

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



**Полипрофессиональная бригадная форма
геронтопсихиатрической помощи
(организационно-методические, клинические
и психосоциальные составляющие)**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/131 от 3 сентября 2009 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка модели комплексной бригадной формы оказания геронтопсихиатрической помощи»

Санкт-Петербург

2012

Аннотация

В методических рекомендациях излагается способ организации современной помощи лицам пожилого возраста, страдающим психическими расстройствами, в виде мультидисциплинарной бригадной модели обслуживания пациентов. Такой подход предполагает обеспечение медико-социальной и психологической помощи населению, приближенной к месту жительства больных. Развитие модели полипрофессиональных бригад соответствует основной концепции реформирования российской психиатрии, которая связана с переходом от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальному подходу, в котором реальное внимание уделяется не только клиническим, но и психологическим, социальным, личностным факторам в их взаимосвязи.

Внедрение бригадного способа обслуживания позволяет осуществлять не только многостороннюю оценку пациента с позиции биопсихосоциального подхода, но и оптимизировать психофармакологические и психо-социо-терапевтические мероприятия.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, геронтопсихиатров, неврологов, психотерапевтов и медицинских психологов, а также для руководителей ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь пожилому населению.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3.

Авторы: кандидат медицинских наук, главный врач С.Ф. Случевская, кандидат медицинских наук, руководитель отделения научно-медицинской информации Н.В. Семенова.

1. Обозначения и сокращения

ГБ – геронтопсихиатрическая бригада

БМ – бригадная модель

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ЛОУх – лицо, осуществляющее уход

2. Нормативные ссылки

Без ссылок на нормативные документы.

3. Введение

Реформирования отечественного здравоохранения последних лет характеризуется поиском оптимальной модели организации медицинской помощи населению. В этих условиях несомненную важность представляет совершенствование специализированных видов медицинской помощи, являющихся наиболее затратной частью системы здравоохранения. Одной из наиболее острых проблем в этом отношении является оказание помощи лицам пожилого возраста, страдающим психическими расстройствами.

Актуальность развития специализированной полипрофессиональной геронтопсихиатрической помощи населению определяется следующими условиями.

1. Демографические изменения в современном обществе: постарение населения, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни, увеличение удельного веса пожилых людей. В последние 20-30 лет демографическую старость переживают развитые страны Европы, Россия, США, Австралия, Аргентина, Канада, Япония, Новая Зеландия. В Санкт-Петербурге доля населения пожилого и старческого возраста в настоящее время составляет 21% и имеет тенденцию к росту.

2. Увеличение заболеваемости и распространенности психических расстройств в возрасте старше 60 лет. Так, например, частота деменций в возрасте 65-69 лет составляет 5%, в возрасте 70-74 года – 9 %, в возрасте 75-79 лет – 12%, в 80-90 лет – 24%, а у долгожителей старше 90 лет – более 50%. Уровень заболеваемости психическими расстройствами в возрасте 60 лет и старше превышает показатели заболеваемости лиц моложе 40 лет в 1,7–2 раза.

3. Для пожилого возраста характерной является мультиморбидность соматической и психической патологии, причем в большинстве

случаях эти болезни имеют хронический характер, плохо поддаются лечению и обуславливают ограничение повседневной активности и инвалидизацию пациентов. Так, в возрасте 60-69 лет у 40,2% пациентов обнаруживаются 4-5 заболеваний, а лица в возрасте 75 лет и старше 65,9% имеют более 5 заболеваний.

4. Значительная обремененность учреждений здравоохранения пациентами старших возрастных групп: среди пациентов городских общесоматических больниц Санкт-Петербурга 30-40% составляют лица пожилого и старческого возраста, одна пятая всех пациентов психиатрических больниц Санкт-Петербурга приходится на пациентов пожилого и старческого возраста, наибольший удельный вес (31,6%) среди пациентов ПНД составляют лица в возрасте 60 лет и старше.

Тем не менее, реформирование психиатрической службы в последние годы практически не касается оказания помощи пожилым людям, страдающим психическими расстройствами. Основной объем помощи оказывается в психоневрологических диспансерах. Однако, высокий врачебный уровень обслуживания там не сочетается с возможностями комплексной оценки пациента. Пожилой пациент при возникновении проблем вынужден одновременно обращаться и в поликлинику, и в диспансер, преемственности между которыми практически не существует. Формы социальной, психологической и юридической поддержки в настоящее время открываются в рамках гериатрических подразделений. Однако гериатрические, также как и социальные службы, более ориентированы на работу с терапевтическими пациентами, и появление психического расстройства затрудняет их работу, осложняя лечебный процесс. Такому пациенту зачастую требуется сопровождение врача-психиатра, причем не разовое, а длительное, а иногда и постоянное, в рамках специализированной геронтопсихиатрической службы.

4. Основные принципы работы и особенности формирования геронтопсихиатрической бригады

В 1997 году геронтопсихиатрическая секция Всемирной психиатрической ассоциации и Всемирная организация здравоохранения совместно с Международной геронтопсихиатрической ассоциацией разработали согласованное положение об организации медицинской помощи людям пожилого возраста с психическими расстройствами. В нем определены основные принципы, которые должны стать основой качественной психиатрической помощи людям пожилого возраста, и описаны конкретные характеристики, определяющие качественную помощь: она должна быть комплексной, доступной, гибкой, индивидуализированной, трансдисциплинарной, подотчетной и системной.

Принцип гарантированности. Законодательное определение и реализация прав граждан на бесплатную общедоступную медицинскую помощь является высшей социальной ценностью государства. Организация медицинской помощи населению осуществляется на основе действующего законодательства РФ, признания государством и обществом здоровья граждан как высшей ценности, современных достижений медицинской науки и практики, приоритета профилактического направления в охране здоровья населения. Категория гарантированности геронтопсихиатрической помощи населению может осуществляться на основе государственных минимальных социальных или медицинских стандартов, а также реализоваться на конкретных территориях системой медицинских мероприятий, определенных в территориальных программах, предоставляющих государственные гарантии оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Принцип доступности является особенно важным для пожилых пациентов, которые не всегда способны добраться и «подступиться» к необходимым для них учреждениям и в необходимое для них время. Доступность, как сложное понятие, определяется географическим рас-

стоянием или временем, необходимым для поездки от дома пациента до места расположения медицинского учреждения, времени, на которое могут быть отложены прием и лечение пациента из-за всевозможных препятствий или «фильтров», снижающих показатель использования служб пациентами (например, стигматизация) или некоторыми группами населения (например, этнические меньшинства).

Принцип мультидисциплинарности особенно важен для удовлетворения одновременно физических, психологических и социальных проблем, которые могут весьма негативно повлиять на течение психического заболевания пожилого человека. Мультидисциплинарный подход к больному в рамках современного представления о многоосевой диагностике включает в себя: анализ клинко-функциональных данных (нозологический и синдромологический диагноз с использованием существующих классификаций и критериев, ведущий синдром, актуальное психологическое состояние во взаимосвязи с проводимой терапией, отражающие степень ремиссии или компенсации); гериатрическую оценку пациента (наличие сопутствующего соматического заболевания, взаимосвязь с основным психическим расстройством, степень активности болезненного процесса, влияние на психическое расстройство и инвалидизацию), а также исследование физиологических (физическая активность в течение дня или обездвиженность, нарушение функционирования основных органов и чувств), социально-бытовых (степень адаптации и актуальная ситуация в семейной и несемейной сферах общения, наличие инвалидности, проблем с оформлением юридических документов) и психологических (наличие и степень выраженности акцентуаций характера и патохарактерологических особенностей, своеобразие внутренней картины болезни, наличие и характер мотивации к участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях и др.) особенностей пациента. Такой подход позволяет сформулировать конкретный для каждого больного индивидуальный план лечения, включающий весь необхо-

димый комплекс медико- и социореабилитационных мероприятий, в конечном счете имеющий своей целью повышение качества жизни пациента.

Принцип подотчетности. В системе здравоохранения подотчетность можно определить как функцию, которая состоит из сложных динамических отношений между психиатрическими учреждениями и пациентами, их семьями и обществом. В мировой литературе с 80 годов прошлого века используется понятие «пренебрежение нуждами пожилого человека» (Neglect), которое распространяется не только на отношения в семье и на взаимоотношения между пациентом и медицинским персоналом. На уровне отдельного пациента принцип подотчетности — это элемент ответственности в рамках отношений между персоналом и отдельными пациентами, то есть отношений, которые должны основываться на уверенности и доверии. Каждый пациент имеет оправданные ожидания, что врач обязан оказать медицинскую помощь в соответствии с принятыми стандартами профессиональной практики. Так же, одним из аспектов непосредственной подотчетности пациенту является конфиденциальность клинической информации.

Принцип комплексности применительно к ГБ подразумевает, что данное звено первичной специализированной медико-социальной помощи охватывает весь диапазон тяжести психических заболеваний, включая широкий спектр характеристик пациента. Этот принцип включает наличие основных компонентов медицинской помощи, а также их использование приоритетными группами пациентов. Многие из геронтопсихиатрических больных не получают необходимого лечения, если их не выявляет персонал первичного звена системы медицинской помощи. В таких случаях отсутствие лечения может увеличивать риск хронификации заболевания, снижения продуктивности в разных сферах деятельности и углубления инвалидности.

Принцип преемственности реализуется как способность соответствующих учреждений предлагать вмешательства — на уровне пациента или на местном уровне, которые: 1) являются последовательными, согласованными в течение короткого времени как в рамках полипрофессиональной бригады, так и между бригадами или другими ЛПУ (поперечная преемственность); 2) предполагают собой регулярные посещения учреждения в течение более длительного времени (лонгитудинальная преемственность). Реализация этого принципа, в рамках рассматриваемой темы, может стать также средством повышения рентабельности медицинской помощи, сокращая затраты на многократные или частично перекрывающиеся вмешательства и неблагоприятные эффекты.

В существующих исследованиях и предложениях по организации геронтопсихиатрической помощи основной акцент делается на развитии и усовершенствовании уже существующих форм оказания помощи. Так, подобная модель медико-социальной помощи гериатрическому контингенту психически больных структурно представляется тремя основными звеньями:

- 1) подразделениями геронтопсихиатрической помощи в учреждениях психиатрической службы;
- 2) подразделениями психиатрической помощи, действующими как структурные ее формы в учреждениях геронтологической службы,
- 3) службами и звеньями геронтопсихиатрической помощи в системе учреждений социальной защиты населения.

Современные тенденции расширения внебольничных форм медицинской помощи населению выдвинули в качестве одного из приоритетных направлений внедрение геронтопсихиатрической помощи в учреждения первичного звена здравоохранения, сближение психиатрии с общей практикой и объединение усилий врачей-интернистов и геронтопсихиатров.

Наиболее современной моделью оказания геронтопсихиатрической помощи является создание и внедрение полипрофессионального

бригадного метода работы с пациентами пожилого возраста. Это также соответствует основной концепции реформирования российской психиатрии, которая связана с переходом от исключительно медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальному подходу, в котором внимание уделяется не только клиническим, но и психологическим, социальным, личностным факторам в их взаимосвязи.

В Подпрограмме «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» отмечается необходимость разработки и внедрение бригадных технологий в системе оказания психиатрической помощи, включая психиатрические стационары, дневные стационары, психоневрологические диспансеры, оказание помощи на дому, подчеркивается необходимость совершенствования методов профилактики психических расстройств, в том числе в системе оказания первичной медико-санитарной помощи.

Во всем мире опыт эффективной деятельности геронтопсихиатрической службы связан с работой геронтопсихиатрической команды или бригады (ГБ), которая имеет возможность представить весь спектр психиатрических услуг, а также обладает специальными знаниями в области гериатрии и психосоциальной помощи.

Структура ГБ напрямую связана с особенностями геронтопсихиатрического пациента. В настоящий момент «профиль геронтопсихиатрического пациента» сформирован особенностями существующей модели оказания геронтопсихиатрической помощи, направленной на купировании острого состояния и получение краткосрочного или долгосрочного лечебного эффекта. Усредненный портрет геронтопсихиатрического пациента включает в себя социально-демографическую и клинико-эпидемиологическую характеристику, а также характеристику родственников пациентов. Так, в европейских странах даже существует понятие «альцгеймеровская единица», объединяющее потреб-

ности не только одного пациента, страдающего болезнью Альцгеймера, но и лица, осуществляющего уход за ним (ЛЮУх).

Однако, необходимо понимать, что со временем портрет геронтопсихиатрического пациента будет и должен меняться в связи с изменением демографических показателей, увеличением доли профилактического направления в медицине, роста осведомленности населения о психических расстройствах и дестигматизации общества, а также улучшения качества геронтопсихиатрической службы в целом за счет перехода на иные модели оказания геронтопсихиатрической помощи.

Приводим усредненный социально-демографический портрет геронтопсихиатрического пациента в России первого десятилетия XXI века. Это женщина 80 лет, родившаяся в городе, имеющая среднее образование, вдова, проживающая в отдельной квартире в семье своей дочери. Она редко чем увлекается, из хобби чаще всего указывает просмотр телевизора, не имеет вредных привычек. У нее имеются нарушения зрения, а также проблемы со сном, вследствие чего она самостоятельно принимает легкие психотропные препараты. Пациентка имеет снижение навыков самообслуживания на 25–50%.

Клинико-эпидемиологический профиль показывает, что в практике геронтопсихиатрии, по сравнению с клиникой психических расстройств в более молодом возрасте, выше доля органических заболеваний головного мозга и хронических неорганических психозов, уменьшается доля шизофрении, невротических расстройств, связанных со стрессом, поведенческих и личностных расстройств, умственной отсталости; увеличивается доля психотических расстройств органического генеза.

Качество жизни пациентов пожилого возраста в этой группе значительно снижено и определяется не только основным психическим, но и сопутствующими соматическими заболеваниями, а также степенью сенсорной и/или моторной депривации, наличием болевого син-

дрома и возможности его купировать, нарушением цикла сон-бодрствование, недержанием мочи и кала и степенью управления проблемой и другими показателями. Так, например, снижение слуха разной степени выраженности отмечается у 50% пациентов, но лишь 15% пользуются слуховыми аппаратами. Более 30% пожилых с психическими расстройствами не выходят из дома вообще, а более 60% только в сопровождении родственников. Домашними делами способны заниматься менее 30%. Более 20% проводят большее время в постели. Более 70% требуют помощи при одевании и приготовлении пищи. Только 20% ходят самостоятельно в магазины, а около 50% испытывают трудности при использовании телефона. Только 21% пациентов могут самостоятельно принимать лекарства. Около 40% страдают недержанием и неудержанием мочи. Таким образом, в среднем навыки самообслуживания снижены у пациентов геронтопсихиатрического профиля на 33,26%.

Геронтопсихиатрический пациент не может рассматриваться отдельно от семьи либо членов семей. По нашим данным, социальный профиль родственника, ухаживающего за психически больным пожилым человеком представляет из себя женщину 59,5 лет, состоящую в браке, неработающую, проживающую совместно с больным. Большинство родственников, ухаживающих за престарелым больным, имеет какие-либо проблемы со своим здоровьем; часто они имеют другие обязанности в семье. С прогрессированием психического расстройства у пожилого пациента увеличивается уровень нагрузки и количество проблем у ухаживающего родственника, что вызывает у него различные психосоматические и соматоформные расстройства. Качество жизни у родственника, проживающего с пожилым психически больным человеком и ухаживающего за ним, достоверно ниже качества жизни родственников, проживающих отдельно, даже если они регулярно навещают старого человека и помогают ему в быту.

Таким образом, пожилой пациент с психическим расстройством характеризуется рядом особенностей. В пожилом возрасте пациент страдает комплексом соматических заболеваний, требующих наблюдения и адекватного лечения с подключением врачей-гериатров или врачей-специалистов. Течение психических и соматических заболеваний у таких больных взаимосвязано и взаимообусловлено, что не позволяет пациенту быть прикрепленным лишь к одному врачу. Кроме этого, пожилой возраст сопровождается рядом психологических, социальных и юридических проблем, требующих профессионального решения. В связи с этим, оказание помощи таким больным требует намного больше затрат, в том числе и временных, чем лечение молодого пациента с психическими расстройствами или пожилого пациента с соматической патологией.

Состав ГБ может быть определен потребностями пожилого пациента, описанными в Приложении 1. Членами мультидисциплинарной бригады становятся: врач-психиатр, врач-гериатр, невропатолог (невролог), клинический психолог, врач-психотерапевт, медицинские сестры, специалист по социальной работе или социальный работник, физиотерапевт. Также в состав бригады могут быть включены юристы, специалисты по терапии занятостью (трудотерапии), привлечены волонтеры из общественных организаций.

ГБ должна формироваться по месту жительства пациента: в структуре первичного медицинского звена, в психоневрологическом диспансере, при районной многопрофильной больнице и т.п. При попадании пациента в соматический стационар члены бригады сопровождают пациента во время всей госпитализации, оказывая консультативную помощь лечащему врачу при согласовании с администрацией учреждения. При переводе в учреждения социального назначения пациент переходит под юрисдикцию бригад этого учреждения.

Особенностью работы такой полипрофессиональной бригады в области геронтопсихиатрии является длительный срок курации кон-

кретного пациента, а результат предполагается не в виде выздоровления пациента, а в улучшении качества его жизни.

Задачи и формы работы геронтопсихиатрической мультидисциплинарной бригады

Методология постановки задач представляет собой простейший алгоритм действий по управлению любого рода процессами, (в том числе и лечебно-восстановительным), основанный на цикле Деминга или PDCA («Plan-Do-Check-Act»). Особенности выполнения задач бригады логично вытекают из особенностей потребностей целевой группы (Приложение 2).

Основные формы работы мультидисциплинарной бригады:

1. Осмотр пациента на дому.
2. Сбор анамнеза.
3. Оценка окружающей обстановки: быта, стандартов чистоты, ухода за собой.
4. Оценка семейных отношений и доступности надежных людей, которые могут осуществлять уход.
5. Многоосевой (биопсихосоциальный) диагноз. Биологический уровень — выявление психической и соматической патологии, утраты навыков самообслуживания; психологический уровень — определение психологического профиля пациента, внутренней картины болезни, психологического климата в семье; социальный уровень — выявление степени социальной дезадаптации.
6. Составление плана ведения: диагностического, терапевтического, психосоциального, определение необходимости госпитализации в больницу, в дневной стационар, направление в дом- интернат.
7. Привлечение дополнительных специалистов-консультантов, иных служб и организаций, волонтеров и т.п.

8. Информирование пациента и членов его семьи.

Функциональные обязанности членов ГБ

Комплексный мультидисциплинарный подход может быть обеспечен только содружественной работой всех специалистов ГБ: психиатра, гериатра, медицинской сестры, медицинского психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе, юриста. Синдромально-нозологический диагноз и индивидуальная терапевтическая программа определяется врачом-психиатром и врачом-гериатром. Психосоциальный аспект лечебно-реабилитационной программы разрабатывается совместно с медицинским психологом, врачом-психотерапевтом и специалистами по социальной работе с учетом клинических данных, предоставляемых лечащим врачом, несущим ответственность за лечение больного в целом.

Первичный осмотр пациентов осуществляется в домашних условиях или стационаре врачом-геронтопсихиатром совместно с медицинской сестрой либо медицинской сестрой совместно со специалистом по социальной работе. Тот или иной состав бригады может зависеть от степени остроты проблемы, вызванной психическим расстройством. Показателем эффективности работы бригады становится степень охваченности БМ прикрепленного населения. По рекомендациям Королевского колледжа Психиатров Великобритании (1989), 2 бригады рекомендованы для обслуживания 40 тысяч пожилых человек (приложение 1). В стационаре бригадной моделью работы должны быть охвачены все пациенты пожилого возраста.

Медицинская сестра производит первичный осмотр, проводит оценку состояния, оформляет карту пациента, назначает консультации других членов бригады или других специалистов. В течение 5 дней пациента осматривают члены бригады, случай выносится на совмест-

ное обсуждение и происходит дальнейшее планирование ведения пациента с разработкой графика посещений членами бригады. Безусловно, в случаях острых психических расстройств помощь оказывается незамедлительно, а плановые посещения назначаются позже.

Работа врача-психиатра в ГБ связана не только с непосредственными функциями лечащего врача, которые включают в себя диагностику, обследование и медикаментозное лечение, врач-психиатр обязан координировать работу всех специалистов в команде в случае, если на текущий момент основной дестабилизирующей причиной стало обострение психического расстройства, либо передавать координирующие функции опытной медицинской сестре, которая может решать все остальные проблемы, в то время как проявления основного заболевания редуцируются под действием назначенной терапии.

Роль врача-терапевта или гериатра, наряду с ролью врача-психиатра, заключается в регулировании и наблюдении за соматическим состоянием пациента. Учитывая, что 82% населения старше 5 лет страдают от средней и выраженной степени соматического расстройства, врач-гериатр является необходимым членом ГБ. Совместно с врачом-психиатром гериатр занимается диагностикой и обследованием пациента, устанавливает степень влияния соматического процесса на психическое состояние пациента, составляет совместный план медикаментозного вмешательства, определяет необходимость и возможность госпитализации в стационар общего типа.

Роль медицинской сестры в модели организации геронтопсихиатрической помощи по типу бригады сложно переоценить. В идеальной ГБ основная функция взаимодействия между бригадой и пациентом (а также родственниками) лежит на медицинской сестре. Кроме координирующей функции, в сферу компетенции геронтопсихиатрической сестры входит профессиональный медицинский уход, обучение пациентов и членов семей элементам ухода. В функции медицинской сестры входит, помимо собственно медицинской (сестринской), и психосоциальная—

осмотр и оценка пациента, профилактические и паллиативные мероприятия, организация иных консультаций, привлечение немедицинских организаций. Медицинская сестра регулирует расписание посещения пациентом или членами семей клиники (диспансера), определяет необходимость и частоту посещения пациента на дому другими членами бригады. В случае обострения заболевания составляет краткую информацию и оценивает потребность пациента в дальнейших вмешательствах (консультация психиатра, терапевта, госпитализация, помещение в дом-интернат), оформляет документы, производит необходимые консультации и дает соответствующие рекомендации. Медицинская сестра участвует в обсуждениях и общих собраниях бригады относительно дальнейшего ведения пациента, поддерживает связь с терапевтической или гериатрической клиникой, выступает как письменный или вербальный координатор с другими консультантами или клиниками, ведет необходимые записи по пациенту в медицинской документации.

Функциональные обязанности медицинской сестры, работающей с пожилым пациентом:

- первичная идентификация симптомов и синдромов заболевания;
- сестринская оценка отклонения от нормального состояния и сестринские рекомендации;
- помощь пациенту и семье в определении негативно влияющих на заболевания условий или образа жизни;
- идентификация иных медицинских, социальных или психологических проблем;
- установление медицинского наблюдения;
- обеспечение семьи информацией о лекарствах и лечении;
- оценка комплаентности больного;
- оценка безопасности функционирования больного;
- заполнение медицинской документации, направление к специалистам, консультирование семей и лиц, осуществляющих уход (ЛЮУх)

- взаимодействие с другими организациями (общественные организации, органы социальной защиты, территориальные и муниципальные структуры, волонтеры и т.п.);
- обучение семей ответственности за свое здоровье и здоровье близких.

Работа медицинского психолога является частью лечебной и реабилитационной программы с соответствующими записями в истории болезни. Работа медицинского психолога в ГБ является необходимой и исключительно важной. Учитывая особенности течения заболевания в пожилом возрасте, возможно, подключать одного психолога для работы в нескольких бригадах. При первичном психологическом обследовании проводится диагностика когнитивных функций, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей, нейропсихологическая экспресс-диагностика, формируется и уточняется функциональный диагноз пациента (отношение к болезни и лечению; зоны внутриличностных конфликтов; степень дезадаптации и др.) Психологическое исследование в динамике позволяет уточнить эффективность проводимых лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий и, при необходимости, их скорректировать. Частота психологического исследования определяется лечащим врачом-психиатром и/или психотерапевтом по мере необходимости. Также следует отметить, что часто предметом исследования у медицинского психолога становится не только пациент, но и его близкие родственники, которые формируют микросоциальное окружение и во многом определяют качество жизни пожилого человека.

Помимо диагностического раздела работы медицинский психолог может участвовать в проведении психокоррекционных мероприятий в индивидуальной и в групповой форме. Указанная работа проводится по направлению врача-психотерапевта (если таковой имеется) или врача-психиатра и им контролируется. Медицинский психолог также

проводит обучение медицинского персонала и участвует в создании терапевтической среды.

Специалист по социальной работе оказывает и организует материально-бытовую помощь и моральную поддержку лицам пожилого возраста с психическими расстройствами. Он выявляет граждан, нуждающихся в социальных услугах либо самостоятельно, либо при совместном выезде с медицинской сестрой. Определяет характер и объем необходимой помощи (ремонт жилья, обеспечение одеждой, продуктами и т.п.), а также содействует госпитализации в лечебные учреждения, принятию на обслуживание нестационарными и стационарными учреждениями органов социальной защиты населения, консультирует по вопросам получения дополнительных льгот и преимуществ. Проводит работу в неблагополучных семьях. Разрабатывает программу реабилитационных мероприятий. Участвует в оформлении необходимых документов, добивается принятия отвечающих закону решений в официальных инстанциях. Координирует усилия различных государственных и общественных структур. Стремится максимально приблизить образ жизни своих подопечных к обычным для здоровых и благополучных людей условиям и нормам. С этой целью уделяет особое внимание выяснению желаний и возможностей участия человека в посильном труде по имеющейся профессии или готовности к профессиональной подготовке.

Социальный работник по указанию специалиста по социальной работе выполняет технические функции: покупку и доставку продуктов, лекарств, доставку вещей в прачечную, химчистку, оказание доврачебной помощи (измерение температуры, накладывание горчичников и т.п.), а также содействие в проведении уборок помещений, приеме пищи, обработке приусадебного участка и т.п. При необходимости берет на себя часть этих функций.

Функции трудотерапевта (терапия занятостью). Терапия занятостью у геронтопсихиатрических пациентов, в основном, сосредото-

чена на «видах повседневной деятельности». Работа направлена на восстановление утраченной функции с использованием разнообразных подходов. Работая с пожилыми людьми, страдающими органическими или функциональными заболеваниями, терапевт занятостью поддерживает функции пациента в повседневной деятельности, одновременно повышая степень его независимости в этой сфере. Существует достоверная связь между степенью удовлетворенности жизнью и участием в трудотерапии у пациентов пожилого возраста с психическими расстройствами. Таким образом, терапевт занятостью представляет собой интегрирующее звено ГБ, осуществляющей лечение пожилых людей с психическими расстройствами.

Работа врача-психотерапевта в ГБ направлена как на потребности самого больного, так и на потребности семьи и лиц, осуществляющих наблюдение и уход за пациентом. Существует большое разнообразие психотерапевтических подходов к пожилому человеку, незаслуженно дискриминируемых психотерапевтами. Например, применение адекватной психотерапии позволяет сократить применение антипсихотических препаратов в домах по уходу за людьми с деменцией, при этом симптомы поведения не усугубляются.

Основным психотерапевтическим подходом, рекомендуемым для использования при работе ГБ, является метод поддерживающей психотерапии. Основной смысл поддерживающей психотерапии — сохранять и усиливать потенциал индивидуума для лучшего и более зрелого функционирования «Я» в процессе адаптации к новому состоянию. Поддерживающая психотерапия рассматривается как вмешательство, которое направлено на усиление механизмов зрелой психологической защиты, поддержание или повышение самооценки, улучшение адаптивных навыков или психологического функционирования пациентов прямыми методами.

Задачами поддерживающей психотерапии являются помощь в достижении максимально возможной психологической и социальной

адаптации, восстановление и подкрепление способности справляться с превратностями судьбы и житейскими проблемами, поддержание самооценки и чувства уверенности в себе, профилактика рецидивов заболевания, активизация пациентов и расширение их адаптации, усиление автономности. Задачами поддерживающей психотерапии, кроме того, могут стать:

- Помощь пациентам в достижении максимально возможной психологической и социальной адаптации, восстановление и подкрепление их способности справляться с превратностями судьбы и житейскими проблемами.
- Поддержка самооценки и чувства уверенности в себе, подчеркивание положительных качеств и достижений.
- Рассказ пациенту о реальности его жизненной ситуации, например об его ограничениях и о возможностях лечения, т. е. о том, чего можно достигнуть, а чего невозможно.
- Предотвращение рецидива заболевания и предотвращение ухудшения состояния или повторной госпитализации.
- Активирование пациентов, чтобы они обращались только за определенной профессиональной поддержкой, это будет способствовать максимально возможной адаптации и тем самым предотвращать преждевременную зависимость.
- Перенос источника поддержки с профессиональных работников на родственников или на друзей.

Базовые техники поддерживающей психотерапии можно легко применять у людей пожилого возраста при условии, что психотерапевт или психолог осведомлен о конкретных установках и приспособительных реакциях, необходимых для повышения ее эффективности для этой популяции. Определенные адаптивные реакции нередко наблюдаются, например, при деменции, и к ним необходимо приравниваться. Важный аспект поддержки — побуждать индивида сосредото-

точиваться на прошлых достижениях и ограничивать социальные контакты такими, которые являются подкрепляющими.

Техники поддерживающей психотерапии:

Объясняющие: эмпатия, побуждение и подбадривание, похвала, повышение самооценки у пациента, формирование здорового альянса, проверка реальностью, внушение надежды, сдерживание, интерпретация, анализ проявлений переноса.

Директивные: совет, обучение, изменение окружающей обстановки, когнитивное реструктурирование, решение проблем, моделирование (раскрывая себя в большей степени, психотерапевт повышает вероятность того, что пациент будет отождествлять себя с ним).

Работа юриста в геронтопсихиатрической бригаде направлена на обеспечение защиты прав и законных интересов пожилых пациентов, страдающих психическими расстройствами (в том числе, находящихся в психиатрических стационарах и учреждениях социальной защиты населения). Он оказывает консультативную юридическую помощь пациентам и их родственникам, содействует органам опеки и попечительства в устройстве недееспособных пациентов в установленном порядке. Осуществляет юридическое сопровождение, ведет постоянную информационно-просветительскую работу по социально-правовым вопросам с пациентами и их родственниками. В последние годы все более актуальной становится работа юриста, совместно с другими специалистами бригады, по профилактике правонарушений среди обслуживаемого контингента населения. Юрист также устанавливает и поддерживает контакты с другими организациями, защищающими права и интересы граждан, содействует работе по подготовке документов для представления в соответствующие органы и учреждения на лишение дееспособности, оформление опеки, попечительства, решения имущественных споров и т.д.

Обязательным элементом взаимодействия ГБ является ведение единой медицинской документации — стационарной или амбулаторной медицинской карты пациента. Результаты работы всех членов бригады оформляются соответствующими документами (лист сестринской оценки пациента, акт социального обследования пациента, заключение медицинского психолога или психотерапевта, осмотр врача-психиатра, осмотр врача-гериатра, осмотр специалиста). Заполняются основные клинические и клинико-психологические шкалы: Гериатрическая шкала клинической оценки (SCAG), Шкала краткой оценки психического состояния пациента (MMSE), Краткая психиатрическая шкала (BPRS), Шкала повседневной активности пациента (IADL), шкала качества жизни пациента (например, сокращенная шкала для геронтопсихиатрической практики ВОЗ КЖ-26), Шкала общего клинического впечатления (CGI). Можно использовать дополнительные шкалы (Ишемическая шкала Хачински, Шкала Корнелла для диагностики депрессии при деменции) или диагностические критерии, разработанные международными экспертными группами, например, NINCDS/ADRDA-критерии для клинической диагностики болезни Альцгеймера, Шкала общего ухудшения состояния (GDS), Шкала стадий развития деменции (CDR). Некоторые другие функциональные шкалы, как и шкала SCAG, позволяют объективно оценивать (клиницистом или медицинской сестрой) различные аспекты психического функционирования пациентов.

К функциональным относится также ряд шкал, количественно оценивающих возможности адаптации пациентов в повседневной жизни и тяжесть их инвалидизации. Оценка состояния больных осуществляется их родственниками или лицами, оказывающими помощь в уходе. К числу таких шкал относятся: шкала инструментальной активности в повседневной жизни (IADL), шкала основной активности в повседневной жизни (basic ADL), шкала физического самообслуживания (PSMS) и др. Использование таких шкал особенно важно для

оценки динамики психического состояния пациентов с выраженной и тяжелой степенью деменции.

При отсутствии специалиста по социальной работе (с высшим образованием) профессионально-трудовые и социально-бытовые данные оцениваются врачом-геронтопсихиатром или гериатром. При отсутствии психолога или врача-психотерапевта лечащий врач вносит первичную информацию в карту психологического обследования.

Любой осмотр может быть «совместным бригадным осмотром» с соответствующей записью в истории болезни. В последующем «отчеты о проведенных мероприятиях» также могут быть совместными.

Кроме совместных осмотров и бесед в бригадном методе работы также важны регулярные рабочие встречи всех участников ГБ (например, раз в неделю), во время которых обсуждается настоящее состояние пациента, его динамика, особенности участия пациента в мероприятиях, проводимых различными специалистами, дальнейшая тактика лечения. Во время таких встреч психиатр, психотерапевт, психолог получают возможность, иногда впервые, взглянуть на «своего» пациента с иной точки зрения, что позволяет более целостно воспринять личность больного, рассматривать различные аспекты его функционирования в качестве равноправных. Это становится реальным в том случае, когда психолог, медицинская сестра, терапевт занятостью, специалист по социальной работе и т.п., являются для руководителя бригады — врача — собеседниками, партнерами, а не просто поставщиками информации.

Во время рабочих встреч могут обсуждаться не только состояние и терапия больного, но и проблемы, связанные с профессиональной деятельностью членов бригады, их взаимодействие с пациентом и друг с другом.

Окончательные результаты работы с пациентом оформляются совместным расширенным дневником в истории болезни или этапным эпикризом в амбулаторной карте, где должно быть отражено настоящее состояние пациента, результаты и эффективность проведенных

лечебных мероприятий (медикаментозных, психотерапевтических, социотерапевтических) и рекомендации. В амбулаторных условиях наблюдение пациента должно осуществляться в течение длительного времени с периодической (раз в полгода, год) оценкой эффективности проводимых мероприятий.

Таким образом, бригадная форма работы создает условия для обмена знаниями и навыками между различными специалистами; демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений как пациенту, так и членам бригады; вносит вклад не только в улучшение оказания психиатрической помощи, но и способствует личностному росту занятых там работников.

Оказание полипрофессиональной помощи пациентам пожилого и старческого возраста является одной из приоритетных задач современной медицины. Введение бригадного метода обслуживания пациентов представляется чрезвычайно важным, и его развитие становится одной из первоочередных задач совершенствования психиатрической помощи. Взаимодействие специалистов разных профилей, в том числе усиление социальной работы в области психиатрии признано одним из неотъемлемых компонентов стандартов качества психиатрической помощи.

Биопсихосоциальная модель помощи психически больным в полной мере отвечает современным требованиям к результатам терапевтического и реабилитационного процесса: показателем эффективности помощи служит не только клиническое улучшение, но и повышение социальной независимости, компетентности и качества жизни пациентов, наиболее полная интеграция их в семью и общество. Критериями эффективности на первом этапе внедрения бригадного метода могут стать числовые показатели, такие как доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи в общем числе наблюдаемых пациентов; доля пожилых пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов старше 60 лет; средняя продолжительность

лечения больного в психиатрическом стационаре; доля повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар, количество визитов на дом и контактов по месту пребывания пациента. В дальнейшем с развитием этой формы оказания помощи станет более актуальным измерение динамики качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами.

Приложение 1

Потребности пожилого пациента с психическими расстройствами с точки зрения биопсихосоциальной модели

	Социальный компонент	Психологический компонент	Биологический компонент
Потребности по пирамиде Маслоу	Самоактуализация Самореализация	Любовь Безопасность	Базовые физиологические потребности
Потребности пожилого пациента	Творчество, отдых, развлечения. Эффективные копинг стратегии, автономия,	Общение, взаимоотношения Сенсорные функции, безопасность среды, юридическая и экономическая безопасность	Дыхание, кровообращение, питание, выделение, сон, активность, отдых, комфорт
Риски пожилого возраста	Выход на пенсию, смерть близких и родственников	Взросление детей, уход из семьи, смерть супруга Соматические заболевания, утрата навыков самообслуживания, снижение когнитив-	Соматические заболевания, психические расстройства

		ных навыков	
Члены бригады, удовлетворяющие потребности	Специалист по социальной работе, общественные организации Психолог, психотерапевт	Психолог, группы взаимопомощи Врачи, медицинские сестры, юрист, социальные работники	Врачи, медицинские сестры, физиотерапевт

Приложение 2

Алгоритм постановки задач и методика их решения в работе геронтопсихиатрической бригады

	Задачи	Методы
1	Идентификация проблемы	Определение области проблемы (биологическая, психологическая, социальная). Определение стандарта или желаемого идеального индивидуального уровня пациента. Определение актуального статуса и фиксирование в медицинской документации. Определение отклонения. Выбор цели, измеримой методами доказательной медицины. Формулировка проблемы для коллективного обсуждения потенциальной причины.
2	Исследование причины	Проведение коллективного обсуждения потенциальных причин проблемы. Сбор и анализ данных, связанных с проблемой. Отбор фактов. Презентация и обсуждение на собрании бригады.
3	Выбор контрмеры	Мозговой штурм для поиска контрмер, определения первопричин. Выбор надлежащей контрмеры, основанный на анализе причин проблемы. Принятие решения осуществить контрмеру.
4	Реализация контрмеры	Разработка плана осуществления выбранных контрмер. Назначение задачи. Определение плана. Планирование времени и определение методов контроля.
5	Изучение результатов	Контроль выполнения плана. Сбор/анализ дополнительных данных в случае необходимости. Изменение плана реализации, основанное на результатах анализа, в случае необходимости.

Приложение 3

*Расчет потребности в бригадах геронтопсихиатрической помощи
в административных районах Санкт-Петербурга
(по рекомендациям Королевского Колледжа
Психиатров Великобритании 1989 г.)*

Районы	Численность населения старше 60 лет	Количество бригад
Адмиралтейский	28 080	1
Василеостровский	42 112	2
Выборгский	89 193	4
Калининский	104 962	5
Кировский	78 891	4
Колпинский	30 886	2
Красногвардейский	68 962	3
Красносельский	61 903	3
Кронштадт	8 043	1
Курортный	10 710	1
Ломоносов	8 790	1
Московский	70 559	3
Невский	89 087	4
Петроградский	20 275	1
Петродворец	16250	1
Приморский	64 904	3
Пушкинский	23 835	1
Фрунзенский	89 048	4
Центральный	43454	2
Итого	949 944	45