользователи помощи (самую большую группу – 42,5% – составили те, кто отдал предпочтение патерналистской модели).

Таким образом, результаты опроса показали, что сотрудники психиатрических учреждений в целом неоднозначно воспринимают тенденции развития психиатрической службы в рамках общественно-ориентированной модели, проявляя осторожность в отношении организации различных форм помощи в сообществе и структурных перемен. В этом отношении позиция пользователей помощи представляется еще более консервативной, о чем свидетельствуют большая доля сторонников патерналистской модели; более выраженное предпочтение институциональных форм помощи; критическое отношение к «недостаточной», по их мнению, системе наблюдения в ПНД; большая удовлетворенность объемом и качеством стационарной службы, в сравнении с амбулаторной; выбор психиатрических больниц в качестве приоритетного звена финансирования.

Построение оптимальной модели психиатрической службы, проведение организационно-структурных преобразований невозможно без понимания и поддержки специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, основных направлений реформы. Данные проведенного нами опроса говорят о том, что необходимо уделять внимание информированию специалистов о целях и задачах различных нововведений и преобразований, о преимуществах новых форм организации помощи, о положительном опыте различных учреждений. К сожалению, как признают многие исследователи, в настоящее время врачи не являются инициаторами и экспертами модернизации и реформ в отечественном здравоохранении, а выступают лишь пассивными исполнителями уже принятых чиновниками управленческих решений. Главные врачи медицинских учреждений не участвуют в стратегическом планировании и не оказывают на него практически никакого влияния, рассматривая себя не как ответственных, а как технических исполнителей. Фокусом модернизации становятся исключительно административные реформы, органы управления, медицинские учреждения и система финансирования [110]. Для создания

эффективной модели службы необходимо обеспечить вовлечение кадрового потенциала, прежде всего, менеджмента среднего и низового уровня в процесс анализа, поиска и принятия управленческих решений.

Рассматривая вопросы управления психиатрической службой региона, следует подчеркнуть, что важным участником процесса планирования, развития и оценки качества психиатрической помощи должен стать т.н. **общественный сектор** психиатрии, который представляют организации пользователей. Такие общественные объединения в т.н. развитых странах участвуют в мониторинге психиатрических служб, оказывают существенное влияние на принятие решений в области психического здоровья, изучают различия между моделями психиатрической помощи с целью достижения консенсуса пользователей и профессионалов [104, 342, 431, 497, 535]. В ряде стран организации пользователей уже в законодательном порядке обеспечены правом активного участия в развитии служб, посещениях и ревизии психиатрических учреждений, планировании деятельности местных и региональных служб [540]. ВОЗ рассматривает деятельность организаций пользователей как важную составную часть общей системы охраны психического здоровья [30, 201, 485].

Деятельность отечественных общественных объединений психически больных и их родственников в целом строится по тем же направлениям, что и деятельность аналогичных организаций за рубежом, и включает решение проблем бытового и трудового устройства больных, поддержку их семей, издание разнообразных методических и информационных материалов, социальную поддержку пациентов, вовлечение в различные виды деятельности, защиту их прав и интересов, психообразование, создание для пациентов и их близких терапевтических сообществ [97, 163, 234]. Общественный сектор психиатрии в Санкт-Петербурге представляют около двадцати общественных организаций пользователей психиатрической помощи [166, 207]. Как показали результаты нашего исследования, их деятельность не скоординирована, они не имеют достаточных материальных

и кадровых ресурсов, мало взаимодействуют с психиатрическими учреждениями, не привлекаются к разработке и оценке программ развития психиатрической помощи. Это существенно ограничивает их возможность влиять на развитие служб охраны психического здоровья населения города. Профессионалы и пользователи, как показали данные проведенного нами опроса, невысоко оценивают деятельность существующих организаций пользователей, что объясняется не только скромными результатами работы, но и отсутствием достаточной информации об их деятельности. Пользователи выразили готовность принимать участие как в решении вопросов, связанных с развитием и профилизацией службы, так и в оказании отдельных ее видов. Профессионалы же охотно готовы допустить их к оказанию помощи, но с меньшим энтузиазмом рассматривают пользователей как участников процесса планирования помощи и оценки ее качества.

Таким образом, можно констатировать, что имеющийся ресурс общественного сектора в городской психиатрии по существу игнорируется или не востребован в полной мере. *Необходимо на уровне руководителей психиатрических учреждений, руководства психиатрической службой обеспечить поддержку общественных организаций пользователей, привлекать их к обсуждению вопросов совершенствования психиатрической службы, мониторингу деятельности психиатрических учреждений. Следует предусмотреть активное содействие объединениям пользователей в развитии различных форм психосоциальной реабилитации.*

Завершая характеристику системы психиатрической помощи Санкт-Петербурга, считаем необходимым сделать следующие **выводы:**

1. Психиатрическая служба Санкт-Петербурга характеризуется высоким уровнем кадрового обеспечения, развитой сетью психиатрических подразделений различного профиля, сравнительно хорошей материально-технической базой психиатрических учреждений, благоприятными условиями развитой социальной инфраструктуры города. В сравнении с

ситуацией в РФ в целом, психиатрическая служба Санкт-Петербурга отличается высоким уровнем развития системы внебольничной помощи, включающей дневные стационары, подразделения реабилитационного профиля, психотерапевтической сети, служб помощи детскому населению. В то же время ряд приводимых выше показателей деятельности психиатрической службы города не соответствуют имеющемуся кадровому и ресурсному потенциалу.

2. Приоритетными направлениями развития психиатрической службы Санкт-Петербурга должны быть следующие: активизация работы амбулаторного звена, ликвидация диспропорций в обеспечении доступности психиатрической помощи жителей различных районов города, интенсивное использование имеющихся и открытие новых стационарозамещающих подразделений, более тесная интеграция с учреждениями общемедицинской сети, развитие специализированной помощи пациентам различных возрастных групп, реструктуризация коечного фонда психиатрических стационаров, использование ресурса общественного сектора психиатрии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К 1970-1980 гг. в нашей стране была создана завершенная система психиатрической помощи, основными принципами которой были государственный характер, общедоступность, территориальный характер с максимальной приближенностью к населению, преемственность и специализация. Важно при этом подчеркнуть, что, по признанию зарубежных специалистов, психиатрическая служба в советский период по своим ресурсным и иным показателям занимала одно из лидирующих мест в мире.

Однако в конце 1980-х гг. отечественная психиатрия подверглась жесткой критике международной психиатрической общественности и политических институтов, которые выступили с обвинениями в различных злоупотреблениях. Другим серьезным испытанием для отечественной психиатрической службы стал наступивший в стране социально-экономический кризис, в условиях которого психиатрическим учреждениям приходилось прилагать огромные усилия и принимать нестандартные решения, чтобы в буквальном смысле выжить и иметь возможность оказывать психически больным необходимую помощь и поддержку.

В период системного кризиса руководителями психиатрических служб различного уровня активно обсуждались пути выхода из сложившейся ситуации; на психиатрических форумах и в психиатрических изданиях проходили дискуссии о характере и направлениях необходимых преобразований в психиатрии, которые в тот период времени активно проводились в различных странах. На федеральном и региональных уровнях был принят ряд программ, направленных на совершенствование психиатрических служб и улучшение качества психиатрической помощи. Однако, несмотря на проводимые меры, до сих пор не определены многие параметры деятельности современной психиатрической службы, приоритетные направления ее перспективного развития. Отмеченное обстоятельство и обусловило необходимость проведения специального

исследования, посвященного системному анализу действующих психиатрических служб, определению эффективно действующей модели региональной системы психиатрической помощи.

Целью настоящей работы являлось определение эффективности работы региональной психиатрической службы мегаполиса на основе комплексного анализа ее характеристик (клинико-социальных, клинико-эпидемиологических, статистических, экономических и др.) и разработка на основе результатов исследования оптимальной модели системы психиатрической помощи крупного региона (на примере Санкт-Петербурга). Теоретической и методологической основой проведенного исследования являются работы отечественных и зарубежных учёных в области клинической и социальной психиатрии, организации психиатрической помощи; общенаучная методология, используемая при изучении вопросов организации медицинской помощи; методология, применяемая в прикладной статистике социальных явлений; а также законы и нормативные акты РФ, ведомственные медицинские нормативные документы, регулирующие сферу здравоохранения.

Материалом для решения этих задач исследования послужили данные статистических отчетов психиатрических учреждений Санкт-Петербурга, статистических сборников Московского НИИ психиатрии МЗ РФ и ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, аналитических статистических материалов Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургского Института медико-социальных проблем и управления, материалов официальной государственной статистики, Постановлений Правительства Санкт-Петербурга и законодательных актов Санкт-Петербурга. Важным материалом для оценки действующей региональной системы психиатрической помощи и определения перспектив её дальнейшего развития явились результаты проведенного автором масштабного социологического исследования,

который включал опросы различных профессиональных групп специалистов психиатрической службы, а также пользователей психиатрической помощи.

В работе были использованы следующие методы исследования: клинический, клинико-статистический, клинико-эпидемиологический, социологический, аналитический, исторический, метод экспертных оценок, а также системный анализ, включая регрессионный и корреляционный анализ, метод анализа иерархий (МАИ).

Системный подход в оценке полученных данных обеспечивался комплексной оценкой социальных, экономических и иных условий, в которых психиатрическая служба города работала в течение 24 лет, подтверждался анализом влияния преобладающих факторов на особенности работы службы. При этом анализ показателей состояния психического здоровья населения и деятельности региональной психиатрической службы проводился в сопоставлении с соответствующими общероссийскими тенденциями и показателями.

Задачей первого этапа исследования стал **комплексный анализ показателей состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга** в динамике за 24 года (1991-2014 гг.), в период выраженных социально-экономических и общественно-политических изменений, и построенные с помощью методов математического моделирования прогнозы общей заболеваемости психическими расстройствами, инвалидизации вследствие психических расстройств.

Было установлено, что медико-демографическая ситуация в городе характеризуется наблюдаемым с 2007 г. умеренным приростом населения и общим «постарением» населения, что проявляется в увеличении среднего возраста, возрастании доли лиц пожилого возраста, регрессивной возрастной структуре населения. Данные проведенного регрессионного анализа свидетельствуют о том, что к 2025 г., при прогнозируемом росте общей численности населения (на 7,4%) и сохранении высокой доли лиц старше 60

лет, будет возрастать доля лиц средних возрастных групп за счет уменьшения доли детей.

Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге показал, что ее рост на 53,7% (в расчете на 100 тыс. населения – с 249,5 до 383,6) произошел за счет роста первичной заболеваемости, в первую очередь, психическими расстройствами непсихотического характера (ПРНХ), психозами и слабоумием (ПиС); первичная заболеваемость умственной отсталостью (УО) снизилась. Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге был ниже, чем в среднем по РФ, однако с 2009 г. он стал превышать общероссийский (в 2014 г. – на 24,3%). Уровни первичной заболеваемости ПиС (в т. ч. шизофренией) и ПРНХ в Санкт-Петербурге превышают аналогичные показатели по РФ, в то время как уровень первичной заболеваемости УО ниже общероссийского. Это находит отражение и в различиях диагностической структуры первичной заболеваемости в Санкт-Петербурге и РФ. Более высокий темп роста выявления психических расстройств в Санкт-Петербурге, в сравнении с РФ в целом, объясняется более высоким уровнем развития психиатрической службы города.

Уровень распространенности психических расстройств в Санкт-Петербурге в исследуемый период уменьшился незначительно с 2 681,6 до 2 621,4 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. на 2,2%. При этом рост общей заболеваемости ПРНХ (на 27,8%) был перекрыт снижением заболеваемости ПиС (на 16,4%) и УО (на 37,6%). В РФ, наоборот, отмечалось увеличение на 18,4% числа зарегистрированных больных в расчете на 100 тыс. населения, что отмечено во всех крупных диагностических группах. Результатом таких разнонаправленных тенденций, связанных отчасти с менее выраженным «стрессом депопуляции» в Санкт-Петербурге, в сравнении с РФ в целом, стало изменение соотношения уровня общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге в сравнении с РФ: в 1991 г. он превышал

общероссийский уровень на 13,3%, а в 2014 г. – был ниже на 6,5%. На основании данных проведенного регрессионного анализа был сделан прогноз об умеренном (на 5,0%) росте уровня показателя общей заболеваемости психическими расстройствами к 2025 г.

В рассматриваемый период общая заболеваемость психическими расстройствами в группе детей и подростков (0-17 лет) возросла более чем на треть и значительно (на 36,7%) превышает соответствующий российский показатель, прежде всего, за счет ПРНХ; при этом уровни заболеваемости ПиС и УО уступают российским показателям. В возрастной группе 60 лет и старше уровень заболеваемости несколько выше (на 6,7%), чем в среднем по РФ – за счет превышения уровня заболеваемости ПиС; при этом уровни заболеваемости ПРНХ и УО ниже показателей по РФ. Рост заболеваемости в группах лиц старше 60 лет, детей и подростков сопровождался увеличением их доли в возрастной структуре контингента зарегистрированных психически больных (доля детей, в целом по РФ, наоборот, снижалась).

Изменения диагностической структуры общей заболеваемости в Санкт-Петербурге и РФ характеризуются схожими тенденциями – увеличением доли ПРНХ за счет уменьшения доли ПиС и УО. При этом диагностическая структура зарегистрированных расстройств в Санкт-Петербурге значительно отличается большей представленностью ПиС (38,3% и 27,1% соответственно) и вдвое меньшей представленностью УО (10,2% и 21,9% соответственно) при сопоставимой доле ПРНХ.

Было установлено, что в исследуемый период в Санкт-Петербурге абсолютное число психических больных, имеющих группу инвалидности, выросло на 40,8% (еще более значительно – на 128,4% выросло число инвалидов с УО), что нашло отражение и в увеличении на 36,5% относительного числа психически больных инвалидов в расчете на 100 тыс. населения (с 492,1 до 671,5). Уровень первичной инвалидности в указанный период вырос, соответственно, с 21,2 до 24,6, т.е. на 16,0%. В контингенте инвалидов по психическому заболеванию крайне мала доля инвалидов с III

(рабочей) группой, причем в рассматриваемый период она уменьшилась примерно вдвое. Данные настоящего исследования подтверждают наличие значительных региональных различий в уровне инвалидизации психически больных в РФ. Так, в целом по РФ рост абсолютного числа психически больных инвалидов оказался в полтора раза выше, чем в Санкт-Петербурге; в расчете на 100 тыс. населения он составил 69,5%. Диагностическая структура первичной инвалидности в Санкт-Петербурге и РФ в целом совпадают, однако в контингенте инвалидов в Санкт-Петербурге более значительную долю составляют больные шизофренией, в РФ – больные с умственной отсталостью. Согласно полученным нами данным регрессионного анализа, в период до 2025 г. прогнозируется сохранение высокого уровня инвалидности вследствие психических заболеваний.

В Санкт-Петербурге в рассматриваемый период отмечался значительный рост первичной инвалидности в группе детей и подростков – с 25,8 до 85,0 (в два с половиной раза) и рост числа инвалидов с 101,1 до 603,8 (почти в шесть раз) в расчете на 100 тыс. населения. Эти показатели существенно превышают как соответствующие российские показатели, так и показатели инвалидности контингента лиц всех возрастов с психическими расстройствами в Санкт-Петербурге. В связи с этим необходимо отметить следующее. Положение о детской инвалидности в стране начало действовать с 1981 г., и последующий рост показателя был связан с тем, что ширился процесс оформления инвалидности психически больным детям, в том числе фактическим инвалидам, которым группа не была оформлена ранее, включая находящихся в интернатах [51]. Если в ряде регионов низкие показатели инвалидности детей отражают недостаточную работу детских психиатров, то ситуация в Санкт-Петербурге в этом отношении представляется более благополучной.

Была проанализирована структура внебольничного контингента лиц с психическими расстройствами, которая в условиях Санкт-Петербурга также имеет свои особенности. Число больных с впервые в жизни установленным

диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение (ДН), в расчете на 100 тыс. населения, в рассматриваемый период уменьшилось с 104,2 до 101,0 – т.е. на 3,1%, что произошло, в первую очередь, за счет групп больных ПиС и УО; при этом в группе больных с ПРНХ этот показатель вырос (что представляется не вполне обоснованным). Отнесение первичных больных в группу для оказания консультативно-лечебной помощи (КЛП), напротив, возросло (на 91,2%), прежде всего, за счет пациентов с ПРНХ. В результате, доля первичных больных, которые берутся под ДН, уменьшилась с 41,7% до 26,3%; соответственно, доля КЛП возросла с 58,3% до 73,7%. Сравнивая эти данные с общероссийскими, можно отметить, что в РФ доля первичных больных, которые берутся под ДН, уменьшилась критически – до 14,3%.

Общая численность больных с психическими расстройствами, состоящих под наблюдением (группа ДН и группа КЛП), в Санкт-Петербурге в расчете на 100 тыс. населения незначительно уменьшилась – с 2 356,4 до 2 251,6 – т.е. на 4,4% (таким образом, потери в группе ДН не были компенсированы ростом в группе КЛП). В диагностической структуре больных, находящихся под ДН, преобладают ПиС (56,5%), в меньшей степени представлены ПРНХ (25,6%) и УО (17,9%). Для сравнения, диагностическая структура больных группы ДН в РФ отличается значительно большей (почти вдвое) представленностью больных с УО.

Был проведен анализ наблюдаемого в течение рассматриваемого периода изменения соотношения доли ДН и КЛП во всем внебольничном контингенте в различных клинико-диагностических группах. Представляется не вполне обоснованным резкое уменьшение доли ДН в контингенте пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ПиС, что может означать снижение уровня оказания помощи и возможное ухудшение отдаленных результатов лечения. Такие же опасения вызывает и уменьшение доли ДН в контингенте наблюдаемых пациентов с УО, особенно с учетом того обстоятельства, что доля больных с УО увеличивается среди больных,

совершающих общественно опасные действия [51]. С другой стороны, уменьшение доли ДН среди пациентов с ПРНХ представляется положительной тенденцией.

С учетом сказанного, следует отметить, что формирование групп ДН и КЛП в амбулаторной службе Санкт-Петербурга в рассматриваемый период происходило более взвешенно, чем в психиатрической службе РФ в целом. Согласно экспертным оценкам организаторов психиатрической помощи [50], наиболее оптимальным при первичной регистрации психически больных является соотношение 1:4 между теми, кому определяется ДН, и теми, кому оказывается в группе КЛП. Из числа впервые заболевших больных, обратившихся за помощью, на диспансерный учет в Санкт-Петербурге ставится каждый четвертый (26,3%), а в общем контингенте наблюдаемых больных на конец года доля ДН возрастает до 58,4%. В РФ в целом первичных психически больных ставят на диспансерный учет лишь в 14,3% случаев, а в общем контингенте наблюдаемых больных на конец года доля ДН составляет 42,1%.

Число детей с психическими расстройствами во всем наблюдаемом внебольничном контингенте выросло на 36,6% (в РФ – на 35,5%), в основном, за счет роста группы КЛП. В диагностической структуре контингента детей с психическими расстройствами, состоящих под ДН, возросла доля ПРНХ и ПиС, что произошло за счет уменьшения доли УО (аналогичная диагностическая структура в целом по РФ отличается большей долей УО). Доля ДН в контингенте всех наблюдаемых детей с психическими расстройствами уменьшилась с 72,1% до 56,7% и, начиная с 2000 г., уступает доле КЛП (доля ДН в контингенте наблюдаемых психически больных детей в РФ снизилась еще более выразительно – с 80,8% до 31,9%). Данные о росте выявляемости психических, в первую очередь, непсихотических расстройств у детей, что отражается в структуре общей заболеваемости и психиатрического наблюдения, свидетельствуют об активной работе детской психиатрической службы города. В данном случае представляется

совершенно оправданной тенденция роста доли КЛП за счет уменьшения доли ДН в контингенте всех наблюдаемых больных (с учетом нозологического состава пациентов, возрастающей доли больных с ПРНХ).

Полученные результаты исследования клинико-статистических и медико-демографических характеристик контингента зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге позволили сделать выводы, которые являются важными для построения оптимальной региональной системы психиатрической помощи.

На следующем этапе работы был проведен всесторонний **анализ сети психиатрических учреждений Санкт-Петербурга, основных показателей их деятельности** в динамике за 24 года, состояния психосоциальной реабилитации в психиатрических учреждениях, роли и места общественных организаций пользователей психиатрической помощи.

Исследование показало, что отличительной особенностью психиатрической службы Санкт-Петербурга являются диспропорции в развитии учреждений различных районов города, которые проявляются в различной их территориальной доступности для населения, состоянии материально-технической базы, различной степени укомплектованности персоналом, неравномерной нагрузке на участковых психиатров, близости к учреждениям общемедицинской сети, что ограничивает возможности жителей ряда территорий в получении лечебной и социально-реабилитационной помощи.

Обеспеченность населения Санкт-Петербурга специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, на протяжении всего рассматриваемого периода была и остается выше, чем в РФ в целом, хотя высокий коэффициент совместительства свидетельствует о сохраняющемся дефиците этих специалистов в отрасли. Обеспеченность врачами-психиатрами выросла с 1,53 до 1,82 (в расчете на 10 тыс. населения) и на 81,0% превышает аналогичный показатель по РФ; обеспеченность врачами-психотерапевтами выросла, соответственно, с 0,13 до 0,35 (превышение

показателя по РФ в 2,5 раза); обеспеченность специалистами с немедицинским образованием (медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками) превышает показатель по РФ в 3,4 раза. Все это создает значительно более благоприятную, в сравнении с ситуацией в РФ в целом, возможность активного внедрения биопсихосоциальной модели помощи, полипрофессионального бригадного обслуживания. В связи с курсом, взятым на развитие общественно-ориентированной психиатрии, в стране стал очевидным определенный дефицит организационных структур и специалистов, работающих непосредственно в сообществе [60]. В этом смысле ситуация в Санкт-Петербурге выглядит относительно благополучной: обеспеченность населения города врачами-психиатрами, ведущими амбулаторный прием, в 1,5 раза выше, чем в среднем по РФ. Однако при этом нагрузка на участкового психиатра на протяжении всего рассматриваемого периода оставалась ниже, чем в среднем по РФ – об этом свидетельствует более низкий показатель числа посещений, приходящихся на 1 должность взрослого участкового психиатра. О меньшей активности амбулаторной службы косвенно свидетельствует и более низкий, чем в среднем по РФ, показатель частоты недобровольных освидетельствований, и увеличение использования ресурса экстренной психиатрической помощи.

Если сокращение коечного фонда психиатрических учреждений по РФ в целом не сопровождалось соответствующим адекватным развитием амбулаторного звена и стационарозамещающих технологий, то в Санкт-Петербурге наблюдалась другая тенденция: уменьшение коечного фонда было более умеренным и ему сопутствовало активное развитие дневных стационаров в структуре амбулаторных психиатрических учреждений. Обеспеченность населения сметными местами в ДС выросла с 20,4 до 45,4 в расчете на 100 тыс. населения и к 2014 г. почти в 3,4 раза превышала аналогичный российский показатель. Рост числа выписанных из ДС больных свидетельствует о возрастании роли этой формы оказания помощи в Санкт-

Петербурге. Однако при этом следует отметить, что, если число сметных мест в ДС в указанный период выросло на 114,2%, то ежегодное число выписанных больных – на 102,2% (причем значительный рост показателя приходится на последние 3 года), т.е. интенсивность использования полустационарных технологий снизилась. Если же оценивать эффективность ДС как стационарозамещающих учреждений, следует отметить, что значительное наращивание их мощности не привело к заметному уменьшению потребности в стационарной помощи и снижению уровня госпитализаций в психиатрические стационары (он снизился незначительно – на 7,3% и существенно превышает аналогичный российский показатель).

Установленный рост уровня первичной инвалидности, общего числа инвалидов вследствие психических заболеваний требуют организации системы социально-трудовой реабилитации, различных медико-социальных подразделений для проведения трудовой терапии, системы поддержки трудоустройства и социально-восстановительной работы. В 1991 г. число мест в лечебно-трудовых мастерских амбулаторных психиатрических учреждениях в Санкт-Петербурге в расчете на 100 тыс. населения в 7 раз превышало аналогичный показатель по РФ; доля психически больных инвалидов, работающих в ЛТМ, была в 5 раз выше, чем в среднем по РФ. К 2010 г. лечебно-трудовые мастерские в амбулаторной психиатрической службе Санкт-Петербурга были ликвидированы, а пришедшие им на смену реабилитационные подразделения в структуре ПНД не обеспечивают трудовую терапию в форме производственной деятельности. Такой вид социально-трудовой терапии, как работа психически больных в специально организованных цехах, в городе отсутствует, и единственной формой трудовой реабилитации, имеющей некоторую перспективу, остается работа психически больных инвалидов на общем производстве, хотя её потенциал используется в недостаточной степени. Несмотря на то, что в последние годы во многих амбулаторных психиатрических учреждениях города открыты различные подразделения реабилитационного профиля, эти формы помощи

пока не получили должной регламентации. В системе амбулаторной психиатрической помощи слабо используются возможности межведомственного взаимодействия с территориальными центрами социального обслуживания.

В психиатрической службе города отсутствуют общепсихиатрические отделения в многопрофильных стационарах, не организовано интенсивное лечение во внебольничных условиях, которое в последние десятилетия принято относить к перспективной амбулаторной форме помощи психически больным. Практически отсутствует сеть отделений первого психотического эпизода: в 2007 г. два первых отделения этого профиля были открыты в психиатрической больнице им. П.П. Кащенко, затем единичные подразделения появились и в некоторых других учреждениях. Таким образом, было установлено, что амбулаторная служба города характеризуется высокой степенью ресурсного и кадрового обеспечения, однако активность ее работы недостаточна, о чем свидетельствуют приведенные выше показатели.

Как показали результаты проведенного исследования, сокращение психиатрического коечного фонда в Санкт-Петербурге (за 24 года – на 21,1%) происходило более умеренными темпами, чем в целом по РФ. Обеспеченность психиатрическими койками в расчете на 10 тыс. населения уменьшилась с 16,40 до 12,00 (с учетом коек федеральных учреждений – с 19,15 до 14,71) и на протяжении всего периода значительно превышала показатель по РФ: к 2014 г. – на 26,3%, а с учетом коек с федеральных учреждений – на 54,7%. Сокращение коечного фонда привело к улучшению условий содержания больных; тем не менее, они по-прежнему не соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям, из-за чего сохраняется скученность пациентов. Интенсивность использования психиатрической койки вплоть до 2014 г. была меньше, чем в среднем по РФ.

Средний срок стационарного лечения уменьшился с 91,2 до 88,2 дней т.е. лишь на 3,3%, превышая при этом аналогичный российский показатель (в

2014 г. по всем группам выбывших больных в целом – на 17,3%). Отчасти это связано с тем, что в контингенте госпитализируемых, в сравнении с ситуацией в целом по РФ, большей оказалась доля пациентов с Пис и меньшей – доля больных с ПРНХ. Состав стационарных пациентов отличается значительным числом больных, находящихся на принудительном лечении (за счет пациентов ПБ СТИН), что также определяет более высокие, по сравнению с российскими показателями, сроки стационарного лечения.

В целом по РФ отмечалось заметное увеличение доли больных с ПРНХ в общем числе госпитализированных больных, что свидетельствует о том, что внебольничная служба не только не предотвращает высокий уровень госпитализаций больных с Пис, но и является недостаточно конкурентоспособной по отношению к стационарам, когда речь идет об оказании помощи больным с ПРНХ [60]. В этом отношении ситуация в Санкт-Петербурге отличается: доля больных с ПРНХ в контингенте госпитализируемых уменьшается, что, возможно, связано с тем, что в городе хорошо развита государственная психотерапевтическая служба и сектор частной психотерапевтической помощи, которую получает значительная часть населения.

Госпитализация многих больных в психиатрические стационары обусловлена не только клиническими, но и социальными факторами и связана с недостаточным уровнем социальной поддержки психически больных в сообществе. Значительная часть из них оседает в психиатрических стационарах, «блокируя» пятую часть коечного фонда: с 1993 г. по 2014 г. доля больных, находящихся в стационаре свыше 1 года, возросла с 17,4% до 21,6%. Для того, чтобы эти пациенты могли получать лечение по месту жительства, не занимая больничные койки, в амбулаторных условиях следует предусмотреть создание различных форм «защищенного жилья». Однако в Санкт-Петербурге, как и в большинстве регионов страны, система резиденциальных учреждений представлена лишь одной организационной формой – психоневрологическими интернатами. Опыт создания общежития в

психиатрической больнице им. П.П. Кащенко [135] дальнейшего развития не получил.

Динамика региональных медико-демографических показателей и изменения возрастной структуры заболеваемости психическими расстройствами указывают на необходимость развития системы геронтопсихиатрической помощи, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Однако в структуре психиатрической службы Санкт-Петербурга, как и в психиатрической службе страны в целом, единая система оказания помощи психически больным пожилого возраста не организована. В большинстве психиатрических учреждений отсутствуют подразделения, нацеленные на оказание лечебной и социально-восстановительной помощи пациентам пожилого возраста с учетом характерного спектра психических расстройств и особенностей их социального функционирования.

Необходимость дальнейшего расширения психотерапевтического сектора службы, в первую очередь, в амбулаторных условиях, в системе первичной медицинской помощи обуславливается ростом заболеваемости ПРНХ и возрастанием их удельного веса в структуре общей заболеваемости. В Санкт-Петербурге уровень заболеваемости ПРНХ вырос на 27,8% (в РФ – 40,1%), а уровень первичной заболеваемости – на 79,5% (в РФ – на 22,4%). Этот процесс нашел отражение в сходных, в Санкт-Петербурге и в РФ, изменениях структуры общей заболеваемости, что выразилось в увеличении доли непсихотических расстройств до 51,5% – на фоне уменьшения доли ПиС и УО. Сохранение значительной доли больных с ПРНХ в контингенте всех психически больных требует расширения помощи этой категории пациентов, прежде всего, во внебольничных условиях. Психотерапевтическая служба города характеризуется высокой степенью развитости; большое число психотерапевтических кабинетов, центров, отделений функционируют в составе учреждений общемедицинской сети и являются подразделениями специализированной помощи, приближенной к населению. При этом данные официальной статистики не в полной мере отражают как реальный уровень

заболеваемости ПРНХ, так и реальный объем психотерапевтической помощи, поскольку значительная часть населения мегаполиса получает ее в частном секторе психиатрических услуг.

Другие формы интеграции психиатрической службы и учреждений общемедицинской сети Санкт-Петербурга, как показали результаты исследования, развиты недостаточно. В многопрофильных стационарах города функционирует небольшое число психосоматических и соматопсихиатрических отделений, в результате чего сохраняется высокая потребность в значительном увеличении структурных подразделений этого профиля. Остается значительным число взаимных переводов пациентов с коморбидной соматической патологией между психиатрическими и соматическими учреждениями, что затрудняет оказание своевременной помощи больным и порождает различные правовые коллизии. Часть стационарного коечного фонда в Санкт-Петербурге, как и во многих других регионах страны, занимают больные с туберкулезом легких. Однако такая организация помощи является анахронизмом и требует изменений, поскольку пациенты психиатрического стационара не могут рассчитывать на полное соблюдение стандартов лечения туберкулеза из-за ограниченных по данному профилю лечебных и диагностических возможностей.

Развитие общественных движений является одной из наиболее актуальных и обсуждаемых проблем в современной психиатрии. Общественный сектор, который представляют организации пользователей психиатрической помощи, становится важным элементом общественно-ориентированной системы психиатрической помощи. В рамках исследования была впервые подробно изучена деятельность общественного сектора психиатрии в Санкт-Петербурге, который представляют 13 общественных организаций пользователей психиатрической помощи, а также 6 общественных организаций, оказывающих помощь всем категориям инвалидов, в т.ч. инвалидам вследствие психических заболеваний, и 14 общественных организаций пользователей наркологической помощи. Их

деятельность в целом строится по тем же направлениям, что и деятельность аналогичных отечественных и зарубежных организаций, и включает: решение проблем бытового и трудового устройства больных, поддержку их семей; издание разнообразных методических и информационных материалов, собственных газет; социальную поддержку пациентов, их интеграцию в общество, вовлечение в различные виды деятельности; защиту их прав и интересов, психообразование; организацию досуга. Как показали результаты исследования, деятельность организаций пользователей не скоординирована, они не имеют достаточных материальных и кадровых ресурсов, мало взаимодействуют с психиатрическими учреждениями городского здравоохранения и социальной защиты, не привлекаются к разработке и оценке программ развития психиатрической помощи, что существенно ограничивает их возможность влиять на совершенствование служб охраны психического здоровья населения города. Таким образом, можно констатировать, что имеющийся ресурс общественного сектора в городской психиатрии по существу игнорируется или не востребован в полной мере.

Важной частью проведенного исследования стал корреляционный анализ, результаты которого позволили **изучить связи между различными показателями состояния психического здоровья населения региона и показателями деятельности психиатрической службы**, сделать выводы об эффективности работы различных звеньев психиатрической помощи.

Так, между показателем уровня инвалидизации вследствие психических заболеваний и показателем уровня заболеваемости установлена значимая линейная связь, «положительный» характер которой указывает на увеличение инвалидизации при росте заболеваемости населения. Установлена значимая линейная связь между показателем инвалидизации и числом мест в ЛТМ, «отрицательный» характер которой указывает на увеличение уровня инвалидизации при уменьшении числа мест в ЛТМ и наоборот. Эти данные являются актуальными в связи с наблюдаемым критическим состоянием системы социально-трудовой реабилитации в

амбулаторном звене, ликвидацией производственной деятельности ЛТМ. Другим индикатором, находящимся в значительной линейной связи с уровнем инвалидизации, является показатель числа больных, находящихся в стационаре свыше 1 года. «Положительный» характер этой связи свидетельствует об увеличении числа инвалидов вследствие психических заболеваний при увеличении численности данной категории стационарных пациентов – и наоборот. Это обстоятельство представляется актуальным с учетом сохранения значительной доли хронизированных больных в психиатрических стационарах города.

При определении места и роли стационарного звена в системе психиатрической помощи региона важно было оценить корреляционные связи показателя уровня госпитализации в психиатрические стационары с другими рассматриваемыми индикаторами. Уровень госпитализации находится в умеренной отрицательной корреляционной связи - с показателем «Число недобровольно освидетельствованных диспансером». Уровень недобровольных госпитализаций находится в значимой корреляционной связи с показателем «Число посещений участкового врача психиатра». Это указывает на имеющийся потенциал для уменьшения потребности в госпитальных видах помощи, который заключается, в первую очередь, в активизации работы амбулаторного звена службы.

Как показали данные настоящего исследования, психиатрическая служба Санкт-Петербурга характеризуется высокой степенью развития полустационарных видов помощи. Установленная отрицательная корреляционная связь между числом мест в ДС и уровнем госпитализации больных с психическими расстройствами является не особенно выраженной, что может свидетельствовать о том, что наращивание мощности ДС не привело к соответствующему уменьшению потребности в госпитальной помощи. Таким образом, полученные данные о показателях деятельности ДС, также как и данные корреляционного анализа, указывают на то, что ДС не достаточно эффективно выполняют функцию стационарозамещения.

Было установлено, что показатель «Число психиатрических коек» слабо коррелирует с показателем уровня госпитализации. Это указывает на то, что происходившее в течение исследуемого периода сокращение коечного фонда не соотносилось с уменьшением потребности в госпитальной помощи. Положительная линейная связь показателей «Число психиатрических коек» и «Сроки стационарного лечения» определяется как достаточно слабая, т.е. уменьшение числа коек мало связано и с уменьшением сроков лечения. На основании этих данных можно сделать вывод о том, что определение оптимальной величины коечного фонда психиатрических стационаров, как и определение величины его сокращения, носили достаточно произвольный характер: этот процесс был мало связан с изменениями уровня потребности в госпитальной помощи. При этом развитие полустационарных видов помощи слабо связано с эволюцией стационарного звена. Деятельность ДС, финансируемых из бюджетов районов, планируется и оценивается без достаточного учета общегородских задач службы, что создает предпосылки к формированию в ДС своего, более легкого контингента обслуживаемых больных и не способствует преимущественности в работе стационарного и амбулаторного звеньев службы.

Полученные данные регрессионного анализа имеют важное значение для планирования, организации и оценки качества психиатрической помощи в регионе. В частности, они позволяют строить долговременный и оперативный прогноз заболеваемости психическими расстройствами, уровня инвалидизации вследствие психических заболеваний. В свою очередь, применение корреляционного анализа дает возможность определить неиспользуемые резервы увеличения объема и повышения качества психиатрической помощи, оценить эффективность деятельности различных звеньев психиатрической службы. Так, в частности, полученные данные позволяют обосновать мероприятия, направленные на снижение уровня инвалидизации психически больных, более эффективное использование стационарозамещающих технологий, активизацию работы амбулаторной

психиатрической службы и снижение потребности в использовании госпитальных видов помощи, оптимизацию коечного фонда психиатрических стационаров, формирование адекватного кадрового состава службы.

Результаты использованного корреляционного и регрессионного анализа говорят о том, что применение системного подхода позволяет установить наиболее значимые связи между медико-демографическими, социальными индикаторами и результатами деятельности служб психического здоровья. Выделение этих связей позволяет определить различные по уровню актуальности проблемы психиатрии, что служит основой для принятия обоснованных решений по реформированию системы психиатрической помощи. Следует при этом подчеркнуть, что полученные данные в целом соответствуют результатам специальных исследований, проводимых сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ.

В работе впервые был проведен **анализ региональных программ развития психиатрической помощи Санкт-Петербурга**, которые разрабатывались или были реализованы в период 1991-2014 гг. При этом была дана оценка результатов их проведения в клиническом, организационном и экономическом аспектах, проведено их сопоставление с показателями деятельности психиатрических учреждений и динамикой показателей психического здоровья населения. При исследовании программ изучались такие их характеристики, как наличие общей концепции развития психиатрической службы региона, структура финансирования программ с выделением приоритетных направлений и звеньев службы, использование резервов межведомственного взаимодействия, подходы к обеспечению качества помощи, планирование индикативных показателей.

Проведенный анализ показал, что основной причиной невыполнения практически всех программ и планов развития психиатрической помощи Санкт-Петербурга было их недофинансирование. Разработка большинства программ не включала комплексный анализ показателей состояния психического здоровья населения города и деятельности психиатрических

учреждений, не сопровождалась предварительным созданием концепции развития психиатрической службы на перспективу. В большинстве программ был использован исключительно структурный подход к обеспечению качества помощи, который предусматривал наращивание ресурсов службы.

Несмотря на заявляемый приоритет развития амбулаторного звена, ресурсосбережения и стационарозамещения, основную долю в структуре финансирования программ составляли средства, выделяемые на стационарное звено (до 89,4%). В большинстве программ отсутствовали указания на резервы межведомственного взаимодействия, интеграцию с другими звеньями городского здравоохранения и служб социальной защиты, что не позволяло обеспечить преемственность в деятельности психиатрических учреждений, учреждений общемедицинской сети и социального обеспечения. Все программы отличало невысокое качество индикативного планирования целевых показателей: предлагаемые в качестве индикаторов показатели отражали разные иерархические уровни, включая как экстенсивные, так и интенсивные, показатели процесса и показатели результата. В большинстве программ обеспечение планируемых результатов не было связано с содержанием предлагаемых мероприятий по наращиванию ресурсной обеспеченности службы. При планировании и реализации программ не использовался такой принципиально важный подход, как учет мнения пользователей психиатрической помощи и их родственников; не проводилось изучение их потребностей в тех или иных видах и формах помощи. Оценка результатов программ по их завершении не проводилась.

Важным этапом настоящей работы было **изучение мнения пользователей психиатрической помощи и специалистов, участвующих в ее оказании, о психиатрической службе Санкт-Петербурга, отдельных ее звеньях, учреждениях и подразделениях.** Для решения этой задачи был выбран один из методов социологического опроса – анкетирование, с использованием специальных анкет, разработанных для разных категорий респондентов; вопросы анкет были сформулированы в соответствии с

методом иерархического моделирования (МАИ), который предполагает математический анализ, необходимый для интегральной количественной оценки той или иной структуры и оценки альтернативных решений по изменению ее деятельности. Использование этого метода позволило получить объективные количественные оценки весомости наиболее важных структурных элементов психиатрической службы, параметров её функционирования, результатов деятельности, в том числе, и тех, которые имеют качественные, не поддающиеся количественному исчислению параметры оценки. Материалом для анализа послужили анкеты 647 респондентов, представлявших основные категории сотрудников амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений, а также пользователей психиатрической помощи, представленных в исследовании родственниками пациентов тех психиатрических учреждений, сотрудники которых участвовали в опросе. Выбор учреждений был произведен с учетом сложившихся в Санкт-Петербурге трех типов системы «психиатрический стационар – амбулаторное психиатрическое учреждение».

Проведенный опрос зафиксировал большое число критических замечаний относительно состояния психиатрической службы города, деятельности ее отдельных звеньев. Только небольшая часть респондентов, в первую очередь, профессионалов, видят необходимость в изменении структуры службы (28,9%), а высказываемые предложения обнаруживают отсутствие преобладающих мнений. Большинство профессионалов и пользователей полагают, что главным направлением совершенствования психиатрической помощи, повышения ее качества должно быть улучшение ресурсного обеспечения (увеличение финансирования, улучшение материально-технической базы и лекарственного обеспечения, повышение оплаты труда медицинских работников). Профессионалы и пользователи обнаружили достаточно сдержанное отношение к возможным изменениям структуры службы, изменению принципов планирования и финансирования психиатрических учреждений, выбору новых форм оказания помощи, поиску

внутренних резервов службы. Участники опроса в целом осторожно оценивают современную тенденцию к сокращению числа и размеров психиатрических больниц и к расширению объема внебольничной помощи. Только 41,4% профессионалов считают оправданным перемещение помощи во внебольничную сеть, в условия сообщества; еще меньше сторонников трансинституционализации обнаружилось среди пользователей – всего 32,5%. Только 35,0% специалистов полагают необходимым расширение полустационарного звена помощи; 5,6% – сокращение коечного фонда; 18,4% – уменьшение сроков стационарного лечения.

Большинство специалистов считают, что в амбулаторных психиатрических учреждениях следует, в первую очередь, развивать полипрофессиональное бригадное обслуживание, увеличивать число социальных работников (64,4%) и психотерапевтов (55,0%), создавать профильные кабинеты (59,4%), привлекать к оказанию услуг психически больным сотрудников территориальных центров социального обслуживания (72,2%), восстановить действовавшую прежде систему социально-трудовой реабилитации в форме производственной деятельности (59,6%). По их мнению, совершенствование стационарной помощи должно включать улучшение условий содержания больных; расширение методов обследования (82,4%); уменьшение нагрузки на врача (62,7%); создание специальных отделений для острых и хронизированных больных (79,6%) и геронтопсихиатрических отделений; расширение загородных больниц, предназначенных для долечивания и реабилитации пациентов с хроническим течением заболевания; создание специальных общежитий для больных, утративших жилье и социальные связи (80,3%). Ряд предложений, связанных с открытием психиатрических отделений в больницах общего профиля, созданием при стационарах амбулаторно-поликлинических отделений для выписанных больных, объединением в единый комплекс психиатрической больницы и диспансера обнаружил наличие противоположных мнений по этим вопросам в разных группах респондентов. Отсутствует

консолидированная позиция и по вопросу введения стандартов психиатрической помощи, его поддерживают только 41,2% профессионалов.

Большинство сотрудников удовлетворены объемом и качеством оказываемой их учреждениями помощи, хотя большинство пользователей такой оценки не разделяет. Большая часть профессионалов (52,6%) полагают, что государственные психиатрические учреждения могут оказывать платные услуги, но с этим согласились только 29,0% пользователей, и лишь 24,5% пользователей заявили о готовности участвовать в соплатежах. Идея развития частных форм помощи нашла больший отклик у пользователей (45,0%), чем у профессионалов (39,8%), при этом сторонников частных форм психиатрии оказалось больше среди руководителей и специалистов высшего звена. По мнению тех, кто поддерживает развитие частных форм психиатрической помощи, они должны быть адресованы, в первую очередь, пациентам с пограничными расстройствами. Значительный разброс мнений среди разных групп профессионалов вызвал и вопрос о том, целесообразно ли включение психиатрической службы в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). С этим согласились 25,7% респондентов; высказались против 39,3%, а 35,0% затруднились с ответом. Наименьшее число сторонников эта идея нашла среди руководителей учреждений (8,3%) и врачей (19,0%); эти же группы дали и максимальное количество отрицательных ответов (74,6%, и 51,0% соответственно).

Лишь около половины профессионалов (46,0%) и трети пользователей психиатрической помощи (29,5%) удовлетворены положениями действующего закона о психиатрической помощи, ссылаясь на недостаточную защиту прав и интересов работников службы, его несоответствие другим федеральным законам, слишком сложную процедуру недобровольной госпитализации. Составленные профессионалами и пользователями «негативные» рейтинги медицинских работников, чье отношение к психически больным необходимо улучшать в первую очередь, отличались: профессионалы на первые места поместили младший (28,2%) и

средний (22,3%) медицинский персонал, пользователи – врачей (18,5%) и руководителей учреждений (16,0%). Пользователи выразили готовность принимать участие как в решении вопросов, связанных с развитием и профилизацией службы (69,5%), так и в оказании отдельных ее видов (67,5%). Профессионалы же охотно готовы допустить родственников больных к оказанию помощи (79,2%), но с меньшим энтузиазмом рассматривают пользователей как участников процесса планирования помощи и оценки ее качества (60,7%). Оценка действующих общественных организаций психически больных и их родственников была невысокой: положительно оценили ее лишь 10,7% профессионалов и 24,0% пользователей. Примечательно, что в ходе опроса профессионалы и пользователи, предлагая критерии, которые должны быть взяты за основу при оценке качества помощи, крайне редко указывали в качестве критерия мнение пациента и его родственников. Отмеченное обстоятельство можно объяснить крайне низким уровнем потребностей отечественных пользователей в различных видах психиатрической помощи и соответствующей её оценкой, уровнем их ожиданий, что подтверждается результатами специальных отечественных исследований.

Таким образом, результаты опроса показали, что сотрудники психиатрических учреждений в целом неоднозначно воспринимают тенденции развития психиатрической службы в рамках общественно-ориентированной модели, проявляя осторожность в отношении организации различных форм помощи в сообществе и организационно-структурных перемен. В этом отношении позиция пользователей помощи представляется еще более консервативной. Об этом свидетельствует большая доля сторонников патерналистской модели взаимоотношений в системе «врач-пациент» (42,5%); более выраженное предпочтение институциональных форм помощи; критическое отношение к «недостаточной», по их мнению, системе наблюдения в ПНД (34,0%); большая удовлетворенность объемом и качеством стационарной службы, в сравнении с амбулаторной (46,0%, 33,3%

респондентов – и, соответственно, 57,4%, 66,0%); выбор психиатрических больниц в качестве приоритетного звена финансирования.

Результаты проведенного исследования позволили выявить наиболее значимые медико-демографические показатели населения города, уровень его психического здоровья; показатели ресурсного и кадрового обеспечения психиатрической службы; получить результаты преобладающих оценок представительных групп специалистов и пользователей помощи о ее качестве и перспективных направлениях дальнейшего развития. На основании этих данных **были разработаны принципы построения оптимальной модели психиатрической службы крупного региона** и рекомендации по применению разработанной модели в психиатрической практике.

Организационный аспект указанной модели предусматривает перемещение помощи в сообщество и активное использование его ресурсов, приоритетное развитие амбулаторных звеньев службы, рост многообразия форм оказания помощи, интеграцию психиатрии в другие звенья городского здравоохранения. Применительно к внебольничному звену эти мероприятия включают ликвидацию сложившихся диспропорций психиатрической службы, развертывание в каждом районе полного спектра лечебных и реабилитационных модулей; обоснованное определение объема диспансерного наблюдения, активизацию работы участковых психиатров; создание в ПНД профильных кабинетов; развитие полустационарных видов помощи, мониторинг деятельности ДС с учетом их влияния на уровень госпитализаций; организацию психиатрических, психосоматических и соматопсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах; организацию интенсивного лечения во внебольничных условиях, отделений первого психотического эпизода; внедрение полипрофессионального бригадного обслуживания; восстановление системы социально-трудовой реабилитации в ЛТМ и внедрение новых моделей трудоустройства, создание при ПНД пунктов трудоустройства для инвалидов; привлечение к оказанию услуг психически больным ТЦСО; создание различных форм «защищенного

жилья»; развитие специализированных видов помощи – адресованной пациентам с непсихотическими расстройствами и геронтопсихиатрической.

Был разработан алгоритм конкретных организационных решений, осуществление которых обеспечит уменьшение потребности в использовании госпитальных видов помощи, снижение уровня госпитализаций и, соответственно, станет препозицией к передаче амбулаторной службе части функций психиатрических больниц. Такой последовательный и постепенный подход позволит обеспечить соблюдение преемственности в оказании помощи, избежать отрицательных последствий ее перемещения из институциональных учреждений в сообщество. Реализация этих мероприятий позволит провести сокращение до 2000 коек в психиатрических больницах и привести условия содержания пациентов в них в соответствие с санитарно-гигиеническими нормативами. Реформирование стационарного звена должно включать уменьшение размеров и профилизацию отделений, снижение нагрузки на врача, оснащение больниц современным оборудованием, расширение методов диагностики и повышение качества лечения сопутствующих соматических заболеваний.

Профилактический аспект региональной модели психиатрической помощи представляет подробно рассмотренную в исследовании систему многоуровневых мероприятий по дестигматизации – медицинских, психологических и социального характера, которые включают: соответствующую подготовку специалистов, участвующих в оказании помощи; оказание ее в наименее ограничительных условиях; комплекс конкретных мер по использованию СМИ для формирования более адекватного представления в общественном сознании образов психически больных; различные формы взаимодействия с общественными институтами; развитие общественных форм помощи и поддержки психически больных.

Многоуровневая система *качества психиатрической помощи в региональной модели психиатрической службы* включает традиционное выделение трех ее компонентов – качество структуры, качество процесса,

качество результата, с их рассмотрением на трех различных уровнях – на уровне региональной психиатрической службы, на уровне психиатрических учреждений, на уровне пациента и его семьи. При этом важным элементом предложенной системы качества являются ее вневедомственные регуляторы, а инструментом – система мониторинга удовлетворенности пациентов и их родственников качеством психиатрической помощи, а также экспертная оценка программ развития помощи профессиональным сообществом.

Экономический аспект региональной модели психиатрической помощи включает выбор менее затратной и эффективной технологии оказания помощи, привязку бюджетных ассигнований к производственным показателям деятельности, сопоставление экономической эффективности новых форм помощи в рамках общественно-ориентированной психиатрии, использование результатов фармакоэкономических исследований, привлечение дополнительных внебюджетных средств. При реструктуризации службы сокращение стационарных объемов помощи должно происходить с перераспределением освобождающихся ресурсов и направлением их на расширение внебольничных видов помощи. Развитие сферы платных услуг и частных форм помощи должно предваряться изучением соответствующих потребностей пользователей помощи и учитывать их возможность и готовность участвовать в соплатежах.

Планирование и управление региональной психиатрической службой должно осуществляться с учетом комплексного характера задач, необходимости тесной координации и интеграции деятельности психиатрических и общемедицинских учреждений, учреждений социальной защиты, а также общественного сектора психиатрии. Для реализации единой стратегии развития целесообразно обеспечить единое руководство стационарными и диспансерными звеньями психиатрической службы со стороны главного внештатного психиатра, выведение амбулаторных психиатрических учреждений из ведения районов и включение их в систему городских учреждений, подчиненных напрямую Комитету по

здравоохранению. В работе представлена принципиальная схема управления региональной службой региона с выделением направлений взаимодействия с различными государственными и общественными институтами. Разработка региональных программ развития психиатрической помощи должна основываться на комплексном анализе показателей состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических служб, перспективной концепции развития помощи. В программах необходимо предусматривать использование резервов межведомственного взаимодействия и интеграции психиатрической службы с другими звеньями регионального здравоохранения и социальной защиты. Принципиально важным элементом программ должно быть индикативное планирование целевых показателей, так же как и обязательная оценка эффективности самих программ. Необходимо обеспечить поддержку организаций пользователей психиатрической помощи, привлечение их к мониторингу деятельности психиатрических учреждений.

Завершая нашу работу, мы хотели бы подчеркнуть, что актуальность настоящего исследования развития психиатрической помощи, с учетом социальных-экономических изменений последних десятилетий, диктуется общемировыми тенденциями в этой сфере, а также результатами проведенных нами комплексных, системных исследований, которые на доказательной основе свидетельствуют о необходимости изменения политики в области психического здоровья населения, разработки эффективно действующих региональных моделей психиатрической помощи, которые бы отвечали интересам всех заинтересованных сторон – пациентов, работников психиатрических служб, государства и общества.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее важными показателями состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга за последние 24 года являются: рост первичной заболеваемости психическими расстройствами; увеличение доли детей, подростков и лиц пожилого возраста в структуре общей заболеваемости; значительный рост числа инвалидов вследствие психических заболеваний и показателей первичной инвалидности; сохранение общей численности внебольничного контингента больных при уменьшении в нем доли диспансерного наблюдения. При прогнозируемом до 2025 г. росте общей численности населения и сохранении тренда демографического старения, можно ожидать роста уровня общей заболеваемости психическими расстройствами и сохранения уровня инвалидности вследствие психических заболеваний.

2. Психиатрическая служба Санкт-Петербурга характеризуется более высоким, в сравнении с РФ в целом, уровнем обеспечения кадрами, психиатрическими койками, развитостью амбулаторных форм помощи, сети дневных стационаров, учреждений детского профиля, сравнительно хорошей материально-технической базой учреждений; особенностью психиатрической службы являются диспропорции в развитии учреждений в различных районах города.

3. Комплексное изучение системы психиатрической помощи включает анализ показателей деятельности её учреждений, состояния психического здоровья населения, изучение мнения специалистов психиатрических служб и пользователей психиатрической помощи. Для изучения значительного массива данных наиболее продуктивным является системный подход с применением методов корреляционного и регрессионного анализа, которые позволяют выявлять наиболее значимые факторы, влияющие на показатели психического здоровья населения, а также устанавливать взаимную связь между этими факторами и показателями деятельности психиатрических

служб. Применение в системном подходе метода анализа иерархий (МАИ) позволяет определять иерархическую структуру факторов, влияющих на уровень психического здоровья.

4. Важным методом оценки эффективности деятельности психиатрической службы и изменений, которые могут происходить в результате ее преобразований, являются опросы специалистов психиатрических учреждений и пользователей помощи. Установлено, что значительная часть пользователей психиатрической помощи не удовлетворена ее объемом и качеством, отрицательно относится к тенденции сокращения стационарных коек и расширения внебольничной помощи, уменьшению объема диспансерного наблюдения, отдает предпочтение институциональным формам помощи. Сотрудники психиатрических учреждений считают основным направлением повышения качества психиатрической помощи улучшение ресурсного обеспечения службы, сдержанно относятся к организационно-структурным переменам, неоднозначно воспринимают тенденции развития психиатрической службы в рамках её общественно-ориентированной модели.

5. Выявлено, что показатели деятельности психиатрической службы Санкт-Петербурга не в полной мере соответствуют имеющемуся кадровому и ресурсному потенциалу, о чем свидетельствуют более низкие, чем в среднем по РФ, отдельные показатели работы амбулаторных учреждений, недостаточная эффективность использования стационарозамещающих технологий, более высокие, чем в среднем по РФ, уровень госпитализаций и сроки стационарного лечения.

6. Результаты системного анализа психиатрической помощи Санкт-Петербурга свидетельствуют о необходимости более активного развития ее амбулаторного звена, внедрения интенсивного лечения во внебольничных условиях, интеграции психиатрической службы и учреждений общемедицинской сети, использования ресурсов системы социальной

защиты населения, расширения сети подразделений реабилитационного профиля.

7. В ходе проведенного исследования показано, что сокращению стационарных видов помощи должно предшествовать укрепление ее внебольничного звена, передача амбулаторной службе части функций психиатрических стационаров и их ресурсной базы. Неотъемлемой частью проводимых структурных преобразований службы является переход от нормативного распределения ресурсов к новым формам планирования и финансирования психиатрических учреждений, предусматривающих привязку бюджетных ассигнований к конечным результатам деятельности.

8. Повышению роли негосударственных вневедомственных регуляторов качества психиатрической помощи, ее дальнейшему совершенствованию способствует создание системы постоянного мониторинга субъективной удовлетворенности пользователей помощи ее качеством, участие представителей профессионального сообщества, экспертов, пользователей в обсуждении программ развития психиатрической службы.

9. Разработка региональных программ развития психиатрической помощи основывается на комплексном анализе показателей состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических служб, перспективной концепции развития помощи с учетом современных тенденций и передового опыта. Приоритет в дальнейшем развитии психиатрической помощи должен отдаваться наиболее эффективным и менее затратным формам ее оказания, опережающему развитию амбулаторного звена, межведомственному взаимодействию и интеграции психиатрической службы с другими звеньями регионального здравоохранения и социальной защиты.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

На основе результатов исследования были разработаны практические рекомендации, представленные ниже в лаконичном их изложении.

1. Для преодоления диспропорций в развитии психиатрических учреждений различных районов Санкт-Петербурга необходимо пересмотреть структуру районирования с учетом демографических изменений последних десятилетий, обеспечить равные возможности жителей территорий в получении психиатрической помощи, наличие в каждом районе полного спектра лечебно-реабилитационных подразделений (психоневрологического диспансера, дневного стационара и медико-реабилитационных подразделений).
2. Повышение эффективности работы амбулаторных психиатрических учреждений должно включать обоснованное определение объема диспансерного наблюдения, активизацию работы участковых психиатров, увеличение числа врачебных посещений, более активное проведение недобровольных освидетельствований.
3. Необходимо повысить интенсивность использования полустационарных видов помощи, обосновано определить контингенты больных, которым они должны быть адресованы, предусмотреть мониторинг деятельности дневных стационаров с учетом их влияния на уровень госпитализаций, а также открытие дневных стационаров в районах города, не имеющих таких подразделений.
4. Следует провести мониторинг деятельности подразделений реабилитационного профиля в различных амбулаторных психиатрических учреждениях, определить их специфические цели и задачи, контингенты больных, которые должны быть получателями конкретных видов психосоциального лечения и реабилитации. В систему

внебольничной поддержки психически больных пожилого возраста и инвалидов необходимо включать резервы межведомственного взаимодействия, территориальные центры социального обслуживания.

5. С учетом роста уровня инвалидизации вследствие психических заболеваний необходимо открытие подразделений трудовой терапии с правом производственной деятельности, расширение работы по трудоустройству инвалидов на общем производстве, создание при психоневрологических диспансерах пунктов трудоустройства инвалидов, внедрение новых моделей трудоустройства.
6. Необходимо создание многоуровневой системы «защищенного жилья», адресованной больным, утратившим жилье и социальные связи – при стационарных учреждениях (отделения-общежития транзитного типа), при амбулаторных учреждениях (общежития), в районах проживания (групповые дома или квартиры для самостоятельного проживания).
7. Следует внедрять альтернативное госпитализации интенсивное лечение во внебольничных условиях; расширять сеть отделений первого психотического эпизода, предусмотрев их открытие в каждом ПНД с созданием специальных участков.
8. В структуре больниц общего профиля целесообразно открытие психиатрических отделений с определением социально-клинических характеристик соответствующего контингента пациентов и порядка финансирования данного вида лечения.
9. С учетом динамики медико-демографических показателей населения города целесообразно открытие геронтопсихиатрических кабинетов в системе общемедицинской сети, геронтопсихиатрических отделений в составе многопрофильных стационаров и амбулаторных подразделений реабилитационного профиля для пациентов старших возрастных групп.
10. Необходимо открытие психосоматических и соматопсихиатрических отделений во всех многопрофильных стационарах с целью повышения качества соматической помощи психически больным, а также открытие

специальных отделений в составе фтизиатрической службы для оказания помощи психически больным с сопутствующим туберкулезом легких. Указанные мероприятия обеспечат уменьшение использования коечного фонда психиатрических стационаров.

11. С учетом сохранения тенденции к росту заболеваемости непсихотическими расстройствами следует предусмотреть дальнейшее развитие адресованных этой категории больных амбулаторных форм помощи, развертывание дополнительных психотерапевтических кабинетов в составе районных поликлиник.
12. По мере развития амбулаторного звена и уменьшения потребности в госпитальных видах помощи, необходимо сокращение коечного фонда психиатрических стационаров с приведением условий содержания пациентов к нормативным требованиям, укреплением материально-технической базы и дооснащением, профилизацией отделений для оказания помощи целевым группам пациентов с использованием дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.
13. Следует разработать комплексную и многоуровневую программу профилактики психических расстройств и дестигматизации, включающую соответствующую подготовку специалистов, участвующих в оказании помощи, проведение информационных мероприятий с целью формирования толерантного отношения населения к психически больным и позитивного имиджа психиатрических институтов.
14. Необходимо совершенствовать систему подготовки врачей с включением в учебные программы знаний для работы в интегративных звеньях помощи, использования методов психосоциальной работы, навыков совместной деятельности в составе мультидисциплинарных бригад.
15. Необходимо разработать комплексную систему оценки качества результатов деятельности психиатрических учреждений и психиатрической службы региона в целом, включающую систему

постоянного мониторинга субъективной удовлетворенности пользователей с целью выявления проблем и недостатков службы.

16. Следует проводить экономический анализ деятельности психиатрических учреждений, сопоставление экономической эффективности различных форм помощи, использовать способы финансирования, стимулирующие учреждения к проведению структурных преобразований – подушевое финансирование, метод полного фондодержания, метод глобального бюджета.
17. Для реализации единой стратегии развития психиатрической помощи региона целесообразно обеспечить единое руководство всеми ее звеньями, выведение амбулаторных психиатрических учреждений из ведения районов и включение их в систему городских учреждений, подчиненных напрямую Комитету по здравоохранению.
18. В программах развития психиатрической службы региона приоритет должен отдаваться опережающему развитию амбулаторного звена, использованию резервов межведомственного взаимодействия, интеграции психиатрической службы с другими звеньями городского здравоохранения и социальной защиты. Необходимо обеспечить вовлечение кадрового звена, прежде всего, руководителей в процесс анализа и принятия управленческих решений, информирование специалистов о целях и задачах нововведений и преобразований.
19. Необходимо использовать ресурс общественного сектора психиатрии, обеспечить поддержку общественных организаций пользователей психиатрической помощи, привлечение их к обсуждению вопросов развития психиатрической службы, содействие им в развитии различных форм психосоциальной реабилитации психически больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий, Г. Я. О терапевтическом патоморфозе / Г. Я. Авруцкий, И. Я. Гурович // VI Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М., 1975. – Т. 3. – С. 12-16.
2. Агарков, А. П. Опыт реорганизации психиатрической помощи в Томской области / А. П. Агарков, Л. В. Варанцева // XV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2010. – С. 27.
3. Александровский, Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы / Ю. А. Александровский. – Ростов-на Дону : Феникс, 1996. – 112 с.
4. Аналитические материалы о положении детей в Санкт-Петербурге. Доклад Комитета по социальной политике Правительства Санкт-Петербурга [Электронный ресурс]. – СПб., 2009. – 42 с. – Режим доступа: <http://old.gov.spb.ru/gov/admin/otrasl/trud/news/analit> (дата обращения: 30. 07.2015)
5. Андреева, О. В. Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения / О. В. Андреева, Н. В. Белова // Здравоохранение. – 2010. – №10. – С. 55-66.
6. Андрющенко, А. В. Организация психиатрической помощи в общесоматических отделениях в рамках интегративной медицины / А. В. Андрющенко // Психическое здоровье. – 2011. – №1. – С. 31-41.
7. Бабин, С. М. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре : методическое пособие / С. М. Бабин. – Оренбург, 1998. – 52 с.
8. Бабин, С. М. Соотношение психотерапии и психосоциальных воздействий / С. М. Бабин // Вестник психотерапии. – 2006. – №15 (20) – С.19-27.
9. Бабин, С. М. Психотерапевтическая помощь в психиатрическом стационаре / С. М. Бабин // Проблемы и перспективы развития

стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 38-47.

10. Барденштейн, Л. М. К истории учения о посттравматическом стрессовом расстройстве / Л. М. Барденштейн, А. С. Курашов, В. А. Молодецких, В. А. Копытин // Российский медицинский журнал. – 2007. – №4. – С.51-53.
11. Барденштейн, Л. М. Место биполярной депрессии в современных классификациях болезней и проблема ее распознавания / Л. М. Барденштейн, Я. М. Славногородский // Психическое здоровье. – 2013. – №7. – С. 27-30.
12. Барденштейн, Л. М. Современный образовательный процесс подготовки врача-психиатра / Л. М. Барденштейн, З. И. Кекелидзе, Е. В. Макушкин [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2015. – №5. – С. 4-11.
13. Бомер, Р. Подход к улучшению качества клинического обслуживания в США / Р. Бомер // Качество медицинской помощи. – 1996. – №2. – С. 38-41.
14. Букреева, Н. Д. Научное обоснование и разработка клинико-статистических групп для организации внебольничной психиатрической помощи : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Н. Д. Букреева. – Томск, 1997. – 48 с.
15. Букреева, Н. Д. Принципы организации психиатрической службы регионального уровня / Н. Д. Букреева // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – М. : Медпрактика-М., 2007. – С. 411-412.
16. Букреева, Н. Д. Основные цели и задачи психиатрической службы по повышению качества психиатрической помощи / Н. Д. Букреева // IV Национальный Конгресс по социальной и клинической психиатрии. – М., 2011. – С. 13.

17. Букреева, Н. Д. Современное состояние и перспективы развития психиатрической службы в Российской Федерации / Н. Д. Букреева // Психическое здоровье. – 2014. – №9. – С. 3-10.
18. Букреева, Н. Д. Организация деятельности психиатрической службы с использованием стандартов медицинской помощи / Н. Д. Букреева, Е. А. Кормачева, Р. В. Кутуева, Г. Д. Азаева // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №4. – С. 27-30.
19. Бурбиль, И. Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии : методическое пособие / И. Бурбиль ; пер. с англ. – Оренбург, 2002. – С. 12-25.
20. Бурно, М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Академический Проект; Деловая книга, 2006. – 800 с.
21. Былим, И. А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья (клинико-социальное и экономическое обоснование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук :14.01.06 / И. А. Былим. – М., 2010. – 48 с.
22. Былим, И. А. О реализации целевых программ в Ставропольском крае / И. А. Былим, О. Г. Бычкова // Психическое здоровье. –2012. – №3. – С. 3-7.
23. Вайнгарден-Кремерс, П. Ван. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах / П. Ван Вайнгарден-Кремерс, С. В. Горюнов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – №12. – С. 69-75.
24. Ванчакова, Н. П. Оказание психиатрической помощи в условиях многопрофильных соматических стационаров / Н. П. Ванчакова // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 398-408.

25. Ванчакова, Н. П. Модели психосоматических отделений в Санкт-Петербурге / Н. П. Ванчакова, Г. Р. Гелазония // Психиатрические аспекты общемедицинской практики. – СПб., 2005. – С. 17-19.
26. Васильев, Ю. Н. Перспективы организации психиатрической помощи в Ленинграде / Ю. Н. Васильев, С. П. Ерошин, Л. П. Рубина // Шестой Всероссийский съезд психиатров. 24-36 октября 1990 г., г. Томск. : тезисы докладов. – М., 1990. – Том 1. – С. 18-19.
27. Вид, В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В. Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, вып. 8. – С. 102-105.
28. Вовин, Р. Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении / Р. Я. Вовин // Фармакотерапевтическая основа реабилитации психически больных / под ред. Р. Я. Вовина, Г.-Е. Кюне. – М. : Медицина, 1989. – С. 10-34.
29. Вовин, Р. Я. Психосоциальные воздействия и биологическая терапия в общей системе реабилитации психически больных / Р. Я. Вовин, М. В. Иванов, А. Я. Фактурович [и др.] // VI Всероссийский съезд психиатров. Томск. 24-26 октября 1990 г. : тезисы докладов. – М., 1990. – Том 2. – С. 58-59.
30. ВОЗ. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – №9. – С. 81–85.
31. ВОЗ. Доклад о состоянии здоровья в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М. : Весь мир, 2001. – 215 с.
32. Воинков, Е. В. Опыт организации психиатрической помощи больным туберкулезом, страдающими психиатрическими расстройствами, в Ленинградской области / Е. В. Воинков // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О .В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 422-430.

33. Воскресенский, Б. А. Духовное как лечебно-реабилитационный фактор / Б. А. Воскресенский // Материалы Рос. конф. «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». Москва, 5-7 октября 2004 г. – М. : Медпрактика-М, 2004. – С. 135-136.
34. Восстановительное лечение, трудовое обучение и трудоустройство психически больных в РСФСР : методические рекомендации / сост. В. М. Воловик, К. В. Корабельников ; под ред. М. М. Кабанова. – Л. : НИИ им. В. М. Бехтерева, 1985. – 32 с.
35. Всероссийская перепись населения 2002 года. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 17. 04. 2013).
36. Вуори, Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания / В. Вуори Хану ; пер. с англ. – Копенгаген : ВОЗ, 1985. – 179 с.
37. В Петербурге – 750 тысяч мигрантов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fontanka.ru> (дата обращения: 13.08.2013).
38. Гаврилова, С. И. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента больных геронтопсихиатрического кабинета территориальной поликлиники / С. И. Гаврилова, Н. М. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – №9. – С. 1352-1357.
39. Гажа, А. К. Построение системы поэтапной психосоциальной реабилитации в психиатрическом стационаре / А. К. Гажа, В. А. Монастырский, Е. Ю. Струкова // Проблемы и перспективы развития стационарной помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 100-105.
40. Гатин, Ф. Ф. Новые формы финансирования психиатрического учреждения / Ф. Ф. Гатин, Т. В. Гурьянова, Г. В. Горош // XV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2010. – С. 36-37.

41. Гершенович, Г. М. Филиальная модель реформирования психиатрической службы Красноярского края / Г. М. Гершенович, А. Г. Петров // XV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2010. – С. 37-38.
42. Голдобина, О. А. Система охраны психического здоровья и повышения эффективности психиатрической службы / О. А. Голдобина, В. А. Трешутин ; под ред. В. Я. Семке, А. Ф. Герасименко. – Новосибирск : Наука, 2005. – 260 с.
43. Голдобина, О. А. Региональный опыт работы по обеспечению качества психиатрической помощи / О. А. Голдобина // XV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2010. – С. 38.
44. Гольдберг, Д. Распространенные психические расстройства : [пер с англ.] / Д. Гольдберг, П. Хаксли. – Киев, 1999. – 255 с.
45. Гурович, И. Я. Психиатрия с опорой на общество и многоаспектность проблемы совершенствования психиатрической помощи / И. Я. Гурович // Материалы Рос. конф. «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». Москва. 5-7 октября, 2004 г. – М. : Медпрактика-М, 2004. – С. 46-48.
46. Гурович, И. Я. Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на сообщество / И. Я. Гурович // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. – М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 44-56.
47. Гурович, И. Я. Психиатрические больницы сегодня / И. Я. Гурович // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 37-45.
48. Гурович, И. Я. Направления совершенствования психиатрической помощи / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, вып. 1. – С. 5-9.

49. Гурович, И. Я. Актуальные направления программ совершенствования региональных психиатрических служб / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова // Материалы Рос. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства» : приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». – М., 2003. – С. 256-257.
50. Гурович, И. Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994 – 1999 гг.). / И. Я. Гурович, В. Б. Голланд, Н. М. Зайченко. – М. : Медпрактика, 2000. – 508 с.
51. Гурович, И. Я. Динамика состояния психиатрической помощи за пятилетие: противоречивость тенденцией / И. Я. Гурович, Л. И. Сальникова // XV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2010. – С. 39-40.
52. Гурович, И. Я. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении) : методические рекомендации / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Е. Б. Любов [и др.]. – М., 2003. – 23 с.
53. Гурович, И. Я. К вопросу о месте дневного стационара в системе помощи больным шизофренией / И. Я. Гурович, Г. Ф. Никитина, В. В. Саркисян // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – №11. – С. 1726–1731.
54. Гурович, И. Я. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, Б. Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, вып. 1. – С. 5-19.
55. Гурович, И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, вып. 1. – С. 5-10.

56. Гурович, И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер. – М. : Медпрактика-М, 2002. – 180 с.
57. Гурович, И. Я. Предисловие // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / И. Я. Гурович, О. Г. Ньюфельдт : под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. – М. : Медпрактика-М, 2007. – С. 19-22.
58. Гурович, И. Я. Психиатрическая помощь населению России (в показателях деятельности за 1986-1993 гг.) : приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия» / И. Я. Гурович, В. Б. Прейс, В. Б. Голланд. – М., 1995. – 678 с.
59. Гурович, И. Я. Психиатрическая служба в России в 2006-2011 гг. (Динамика показателей и анализ процессов развития) / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, В. Б. Голланд, Н. М. Зайченко. – М. : Медпрактика-М., 2012. – 600 с.
60. Гурович, И. Я. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006 гг.) / И. Я. Гурович, В. Б. Голланд, И. М. Сон [и др.]. – М.: Медпрактика, 2007. – 572 с.
61. Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М. : Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
62. Гурович, И. Я. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи / И. Я. Гурович, В. Н. Краснов, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, вып. 3. – С. 5-9.
63. Дежарле, Р. Охрана психического здоровья в мире. Проблемы и приоритеты в развивающихся странах / Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйман ; пер. с англ. – Киев : Сфера, 2001. – 575 с.
64. Демчева, Н. К. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2011 году : аналитический обзор / Н. К. Демчева, Н. А.

- Творогова, Т. А. Николаева. – М. : ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2013. – 57 с.
65. Дернер, К. Заблуждаться свойственно человеку : учебное пособие по психиатрии и психотерапии / К. Дернер, У. Плог ; пер. с нем. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997. – С. 49-50.
66. Джагаров, М. А. Опыт организации полустационаров для душевнобольных / М. А. Джагаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1937. – №№ 6-8. – С. 137-147.
67. Дженкинс, Р. Вопросы разработки национальной политики в области психического здоровья / Р. Дженкинс, Э. МакКаллок, Л. Фридли, К. Паркер. – М. : Медпрактика-М, 2005. – 228 с.
68. Дмитриева, Т. Б. От реформ здравоохранения к повышению качества психиатрической помощи / Т. Б. Дмитриева // Современные подходы к управлению качеством деятельности психиатрической и судебно-психиатрической службы страны / Материалы всерос. совещания. С-Петербург, 25-27 апреля 2006 г. – М. : ГНЦССП Росздрава, 2006. – С. 5-12.
69. Дмитриева, Т. Б. Стационарная психиатрическая помощь – условия обеспечения качества и доступности / Т. Б. Дмитриева, Н. Д. Букреева // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 23-31.
70. Друес, Й. Эффективность психосоциальной реабилитации / Й. Друес // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т.15, вып. 1. – С. 100-104.
71. Ершов, Е. Е. Клинико-социальные характеристики психически больных с туберкулезом легких, находящихся на стационарном лечении (данные за 50 лет: 1958-2008 гг.) / Е. Е. Ершов, О. В. Лиманкин // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 414-421.

72. Жариков, Н. М. Психогигиена и профилактика / Н. М. Жариков // Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – М. : Медицина, 1983. – Т. 1. – С. 284-291.
73. Жданова, М. П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы в Украине / М. П. Жданова, О. М. Колякова, Е. Н. Зинченко, Н. А. Марута // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 346-353.
74. Заболеваемость населения Санкт-Петербурга в 1996-2002 годах / под ред. И. А. Красильникова, Ю. И. Мусийчука. – СПб. : Медицинская пресса, 2003. – 120 с.
75. Зайцев, Д. А. Клинико-статистические группы больных, выделенные по длительности их лечения в психиатрических больницах / Д. А. Зайцев, А. А. Чуркин, В. Б. Голланд, А. А. Артамонов // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, №11. – С. 98 – 101.
76. Зайцев, Д. А. Психиатрическая помощь населению РСФСР в 1971-1975 гг. / Д. А. Зайцев, В. Б. Прейс ; под ред. И. Я. Гуровича, М. Д. Питиримовой. – М. : Московский НИИ психиатрии, 1979. – 290 с.
77. Зайцева, Ю. С. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация / Ю. С. Зайцева, Н. К. Корсакова, И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, вып. 4. – С. 76-82.
78. Здравоохранение в России, 2011 : статистический сборник. – М., 2011. – 326 с.
79. Здравоохранение Санкт-Петербурга в цифрах / под ред. В. Г. Корюкина. – СПб. : ИМСПУ, МИАЦ, 1994. – 56 с.
80. Здравоохранение Санкт-Петербурга в 2008 году и перспективы развития отрасли в 2009 году. – СПб. : Эскулап, 2009. – 154 с.
81. Здравоохранение Санкт-Петербурга в 2009 году и перспективы развития отрасли в 2010 году. – СПб. : Кинт-принт, 2010. – 168 с.

82. Информационные материалы о работе отрасли «Здравоохранение Санкт-Петербурга» в 2006 году и реализации Концепции модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга. – СПб. : МИАЦ СПб., 2007. – 100 с.
83. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2011 году и основные задачи на 2012 год / под ред. В. М. Колабутина. – СПб. : СПб ГБУЗ МИАЦ, 2012. – 195 с.
84. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2012 году и основные задачи на 2013 год / под ред. В. М. Колабутина. – СПб. : СПб ГБУЗ МИАЦ, 2012. – 244 с.
85. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2013 году и основные задачи на 2014 год / под ред. В. М. Колабутина. – СПб. : СПб ГБУЗ МИАЦ, 2012. – 262 с.
86. Итоги социально-экономического развития Санкт-Петербурга за 2012 год. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.cedipt.spb.ru/statistic_info (дата обращения: 30.07.2015).
87. Кабанов, М. М. Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных / М. М. Кабанов // Актуальные вопросы медицинской психологии. – Л., 1974. – Т. LXXII. – С. 26-40.
88. Кабанов, М. М. Больной и среда в процессе реабилитации. / М. М. Кабанов // Вестник Академии медицинских наук СССР. – 1977. – №4. – С. 55-60.
89. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Изд. 2-е, дополн. и перераб. – Л. : Медицина, 1985. – 216 с.
90. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов – СПб., 1998. – 255 с.
91. Кабанов, М. М. Проблемы реабилитации психически больных и качество их жизни / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, вып. 1. – С. 22-27.

92. Кабанов, М. М. Некоторые психологические аспекты реабилитации психически больных в стационарных условиях / М. М. Кабанов, К. В. Корабельников // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – Т. LXXVII, №12. – С. 1860-1872.
93. Казаковцев, Б. А. Региональные программы неотложных мер развития психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т.11, вып. 2. – С. 7-10.
94. Казаковцев, Б. А. Современные тенденции в организации психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Российский психиатрический журнал. – 2001а. – №1. – С. 57-61.
95. Казаковцев, Б. А. Организация психиатрической помощи в стационарных условиях / Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2008. – №10. – С. 3-25.
96. Казаковцев, Б. А. Зарубежный опыт развития стационарной психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 245-254.
97. Казаковцев, Б. А. Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей / Б. А. Казаковцев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009а. – 672 с.
98. Казаковцев, Б. А. Современная психиатрическая реформа и реорганизация сети психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2009б. – №9 (40). – С. 3-22.
99. Казаковцев, Б. А. Современная психиатрическая реформа и реорганизация сети психиатрической помощи (окончание) / Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2009в. – 10 (41). – С. 3-20.
100. Казаковцев, Б. А. Обеспеченность психиатрических служб специалистами с немедицинским образованием / Б. А. Казаковцев, Н. К. Демчева, А. В. Яздовская // Психическое здоровье. – 2015. – №2. – С. 11-19.

101. Казаковцев, Б. А. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2015 году / Б. А. Казаковцев, Н. А. Творогова, Т. А. Николаева, О. В. Сидорюк // Психическое здоровье. – 2015. – №7. – С. 3-12.
102. Каннабих, Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. – М.-Л. : Медгиз, 1929. – 506 с.
103. Капица, С. П. Математическая модель роста населения мира / С. П. Капица // Математическое моделирование. – 1992. – №4/6. – С. 65-79.
104. Карлинг, П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение системы поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг ; пер. с англ. – Киев : Сфера, 2001. – 442 с.
105. Кащенко, П. П. Статистический очерк положения душевнобольных в Нижегородской губернии / П. П. Кащенко. – Нижний Новгород : Тип. тов-во А. Ржененицкого, 1895. – 54 с.
106. Кекелидзе, З. И. Психиатрия чрезвычайных ситуаций / З. И. Кекелидзе, И. Г. Морозова // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 415-446.
107. Ковалев, В. В. О внедиспансерном разделе психиатрической помощи / В. В. Ковалев, И. Я. Гурович // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – №9. – С. 1410-1416.
108. Коечный фонд и деятельность больничных учреждений Санкт-Петербурга в 1996-2002 годах / под ред. И. А. Красильникова, Ю. И. Мусийчука. – СПб. : Медицинская пресса, 2003. – 184 с.
109. Козлов, А. Б. О реализации Подпрограммы совершенствования психиатрической помощи населению Чувашской республики / А. Б. Козлов, Л. А. Овечкина // Материалы Общерос. конф. «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011гг.)». – М. : Медпрактика-М, 2008. – С. 515-516.

110. Комаров, Г. А. Перцепции менеджмента медицинских организаций России по оценке ситуации в здравоохранении и по реформированию системы / Г. А. Комаров, Е. Ф. Архангельская, С. Г. Комаров // Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 06. – С. 17-23.
111. Концепция демографического развития Санкт-Петербурга до 2015 года. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 12.12.2006 г. №1539 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=SPB;n=68611> (дата обращения: 15.02.2014)
112. Концепция развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 1997-2003 гг. «Здравоохранение Санкт-Петербурга – 2000». – СПб. : Комитет по здравоохранению Правительства С-Петербурга, 1997. – 102 с.
113. Копытин, А. И. Ранние аналоги и современные методы арт-терапевтической работы с психиатрическими пациентами / А. И. Копытин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, вып. 2. – С. 90-102.
114. Корабельников, К. В. К вопросу о так называемом госпитализме в психиатрии (обзор литературы) / К. В. Корабельников // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. – №5. – С. 771-776.
115. Корчагин, В. П. Основные направления экономической реформы в психиатрии / В. П. Корчагин, Л. С. Шевченко // Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы / под ред. В. С. Ястребова, В. Г. Ротштейна. – М. : РАМН, 1997. – С. 23-38.
116. Коцюбинский, А. П. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе / А. П. Коцюбинский, А. Н. Еричев, Б. Г. Бутома // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – №3. – С. 9-17.
117. Коцюбинский, А. П. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом / А. П.

- Коцюбинский, А. Н. Еричев, Б. Г. Бутома // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – №1. – С. 6-15.
118. Кочорова, Л. В. Состояние психического здоровья населения крупного города и пути совершенствования планирования и организации психиатрической помощи в условиях реформирования здравоохранения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Л. В. Кочорова. – СПб., 2000. – 37 с.
119. Кочорова, Л. В. Актуальные вопросы лицензирования и аккредитации психиатрической службы и перспективы ее развития в Санкт-Петербурге / Л. В. Кочорова // Российский психиатрический журнал. – 2001. – №1. – С. 61-63.
120. Красик, Е. Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы / Е.Д. Красик // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л. : НИИ им. В. М. Бехтерева, 1985. – С. 39-43.
121. Красик, Е. Д. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты) / Е. Д. Красик, Г. В. Логвинович. – Томск : Изд. Томского университета, 1983. – 136 с.
122. Краснов, В. Н. Психические расстройства в общемедицинской практике / В. Н. Краснов // Российский медицинский журнал. – 2002. – №25(114). – С. 1187-1192.
123. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М., 2011. – 431 с.
124. Краснов, В. Н. Аналитический обзор «О проблемных ситуациях, возникающих у врачей первичной и общей медицинской помощи при ведении больных с непсихотическими психическими расстройствами» (заключительный) / В. Н. Краснов, А. Е. Бобров, Е. Г. Старостина, Т. В. Довженко. – М., 2010. – 49 с.
125. Краснов, В. Н. Проблемы, предпосылки и необходимые мероприятия по улучшению взаимодействия психиатрической (психотерапевтической) службы с врачами первичного звена здравоохранения / В. Н. Краснов,

- А. Е. Бобров, Т. В. Довженко [и др.] // Психическое здоровье. – 2011. – №8. – С. 3-11.
126. Круглова, Л. И. Восстановление трудоспособности больных шизофренией в условиях промышленного производства / Л. И. Круглова – Л. : Медицина, 1981. – 160 с.
127. Левина, Н. Б. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их близкими / Н. Б. Левина, Е. Б. Любов // Материалы Общерос. конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». – М. : РОП, 2009. – С. 160-161.
128. Леонтьев, И. Л. Научное обоснование основных направлений совершенствования региональной службы психического здоровья (на примере Свердловской области) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / И. Л. Леонтьев. – М., 2004. – 36 с.
129. Лехметс, А. Стационарная психиатрическая помощь в Эстонии – развитие за последние десятилетия и перспективы на будущее / А. Лехметс, В. Вазар // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 289-299.
130. Лившиц, А. Е. Социально-трудовая адаптация больных с тяжелыми формами психической патологии и проблема их реабилитации / А. Е. Лившиц // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л. : НИИ им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 93-95.
131. Лившиц, А. Е. Концепция реабилитации в социальной психиатрии / А. Е. Лившиц // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М. : Медицина, 2001. – С. 497-516.
132. Лившиц, А. Е. Психиатрическая помощь: состояние и проблемы развития / А. Е. Лившиц // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 104-110.

133. Лиманкин, О. В. Актуальные проблемы использования психотропных препаратов нового поколения в психиатрической практике / О. В. Лиманкин // Российский психиатрический журнал. – 2004. – №6. – С. 48-52.
134. Лиманкин, О. В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / О. В. Лиманкин. – М. : Московский НИИ психиатрии, 2007. – 24 с.
135. Лиманкин, О. В. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи / О. В. Лиманкин, К. М. Лаптева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, вып. 2 – С. 99-104.
136. Лиманкин, О. В. Тридцатилетний опыт санаторно-реабилитационных отделений: итоги и перспективы / О. В. Лиманкин, Н. Н. Ляхова // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / под ред. О. В. Лиманкина, В. И. Крылова. – СПб. : СЗПД, 1999. – С. 89-98.
137. Лиссенс, Г. Плавание против течения: психиатрическая помощь во Фландрии и Бельгии / Г. Лиссенс, С. Брюн, С. Де Вос // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 326-332.
138. Лугинина, О. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и вопросы организации диспансерной помощи психически больным позднего возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / О. В. Лугинина. – М., 1997. – 24 с.
139. Любов, Е. Б. Система охраны психического здоровья в Израиле проблемы и тенденции развития / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, вып. 3. – С. 115-130.
140. Любов, Е. Б. Фармакоэкономические исследования в психиатрии / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, вып.1. – С. 89-96.

141. Макаренко, Э. Н. Эрготерапия как составная часть реабилитации психически больных / Э. Н. Макаренко, Р. Н. Виноградова // XIII съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2000. – С. 24-25.
142. Мак-Дайд, Д. Реферат: Психиатрическая помощь, часть I. Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе / Д. Мак-Дайд, Г. Торникрофт. – ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2005. – 18 с.
143. Мак-Дайд, Д. Реферат: Психиатрическая помощь, часть II. Реорганизация психиатрической помощи: роль стационаров и служб по месту жительства / Д. Мак-Дайд, Г. Торникрофт. – ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2005а. – 16 с.
144. Мамонтов, С. А. Проблемы российского медицинского сообщества. / С. А. Мамонтов, А. В. Тихомиров // Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – №01. – С. 39-45.
145. Медик, В. А. Математическая статистика в медицине / В. А. Медик, М. С. Токмачев – М. : Финансы и статистика, 2007. – 800 с.
146. Меланес, Ю. М. Объединение пациентов – пользователей психиатрических услуг / Ю. М. Меланес // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. – СПб. : Таро, 2014. – С. 204-207.
147. Мелехов, Д. Е. Теоретические и организационные основы реабилитации психически больных в СССР / Д. Е. Мелехов // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. – Л., 1974. – С. 183-186.
148. Мелехов, Д. Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных / Д. Е. Мелехов // Основы социальной психиатрии и социально-трудовой реабилитации психически больных. – М., 1991. – С. 4-14.
149. Мигранты в Петербурге и Ленинградской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rosbalt> (дата обращения: 12.06.2013).

150. Митихина, И. А. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992-2010 гг. / И. А. Митихина, В. Г. Митихин, В. С. Ястребов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – №9. – С. 4-13.
151. Михайлова, И. И. Самостигматизация психически больных : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / И. И. Михайлова. – М., 2005. – 211 с.
152. Мовина, Л. Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Л. Г. Мовина – М., 2005. – 24 с.
153. Молочек, А. О. Динамика дефектных состояний при шизофрении : дис. ... д-ра мед. наук. / А. О. Молочек – М., 1944. – 302 с.
154. Москарелли, М. Психические расстройства: экономика и политика службы / М. Москарелли // Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы / под ред. В. С. Ястребова, В. Г. Ротштейна. – М. : РАМН, 1997. – С. 109-119.
155. Мосолов, С. Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С. Н. Мосолов // Русский медицинский журнал. – 2002. – №12-13. – С. 560.
156. Мьюджин, М. Психическое здоровье в Европе: новый консенсус / М. Мьюджин // Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения : материалы научно-практической конференции. Москва. 16 ноября. 2005 год. – М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2006. – С. 4-14.
157. Наджаров, Р. А. Психиатрическая больница в свете современных теоретических направлений в психиатрии / Р. А. Наджаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1969. – Вып.10. – С. 1441-1446.

158. Наджаров, Р. А. Основные направления в психиатрии: краткий исторический очерк / Р. А. Наджаров, Г. Шевчик // Руководство по психиатрии. – М. : Медицина, 1998. – Т. II. – С. 24-51.
159. Назыров, Р. К. Психотерапия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь / Р. К. Назыров, С. М. Бабин, С. В. Логачева [и др.] // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 19-31.
160. Накатис, Я. А. Проблемы организации работы и финансирования центров психосоматической медицины / Я. А. Накатис, Н. П. Ванчакова, А. П. Попов // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Сер. 11 ; прил. к вып. 11. – С. 241-246.
161. Население Санкт-Петербурга (статистический сборник) / под ред. В. Г. Корюкина. – СПб. : ИМСПУ, 1994. – 80 с.
162. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы / Н. Г. Незнанов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 32-36.
163. Незнанов, Н. Г. Организационная эволюция системы психиатрической помощи / Н. Г. Незнанов, Л. В. Кочорова, Н. И. Вишняков, А. В. Борцов. – СПб., 2006. – 472 с.
164. Ньюфельдт, О. Принципы и практика общественной психиатрии / О. Ньюфельдт // XIII съезд психиатров России. – М. : Медпрактика, 2000. – С. 26-27.
165. Ньюфельдт, О. Психиатрическая помощь в Канаде / О. Ньюфельдт, Дж. Тейвз // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 300-313.

166. Общественные организации пользователей психиатрической помощи и их родственников : информационный справочник / сост. О. В. Лиманкин, К. М. Гебель. – СПб. : Таро, 2014. – 32 с.
167. Об итогах Всероссийской переписи населения 2010 года. Сообщение Росстата [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 14.02.2013).
168. Об итогах работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2010 году и основных задачах на 2011 год. – СПб. : КПЗ Правительства Санкт-Петербурга, 2011. – 190 с.
169. Об отраслевой программе «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008 годы)». Приказ МЗ РФ от 27.03.2002г. №98 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4178268> (дата обращения: 17.03.2014).
170. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Указ президента Российской Федерации от 09. 10. 2007 г. № 1351 [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=law&n=1650698=doc> (дата обращения: 15.04.2014).
171. Об утверждении правил «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда». Приказ Минздравмедпрома РФ от 11.04.1995г. №92 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base=EXP=430518> (дата обращения: 22.03.2014).
172. Об утверждении Федеральной целевой программы «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 – 1997 годы)». Постановление Правительства РФ от 20.04.1995г. №383 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.iprosoft.ru/techexpert/SE?base=68catId=171517> (дата обращения: 22.03.2014).
173. Организация деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений с использованием современных методов управления,

- планирования и финансирования. Методические рекомендации. – М., 2009 // Психическое здоровье. – 2011. – №8. – С. 18-29.
174. Орлов, А. И. Прикладная статистика / А. И. Орлов. – М. : Экзамен, 2006. – 671 с.
175. Основные показатели демографических процессов в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в 2005 году. – СПб. : Петростат. – 126 с.
176. Острецов, О. В. Правовое обеспечение внебольничной психиатрической помощи / О. В. Острецов, Б. В. Эпельман, Н. А. Пенчул // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – №4. – С. 69-70.
177. Отчет о работе Комитета по здравоохранению за 2004 год и перспективы развития здравоохранения до 2010 года (Информационные материалы). – СПб. : Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2005. – 51 с.
178. О внедрении автоматизированной системы обработки информации психоневрологических учреждений. Приказ Главного Управления здравоохранения Исполкома Ленсовета от 30.12.1988 г. №659.
179. О дальнейшей реорганизации сети психиатрической помощи в Санкт-Петербурге на 2004-2008 годы. Целевая медико-социальная программа. (Приложение к Проекту Закона Санкт-Петербурга) [Электронный ресурс]. – СПб., 2003. – 36 с. – Режим доступа: <http://old.gov.spb.ru/economics/prognoz/plan> (дата обращения: 13.04.2015).
180. О льготном обеспечении лекарственными средствами и бесплатном зубопротезировании отдельных категорий жителей Санкт-Петербурга Закон Санкт-Петербурга от 14.09.2005 г. № 487-73 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://.gov.spb.ru/Law?d8nd =891820705> (дата обращения: 20.09.2015).
181. О неотложных мерах по развитию и совершенствованию психиатрической службы в Ленинграде. Приказ Главного Управления здравоохранения Исполкома Ленсовета от 23.07.1987 г. №491.

182. О плане мероприятий по модернизации психиатрической службы в Санкт-Петербурге на 2012-2014 годы. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 17.08.2011 г. №1187 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=SPB; n=149902> (дата обращения: 20.09.2015).
183. О Плане мероприятий по развитию психиатрической службы и мерах по предупреждению отрицательных социальных последствий психических заболеваний и поведенческих расстройств в Санкт-Петербурге на 2008-2011годы. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 08.07.2008 г. №828 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=SPB; n=115566> (дата обращения: 20.09.2015).
184. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании ФЗ РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/CGI/online.cgi?req=doc> (дата обращения: 20.09.2015).
185. О работе психиатрических учреждений и реализации плана развития психиатрической службы «О мерах по предупреждению отрицательных социальных последствий психических заболеваний и поведенческих расстройств в Санкт-Петербурге на 2008-2010 годы». Решение Медицинского совета Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 03.04.2008 г., протокол №1.
186. О региональной медико-социальной программе «Развитие и совершенствование психиатрической службы Санкт-Петербурга и ее материально-технической базы до 2002 года. Закон Санкт-Петербурга от 30.09.1998 г. № 226 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/CGI/online.cgi?req=doc> (дата обращения: 20.09.2015).

187. О реорганизации структуры психиатрической службы города. Приказ Главного Управления здравоохранения Исполкома Ленсовета от 30.12.1988 г. №658.
188. О серьезных недостатках в организации психиатрической помощи Ленинграда и мерах по ее улучшению. Решение Исполкома Ленгорсовета от 08.02.1988 г. №121.
189. О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации. Приказ МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.1996г. №363/77 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base=EXPrn=298735> (дата обращения: 20.09.2015).
190. О состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга в 2008 году : материалы Государственного доклада / под ред. Ю. А. Щербука. – СПб. : СПбМИАЦ, 2009. – 176 с.
191. О состоянии и перспективах развития психиатрической службы в Санкт-Петербурге. Решение Коллегии Комитета по здравоохранению Мэрии Санкт-Петербурга от 22.02.1994 г. №1.
192. О состоянии и перспективах развития психиатрической службы в Санкт-Петербурге. Решение Коллегии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 10.02.2005 г., протокол №1.
193. О состоянии психиатрической помощи в Ленинграде и мерах по ее улучшению. Решение Коллегии Главного Управления здравоохранения Исполкома Ленсовета от 05.01.1988 г. №1.
194. О состоянии психиатрической службы Санкт-Петербурга и неотложных мерах по ее улучшению. Решение Коллегии Комитета по здравоохранению Администрации С-Петербурга от 26.06.1997 г. №3.
195. О стратегии экономического и социального развития Санкт-Петербурга на период до 2030 года. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 13.05.2014г. №355 [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=SPB;n=147694> (дата обращения: 20.09.2015).

196. О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы» Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 г. №280 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru/document/cons_doc_law_68674/ (дата обращения: 20.09.2015).
197. О ходе выполнения решения Исполкома Ленсовета № 121 от 08.02.1988г. «О серьезных недостатках в организации психиатрической помощи Ленинграда и мерах по ее улучшению». Решение Коллегии Главного Управления здравоохранения Исполкома Ленсовета от 30.05.1989 г. №1.
198. О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Приказ Минздравмедпрома РФ от 13.02.1995 г. №27. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base=EXP8n=5947658req=doc> (дата обращения: 20.09.2015).
199. Папсуев, О. О. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, Н. Д. Семенова [и др., всего 13 чел.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, вып. 1. – С. 36-44.
200. Пара, Э. Развитие системы психиатрической помощи в Финляндии в начале 21 века / Э. Пара // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / год ред. О.В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 283-288.
201. Партнеры в сфере охраны психического здоровья. Вклад профессионалов и непрофессионалов в охрану психического здоровья. – Киев : Сфера, 1999. – С. 231-236.
202. Платонов, Г. Г. Совершенствование структуры и деятельности территориальной психиатрической службы / Г. Г. Платонов // Реформы

- службы психического здоровья: проблемы и перспективы / под ред. В. С. Ястребова, В. Г. Ротштейна. – М. : РАМН, 1997. – С. 119-122.
203. Платонов, Г. Г. Современные тенденции в организации психиатрической помощи / Г. Г. Платонов // XIII съезд психиатров России. – М. : Медпрактика, 2000. – С.28.
204. Попович, Л. Д. Обеспечение качества амбулаторно-поликлинической помощи: лекарственное обеспечение. / Л. Д. Попович // Здоровоохранение. – 2012. – №5. – С. 68-79.
205. Порядки оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (утв. приказом МЗСР РФ от 17.05.2012 г. № 566н) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru/document/cons_doc_law_132933 (дата обращения:20.09.2015).
206. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами : пособие для врачей. – СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. – С. 3-20.
207. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II // под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. – СПб. : Таро, 2014. – 218 с.
208. Пулккинен, А. Дома социальной поддержки – система реабилитации психически больных / А. Пулккинен // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / под ред. О. В. Лиманкина, В. И. Крылова. – СПб. : СЗПД, 1999. – С. 110-114.
209. Путцхаммер, А. Реформирование психиатрической помощи в Германии. / А. Путцхаммер, В. Кожин, Т. Юнгблют // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 255-270.
210. Пэтри, А. Наглядная медицинская статистика / А. Пэтри, К. Сэбин ; пер. с англ. – 2-е изд., дополн. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 168 с.
211. Рапп, А. Социоэкономические аспекты оказания психиатрической помощи / А. Рапп // Реформы службы психического здоровья: проблемы

- и перспективы / под ред. В. С. Ястребова, В. Г. Ротштейна. – М. : РАМН, 1997. – С. 39-46.
212. Риттер, С. Руководство по сестринской работе в психиатрической клинике. Принципы и методы / С. Риттер ; пер. с англ. – Киев : Сфера, 1997. – 399 с.
213. Рихарц, Б. Милиотерапия (терапия средой) в психиатрии, психотерапии и реабилитации / Б. Рихарц, М. Дворжак ; пер. с англ. – Оренбург, 2003. – С. 3-5.
214. Розенштейн, Л. М. Психиатрия и профилактика нервно-психического здоровья / Л. М. Розенштейн // Труды Первого Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М.-Л. : Гос. Медиздат, 1929. – С. 180-197.
215. Рубина, Л. П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы Санкт-Петербурга / Л. П. Рубина // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / под ред. О. В. Лиманкина, В. И. Крылова. – СПб. : СЗПД, 1999. – С. 50-57.
216. Рытик, Э. Г. Разработка клинико-статистических групп для оценки деятельности психиатрических стационаров : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Э. Г. Рытик. – Томск, 1993. – 29 с.
217. Саати, Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий / Т. Саати ; пер. с англ. – М. : Радио и связь, 1993. – 320 с.
218. Сальникова, Л. И. Общежития для больных, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи, как одна из форм психиатрического обслуживания / Л. И. Сальникова // XIII съезд психиатров России. – М.: Медпрактика-М, 2000. – С. 32-33.
219. Семенова, Н. В. Современные подходы к совершенствованию организации региональной психиатрической службы (по материалам Ленинградской области) / Н. В. Семенова. – СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2012. – 219 с.

220. Серебрянская, Л. Я. Психологические факторы стигматизации психически больных : автореф. дис. ... канд. м. наук : 14.01.06 / Л. Я. Серебрянская. – М., 2005. – 24 с.
221. Сидоров, П. И. Психическое здоровье населения и стратегии развития психиатрии Востока и Запада / П. И. Сидоров // Открытый диалог в психиатрической практике Баренц-региона / под ред. П. Сидорова, Я. Сейккулы. – Архангельск : СГМУ, 2003. – С. 15-30.
222. Сколько мигрантов в Петербурге [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://kmk.spb.ru> (дата обращения: 17.02.2013).
223. Случевская, С. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / С. Ф. Случевская. – СПб., 2008. – 201 с.
224. Смирнов, В. К. Психиатрия катастроф / В. К. Смирнов, В. В. Нечипоренко, И. С. Рудный [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 1990. – №4. – 49-56.
225. Смулевич, А. Б. Депрессии в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич. – М. : Берг, 2000. – 160 с.
226. Смулевич, А. Б. Психофармакотерапия и проблема организации психиатрической помощи в соматическом стационаре / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, В. Н. Козырев, М. Ю. Дробижев // Клиническая медицина. – 2000. - №10. – С. 22-28.
227. Снежневский, А. В. О некоторых вопросах организации лечебного дела в психиатрической больнице / А. В. Снежневский // Труды института им. Ганнушкина : вып. 4. – М., 1939. – С. 27-46.
228. Снежневский, А. В. О направлении развития современной психиатрии / А. В. Снежневский // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями / под ред. В. П. Белова. – М., 1974. – С. 7-10.

229. Солодкий, В. А. Некоторые итоги применения новых методов управления здравоохранением и его финансирования на территориальном уровне / В. А. Солодкий, Д. Р. Шиляев, В. И. Стародубов [и др.] // Здравоохранение. – 2001. – №5. – С. 10-28.
230. Солохина, Т. А. Качество психиатрической помощи (организационный и экономический аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Т. А. Солохина – М., 2003. – 43 с.
231. Солохина, Т. А. Современные подходы к обеспечению качества психиатрической помощи / Т. А. Солохина // Психическое здоровье. – 2006. – №3. – С. 21-26.
232. Солохина, Т. А. Методические основы и механизмы обеспечения качества психиатрической помощи / Т. А. Солохина // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 73-78.
233. Солохина, Т. А. Роль медицинского персонала, психиатрических учреждений в развитии системы оценки качества оказываемой помощи: обоснование информативных критериев / Т. А. Солохина // Материалы Общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». – М. : РОП, 2009а. – С. 177-178.
234. Солохина, Т. А. Сила общественного движения / Т. А. Солохина, В. С. Ястребов // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. – СПб. : Таро, 2014. – С. 9-15.
235. Солохина, Т. А. Эффективность планирования психиатрических коек: результаты экономического анализа / Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко // XIV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2005. – С. 84.
236. Сорокина, В. А. Правовые аспекты организационных мероприятий по модернизации психиатрической службы Кемеровской области / В. А.

- Сорокина, Т. Ю. Грачева // IV Национальный конгресс по социальной психиатрии : материалы конгресса. – М., 2011. – С. 45.
237. Сосновский, А. Ю. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью, как критерий ее качества (клинико-социологическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / А. Ю. Сосновский. – М., 1995. – 20 с.
238. Состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга в 1990-е годы (аналитический обзор по данным статистической отчетности) / под ред. И. А. Красильникова, В. М. Дорофеева. – СПб. : БМС КПЗ, 2000. – 49 с.
239. Состояние психиатрической службы Санкт-Петербурга. Перспективы ее развития и возможности реорганизации в современных условиях. – СПб. : Институт медико-социальных проблем и управления, 1994. – 30 с.
240. Социальная работа в психиатрии (введение в проблему, основные подходы) : пособие для врачей и специалистов по социальной работе. – М. : Московский НИИ психиатрии, 1998. – 26 с.
241. Стародубов, В. И. Влияние способа оплаты медицинской помощи на показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений / В. И. Стародубов, В. Е. Зенков, Е. И. Дубынина // Экономика здравоохранения. – 1997. – №2 – С. 33-35.
242. Степанова, О. Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / О. Н. Степанова – М. : Московский НИИ психиатрии, 2009. – 144 с.
243. Сучков, Ю. А. Совершенствование психиатрической помощи в условиях реструктуризации в ГУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1 г. Нижнего Новгорода / Ю. А. Сучков // XV съезд психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2010. – С. 61.

244. Тимонин, Н. П. Платные медицинские услуги в финансировании психиатрических учреждений / Н. П. Тимонин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, вып. 1. – С. 119-120.
245. Тихомиров, А. В. Гуманитарные проблемы модернизации здравоохранения / А. В. Тихомиров // Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – №03. – С. 3-5.
246. Торникрофт, Г. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб / Г. Торникрофт, М. Танселла ; пер. с англ. – Киев : Сфера, 2000. – 332 с.
247. Торосян, С. А. Развитие стационарной психиатрической помощи в Армении / С. А. Торосян // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 354-357.
248. Уткин, А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / А. А. Уткин. – М., 2009. – 144 с.
249. Уткин, А. А. Программа «Жилье с поддержкой» - инновационная форма психиатрической помощи / А. А. Уткин, Н. К. Антошкина, О. Н. Степанова, А. Н. Харин // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 141-150.
250. Фримен, Х. База данных ВОЗ/ЕВРО относительно тенденций развития служб психического здоровья (1992). Обзор и резюме / Х. Фримен, Дж. Хендерсон, В. Рутс // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 2001. – №4. – С. 65-70.
251. Фритт, К. Шизофрения: краткое введение / К. Фритт, Э. Джонстон ; пер. с англ. – М. : Астрель АСТ, 2005. – С. 121-125.
252. Фукс, Д. М. Возрастающая роль психосоциальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в

- России / Д. М. Фукс // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. – М. : Медпрактика-М, 2007. – С. 305-317.
253. Фучино, К. Реформа и будущее стационарной психиатрической помощи в Японии / К. Фучино // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 333-345.
254. Хабриев, Р. У. Контроль и надзор – неотъемлемые элементы обеспечения доступности и качества медицинской помощи / Р. У. Хабриев, И. Ф. Серегина // Здоровоохранение. – 2006. – №1. – С. 14-18.
255. Хайтун, С. Д. Количественный анализ социальных явлений: проблемы и перспективы / С. Д. Хайтун – М. : КомКнига, 2005. – 281 с.
256. Хальфин, Р. А. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий / Р. А. Хальфин, В. С. Ястребов, Б. А. Казаковцев [и др.] // Психиатрия. – 2004. – № 2(8). – С. 7-22.
257. Хансон, Й. Роль стационарной помощи в современной шведской психиатрии / Й. Хансон // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – №4(67). – С. 108-109.
258. Хансон, Й. Стационарная психиатрическая помощь в Швеции в 21 веке. / Й. Хансон, Р. Персон, Д. Скогман, К.Д. Стефансон // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. 1. – С. 271-282.
259. Чернягов, В. Ф. Опыт работы реабилитационного отделения, смешанного по полу / В. Ф. Чернягов // Проблемы «нестеснения» в современной психиатрии : материалы Всес. научн.- практ. конференции психиатров. – М., 1991. – С. 116-119.
260. Чумаков, Б. Н. Валеология : учебное пособие / Б. Н. Чумаков. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Педагогическое общество России, 2000. – 407 с.
261. Чуркин, А. А. Психическое здоровье населения в период социально-экономических реформ / А. А. Чуркин // Материалы международной

- конференции психиатров. 16-18 февраля 1998 года. Москва. – М. : Фармединфо, 1998. – С. 108-109.
262. Чуркин, А. А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний / А. А. Чуркин // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М. : Медицина, 2001. – С. 296-314.
263. Чуркин, А. А. Анализ динамики основных показателей стационарной помощи больным психическими расстройствами в Российской Федерации в 1991-2007 гг. / А. А. Чуркин // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 60-67.
264. Чуркин, А. А. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья / А. А. Чуркин // Российский психиатрический журнал. – 2012. – №6. – С. 4-10.
265. Чуркин, А. А. Динамика распространенности психических расстройств в Российской Федерации за период 1991-2000 гг. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Материалы научно-практ. конференции, посв. 80-летию ГНЦССП им. В. П. Сербского. – М., 2001. – С. 37-42.
266. Чуркин, А. А. О применении бригадного метода обслуживания психически больных в Российской Федерации в 2010 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // IV Национальный Конгресс по социальной и клинической психиатрии. – М., 2011. – С. 53.
267. Чуркин, А. А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2005 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №5. – С. 4-12.
268. Чуркин, А. А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2006 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2007. – №4. – С. 4-12.

269. Чуркин, А. А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2008 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2009. – №5. – С. 36-47.
270. Чуркин, А. А. Состояние психиатрической службы в Российской Федерации в 2010 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова / Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011(а). – №10. – С. 3-8.
271. Шаломайко, Ю. В. Социально-трудовая реабилитация психически больных в новых российских реалиях / Ю. В. Шаломайко // XIII съезд психиатров России. – М.: Медпрактика-М, 2000. – С. 40-41.
272. Шашкова, Н. Г. Некоторые аспекты организации специализированной помощи психически больным-хроникам в Нидерландах / Н. Г. Шашкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, вып. 4. – С. 116-125.
273. Шевченко, Л. С. Формирование и использование финансовых ресурсов в учреждениях здравоохранения в условиях медицинского страхования : автореф. дис. ... канд. экон. наук / Л. С. Шевченко – М., 1994. – 24 с.
274. Шевченко, Л. С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации / Л. С. Шевченко // Психиатрия. – 2004. – № 02(08). – С. 31-35.
275. Шевченко, Л. С. Актуальные вопросы экономической деятельности психиатрических стационаров / Л. С. Шевченко // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 68-72.
276. Шевченко, Л. С. Оценка масштаба последствий психических заболеваний / Л. С. Шевченко // Материалы Общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». – М. : РОП, 2009а. – С.187-188.
277. Шевченко, Л. С. Перспективные механизмы повышения структурной эффективности в региональной психиатрической службе / Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина, О. С. Румянцева // Материалы Российской

- конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – М. : Медпрактика-М, 2007. – С. 472-473.
278. Шевченко, Л. С. Стационарная психиатрическая помощь в России: организационно-экономический аспект / Л. С. Шевченко, В. С. Ястребов, Т. А. Солохина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – №12. – С. 89-93.
279. Шейфер, М. С. Сравнительный анализ работы стационарного и амбулаторного звеньев психиатрической службы в условиях обязательного медицинского страхования и бюджетного финансирования / М. С. Шейфер, В. Г. Котляров, В. Н. Востокин // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 89-103.
280. Шепелевич, В. В. Скорая психиатрическая помощь в системе психиатрической помощи крупного города / В. В. Шепелевич // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 170-175.
281. Шмуклер, А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / А. Б. Шмуклер – М., 1999. – 432 с.
282. Шмуклер, А. Б. Первый психотический эпизод: принципы и этапы оказания психиатрической помощи / А. Б. Шмуклер // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 106-115.
283. Щербук, Ю. А. О совершенствовании психиатрической помощи в Санкт-Петербурге / Ю. А. Щербук, С. В. Литвинцев, Д. Ю. Шигапов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, вып. 2. – С. 61-66.

284. Эдельштейн, А. О. Исходные состояния шизофрении / А. О. Эдельштейн. – М., 1939. – 167 с.
285. Энтони, В. Психиатрическая реабилитация / В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас ; пер. с англ. – Киев : Сфера, 2001. – 280 с.
286. Юдин, Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии / Т. И. Юдин. – М. : Медгиз, 1951. – 480 с.
287. Яздовская, А. В. Динамика общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2007 гг. / А. В. Яздовская, А. А. Чуркин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2009. – №12. – С. 18-21.
288. Ястребов, В. С. Организация психиатрической помощи / В. С. Ястребов // Руководство по психиатрии : в 2-х т. / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1992. – Т. I. – С. 329-356.
289. Ястребов, В. С. Психиатрическая больница – прошлое, настоящее, будущее / В. С. Ястребов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб. : Ковчег, 2009. – Т. I. – С. 46-59.
290. Ястребов, В. С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии / В. С. Ястребов // Психиатрия. – 2012. – №4(56). – С. 7-13.
291. Ястребов, В. С. Актуальные проблемы стационарной психиатрической помощи / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – №10. – С. 4-10.
292. Ястребов, В. С. Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко, Н. А. Творогова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, вып. 1. – С. 28-32.
293. Ястребов, В. С. К методологии построения медико-демографических моделей для динамической оценки психического здоровья населения /

- В. С. Ястребов, И. А. Митихина, В. Г. Митихин // Психиатрия. – 2008. – №2. – С. 38-47.
294. Ястребов, В. С. Методологические основы решения проблем мониторинга и оценки деятельности психиатрических служб: национальный и международный аспекты / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, А. А. Чуркин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – №8. – С. 3-9.
295. Ястребов, В. С. Организационный и экономический аспекты в психиатрии / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко, З. Г. Рытик // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – № 1. – С. 5-9.
296. Ястребов, В. С. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – №5. – С. 4-10.
297. Ястребов, В. С. Оценка деятельности и перспектив развития психиатрических служб на основе иерархического анализа / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – №4. – С. 61-67.
298. Ястребов, В. С. Программа дестигматизации в психиатрии : методические рекомендации НЦПЗ РАМН / В. С. Ястребов, И. И. Михайлова, О. А. Гонжал, В. Г. Митихин – М. : Юстицинформ, 2009. – 15 с.
299. Ястребов, В. С. Психиатрическая больница: история, современность и перспективы / В. С. Ястребов, О. В. Лиманкин, Т. А. Солохина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – №5. – С. 59-64.
300. Ястребов, В. С. Психиатрическая тематика в материалах российской прессы / В. С. Ястребов, В. В. Балабанова, Л. Я. Серебрянская [и др.] // Психиатрия. – 2004. – №02(08). – С. 63-71.

301. Ястребов, В. С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, И. И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 6. – С.4-10.
302. Ястребов, В. С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии / В. С. Ястребов // Психиатрия. – 2012. – №4(56). – С. 7-13.
303. Ястребов, В. С. Стоимостный анализ в психиатрии: совершенствование методологии, методики его проведения и уточнение результатов / В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина [и др.] // Психиатрия. – 2013. – №03(59). – С. 41-47.
304. Ястребов, В. С. Современные методики проведения стоимостного анализа и уточнения экономического бремени психических расстройств в России / В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко, Е. Б. Любов [и др.] // Психическое здоровье. – 2014. – №10. – С. 3-7.
305. Ястребов, В. С. Социальные образы психиатрии / В. С. Ястребов, С. А. Трушелев // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 2009. – № 6. – С. 65-68.
306. Ястребов, В. С. Экономическая оценка последствий психических заболеваний : метод. рекомендации для врачей психиатров и организаторов здравоохранения / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко [и др.]. – М. : Макс-Пресс, 2008. – 21 с.
307. Abramowitz, I. R. Impact of a support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives / I. R. Abramowitz, R. D. Coursey // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989. – Vol. 57 (3). – P. 232-236.
308. Alonso Suarez, M. Effectiveness of community-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia / M. Alonso Suarez, M. F. Bravo-Ortiz, A. Fernandez-Liria, C. Gonzalez-Juarez // Epidemiology and Psychiatric Sciences. – 2011. – 03. – Vol.20 (1). – P. 65-72.

309. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patient with schizophrenia // American Journal of Psychiatry. – 1997. – Vol. 154 (1). – P. 1-63.
310. Anderson, C. M. The psychoeducational family treatment of schizophrenia. / C. M. Anderson, G. Hogarty, D. Reiss // New developments in intervention with family of schizophrenics / M. J. Goldstein (Ed.). – San Francisco : Jossey-Buss, 1981. – P. 79-94.
311. Andrezina, R. Psychiatric research in Latvia in post-soviet period (Peculiarities tasks and results) / R. Andrezina, M. Caune // XI World Congress of Psychiatry. – Hamburg, 1999. – P. 55.
312. Angermeyer, M. C. Das Bild von der Psychiatrie in der Bevölkerung / M. C. Angermeyer // Psychiatrische Praxis. – 2000. – S. 27. – P. 327-329.
313. Anthony, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in 1990s / W. A. Anthony // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1993. – Vol. 16 (14). – P. 11-23.
314. Anthony, W. A. A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions / W. A. Anthony, M. D. Farkas // Schizophrenia Bulletin. – 1982. – Vol. 8. – P. 13-38.
315. Anthony, W. A. Vocational rehabilitation psychiatrically disabled. / W. A. Anthony, J. Howell, K. S. Danley // In M. Mirabi (Ed.). The chronically mentally ill: Research and Services. – Jamaica NY : Spectrum Publications, 1984. – P. 215-237.
316. Anthony, W. A. Predicting the vocational capacity of the chronically ill: research and policy implications / W. A. Anthony, M. A. Jansen // American Psychologist. – 1984. – Vol. 39. – P. 537-548.
317. Anthony, W. A. Psychiatric rehabilitation / W. A. Anthony, P. B. Nemeec // In A. S. Bellack (Ed.). Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation. – Orlando : Grune and Stratton, 1984. – P. 375-413.
318. Arrow, K. Uncertainly and welfare economics of medical care / K. Arrow // American Economic Review. – 1963. – Vol. 53. – P. 941-973.

319. Bachrach, L. L. A conceptual approach to deinstitutionalization / L. L. Bachrach // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1978. – Vol. 29 (9). – P. 573-578.
320. Bachrach, L. L. Program planning for young adult chronic patients / L. L. Bachrach // In B. Pepper, H. Ryglewicz (Eds.). *The young adult chronic patients (New directions for mental health service)*. – San Francisco : Jossey-Bass, 1982. – №14. – P. 254.
321. Bachrach, L. L. The future of the state mental hospital / L. L. Bachrach // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1986. – Vol. 37 (5). – P. 467-474.
322. Bachrach, L. L. Deinstitutionalization: promises, problems, and prospects in mental health service evaluation / L. L. Bachrach / Ed. by H. S. Knudsen, G. Thornicroft. – Cambridge : Cambridge University Press, 1996. – P. 1-18.
323. Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization (WHO), European Commission (EC) meeting. Brussels. 22-24 April 1999. MNH/NAM/99.2. – 35 p.
324. Ballestrieri, M. Long-stay and long-term psychiatric patients in an area with a community-based system of care. A register follow-up study / M. Ballestrieri, R. Micciolo, M. Tansella // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1987. – Vol. 33. – P. 251-261.
325. Barbee, M. S. Relationship of work therapy to psychiatric length of stay and readmission / M. S. Barbee, K. L. Berry, L. A. Micek // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1969. – Vol. 33. – P. 735-738.
326. Barton, R. *Institutional neurosis* / R. Barton. – Bristol, 1959. – P. 24-26.
327. Barton, R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations / R. Barton // *Psychiatric Services*. – 1999. – Vol. 50. – P. 525-534.
328. Basaglia, F. *L'Istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico* / F. Basaglia — Torino : Einaudi, 1968. – 350 p.
329. Bassuk, E. L. The homelessness problem / E. L. Bassuk // *Scientific American*. – 1984. – Vol. 251. – P. 40-45.

330. Bauer, M. Die Psychiatrische Abteilung am Allgeminkrankenhaus – Möglichkeiten und Grenzen / M. Bauer // *Der Nevenarzt*. – 1996. – B. 67 (1). – S. 139.
331. Bauer, M. Psychiatric reform in Germany / M. Bauer, H. Kunze, M. von Cranach, J. Fritze, T. Becker // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – Vol. 104 (110). – P. 27-35.
332. Baum, A. S. A Nation in denial: the truth about homelessness. / A. S. Baum, D. W. Burnes. – New York : Boulder, Colo, Westview, 1993. – 247 p.
333. Becker, T. The European perspective of psychiatric reforms / T. Becker, J.L. Vazquez-Barquero // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – Vol. 104 (410). – P. 8-14.
334. Beecham, J. Costing care in the hospital and in the community / J. Beecham, A. Hallam, M. Knapp, B. Baines, A. Fenyó, M. Asbury // *Care in the community: Illusion or reality?* / J. Leff (Ed.). – 1997. – P. 93-108.
335. Bellack, A. S. Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide / A. S. Bellack, K.T. Mueser, S. Gingerich, J. Agresta. – New York ; London : The Guilford Press, 1997. – 288 p.
336. Benda, B. B. Homelessness consequence of a crisis or a long – term process? / B. B. Benda, P. Datallo // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1988. – Vol. 39. – P. 884-886.
337. Beria, Z. Mental health care in Georgia : Reality & perspect / Z. Beria, G. Naneishvili, T. Silagadze. – Athens, Tbilisi, 2007. - 95 p.
338. Berkowitz, R. Educating relatives about schizophrenia / R. Berkowitz, R. Eberlein-Fries, L. Kuipers, J. Leff // *Schizophrenia Bulletin*. – 1984. – Vol. 10(3). – P. 418-428.
339. Bertolote, J. M. Quality assurance in mental health care. / J. M. Bertolote // *Treatment of mental disorders* / Eds. N. Sartorius. – Washington DC, London : WHO, American Psychiatric Press Inc., 1993. – P. 443-461.

340. Borzecki, M. The criminalization of psychiatrically ill people, a review with a Canadian perspective / M. Borzecki, J.S. Wormith // *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*. – 1985. – Vol. 10. – P. 241-247.
341. Brand, P. The problem of alcohol and drugs addiction in homeless mentally ill. III / P. Brand // *Actas Espanolas Psiquiatria*. – 2001. – Vol. 29 (1). – P. 43.
342. Brand, U. European perspectives: A care's views / U. Brand // *Acta Psychiatrica Scandinavica* – 2001. – V. 104 (410). - P. 27-35.
343. Brand, U. Mental health care in Germany: Career's perspectives / U. Brand // *Acta Psychiatrica Scandinavica* – 2001. – V. 104 (410). – P. 35-41.
344. Breakly, W. R. Homelessness: The extent of the problem / W. R. Breakly, P. J. Fisher // *Journal of Social Issues*. – 1990. – Vol. 46. – P. 31-47.
345. Burti, L. Procedures used in rehabilitation / L. Burti, V. S. Yastrebov // In N. Sartorius, G. De Girolamo, G. Andrews, G. Allen German, L. Lisenberg (Eds.). *Treatment of mental disorders: A review of effectiveness*. – Washington: American Psychiatric Press, 1993. – P. 289-336.
346. Bustillo, J. R. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update / J. R. Bustillo, J. Lauriello, W. P. Haran, S. J. Keith // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158 (2). – P. 163-175.
347. Byrne, P. Psychiatry and the media / P. Byrne // *Advances in psychiatric treatment*. – 2003. – Vol. 9. – P. 135-143.
348. Cahn, C. Quality assurance in psychiatry / C. Cahn, A. Richman // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1985. – Vol. 30. – P. 148-152.
349. Campbell, P. The role of users of psychiatric services in service development – influence not power / P. Campbell // *Psychosocial Bulletin*. – 2001. – Vol. 25. – P. 87-88.
350. Campbell-Heider, N. Barriers to physicians-nurse collegiality an anthropological perspective / N. Campbell-Heider, D. Pollock // *Social Science and Medicine*. – 1987. – Vol. 25 (5). – P. 421-423.
351. Caplan, G. *An approach to community mental health* / G. Caplan. – New York : Grune and Stratton, 1961. – 237 p.

352. Carkhuff, R. R. The development of human resources / R. R. Carkhuff. – New-York : Holt, Rinehart & Winston, 1971. – 422 p.
353. Carkhuff, R. R. The art of problem-solving / R. R. Carkhuff. – Amherst : Human Resource Development Press, 1974. – 287 p.
354. Carling, P. J. Major mental illness housing and supports: The promise of community integration / P. J. Carling // American Psychologist. – 1990. – Vol. 45(8). – P. 969-975.
355. Carling, P. J. Promoting social integration / P. J. Carling // Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities. – New York, London : The Guilford Press, 1995. – Ch. 9. – P. 249-270.
356. Cavic, T. Organization ethical and legal aspects of mental health services in Yugoslavia / T. Cavic // European Psychiatry. – 2002. – Vol. 17 (1). – P. 86.
357. Ceecherini-Nelli, A. Economic factors and psychiatric hospital beds: analysts of historical trends / A. Ceecherini-Nelli, S. Priebe // International Journal of Social Economy. – 2007. – Vol. 34. – P. 788 – 810.
358. Center for psychiatric rehabilitation. Research and training center final report (1984-1989). – Boston University, 1989. – 78 p.
359. Chien, C. P. Outpatient clinics in Taiwan / C. P. Chien // XII World Congress of Psychiatry. – 2002. – Vol. 1. – P. 134.
360. Chisholm, D. Economics and ethics in mental health care: traditions and trade-offs / D. Chisholm D, A. Stewart // The Journal of Mental Health Policy and Economics. – 1998. – Vol. 1. – P. 55-62.
361. Chisholm, D. The mental health residential care study: the cost of provision / D. Chisholm, M. Knapp, J. Astin et al. // Journal of Mental Health. – 1997. – Vol. 6 (1). – P. 85-100.
362. Christodoulou, G. Mental health care in Greece / G. Christodoulou, M. Medianos, G. Kontaxakis, V. Alevisos, D. Anagnostopoulos // XIII World Congress of Psychiatry. – Cairo, 2005. – P. 259.
363. Ciminero, A. Handbook of behavioral assessment / A. Ciminero, K. Calhoun, H. Adams. – New York : John Willey & Sons, 1977. – 790 p.

364. Ciompi, L. The Natural history of schizophrenia in the long term / L. Ciompi // *British Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 136. – P. 413-420.
365. Cohen, B. F. Functional assessment in psychiatric rehabilitation / B. F. Cohen, W. A. Anthony // In A. S. Halpern, M. J. Fuhrer. *Functional assessment in rehabilitation*. – Baltimore : Paul Brookes, 1984. – P. 79-100.
366. Cohen, C. L. Homeless mentally ill or mentally ill homeless? / C. L. Cohen, K. S. Thompson // *American Journal of Psychiatry*. – 1992. – Vol. 6. – P. 816-822.
367. Cohen, M. R. A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: Avoiding the pitfalls of the past / M. R. Cohen, W. A. Anthony // *Psychosocial Rehabilitation Journal*. – 1988. – 2(1). – P. 69-72.
368. Corvinos, F. The impact of environmental factors on outcome in residential programs / F. Corvinos // *Hospital and Community of Psychiatry*. – 1987. – Vol. 38. – P. 848-852.
369. Courney, K. Community psychiatric nurse in primary health care / K. Courney, J. Brooking // *British Journal of Psychiatry*. – 1994. – Vol. 165 (2). – P. 231-238.
370. Craig, T. J. Death and deinstitutionalization / T. J. Craig, S. P. Lin // *American Journal of Psychiatry*. – 1981. – Vol. 138 (2). – P. 224-227.
371. Crawford, M. Involving users of psychiatric services in service development – no longer an option / M. Crawford // *Psychiatric Bulletin*. – 2001. – Vol. 25. – P. 84-86.
372. Daniels, L. Housing and service need of mental health consumers in Kitsap country WA: A needs assessment / L. Daniels, P. J. Carling. – Boston : Centre for Psychiatric Rehabilitation, 1986. – 398 p.
373. Dellario, D. J. Functional assessment of psychiatrically disabled adults: Implications of research finding for functional skills training / D. J. Dellario, E. Goldfield, M. D. Farkas, M. R. Cohen // In A. S. Halpern, M. J. Fuhrer (Eds.). *Functional assessment in rehabilitation*. – Baltimore : Paul Brookes, 1984. – P. 239-252.

374. Dellario, D. J. On the relative effectiveness of institutional and alternative placement for the psychiatrically disabled / D. J. Dellario, W. A. Anthony // *Journal of Social Issues*. – 1981. – Vol. 37(3). – P. 21-33.
375. Deutsche, A. The shame of the states / A. Deutsche – New York : Hancourt Brace, 1948. – 186 p.
376. De Girolamo, C. Residential care in Italy: national survey of non-hospital facilities / C. De Girolamo, A. Picardi, R. Micciolo // *British Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 181. – P. 220-225.
377. Dickey, B. The quarter way house: A two-year cost study of an experimental residential program. / B. Dickey, N. L. Cannon, T. G. McGuire, J. E. Guderman // *Hospital and Community Psychiatry*.—1986. – Vol. 37. – P. 1136-1148.
378. Dieterich, M. Intensive case management for severe mental illness / M. Dieterich, C. B. Irving, B. Park, M. Marshall // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010. – Vol. 6, №10. CD 007906.
379. Dixon, L. Forty years of progress in community mental health: the role of evidence-based practices / L. Dixon, H. Goldman // *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 37. – P. 668-673.
380. Dixon, L. Update in family psychoeducation for schizophrenia / L. Dixon, C. Adams, A. Lucksted // *Schizophrenia Bulletin*. – 2000. – Vol. 26 (1). – P. 5-20.
381. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? / A. Donabedian // *Journal of American Medical Association*. – 1988. – Vol. 260 (12). – P. 1743-1748.
382. Donnely, M. Opening new doors: An evaluation of community care for people discharged from psychiatric and mental handicap hospital / M. Donnely, S. McGilloway, N. Mays, S. Perry, M. Knapp, S. M. Kavanagh, J. Beecham, F. Beecham, J. Andrew, J. Astin. – London : Her Majesty Stationery Office, 1994. – 534 p.

383. Drake, R. E. Lessons learned in developing community health care in North America / R. E. Drake, E. Latimer // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol. 11(1). – P. 47-51.
384. Dzikushko, T. Social and health needs of patients staying in psychiatric hospitals / T. Dzikushko // *Bulletin of the Institute of Psychiatry and Neurology*. – 1984. – Vol. 5. – P. 20-32.
385. D'Avanzo, B. Discharges of patients from public psychiatric hospitals in Italy between 1994 and 2000 / B. D'Avanzo, A. Barbato, C. Barbui, R. N. Battino, G. Civenti, L. Frattura // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2003. – Vol. 49(1) – P. 27-34.
386. Early, D. F. The industrial therapy organization. A development of work in hospitals / D. F. Early // *Lancet*. – 1960. – Vol. 2. – 754-757.
387. Eastman, N. Public health psychiatry of crime prevention? Government's proposals emphasize doctor's role as public protectors / N. Eastman // *British Medical Journal*. – 1999. – Vol. 318. – P. 549-551.
388. Eaton, L. F. Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems, challenges. / L. F. Eaton, F. J. Menolasuno // *American Journal of Psychiatry*. – 1982. – Vol. 139. – P. 1297-1303.
389. Ellsworth, R. B. Hospital and community adjustment as perceived by psychotic patients, their families and staff / R. B. Ellsworth, L. Foster, B. Childers et al. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1968. – Vol. 32. – P. 1-41.
390. Engel, G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine / G. Engel // *Science*. – 1977. – Vol. 196. – P. 129-136.
391. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137. – P. 535-544.
392. English, T. J. Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry / T. J. English, S. S. Sharfstein, D. J. Scherl // *American Journal of Psychiatry*. – 1986. – Vol. 143 (2). – P. 131-139.

393. Erickson, R. C. Outcome studies in mental hospitals: A review / R. C. Erickson // *Psychological Bulletin*. – 1975. – Vol. 82 – P. 519-540.
394. Erickson, R. C. Historical perspectives in treatment of the mentally ill / R. C. Erickson, B. J. Hyerstay // In M. S. Gibbs, J. Lachermeyer, J. Sigal (Eds.). *Community psychology. Theoretical and empirical approaches*. – New York : Gardner Press, 1980. – P. 29-63.
395. Evin, C. Improving the response to mental health needs in Europe Memorandum / C. Evin // Council of European Parliamentary Assembly. – Restricted As/Soc (2004), 2004.
396. Fallon, I. R. H. Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study / I. R. H. Fallon, J. L. Boyd, C. W. Mc Gill et al. // *New England Journal of Medicine*. – 1982. – Vol. 306. – P. 1437-1440.
397. Farr, B. K. The Los Angeles Skid Row Mental Health Project / B. K. Farr // *Psychosocial Rehabilitation Journal*. – 1984. – Vol. 8(2). – P. 64-76.
398. Fein, R. *Economics of mental illness* / R. Fein. – New York : Basic Books, 1958. – 164 p.
399. Fetter, R. B. Diagnosis related groups: the product of hospitals / R. B. Fetter // *Clinical Research*. – 1984. – Vol. 32 (3). – P. 336-340.
400. Fisher, D. B. Humanizing the recovery process / D. B. Fisher // *Resources*. – 1992. – Vol. 4. – P. 5-6.
401. Foreyt, J. P. Changes in behavior of hospitalized psychiatric patients in a milieu therapy setting / J. P. Foreyt, G. S. Felton // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 1970. – Vol. 7. – P. 139-141.
402. Forrest, L. Primary care gatekeeping and referrals: Effective filter or failed experiment? / L. Forrest // *British Medical Journal*. – 2003. – Vol. 326. – P. 692-695.
403. Foy, D. W. Chronic alcoholism: Broad-spectrum clinical programming / D. W. Foy // In M. Mirabi (Ed.). *The chronically mentally ill: research and services*. – Jamaica NY : Spectrum Publications, 1984. – P. 273-280.

404. Frank, R. Trends in mental health cost growth: an expended role for management? / R. Frank, H. Goldman, T. Guire // Health Affairs. – 2009. – Vol. 28. – P. 649-659.
405. Freedman, A. M. Conceptualizing behavior: Developing new approaches / A. M. Freedman // Psychiatria Fennica. – 1991. – Vol. 22. – P. 11-22.
406. Gabriel, P. Mental health in the Workplace / P. Gabriel, M.-R. Liimatainen – Geneva : International Labour Office, 2000. – 246 p.
407. Gaebel, W. Stationaere Psychiatrisch-Psychoterapeutische Versorgungsmodelle / W. Gaebel, W. Boeker // Der Nevenarzt. – 1996. – B. 67 (1). – S. 138.
408. Gaitz, L. M. Chronic mental illness in aged patients / L. M. Gaitz // In M. Mirabi (Ed.). The chronically mentally ill: research and services. – Jamaica NY: Spectrum Publications, 1984. – P. 281-290.
409. Geller, J. L. Excluding institutions for mental diseases from federal reimbursement for services: strategy or tragedy? / J. L. Geller // Psychiatric Services. – 2000. – Vol. 51. – P. 1397-1403.
410. Glasslote, R. M. Halfway houses for the mentally ill: A study of programs and problems / R. M. Glasslote, J. E. Gudeman, R. Elpers - Washington: Joint Information Service of the American Psychiatric Association, 1971. – 224 p.
411. Goffman, E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates / E. Goffman – New York : Doubleday, 1961. – 357 p.
412. Goldberg, D. The treatment of common mental health disorders by a community team based in primary care: a cost-effectiveness study / D. Goldberg, G. Jackson, R. Gater // Psychological Medicine. – 1996. – Vol. 26. – P. 487-492.
413. Goldberg, D. P. Mental illness in general health care: an international study / D. P. Goldberg, G. Lecrubier / Eds. T.B. Ustin, N. Sartorius. – Chichester : John Wiley & Sons, 1995. – P. 323-334.

414. Goldstein, A. P. Social skills training for psychiatric patients / A. P. Goldstein, L. Krasner, A. Garfield (Eds.) – New York : Pergamon Press, 1989. – 251 p.
415. Gorin, S. S. Cost – outcome analysis and service planning in a CMHC / S. S. Gorin // Hospital and Community Psychiatry. – 1986. – Vol. 37. – P. 697-701.
416. Griffiths, R. D. A standardized assessment at the work behavior of psychiatric patients / R. D. Griffiths // British Journal of Psychiatry. – 1973. – Vol. 123. – P. 403-408.
417. Gruenberg, E. M. Can the reorganization of psychiatric services prevent some cases of social breakdown? / E. M. Gruenberg // A. B. Stokas (Ed.). Psychiatry in Tradition. – Toronto : University of Toronto Press, 1967. – P. 95-109.
418. Gruenberg, E. M. The social breakdown syndrome: some origins / E. M. Gruenberg // American Journal of Psychiatry. – 1967. – Vol. 123(2). – P. 1481-1489.
419. Grunberg, J. Shelterization: How the homeless adapt in shelter living / J. Grunberg, P.F. Eagle // Hospital and Community Psychiatry. – 1990. – Vol. 41. – P. 521-525.
420. Gunderson, G. S. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment / G. S. Gunderson, A. F. Frank, H. M. Katz, Frosch & Knapp Vannicelli // Schizophrenia Bulletin. – 1984. – Vol. 10 (4). – P. 564-584.
421. Hafner, H. The evaluation of mental health care system / H. Hafner, W. Van der Heiden // British Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 155. – P. 12-17.
422. Harris, M. Differential treatment planning for young adult chronic patients. M. Harris, H. C. Bergman // Hospital and Community Psychiatry. – 1987. – Vol. 32. – P. 638-643.
423. Harrison-Read, P. Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London

- borough / P. Harrison-Read, B. Lucas, P. Tyrer et al. // *Psychological Medicine*. – 2002. – Vol. 32. – P. 403-416.
424. Hatfield, A. B. The role of the family in the rehabilitation process / A. B. Hatfield // In L. Perlman (Ed.). *Proceeding of the 1988 Switzer memorial seminar on rehabilitation support systems for persons with long-term mental illness*. – Washington : National Rehabilitation Association, 1988. – P. 48-65.
425. Hawkins, K. A. Will the novel antipsychotics significantly ameliorate neuropsychological deficits and improve adaptive functioning in schizophrenia? / K. A. Hawkins, S. Mohamed, S. W. Woods // *Psychological Medicine*. – 1999. – Vol. 29. – P. 1-8.
426. Heap, F. R. Behavior milieu therapy with chronic neuropsychiatric patients / F. R. Heap, E. W. Boblitt, H. Moore, E. J. Hord // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1970. – Vol. 76. – P. 349-354.
427. Hemphill, B. S. *Rehabilitation in mental health: Goals and objectives for independent living* / B. S. Hemphill, C. Q. Peterson, P. C. Werner. – Thorofare NJ : Slack Inc, 1991. – 160 p.
428. Henderson, A. S. *Handbook of social psychiatry* / A. S. Henderson, G. D. Burrows. – Amsterdam : Elsevier, 1988. – 357 p.
429. Hirsch, S. R. *Psychiatric beds and resources: Factors influencing bed use and service planning. Report of Working Party of the Section for social and community psychiatry of the Royal College of Psychiatrists* / S. R. Hirsch. – London: Gaskell, 1988.
430. Hogarty, G. E. Tree-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II. Effects on adjustments of patients / G. E. Hogarty, D. Greenwald, R. F. Ulrich, S. J. Kornblith, A. L. Dibarry, S. Cooley // *American Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154 (11). – P. 1514-1524.
431. Hollis, I. About the impossibility of a single (ex-) user and survivor of psychiatry position / I. Hollis // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – Vol.104 (410). – P. 102-106.

432. Hoof, F. Community care: exploring the priorities of clients, mental health professionals and community providers / F. Hoof, J. Weeghel, H. Kroon // *American Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 46. – P. 208-219.
433. Höschl, C. Mental health in the Czech Republic: Period of Transition / C. Höschl, E. Dragomirecka // *XIIth World Congress of Psychiatry*. –Yokohama, 2002. – P. 82.
434. Hotujac, L. Psychiatric patients care in Croatia / L. Hotujac // *World Congress of Psychiatry*. – Cairo, 2005. – P. 146.
435. Hoult, J. Schizophrenia: a comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. / J. Hoult, I. Reynolds // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1985. – Vol. 69. – P. 359-372.
436. Howard, L. Social networks and functional states in patients with psychosis / L. Howard, M. Leese, G. Thornicroft // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 102. – P. 376-385.
437. Hudson, C. G. The United States / C. G. Hudson // *The international handbook on mental health policy* / Ed. D. Kemp. – Westport, Connecticut, London : Greenwood Press, 1993. – P. 413-445.
438. Jabbarpour, Y. M. State hospital psychiatry: Been down so long it looks like up down to Me. APA Caucus of state hospital psychiatrists and American Association of Psychiatric Administrators / Y. M. Jabbarpour, Y. L. Geler // *Psychotherapy and Psychopharmacology Dissolving the Mind-brain Barrier*. – APA 157 Ann. Meeting, 2004. – P. 292.
439. Jacobs, H. E. A skills-oriented model for facilitating employment among psychiatrically disabled persons / H. E. Jacobs, S. Kardashian, R. K. Kreinbring, R. Ponder, A. R. Simpson // *Rehabilitation Counseling Bulletin*. – 1984. – Vol. 28. – P. 87-96.
440. Jamison, K.R. The many stigmas of mental illness / K. R. Jamison // *Lancet*. – 2006. – Vol. 367. – P. 533-534.

441. Johnson, S. Psychiatrische Gesundheitsversorgung in Grossbritannien / S. Johnson, M. Zinkler, S. Priebe // 25 Jahre Psychiatrie – Enquete, Aktion Psychiatrisch Kranke. – Bonn : Psychiatrie-Verl., 2001. – B.2. – S. 334-355.
442. Jones, M. Social psychiatry in practice. The idea of therapeutic community / M. Jones. – Harmondworth : Penguin Books, 1968. – 190 p.
443. Ito, H. Lessons learned in developing community health care in East and South East Asia / H. Ito, Y. Setoya, Y. Suzuki // World Psychiatry. – 2012. – Vol. 11 (3). – P. 186-190.
444. Kahn, E. M. Group treatment for outpatient with schizophrenia: Integrating recent clinical and research findings / E. M. Kahn, E. W. Kahn // Community Mental Health Journal. – 1992. – Vol. 28(6). – P. 539-550.
445. Kelstrup, A. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients / A. Kelstrup, K. Lund, B. Lauritsen, P. Bech // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1993. – Vol. 83. – P. 374-379.
446. Kessler, R. C. WHO World mental health surveys, 2008. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders. / R. C. Kessler, T. B. Ustun. – WHO : Geneva, 2008. – 698 p.
447. Kiesler, C. A. Mental hospitals and alternative care / C. A. Kiesler // American Psychologist. – 1982. – Vol. 37. – P. 349-360.
448. Kluge, H. Hieg Utilizer in Sozialpsychiatrischen Diensten / H. Kluge, C. Kulke, A. Waldmann, A. Werge-Reichenberger, A. Steffens, Th. Kalert, Th. Becker // Psychiatrische Praxis. – 2002. – Vol. 29. – P. 374-380.
449. Knapp, M. Care in the community. Challenge and demonstration / M. Knapp, P. Cambridge, C. Thomason, J. Beecham, C. Allen, R. Darton – Ashgate : Aldershot, 1992. – 384 p.
450. Knapp, M. Service use and cost of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness / M. Knapp, J. Beecham, V. Kautsogeorgopoulou, A. Hallam, A. Fenyo, I.M. Marks, J. Connolly, B. Audini, M. Muijen // British Journal of Psychiatry. – 1994. – Vol. 165. – P. 195-203.

451. Knapp, M. The cost consequences of changing in the hospital community balance: The mental health residential care study / M. Knapp, D. Chisholm, J. Astin, P. Lelliott, B. Audini // *Psychological Medicine*. – 1997. – Vol. 27 (3). – P. 681-692.
452. Knapp, M. The economic consequences of deinstitutionalization of mental health services: lessons from a systematic review of European experience / M. Knapp, J. Beecham, D. McDavid, T. Matosevic, M. Smith // *Health and Social Care in the Community*. – 2011. – Vol. 19 (2). – P. 113-125.
453. Koegel, P. Homeless in the United States: counts, characteristics, course / P. Koegel // *Acta Espanolas de Psyquiatría*. – 2001. – Vol. 29 (1). – P. 43.
454. Krabbendam, L. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation / L. Krabbendam, A. Alleman // *Psychological Medicine*. – 2003. – Vol. 33 (4). – P. 756-758.
455. Kroenke, K. Interventions in provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A clinical review of the literature / K. Kroenke, A. Taylor-Vaisey, A. J. Dietrich, T. E. Oxman // *Psychosomatics*. – 2000. – Vol. 41 (1). – P. 39-52.
456. Krupinski, J. Longitudinal analysis of psychiatric patients registers, the experience of Victoria, Australia / J. Krupinski // *Psychiatric Case Registers in Public Health. A world wide inventory 1960-1985*. – Amsterdam : Elsevier, 1980. – P. 89-94.
457. Kuncze, J. T. Is work therapy really therapeutic? / J. T. Kuncze // *Rehabilitation Literature*. – 1970. – Vol. 31. – P. 297-299.
458. Laine, C. Patient – centered medicine. A professional evolution / C. Laine, F. Davidoff // *Journal of American Medical Association*. – 1996. – Vol. 275. – P. 152-156.
459. Lamb, H. R. The homeless mentally ill / H. R. Lamb – Washington : APA, 1984. – 320 p.

460. Lamb, H. R. Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill / H. R. Lamb, D. M. Lamb // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1990. – Vol. 41. – P. 301-305.
461. Lamb, H. R. Some perspectives on deinstitutionalization / H. R. Lamb, L. L. Bachrach, W. A. Keese // *Psychiatric services*. – 2010. – Vol. 52. – P. 1039-1045.
462. Lamb, H. R. Treating the homeless mentally ill: A report of the Task Force on the homeless mentally ill / H. R. Lamb, L. L. Bachrach, F. I. Kass – Washington DC : American Psychiatric Association, 1992. – 315 p.
463. Latimer, E. A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature / E. A. Latimer // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 44 (5). – P. 443-454.
464. Lawson, F. S. The Saskatchewan Plan / F. S. Lawson // *The Canadian Nurse*. – 1957. – June. – P. 27-29.
465. Lecklitner, G. L. Promoting the rights of the chronically mentally ill in the community: A report on the Patient Rights Policy Research Project / G. L. Lecklitner, P. D. Greenberg // *Mental Disability Law Reporter*. – 1983. – Vol. 7. – P. 422-430.
466. Lee, C. Consultation-Liaison Psychiatry in Korea. Partnership for Mental Health / C. Lee, I. H. Paik // *XII World Congress of Psychiatry*. – Yokohama, 2002. – Vol. 1. – P. 192.
467. Leete, E. The role of the consumer movement and persons with mental illness / E. Leete // In L. Perlman (Ed.) *Proceeding of the 1988 Switzer memorial seminar on rehabilitation support systems for persons with long-term mental illness*. – Washington : National Rehabilitation Association, 1988. – P. 66-84.
468. Leff, J. *Care in the community: Illusion of Reality?* / J. Leff. – Chichester : J. Wiley and Sons, 1997. – 231 p.
469. Leff, J. The interaction of life events and relative's expressed emotion in schizophrenia / J. Leff, C. Vaugh // *Stressful life events* /T. Miller (Ed.). – Madison CT : International University Press, 1989. – P. 377-392.

470. Lelliott, P. The mental health residential care study: classification of facilities and descriptions of residents / P. Lelliott, B. Audini, M. Knapp, D. Chisholm // *British Journal of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 169. – P. 139-147.
471. Lesage, A. Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders / A. Lesage, M. Phill, D. Gelmas // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 48 (7). – P. 485-492.
472. Liberman, R. P. (Ed.). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients* / R. P. Liberman. – Washington DC : American Psychiatric Press, 1988. – P. 311, 147-198.
473. Liberman, R. P. Innovation in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. / R. P. Liberman, C. J. Wallace, G. Blackwell, T. A. Eckman, J. V. Vaccaro, T. G. Kuehnel // *Innovations and Research*. – 1993. – Vol. 2 (2). – P. 43-59.
474. Macpherson, R. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review / R. Macpherson, G. Shepherd, T. Edwards // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2004. – Vol. 10. – P. 180-188.
475. Maisel, A. Q. Bedlam 1946, most U. S. hospitals are a shame and a disgrace / A. Q. Maisel // *Life*. – May 6, 1946. – P. 102-118.
476. Makas, E. Increasing counselor–client communication / E. Makas // *Rehabilitation Literature*. – 1980. – September/October. – P. 235-238.
477. Malean, C. M. Group treatment for parents of the adult mentally ill / C. M. Malean // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1982. – Vol. 33. – P. 564-569.
478. Malm, U. Case management – A Scandinavian perspective / U. Malm // *Current Opinion in Psychiatry*. – 1999. – Vol. 12 (1). – P. 302.
479. Marshall, M. Assertive community treatment for people with severe mental disorders / M. Marshall, A. Lockwood // *Cochrane Database Systematic Reviews*. – 2011. – Vol. 13 (4). CD 001089.
480. Marshall, M. Case management for people with severe mental disorders / M. Marshall, A. Gray, A. Lockwood, R. Green // *Schizophrenia Module of the*

- Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Collaboration. Issue 3. /Eds. C. Adams, J. Anderson, De Jesus Maris. – London : BMJ Publishing, 1996. –1– P. 343.
481. Marshall, M. Case management for people with severe mental disorders / M. Marshall, A. Grey, A. Lockwood, R. Green // Cochrane Database Systematic Reviews. – 2011. – Vol. 13 (4). CD 000050.
482. Marshall, M. Systematic review of the effectiveness of daycare for people with severe mental disorders / M. Marshall, R. Crownther, A. Almaraz-Serrano, F. Creed, W. Sledge, H. Kluiters, C. Roberts, E. Hill, D. Wiersma, G.R. Bond, P. Huxley, P. Tyrer // Health Technology Assessment. – 2001. – Vol. 5(21). – P. 1-75.
483. Mattson, M.R. Quality assurance: a literature review of a changing field / M.R. Mattson // Hospital and Community Psychiatry. – 1984. – Vol. 35(6). – P. 605-616.
484. McCrone, P. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England / P. McCrone, Th. Becker // Psychiatrische praxis. – 2000. – Vol. 27(2) – P. 68-71.
485. McDaid, D. Mental illness and stigma in Europe: reflections on an Athens conference under the Greek Presidency / D. McDaid // Eurohealth. – 2003. – 9(1). – P. 5-8.
486. McQuiston, H. L. Psychosocial rehabilitation: issues and answers for psychiatry / H. L. McQuiston, R. Gaisman, C. Tennison // Community Mental Health Journal. – 2000. – Vol. 36. – P. 605-616.
487. McGurk, S. R. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia / S. R. Mc Gurk, E. W. Twamly, D. I. Sitzer, G. J. McHugo, K. T. Mueser // American Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 164 (12). – P. 1791-1802.
488. Mental Health Policy plans and programs. – WHO, 2004. – 102 p.
489. Merson, S. The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services / S. Merson, P. Tyrer, D. Carlen, T. Johnson // Psychological Medicine. – 1996. – Vol. 26. – P. 727-734.

490. Miller, T. A model for training schizophrenics and families to communicate more effectively / T. Miller // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1981. – Vol. 32(12). – P. 870-871.
491. Miller, N. E. Cost-effectiveness in psychotherapy: a guide for practitioners, researchers and policymakers / N. E. Miller, K. M. Mayroder (Eds.) – New York, Oxford : Oxford University Press, 1999. – 487 p.
492. Mitzlaff, S. Rehabilitation in social policy: The model of region (Cultural and practical comments) / S. Mitzlaff // *Социальная психиатрия: фундаментальные и прикладные исследования : материалы симпозиума*. – Л. : Институт им. В. М. Бехтерева, 1990. – С. 41-51.
493. Mizuno, M. The Sasagawa project: a model for deinstitutionalization in Japan / M. Mizuno, M. Sakuma, G. Ryn, S. Munakata, T. Takebayashi, M. Murakami, I. R. Falloon, H. Kashima // *Keio Journal of Medicine*. – 2005. – Vol. 54 (2). – P. 95-101.
494. Morrison, J. Correlations between definitions of the homeless mentally ill population. / J. Morrison // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1989. – Vol. 40. – P. 952-954.
495. Mortimer, A. M. First-line atypical antipsychotics for schizophrenia are appropriate - with psychosocial interventions / A. M. Mortimer // *Psychosocial Bulletin*. - 2001. – Vol. 75. – P. 287-288.
496. Muijen, M. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial / M. Muijen, I.M. Marks, J. Connolly // *British Medical Journal*. – 1992. – Vol. 34. – P. 749-754.
497. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). Position paper on consumer contributions to mental health service delivery systems. – Alexandria, 1989.
498. Newfeld, V. H. (Ed.). If we can love: the Mennonite mental health story / V. H. Newfeld. – Newton, KC: Faith and Life Press, 1983. – 439 p.
499. Noda, T. Current community mental health service in Japan / T. Noda // *XIII World Congress of Psychiatry*. – Cairo, 2005. – P. 237.

500. Novella, E. J. Theoretical accounts on deinstitutionalization / E. J. Novella // *Medicine, Health Care and Philosophy*. – 2008. – Vol. 11. – P. 303-314.
501. Okin, R. L. The future of state mental health programs for chronic psychiatric patients in the community / R. L. Okin // *American Journal of Psychiatry*. – 1978. – Vol. 135. – P. 1355-1358.
502. Okasha, A. Mental health services in the Arab world / A. Okasha, E. Karam, T. Okasha // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol.11 (1). – P. 52-54.
503. Okin, R. L. Future of state hospitals: should there be on? / R.L. Okin // *American Journal of Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140. – P. 1427-1436.
504. Ozarin, L. Будущее психиатрических больниц / L. Ozarin – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1979. – С. 84-91.
505. Paara, E. Vaalijala 90 vuotta-kuviamatkanvarrelta / E. Paara– Pieksamaki: Valijalankuntayhtymä, 1997. – P. 82 – 111.
506. Pasamanick, B. Schizophrenia in the community: an experimental study in the prevention of hospitalization / B. Pasamanick, F. R. Scarpitti, S. Dinitz. – New York : Appleton-Century-Croft, 1967. – 328 p.
507. Paul, G. L. Residential treatment programs and aftercare for the chronically institutionalized / G. L. Paul // In M.Mirabi (Ed.). *The chronically mentally ill: Research and services*. – Jamaica : Spectrum Publications, 1984. – P. 239-269.
508. Paul, G. L. Psychosocial treatment of chronic mental patients. Milieu versus social – learning programs / G. L. Paul, R. J. Lentz – Cambridge : Harvard University Press, 1977.
509. Pelletier, J. R. The mental health needs of individuals with severe physical disability: A consumer advocates perspective / J. R. Pelletier, E. S. Rogers, S. Thurer // *Rehabilitation Literature*. – 1985. – Vol. 46. – P. 186-193.
510. Penn, D. L. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. / D. L. Penn, K. T. Mueser // *American Journal of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153. – P. 607-617.

511. Pepper, B. The young adult chronic patient: overview of a population / B. Pepper, M. C. Kirshner, H. Ryglewicz // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1981. – Vol. 32. – P. 463-469.
512. Peter, P. Cost-effective or profligate community psychiatry / P. Peter // *British Journal of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 172. – P.1-3.
513. Phillips, S. D. Moving assertive Community treatment into standard Practice / S. D. Phillips, B. J. Burns, E. R. Edgar, K.T. Mueser // *Psychiatric Services*. – 2001. – Vol. 52. – P. 771-779.
514. Power, C. The time-sample behavior checklist. Observational assessment of patient functioning / C. Power // *Journal of Behavior Assessment*. – 1979. – Vol. 1(3). – P. 199-210.
515. Priebe, S. Institutionalization revisited – with and without walls / S. Priebe // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2004. – Vol. 110. – P. 81-82.
516. Priebe, S. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 - 2006 / S. Priebe, P. Frottier, A. Gaddini // *Psychiatric Services*. – 2008. – Vol. 59 (5). – P. 570-573.
517. Priebe, S. Re-institutionalization in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries / S. Priebe, A. Badesconyi, A. Fioritti et al. // *British Medical Journal*. – 2005. – Vol. 330. – P. 123-126.
518. Provost, D. Trends and developments in public psychiatry in France since 1975 / D. Provost, A. Bauer // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – Vol. 104 (410). – P. 63-68.
519. *Psychiatry Inside Out: Selected writing of Franco Basaglia* / Eds. N. Scheper-Hughes, A.M. Lovell / F. Basaglia – New York : ColumbiaUniversity Press, 1987. – 318 p.
520. Puras, D. Psychiatry and learning disabilities in post-communist countries – Experience from Lithuania / D. Puras // *Learning Disability Psychiatry*. – 2004. – Vol. 6(1). – P. 4-5.

521. Puzynski, S. Evolution of the mental health care system in Poland / S. Puzynski, J. Moskalewicz // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – Vol. 104 (410). – P. 69-73.
522. Rappaport, J. Collaborative research with a mutual help organization / J. Rappaport, E. Seidman, P. A. Toro et al. // *Social Policy*. – 1985. – Winter. – P. 12-24.
523. Razzouk, D. Lessons learned in developing community health care in Latin American and Caribbean countries / D. Razzouk, G. Gregorio, R. Antunes, J. de Mari // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol. 11 (3). – P. 191-195.
524. Reed, J. L. In-patient care of mentally ill people in prison. Results of a year's programme of semi-structured inspections. / J. L. Reed, M. Lyne // *British Medical Journal*. – 2000. – Vol. 320. – P. 1031-1034.
525. Reiger, D. A. Current status of the psychiatry workforce in the USA / D. A. Reiger, J. E. Wilk, J. C. West, F. Duffy // *The Promise of science. The Power healing // APA 156-th annual Meeting*. – San Francisco, CA, May 17-22, 2003. – 2003. – P. 132.
526. Reiss, S. Symposium overview: Mental health and mental retardation / S. Reiss // *Mental Retardation*. – 1987. – Vol. 25. – P. 323-324.
527. Ridgway, P. The voice of consumers in mental health systems: A call for change. Unpublished manuscript / P. Ridgway. – Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, 1988. Manuscript prepared under contract 87M030468101D, National Institute of Mental Health.
528. Rivett, J. From cradle to grave: 50 years of the NHS / J. Rivett – London : King's Fund, 1998. – 528 p.
529. Roberts, E. A review of economic evaluations of community mental health care. / E. Roberts, Y. Coming, K. Nelson // *Medical Care Research and Review*. – 2005. – Vol. 62 (5). – P. 503-543.
530. Roick, Ch. Heavy User Psychiatrischer Versorgungsdienste / Ch. Roick, A. Gartner, D. Heider, M. Angermeyer // *Psychiatrische Praxis*: – 2002. – Vol. 29. – P. 334-342.

531. Rosenthal, D. Genetic theory and abnormal behavior / D. Rosenthal. – New York : McGraw Hill, 1970. – 318 p.
532. Rothwell, N. Evaluation of moving an acute psychiatric ward from a psychiatric hospital to a general hospital setting / N. Rothwell, P. McManus, J. Higgon // *Psychiatric Bulletin*. – 1997. – Vol. 21. – P. 636-639.
533. Royal Commission on the National Health Service HMSO. – London, 1989. – 171 p.
534. Rupp, A. The economic consequences of not treating depression / A. Rupp // *British Journal of Psychiatry*. – 1995. – Vol. 166. – P. 29-33.
535. Rutz, W. Mental health in Europe: Problems, Advances and Challenges / W. Rutz // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – Vol. 104 (410). – P. 15-21.
536. Salleh, R. Community mental health services in Malaysia: An overview / R. Salleh // *VII World Congress of Psychosocial Rehabilitation*. – Paris, 2000. – P. 43-44.
537. Sand, A. Architecture et sante mental /A. Sand. – Bruxelles, 1981. – 225 p.
538. Saraceno, B. Psychosocial rehabilitation as a public mental health strategy / B. Saraceno // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. – 1977. – Vol. 20 (1). – P. 10-15.
539. Saraceno, B. Mental Health: scarce resources need new paradigm / B. Saraceno // *World Psychiatry*. – 2004. – Vol. 3 (1). – P. 3-6.
540. Schene, A. H. Mental health care reform in the Netherlands / A. H. Schene, A. M. E. Faber // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – V. 104 (410). – P. 74-81.
541. Schieber, G. Curmudgeon's guide to financing health care in developing countries / G. Schieber, A. A. Maeda // *Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank conference*. – March 1-11, 1977. – P. 6.
542. Seminars in Liaison Psychiatry / Ed. E. Guthrie, F. Creed. – Glasgow : Gaskell, Bell and Bain Ltd, 1996. – 300 p.

543. Sharma, T. Cognitive effects of conventional and atypical antipsychotics in schizophrenia / T. Sharma // *British Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 174 (38). – P. 44-51.
544. Shepherd, G. A criterion-oriented approach to skills training / G. Shepherd // *Psychosocial Rehabilitation*. – 1990. – Vol. 13. – P. 11-13.
545. Shepherd, M. Psychiatric illness in general practice / M. Shepherd, B. Cooper, M. Brown, G. Kalton. – Oxford : Oxford University Press, 1981. – 238 p.
546. Smith, G. C. An international perspective on consultation-liaison psychiatry and the general hospital. / G. C. Smith // *World Psychiatry*. – 2003. – Vol. 2(2). – P. 94.
547. Spaulding, W. D. State psychiatric institutions and left-behinds of mental health reform / W. D. Spaulding, E. Sullivan, J. S. Polland, A. S. Ritchie // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 2010. – Vol. 50 (3). – P. 327-333.
548. Spiei, H. Zusammenarbeit Sozialpsychiatrischer Dienstr mit der Psychiatrischen Klinik / H. Spiei, D. Shun, C. Cording // *Psychiatrische Praxis*. – 2000. – Vol. 27. – 160-164.
549. Stanton, A. H. Effects of psychotherapy on schizophrenia. I. Design and implementation of a controlled study / A. H. Stanton, J. G. Gunderson, P. H. Knapp // *Schizophrenia Bulletin*. – 1984. – Vol. 10. – P. 520-563.
550. Stein, L. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation / L. Stein, M. A. Test // *Archives of General Psychiatry*. – 1980. – Vol. 36. – P. 1073-1079.
551. Sue, S. Predictors of the duration of therapy for clients in the community mental health center system / S. Sue, H. McKinney, D. B. Alien // *Community Mental Health Journal*. – 1976. – Vol. 12. – P. 365-375.
552. Svab, V. Preparing Mental Health Reform in Slovenia / V. Svab // *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. – 2003. – Vol. 8. – P. 5-9.

553. Taintor, Z. C. Penetrating prisons with rehabilitation. / Z. C. Taintor // *Psychotherapy and Psychopharmacology Dissolving the Mind-Brain Bame* // APA 157-th annual Meeting. – New York, 2004. – P. 147-159.
554. Talbott, J. A. Chronically mentally ill young adults (18-40) with substance abuse problems: A review of relevant literature and the creation of a research agenda. Report submitted to Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration / J. A. Talbott. – Washington DC, 1984. – P. 91-101.
555. Tansella, M. The Italian Psychiatric reform / M. Tansella, L. Burti // *Century of psychiatry*. – Mosby-Wolfe Medical Communication, 1999. – V. 2. – P. 257-260.
556. Taylor, S. J. The nonrestrictive convironment: A resource manual on community integration for people with most severe disabilities / S. J. Taylor, J. Racino, S. Knoll, Z. Lutfiyua. – New York : Human Policy Press, 1987. – 324 p.
557. Test, M. A. Training in Community Living / M. A. Test // In R. P. Liberman (Ed.). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. – New York : Macmillan, 1992. – P. 153-170.
558. Thomson, L. D. Management of schizophrenia in condition of high security / L. D. Thomson // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2000. – Vol. 6. – P. 252-260.
559. Thornicroft, G. Balancing community-based and hospital-based mental health care / G. Thornicroft, M. Tansella // *Official Journal of the WPA*. – 2002. – Vol.1 (2). – P. 84-90.
560. Thornicroft, G. Community mental health teams: Evidence or belief? / G. Thornicroft, T. Becker, F. Holloway, S. Johnson, M. Leese, P. McCrone, G. Szmukler, R. Taylor, T. Wykes // *British Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 175. – P. 508-513.
561. Thornicroft, G. Deinatitutionalization: from hospital closure to service development / G. Thornicroft, P. Bebbington // *British Journal of Psychiatry*. – 1989. – Vol. 155. – P. 739-753.

562. Thornicroft, G. Measuring mental health needs / G. Thornicroft, C. Brewin, J. Wing (Eds.). – London : Royal College of Psychiatrists, 1992. – 531 p.
563. Thornicroft, G. The mental health matrix. A manual to improve services / G. Thornicroft, M. Tansella – Cambridge : Cambridge University Press, 1999. – 331 p.
564. Thornicroft, G. What are the arguments for community-based mental health care? / G. Thornicroft, M. Tansella. – Copenhagen: WHO. Health Evidence Network, 2003. – 25 p.
565. Torres-Gonzales, F. Strategies to improve accessibility of public service / F. Torres-Gonzales // *Current Opinion in Psychiatry*. – 1999. – Vol.12 (1). – P. 321.
566. Tronchoni, M. Prevalenciade patologíamental entre población sin hogar / M. Tronchoni, V. Aparicio, E. García, M. Noriega // *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. – 2003. – Vol. 3 (2). – P. 129-147.
567. Troudart, T. Rehabilitation and psychiatric reform in Israel: Adapting to a changing reality / T. Troudart, G. Bar-El // *VII World Congress of Psychosocial rehabilitation*. – Paris, 2000. – P. 35.
568. Tyrer, P. Abandomised controlled study of close monitoring of vulnerable psychiatric patients / P. Tyrer, J. Mordau, E. Van Horn // *Lancet*. – 1995. – Vol. 345. – P. 756-759.
569. Tyrer, P. Cost of community psychiatry / P. Tyrer, D. Gill, P. Farr // *British Journal of Psychiatry*. – 1986. – Vol. 149. – P. 795-796.
570. Walker, R. Social restoration of hospitalized psychiatric patients through a program of special employment in industry / R. Walker, W. Winick, E. S. Frost, J. W. Liberman // *Rehabilitation Literature*. – 1969. – Vol. 30. – P. 297-303.
571. Wallace, C. J. Review and critique of social skills training with schizophrenic patients / C. J. Wallace, C. J. Nelson, R. P. Liberman, R. A. Aitchison, D. Lukoff, J. P. Elder, C. Ferris // *Schizophrenia Bulletin*. – 1980. – Vol. 6. – P. 42-63.
572. Wang, Ph. Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States / Ph. Wang, O. Demler, M. Olfson, H. A. Pincus, K. B.

- Wells, R. C. Kessler // *American Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163. – P. 1187-1198.
573. Waskow, L. Psychotherapy change measures / L. Waskow, M. Parloff (Eds.). – Rockville : National Institute of Mental Health, 1975. – 228 p.
574. Weale, A. Cost and choice in health care: the ethical dimension / A. Weale – London : King' Edward's Hospital Fund, 1988. – 85 p.
575. Weisbrod, B. A. Alternative to mental health hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis / B. A. Weisbrod, M. A. Test, L. I. Stein // *Archives of General Psychiatry*. – 1980. – Vol. 37. – P. 400-405.
576. Wells, K. B. Can psychiatry improve community welfare. New research and practice paradigm. The Promise of science. The Power healing / K. B. Wells // APA 156-th annual Meeting. – San Francisco, CA, May 17-22, 2003. – 2003. – P. 321.
577. Widem, P. Prospective payment for psychiatric hospitalization: context and background / P. Widem, H. A. Pincus, H. H. Goldman, S. Jencks // *Hospital Community Psychiatry*. – 1984. – Vol. 35 (5). – P. 447-451.
578. Wilson, S. F. Community support and integration: New directions for outcome research / S. F. Wilson // In S. Rose (Ed.). *Case management : An overview and assessment*. – White Plains : Longman, 1992. – P. 113-129.
579. Wing, J. K. Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960-1968. / J. K. Wing, G. W. Brown. – Cambridge, 1970. – 612 p.
580. Wolkon, G. H. Characteristics of clients and continuity of care in the community / G. H. Wolkon // *Community Mental Health Journal*. – 1970. - Vol. 6. – P. 215-221.
581. World Health Organization Atlas. Country profiles on mental health resources. – Geneva : WHO, 2005. – 44 p.
582. Zubin, J. Vulnerability: a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1977. – Vol. 186. – P. 103-126.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВПН – Всероссийская перепись населения
- ГПО – геронтопсихиатрическое отделение
- ДС – дневной стационар
- ДМС – добровольное медицинское страхование
- ДН - диспансерное наблюдение
- КБТ - когнитивно-бихевиоральная терапия
- КЛП - консультативно-лечебная помощь
- КПЗ – Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
- КППЭ – клиника первого психотического эпизода
- КСГ(DRG, diagnosis – related groups) - клинико-диагностические группы
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- МАИ – метод анализа иерархий
- МКР – модель конечных результатов
- МСЭК – медико-социальная экспертиза
- МЭС - медико-экономический стандарт
- ОМКО – организационно-методический консультативный отдел
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ПБ СТИН – психиатрическая больница специального типа с интенсивным наблюдением
- ПиС – психозы и/или слабоумие
- ПК – психиатрический кабинет
- ПНИ – психоневрологический интернат
- ПНО – психоневрологическое отделение
- ПРНХ – психические расстройства непсихотического характера
- ПСО – психосоматическое отделение
- РЦП – региональная целевая программа
- СМП – скорая медицинская помощь
- СПО – соматопсихиатрическое отделение

СПП – скорая психиатрическая помощь

ТМО – территориально-медицинское объединение

ТЦСО – территориальный центр социального обслуживания

УО – умственная отсталость

ФЗП – федеральная целевая программа

АСТ (assertive community treatment) - настойчивое (ассертивное) лечение в сообществе

СМ (case management) - амбулаторное ведение случая

СРН (community psychiatric nurses) - сестринское обслуживание в сообществе

DALY (disability adjusted life year) - расчетный показатель линейной суммы потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности

ИСМ (intensive case management) - интенсивное амбулаторное ведение случая