

ПРЕИМУЩЕСТВА НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ

Л.В. СМЕКАЛКИНА\*, А.И. МЕЛЬНИКОВ\*\*, В.В. КОШЕЛЕВ\*\*, В.А. СОБОЛЕВ\*\*

\*ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова,  
ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, г. Москва, Россия, 119991

\*\*ГБУЗ Психиатрическая Клиническая Больница №12, Волоколамское ш., д. 47, Москва, Россия, 123367

**Аннотация.** В статье изложены основные принципы работы новой модели организации лечебно-реабилитационного процесса на базе московского городского центра пограничной психиатрии. Представлены результаты сравнительных исследований существующих в настоящее время организационных подходов в системе восстановительного лечения пациентов с неврозами. Выявлены основные недостатки имеющихся координационных схем и определены новые функции врачей психотерапевтов. Описан порядок ведения пациентов в рамках структурно-бригадной модели. Предложенная модель предусматривает целенаправленное использование квалификации клинических психологов и их качественное взаимодействие с другими профильными специалистами. Организация работы клинических психологов в рамках новой модели по результатам исследований способствовала повышению эффективности психиатрической и психотерапевтической помощи пациентам с пограничными расстройствами на 42% по сравнению с традиционной моделью, не позволяющей оптимально использовать коечный фонд и медицинские кадры. Интенсифицирование лечебно-реабилитационного процесса путем сокращения сроков пребывания на больничном листе на 30% также подтверждают эффективность внедрения новой модели в структуру психиатрического учреждения. Выгодное экономическое преимущество доказывает необходимость широкого внедрения в практику пограничной психиатрии предложенной схемы сотрудничества специалистов.

**Ключевые слова:** новая модель в организации здравоохранения, психотерапия, психиатрия, психология, реабилитация.

ADVANTAGES OF A NEW MODEL OF THE MEDICAL AND REHABILITATION PROCESS IN THE BOUNDARY PSYCHIATRY CENTER

L.V. SMEKALKINA\*, A.I. MELNIKOV\*\*, V.V. KOSHELEV\*\*, V.A. SOBOLEV\*\*

\*The First Moscow State I.M. Sechenov Medical University, Str. Trubetskaya, 8, page 2, Moscow, Russia, 119991

\*\*Psychiatric Clinical Hospital № 12, Volokolamsk shosse, 47, Moscow, Russia, 123367

**Abstract.** Basic principles of the new organization model treatment and rehabilitation process on the basis of the Moscow city center border psychiatry are presented. The results of comparative studies currently existing organizational approaches to the system of restorative treatment of patients with neuroses are shown. The basic disadvantages of existing coordination schemes and new features of the physicians and psychotherapists are revealed. The management of patients on the basis of structural model of the brigade is described. Purposeful use of qualification clinical psychologists and better interaction with other relevant specialists are an advantage of proposed model. Effectiveness of psychiatric and psychotherapeutic care for patients with borderline psychiatric disorders was found to be more 42% compared with traditional model, which didn't allow to optimal use hospital beds as well as medical staffs. Improvement of the treatment and rehabilitation process by reducing the period of stay on sick leave at 30% also confirm the effectiveness of a new structural model in the psychiatric clinics. Economic advantage proves the necessity of wide introduction in practice the boundary psychiatry of the proposed scheme of cooperation of specialists.

**Key words:** new model of health organization, psychotherapy, psychiatry, psychology, rehabilitation.

Лечебно-реабилитационный процесс в настоящее время все чаще обеспечивается участием клинических психологов в работе профильных учреждений [1-3, 16]. По данным государственной статистической службы Российской Федерации в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, работают более 1500 клинических психологов, из них 710 – в психоневрологических диспансерах (отделениях, кабинетах) и 790 – в психиатрических стационарах. Увеличение числа клинических психологов в психиатрической и психотерапевтической практике за последние 5 лет более чем в два раза, отражает возросшую потребность в этих специалистах и является результатом роста влияния современной биопсихосоциальной концепции здравоохранения [5, 9, 12, 20].

Однако, несмотря на увеличение в последнее время числа специалистов немедицинского профиля, работающих непосредственно с пациентами [15, 19], пока недостаточно решена проблема подготовки психоло-

гов и социальных работников для здравоохранения, как в качественном, так и в количественном отношении. Неудовлетворительно определен также статус этих специалистов в медицинских учреждениях [4, 8, 12, 14].

В ряде отечественных и зарубежных публикаций, имеющих целью освещение и пропаганду организационных инноваций медицинской помощи, описывается повышение эффективности работы учреждений и сокращение расходов на стационарное лечение, при адекватной организации работы клинических психологов [5, 17, 18, 21-23].

Дифференциация медицинских специальностей наряду с усложнением современных медицинских технологий в области охраны психического здоровья ставят вопрос о взаимодействии врачей-психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов, специалистов по социальной работе в разряд наиболее актуальных при организации работы учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь [5-7, 10, 11, 20].

В настоящее время описаны и наиболее широко применяют следующие модели взаимодействия специалистов:

1. Традиционная модель. Клинические психологи включены в состав персонала отделений психиатрических стационаров и психоневрологических диспансеров. Данная модель обеспечивает более глубокое внимание к пациенту, страдающему психическим расстройством, лучший контакт с медицинским персоналом. Однако, недостатком модели является то, что роль клинического психолога, нередко сводится лишь к психодиагностике. При существующей традиционной системе подготовки врачей-психиатров, руководители не склонны привлекать клинического психолога ко всему спектру терапевтических и реабилитационных мероприятий [13]. Данный подход фактически лишает возможности разработки интегрированных форм ведения пациента (рис. 1).

Недостатки:

- Психологи привлекаются только к психодиагностике;
- Не привлекаются к психокоррекции и психопрофилактике.

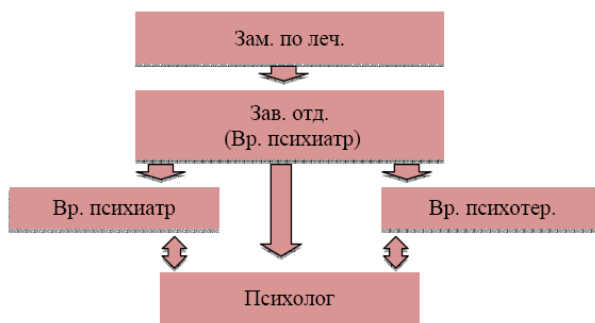


Рис. 1. «Традиционная модель»

2. «Усовершенствованная модель». Создание специального психологического подразделения - кабинета или лаборатории клинической психологии создает предпосылки для более качественной организации работы клинического психолога, рационального использования его квалификации в психиатрическом учреждении. Однако, недостатком модели является сложность интеграции клинического психолога в работу психиатрического отделения (рис. 2).

Недостатки:

1. При существующей традиционной системе подготовки врачей-психиатров роль клинического психолога работающего в отделении сводится к психодиагностике
2. Обособленность психологической службы от лечебного процесса

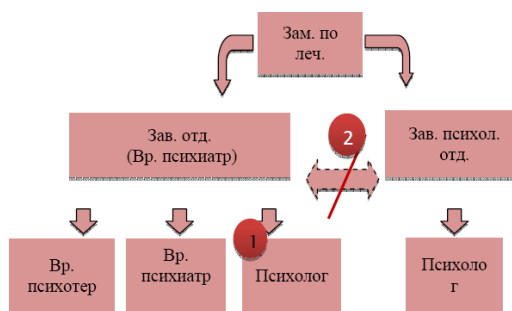


Рис. 2. «Усовершенствованная модель»

3. «Бригадная модель». Поскольку для повышения эффективности лечебно-реабилитационного процесса необходима комплексная организация восстановительных мероприятий, включающих фармакологическое и психотерапевтическое воздействие, данная модель подразумевает создание бригады специалистов на базе лечебного учреждения, в которую входят: психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник. Бригада ведет пациента от начала до конца лечения. Данная модель наиболее эффективна и чаще применяется по сравнению с предыдущими организационными подходами. Однако реализация возможностей такого подхода в настоящее время затрудняется тем, что пока не существует разработанных моделей взаимодействия этих специалистов. Ни врачи-психотерапевты, ни клинические психологи к такому сотрудничеству не готовы. Более того, наблюдается стремление каждого из указанных специалистов вытеснить другого из психотерапевтического пространства. Нередко врачи-психотерапевты определяют в качестве основной задачи участия психологов в психотерапевтическом процессе либо проведение только психодиагностики, либо применение вспомогательных форм психотерапии (арттерапия, телесно-ориентированная психотерапия и пр.). При этом, как правило, врачи-психотерапевты мало используют в своей работе психодиагностические заключения клинических психологов. В тоже время, клинические психологи полагают, что врач должен "выписывать рецепты" или, иными словами, проводить в основном биологические виды лечения. С одной стороны, это столкновение интересов двух близких по своему профилю специалистов помогает увидеть методологические проблемы самой психотерапии. Это свидетельствует о том, что вопросы применения тех или иных психотерапевтических методов и частных подходов уже не актуальны. Кроме этого, относительная неэкономичность данной модели, связанная с повышением затрат на лечение, увеличением штата, подбором специалистов сопряжена с определенными трудностями при ее внедрении. Существуют и юридические сложности (клинический психолог не может заниматься по действующему законодательству психотерапией, поскольку это медицинская специальность, а психолог не имеет медицинского образования) (Рис.3).

Недостатки:

1. Задействованы 3 специалиста одновременно для одного пациента:
  - увеличение затрат на одного пациента
  - уменьшает пропускную способность
  - Увеличение штата для выполнения плана
  - Обособленность психологической службы от лечебного процесса
2. Не существует разработанных моделей взаимодействия этих специалистов.

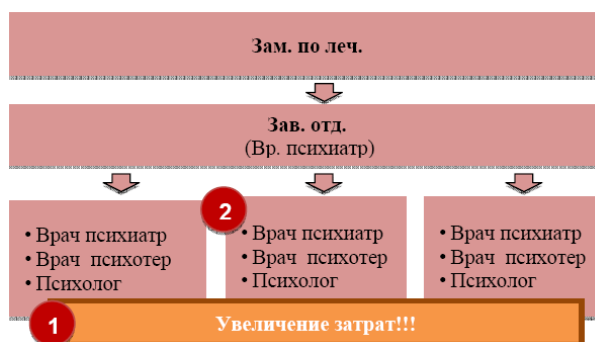


Рис. 3. «Бригадная модель»

Проведенный анализ литературных источников по проблеме организации высококвалифицированной помощи пациентам с пограничной психической патологией позволил определить актуальность дальнейших исследований в данном направлении.

**Цель исследования** – разработать и изучить эффективность новой модели организации работы клинических психологов в психиатрическом учреждении.

Задачи исследования (в рамках новой модели):

1. Обеспечить полную интеграцию клинического психолога в работу психиатрического отделения.
2. Повысить рациональность использования квалификации клинического психолога за счет: полного взаимодействия с психотерапевтом
3. Привлечь клинических психологов ко всему спектру терапевтических и реабилитационных мероприятий.
4. Сделать более прозрачной структуру управления подразделением.
5. Улучшить качество оказываемых услуг за счет дифференцированного подбора медико-психосоциальной помощи.
6. Сократить сроки нахождения пациентов с пограничными психическими расстройствами на лечении и соответственно минимизировать затраты интенсификации взаимодействия специалистов.

**Материалы и методы исследования.** Настоящее исследование было выполнено на клинической базе кафедры нелекарственных методов лечения Первого МГМУ им. И.М.Сеченова и Московского городского центра пограничной психиатрии (Психиатрическая клиническая больница № 12). Согласно штатному расписанию, на начало 2012 года, в отделении психологической реабилитации было ставок: заведующий отделением, врач-психотерапевт – 1 ставка, медицинский психолог – 37,5 ставки, медицинская сестра – 1 ставка, санитарка – 2 ставки, медрегистратор – 1 ставка, сестра-хозяйка – 1 ставка.

**Результаты и их обсуждение.** Прототипом стала модель «Бригадная», так как идея создания кабинета клинической психологии позволяет более рационально использовать квалификацию клинического психолога, объединить усилия и вместе с тем индивидуализировать профиль работы психологов учреждения. В новую, разработанную авторами, модель активно включен врач-психотерапевт (рис. 4).

Преимущества новой модели:

1. Обеспечивается полная интеграция клинического психолога в работу психиатрического отделения.
2. Клинические психологи привлекаются ко всему спектру терапевтических и реабилитационных мероприятий.
3. Структура управления учреждением становится более прозрачной

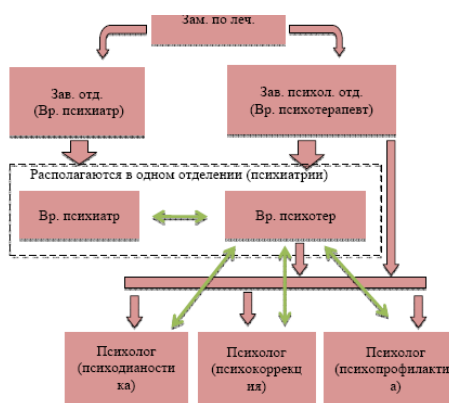


Рис. 4. «Структурно-бригадная модель»

**Взаимодействие специалистов:** Во главе психологического отделения стоит врач-психотерапевт, обеспечивающий организацию лечебного процесса. Учитывая специфику отделения, статус руководителя врач-психиатр, клинический психолог не позволяет обеспечить полноценный лечебный процесс. В состав отделения входят врачи-психотерапевты, клинические психологи, которые подчиняются непосредственно зав. психологического отделения.

Разработанная модель позволяет определить следующий порядок ведения пациентов:

1. Пациент, поступивший в больницу проходит первичное консультирование с заведующим психиатрическим отделением.
2. Заведующий психиатрическим отделением передает пациента на лечение лечащему врачу - психиатру.
3. После консультации с лечащим врачом-психиатром пациент проходит обязательное консультирование с врачом-психотерапевтом, который территориально для удобства и улучшения взаимодействия специалистов располагается в психиатрическом отделении.

Поскольку врач-психиатр не имеет необходимой квалификации, чтобы подобрать самостоятельно вид психологической помощи, а клинический психолог не может подобрать адекватное лечение, так как не имеет медицинского образования, основная функциональная нагрузка в новой модели ложится на врача-психотерапевта.

**Функции врача психотерапевта:**

Решает, какой вид психологической помощи будет получать пациент (психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика, психотерапия), а так же в каком виде психотерапии он нуждается, составляя план лечения.

Проводит лечение самостоятельно; при необходимости проведения интегративной (комбинированной) психотерапии, привлекает в помощь клинических психологов.

На всем протяжении лечения врач-психотерапевт отвечает за весь курс проводимого психотерапевтического лечения, при необходимости корректируя его, подключаясь к процессу лечения (психиатр не обладает необходимой квалификацией отвечать за проводимое психотерапевтическое лечение, а так же корректировать его при необходимости).

Врач-психотерапевт в рамках новой модели консолидирует всю информацию о проводимом психотерапевтическом лечении и направляет необходимую информацию по запросу лечащему врачу.

Новая разработанная модель была введена в 4 квартале 2012 года на базе ГБУЗ ПКБ № 12 ДЗМ.

По данным исследования внедрение модели позволило:

Обеспечить полную интеграцию клинического психолога в работу психиатрического отделения с привлечением ко всему спектру терапевтических и реабилитационных мероприятий за счет полного взаимодействия с руководителем- психотерапевтом.

Мониторировать лечащему врачу-психиатру весь процесс психотерапевтического лечения, оперативно узнавать о результатах психодиагностики от психотерапевта, располагающегося непосредственно в отделении.

Повышается рациональность использования квалификации клинического психолога за счет привлечения ко всему спектру психологических работ.

Данные контрольного исследования через год после внедрения модели показали повышение количества посещений в отделении психологической реабилитации (табл.)

*Таблица*

**Количество посещений психологической службы за 2012 г. ГБУЗ ПКБ № 12 ДЗМ**

	Дифференциальная диагностика	Индивидуальных посещений	Динамические Сеансы	Релаксация Сеансы	Общее кол-во посещений
1 кв.	494	2608	337	311	9391
2 кв.	532	3145	247	333	10021
3 кв.	578	2637	165	333	8291
4 кв.	746	4175	400	454	12205

Данные показатели свидетельствуют об эффективности внедрения новой модели. Повышение количества посещений психологической службы коррелировало с сокращением койко-дня на 30% и уменьшением затрат на лечение, а также с увеличением числа пролеченных больных в круглосуточном и дневном стационаре с 5350 человек до 6472 человек.

**Выводы.** Востребованность инновационных подходов к организации работы специалистов в психиатрическом учреждении обусловлена необходимостью повышения качества медицинских услуг. С учетом специфики обслуживаемого контингента, в центре пограничной психиатрии, апробирована новая модель, предусматривающая оптимальное взаимодействие специалистов за счет полной интеграции психолога в работу психиатрического отделения и расширения его компетенций с привлечением ко всему спектру терапевтических и реабилитационных мероприятий:

1. Возможности новой модели организации помощи пациентам с пограничной психопатологией позволяют сочетать традиционные подходы с более широким и рациональным использованием квалификации клинических психологов и увеличить эффективность восстановительного лечения данного контингента на 38,4%.

2. Эффективность применения структурно-бригадной модели на основе оптимальной организации дифференцированного психокоррекционного и психотерапевтического подхода за счет непосредственного взаимодействия психолога и руководителя-психотерапевта, позволяет уменьшить сроки лечения больных в стационаре на 30%, снизить дозы применяемых психотропных препаратов и, соответственно минимизировать нежелательные побочные эффекты.

3. Достижение устойчивой положительной динамики большинства статистических функциональных показателей деятельности психореабилитационного отделения позволяет считать целесообразным внедрение предложенной модели организации работы специалистов в профильных учреждениях здравоохранения.

### Литература

1. Абрамова Г.С., Юдкевич Ю.А. Психология в медицине. М., 1998.
2. Антохин Е.Ю. Системная организация психосоциальной терапии и реабилитации в стационаре. // Мат. общероссийской конференции, Москва, 28-30 октября, 2008, с. 495.
3. Букреева Н.Д., Кормачева Е.А., Кутуева Р.В., Азаева Г.Д. Организация деятельности психиатрической службы с использованием стандартов медицинской помощи // Российский психиатрический журнал. 2013. № 4. С. 27–30.
4. Ван Вайнгарден-Кремерс Р., Горюнов С.В. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112. № 12. С. 69–75.
5. Вид В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование. Социальная и клиническая психиатрия, 1995. С. 102–105.
6. Гурович И.Я. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи = Current trends and new service models in mental health care. М.: Медпрактика-М, 2007. 355 с.
8. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медпрактика-М, 2007. 179 с.

9. Гурович И.Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999 г.). М.: Медпрактика, 2000.
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психореабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004.
11. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
12. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология, (2004. С. 701–739).
13. Карвасарский Б.Д. Психотерапия учебник для студентов медицинских ВУЗов, 2012. 118 с.
14. Корнетов Н.А. Научная концепция и организация факультета клинической психологии и психотерапии в Сибирском государственном медицинском университете // Бюллетень сибирской медицины. 2004. № 1. С. 70–87.
15. Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 1. С. 19–21.
16. Кришталь В.В., Михайлов Б.В. Концепция образования медицинских психологов // Медицинские исследования. 2001. Т. 1. вып. 1. С. 87–88.
17. Кучеренко В.З., Вялков А.И. Дневные стационары. В кн.: "Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования". Учебное пособие. М.: ММА им. И.М. Сеченова, Федеральный фонд ОМС, 2000. 264 с.
18. Лукьянова И.Е. Инновационная реабилитация – приоритетное направление медико-социальной работы // Социальные технологии и исследования. 2006. № 2.
19. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. № 6.
20. Crawford M. Involving users of psychiatric services in service development - no longer an option. Psychiatric bulletin 2001; 25: 84-86.
21. Hook J. The role of psychodynamic psychotherapy in a modern general psychiatry service. Advances in Psychiatric Treatment 2001; 7: 461-468.
22. Garelick A., Fagin L. The doctor-manage relationship. Advances in Psychiatric Treatment 2005; 11: 4: 241-250.
23. Thornicroft G., Breakey W.R., Primm A.B. Case management and network enhancement of the long-term mentally ill. Social support and psychiatric disorder: research findings and guidelines for clinical practice. S. Brugha (Ed.). Cambridge University Press 1995; 239-256.

#### References

1. Abramova GS, Yudkevich YuA. Psikhologiya v meditsine. M; 1998. Russian.
2. Antokhin EYu. Sistemnaya organizatsiya psikhosotsial'noy terapii i reabilitatsii v statsionare. Mat. obshcherossiyskoy konferentsii, Moskva, 28-30 oktyabrya; 2008. Russian.
3. Bukreeva ND, Kormacheva EA, Kutueva RV, Azaeva GD. Organizatsiya deyatel'nosti psikhiatricheskoy sluzhby s ispol'zovaniem standartov meditsinskoy pomoshchi. Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal. 2013;4:27-30. Russian.
4. Van Vayngarden-Kremers P, Goryunov SV. Nekotorye aspekty organizatsii psikhiatricheskoy po-moshchi v Niderlandakh. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. C.C. Korsakova. 2012;112(12):69-75. Russian.
5. Vid VD. Brigadnyy podkhod v sovremennoy psikhiatricheskoy klinike i ego funktsional'noe strukturirovanie. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya; 1995. Russian.
6. Gurovich IYa. Sovremennyye tendentsii razvitiya i novyye formy psikhiatricheskoy pomoshchi = Current trends and new service models in mental health care. Moscow: Medpraktika-M; 2007. Russian.
8. Gurovich IYa. Praktikum po psikhosotsial'nomu lecheniyu i psikhosotsial'noy reabilitatsii psikhicheskii bol'nykh. Moscow: Medpraktika-M; 2007. Russian.
9. Gurovich IYa. Dinamika pokazateley deyatel'nosti psikhiatricheskoy sluzhby Rossii (1994-1999 g.). Moscow: Medpraktika; 2000. Russian.
10. Gurovich IYa, Shmukler AB, Storozhakova YaA. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhoreabilitatsiya v psikhiiatrii. Moscow: Medpraktika-M; 2004. Russian.
11. Kabanov MM. Reabilitatsiya psikhicheskii bol'nykh. L.: Meditsina; 1985. Russian.
12. Karvasarskiy BD. Klinicheskaya psikhologiya; 2004. Russian.
13. Karvasarskiy BD. Psikhoterapiya uchebnik dlya studentov meditsinskikh VUZov; 2012. Russian.
14. Kornetov NA. Nauchnaya kontseptsiya i organizatsiya fakul'teta klinicheskoy psikhologii i psikhote-rapii v Sibirskom gosudarstvennom meditsinskom universitete. Byulleten' sibirskoy meditsiny. 2004;1:70-87. Russian.
15. Krasnov VN. Granitsy sovremennoy psikhiiatrii i napravleniya ee razvitiya. Sotsial'naya i klini-cheskaya psikhiiatriya. 2001;1:19-21. Russian.
16. Krishtal' VV, Mikhaylov BV. Kontseptsiya obrazovaniya meditsinskikh psikhologov. Meditsinskie is-sledovaniya. 2001;1(1):87-8. Russian.

17. Kucherenko VZ, Vyalkov AI. Dnevnye statsionary. V kn.: "Organizatsiya i analiz deyatel'nosti lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniy v usloviyakh obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya". Uchebnoe posobie. Moscow: MMA im. I.M. Sechenova, Federal'nyy fond OMS; 2000. Russian.

18. Luk'yanova IE. Innovatsionnaya reabilitatsiya – prioritetnoe napravlenie mediko-sotsial'noy raboty. Sotsial'nye tekhnologii i issledovaniya. 2006;2. Russian.

19. Yastrebov VS, Mitikhin VG, Solokhina TA, Mikhaylova II. Cistemno-orientirovannaya model' psikhosotsial'noy reabilitatsii. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2008;6. Russian. 20. Crawford M. Involving users of psychiatric services in service development - no longer an option. Psychiatric bulletin 2001; 25: 84-86.

21. Hook J. The role of psychodynamic psychotherapy in a modern general psychiatry service. Advances in Psychiatric Treatment 2001; 7: 461-468.

22. Garelick A., Fagin L. The doctor-manage relationship. Advances in Psychiatric Treatment 2005; 11: 4: 241-250.

23. Thornicroft G., Breakey W.R., Primm A.B. Case management and network enhancement of the long-term mentally ill. Social support and psychiatric disorder: research findings and guidelines for clinical practice. S. Brugha (Ed.). Cambridge University Press 1995; 239-256.