

На правах рукописи

ПЛОТНИКУ-ДЕЛЕСК МАРИАНА

НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ФРАНЦИИ И РОССИИ
(СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

14.01.06 – психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Казаковцев Борис Алексеевич

Официальные оппоненты:

Солохина Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья».

Шмилович Андрей Аркадьевич, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «11» июня 2019 г. в 14.00 часов на заседании Диссертационного совета Д.208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте: www.serbsky.ru

Автореферат разослан « ____ » _____ 2019 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования

Количественное соотношение недобровольных и добровольных психиатрических госпитализаций на региональном, национальном и на международном уровнях оценивается крайне неоднозначно. Различия между соответствующими показателями в европейских странах превышают 20-кратную величину. (Wynn R., 2006; Steinert T. et al., 2006; Salize H.J. et al., 2008; Kallert T.W., 2008).

По данным исследования, проведенного во Франции в связи с разработкой проекта поправок к закону о здравоохранении, недобровольная психиатрическая госпитализация в 2010 г. составила 15% от общего количества психиатрических госпитализаций, в 1998 – 13% (Piel E. et al., 2001). По данным ежегодно проводимого в России государственного статистического наблюдения, доля недобровольных госпитализаций в общем числе госпитализаций в психиатрические стационары в 2009 г. в целом по стране составила 7,7%, в 2013 г. - 8,6%, в 2016 г. – 7,8%.

Между двумя странами существует много общего в традициях организации психиатрической помощи в целом.

В России преобладает государственная система организации психиатрической помощи. Во Франции доля государственных учреждений в общем числе учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, хотя и составляет 49%, однако доля психиатрических коек в общественном секторе равняется 73%, а доля государственного бюджетирования психиатрической помощи достигает 76,4%. (Сандье С. и соавт., 2004; Coldefy M., 2005.).

На протяжении многих лет в обеих странах используется территориальный (участковый в России и секторальный во Франции) принцип ресурсного распределения общественных служб охраны психического здоровья, что обеспечивает стабильность кадрового потенциала специалистов, участвующих в оказании гарантированных объемов психиатрической помощи. (Norton J. et al., 2007, 2009; Родина А., 2012).

Общим является и взгляд на то, что реформа стационарной психиатрической помощи не должна иметь целью ее ликвидацию (Казаковцев Б.А. и соавт. 1997, 1999; Munk-Jørgensen P., 1999; Chapiro F., 2005; Priebe S. et al., 2005; Незнанов Н.Г. и соавт., 2006; Lelliott P., 2006; Keown P. et al., 2008, 2011; Myklebust L.H. et al., 2014).

Вместе с тем между двумя странами существуют различия в подходах к нормативно-правовому регулированию вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации.

С учетом сказанного, представляет интерес провести сравнительный анализ факторов, влияющих на показатели недобровольной госпитализации при оказании психиатрической помощи во Франции и России.

Цель исследования

Разработать комплексный подход к проведению кросскультурного анализа законодательных, организационных и клинико-эпидемиологических факторов, учитываемых при недобровольной психиатрической госпитализации.

Задачи исследования

1. Установить сходство и различия нормативно-правового регулирования недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России.
2. Провести сравнительное исследование клинико-эпидемиологических и демографических факторов, обуславливающих недобровольную психиатрическую госпитализацию во Франции и России.
3. Определить сходство и различия в оценке осознания болезни при органических психических расстройствах, расстройствах шизофренического спектра и аффективных расстройствах у пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке во Франции и России.
4. Определить факторы, относящиеся к региональной организации психиатрической помощи, оказывающие влияние на повышение уровня удовлетворенности пациентов и их семей решением вопросов недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России.

Научная новизна исследования

Впервые показаны сходство и различия законодательного и организационного регулирования вопросов недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России. Впервые на основе результатов кросскультурного исследования определены клинико-демографические факторы, обуславливающие недобровольную психиатрическую госпитализацию. Впервые на основе результатов кросскультурного исследования определены сходство и различия в оценке сохранности у пациентов осознания заболевания при органических психических расстройствах, расстройствах шизофренического спектра и аффективных расстройствах у пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Впервые на основе результатов кросскультурного исследования определены факторы, относящиеся к структурной организации психиатрической помощи и организации психообразовательной работы, оказывающие влияние на удовлетворенность пациентов и их семей решением вопросов, связанных с недобровольной психиатрической госпитализацией.

Теоретическая и практическая ценность исследования

Результаты исследования существенно расширяют представления о влиянии законодательных, организационных и клинико-демографических факторов на обоснование решения о недобровольной психиатрической госпитализации. Полученные данные могут быть использованы для обмена между странами положительным опытом организации психиатрической помощи на региональном и учрежденческом уровне, включая вопросы организации психообразовательной деятельности психиатрических служб и созданием партнерских отношений между персоналом, участвующим в оказании психиатрической помощи, пациентами и их родственниками.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Положения закона, специально посвященного оказанию психиатрической помощи, по сравнению с положениями общего закона по

охране здоровья, позволяют более оперативно решать вопросы, связанные с решением вопросов недобровольной психиатрической госпитализации.

2. Результаты кросскультурных исследований клинико-эпидемиологических данных, относящихся к недобровольной психиатрической госпитализации, должны быть использованы при разработке предложений по повышению качества организации психиатрической помощи.

3. Выявление положительного опыта организации помощи на региональном и учрежденческом уровне, включая психообразовательную деятельность и анкетирование по вопросам партнерского взаимодействия пациентов, членов их семей и специалистов психиатрических служб, должно входить в задачи кросскультурных исследований в сфере оказания психиатрической помощи.

Личный вклад автора

Автором лично сформулированы цель и задачи исследования, проведен отбор групп пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке в Больничный Центр дю Рувре в Руане (Франция) и в Московскую городскую клиническую психиатрическую больницу № 3 им. В.А. Гиляровского (Россия), и проведен сравнительный анализ выявленных клинико-демографических характеристик пациентов.

В Больничном Центре дю Рувре автором лично проводилась психообразовательная программа «Моя болезнь и мое лечение», предназначенная для добровольно и недобровольно госпитализированных больных шизофренией.

Автором лично проведен анализ данных анкетирования пациентов по вопросам удовлетворенности организацией стационарного лечения и проводимой психообразовательной работы в указанных учреждениях.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования используются в работе отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ

«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

Апробация работы

Основные положения диссертации докладывались и обсуждались на Проблемном совете по социальной, клинической психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва, 2014, 2019).

Материалы исследования докладывались:

на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (Казань, 2015); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Университетская клиника психиатрии: Союз науки и практики» (Москва, 2016);

на Французско-Российском семинаре «Телемедицина в психоневрологии» (Санкт-Петербург, 2016); на научно-практической конференции «Психообразование 2016: наука и практика» (Москва, 2016); на научно-практической конференции «Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты» (Москва, 2016);

на симпозиуме в рамках XV Ассамблеи «Здоровье Москвы» «Перспективные клиничко-организационные модели психиатрической помощи в городе Москве» (Москва, 2016); на заседании Совета по вопросам модернизации государственной системы здравоохранения города Москвы при Общественной палате Москвы (Москва, 2017).

Публикации. Результаты исследования изложены в 9 научных публикациях, из них в 8 - в журналах, включенных в Перечень периодических изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 143 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, двух глав с анализом результатов собственных исследований, заключения, выводов и приложений; иллюстрирована 13 таблицами, 6 рисунками. Указатель

литературы содержит 259 источников, в том числе 93 отечественных, 166 иностранных.

Содержание работы

Материалы и методы исследования

В соответствии с целью и задачами исследования проведен сравнительный клинико-эпидемиологический анализ факторов, обуславливающих недобровольную психиатрическую госпитализацию пациентов в медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, проживающих в г. Руане, Франция, и г. Москве, Россия. В сплошном исследовании участвовали 400 недобровольно госпитализированных пациентов: 200 пациентов Больничного Центра дю Рувре (Руан), недобровольно госпитализированных в 2013-2017 гг., и 200 пациентов Московской городской клинической психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского (Москва), недобровольно госпитализированных в 2016-2017 гг.

Из общего числа недобровольно госпитализированных 400 пациентов у 140 (35,0%) диагностировались шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29), у 89 (22,25%) – органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), у 87 (21,8%) – расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-38). У 29 (7,25%) пациентов – психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19). У 26 (6,5%) – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69), у 14 (3,5%) - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48), у 12 (3,0%) – умственная отсталость (F70-79). У 1 (0,25%) пациента – поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-59), у 1 (0,25%) – расстройства психологического развития (F80-89), у 1 (0,25%) – эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F90-98).

В качестве основного *инструмента исследования* использована «Базисная карта эпидемиологического исследования», разработанная в ФГУ

ФМИЦПН им. В.П.Сербского Минздрава России, включающая социально-демографические (пол, возраст, образование, занятость, наличие инвалидности, семейное положение) и клинические данные (длительность психического расстройства до обращения к психиатру, диагноз по критериям МКБ-10, данные о динамическом наблюдении у психиатра).

В Больничном Центре дю Рувре (Руан, Франция) с целью сравнительного анализа данных об удовлетворенности организацией работы приемного отделения и отделений, предназначенных для проведения лечения, а также об удовлетворенности отношениями с медицинским и обслуживающим персоналом проведено анкетирование 165 добровольно и 132 недобровольно госпитализированных в 2008 г. и 2014 г.

В Городской клинической психиатрической больнице №3 им. В.А. Гиляровского (Москва, Россия) подобное анкетирование 187 добровольно и 73 недобровольно госпитализированных пациентов было проведено в 2016 и 2017 гг.

В Больничном Центре дю Рувре с 2015 г. для добровольно и недобровольно госпитализированных больных шизофренией была использована психообразовательная программа «Моя болезнь и мое лечение», которая проводилась в *закрытых* группах в течение 2,5 месяцев в период пребывания пациентов в стационаре и амбулаторно после их выписки из стационара.

Программа осуществлялась на добровольной для пациентов основе, состояла из 21 сеанса и включала:

информацию о шизофрении; информацию о нейролептиках, включая различия между нейролептиками первого и второго поколения); информацию о влиянии лечения на негативные, позитивные и когнитивные симптомы болезни, о рисках, связанных с прекращением лечения; ролевые игры (пациенты играют роль врача, а представители медицинского персонала играют роль пациента, в ходе игры обсуждается получаемое лечение);

обсуждение времени приема лечения, необходимости его регулярного проведения, соблюдения рецептурных предписаний врача; обсуждение отрицательных (побочных) эффектов лечения и необходимости продолжения лечения независимо от этих эффектов;

дискуссии с обсуждением негативных эффектов нейролептиков; обсуждение симптомов болезни и ее предвестников, в том числе перед обострением (тревога, изменение длительности сна, наличие галлюцинаций и др.) с ежедневным заполнением опросника;

научение навыкам обсуждения эффекта лечения с медицинским персоналом; заполнение опросника для выявления остаточных симптомов;

выбор пациентом из своего окружения доверенного лица (необязательно кого-то из семьи пациента, это может быть друг, просто знакомый, человек, которому пациент доверяет и кто дает своё согласие на эту роль);

обсуждение со своим доверенным лицом и психиатром своих симптомов и адаптации к ним (проводится в виде ролевой игры);

занятие с психиатром об умении обнаружения симптомов, которые указывают на необходимость срочного обращения к врачу, особенно пациентов, принимающих лечение нейролептиками (высокая температура, затянувшиеся запоры и др.), о роли доверенного лица в обеспечении оказания срочной помощи.

В конце каждого сеанса проводилось индивидуальное анкетирование удовлетворенности пациентов проведенным занятием. Уровень осознания болезни определялся до начала и по окончании психообразовательного цикла. С этой целью на основе шкалы Insight Q8 Bourgeois, устанавливался так называемый психообразовательный диагноз. Шкала включала 8 вопросов:

1. «Что Вас привело сюда?»;
2. «Какой болезнью Вы страдаете?»;
3. «Считаете ли Вы себя больным?»;
4. «С чем это связано?»;
5. «Страдаете ли Вы физически или морально?»;
6. «Чем мы можем Вам помочь?»;
7. «Думаете ли Вы, что выздоровление возможно?»;
8. «Влияет ли Ваша болезнь на Вашу профессиональную, семейную и социальную жизнь?».

Психообразовательный диагноз устанавливался в зависимости от балльной оценки по шкале: 0-3 - нет осознания болезни; 4-6 - среднее осознание болезни; 7-8 - хорошее осознание болезни.

Из 60 пациентов, участвовавших в программе, 25 были госпитализированы недобровольно, 10 были госпитализированы добровольно и 25 находились на амбулаторном лечении.

В Московской городской клинической психиатрической больнице №3 им. В.А. Гиляровского с 2016 г. для добровольно и недобровольно госпитализированных больных шизофренией на добровольной основе использовалась психообразовательная программа, которая состояла из двух циклов. Первый цикл был рассчитан на пациентов стационара и включал 5 *открытых* групповых сессий, которые проводились три раза в неделю. Второй цикл был рассчитан на пациентов дневного стационара, включая прошедших стационарное лечение, и состоял из 7 *открытых* групповых сессий, которые проводились два раза в неделю. Общая продолжительность психообразования 5 недель. Родственники проходили занятия один раз в неделю.

Программа для пациентов и родственников пациентов включала 5 базовых тем:

причины психических заболеваний; симптомы психических расстройств: расстройства настроения, расстройства сна и аппетита, изменения восприятия и поведения, изменения мышления; обучение ведению дневника самонаблюдения и распознавания признаков болезни; обмен личным опытом;

роль лекарственной и психосоциальной терапии в избавлении от симптомов, их предупреждении, недопущении повторных и частых госпитализаций; информация о различных классах лекарственных препаратов, применяемых в психиатрии (нейролептики, корректоры, антидепрессанты, нормотимики); информация о способах приема лекарств (таблетки, инъекции, пролонги);

информация о целях лечения (восстановление социального функционирования, избавление от симптомов заболевания, профилактика

рецидива; необходимость длительного приема препаратов; побочные эффекты и способы их преодоления; ролевые модели обмена личным опытом);

информация о способах совладания с болезнью: о получении навыков преодоления стойких симптомов; о стратегии поведения в случае обострения болезни (незамедлительное обращение к врачу; обучение четкому формулированию вопросов к врачу; ответственность пациента за прохождение лечения, соблюдение режима лечения и выполнение повседневных социальных требований);

формирование представления о самоконтроле, о важности делиться с врачом не только симптомами ухудшения самочувствия, но и признаками улучшения состояния, личными успехами);

формирование представления о видах психиатрической помощи, об этапах лечения, о длительности лечения, о возможностях получения помощи в случае изменения психического состояния (этап активного лечения в стационаре, продолжение лечения в дневном стационаре, этап поддерживающего лечения в диспансере); отделение интенсивного оказания психиатрической помощи; отделение Телефон доверия.

При переходе в дневной стационар пациенты включались в программу психообразования, где повторялись те же темы, однако занятия проходили в более интерактивной форме с учетом наличия у пациентов базовых знаний. К 5 базовым темам добавлялись дополнительные 2 темы:

психотические расстройства, бред и галлюцинации, выявление и совладание, работа с травматическим психотическим опытом, обмен опытом между участниками группы;

формирование представления о важности социального окружения в процессе выздоровления; анализ собственных социальных связей; формирование поддерживающего социального окружения (близкие, профессионалы, сообщества, группы самопомощи).

Для получения обратной связи от пациентов и для последующего использования при оценке эффективности проведенной психообразовательной

программы в конце каждого сеанса проводилось индивидуальное анкетирование удовлетворенности пациента проведенным занятием. Анкеты включали следующие 4 вопроса:

1. «Какое у Вас настроение?»; 2. «Получили ли Вы на занятии новую, полезную информацию?»; 3. «Прозвучали ли на занятии идеи, которые Вы могли бы применять на практике?»; 4. «Получили ли Вы информацию, которая могла бы Вам помочь в будущем?».

После окончания базового цикла проводилась оценка знаний с помощью тестов, содержащих по два вопроса из обсуждаемых тем. Из 115 пациентов, участвовавших в программе, 38 были госпитализированы недобровольно, 77 были госпитализированы добровольно.

Статистическая значимость различий между сравниваемыми показателями устанавливалась с применением программы MedCalc.

Для расчета использовались метод хи-квадрат (Richardson J.T., 2011) и критерий Стьюдента (различия считались статистически значимыми при $t > 2$ при критическом значении уровня значимости, равным 0,05).

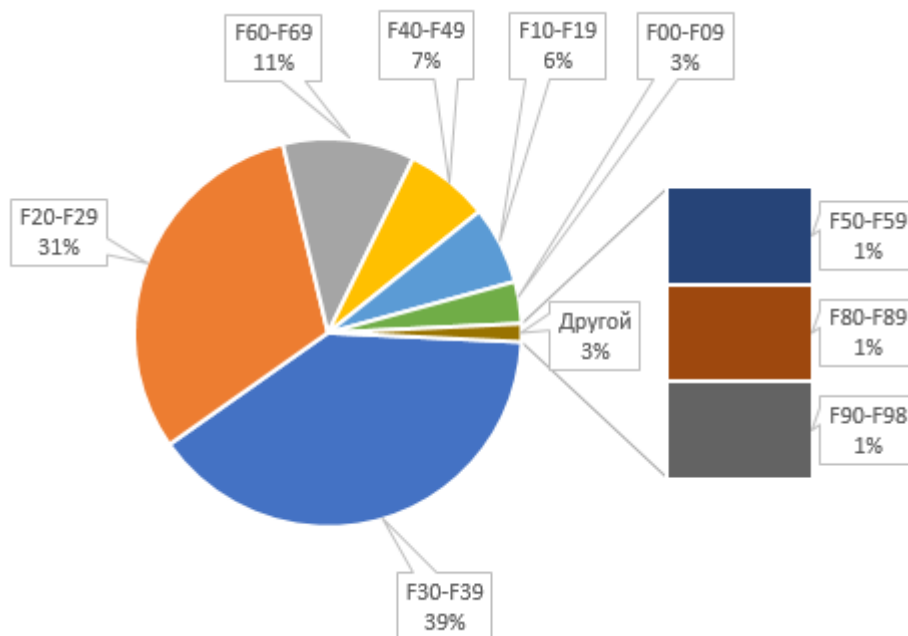
Результаты исследования

Сравнительная характеристика клинических и социальных факторов, оказывающих влияние на принятие решения о недобровольной госпитализации при оказании психиатрической помощи во Франции и России

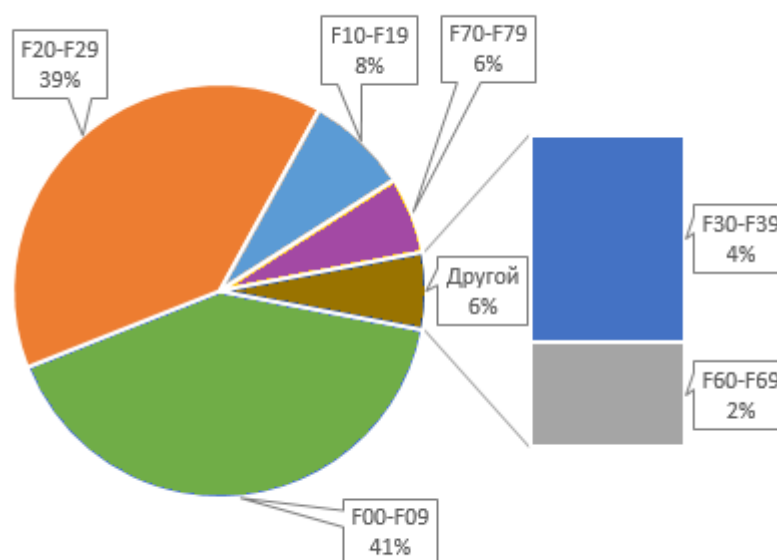
Сходство в клинической характеристике психических расстройств у недобровольно госпитализируемых пациентов проявляется в отсутствии статистически значимых различий в частоте диагностики (Рис. А и Б):

- расстройств шизофренического спектра (31% во Франции и 39% в России);
- психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (6,5% во Франции и 8% в России).

При сравнении психических расстройств у недобровольно госпитализируемых пациентов выявляются статистически значимые различия в



А



Б

Рисунок 1. Структура психических расстройств у пациентов в период их недобровольной госпитализации: А — в Руане (2013-2017); Б — в Москве (2016-2017).

частоте диагностики неоднородных по тяжести психических расстройств (Рис. 1. А и Б):

- органических психических расстройств (3,5% во Франции и 41% в России; $p < 0,05$);
- аффективных расстройств (39,5% во Франции и 4% в России; $p < 0,05$);

- расстройств личности (11% во Франции и 2% в России; $p < 0,05$).

Большая тяжесть клинических проявлений у недобровольно госпитализированных пациентов в России подтверждается статистически значимыми различиями ($p < 0,05$) в частоте случаев установлении инвалидности вследствие психических и соматических расстройств. Тяжестью клинических проявлений обусловлены и статистически значимые различия (чаще в России, $p < 0,05$) в продолжительности недобровольной госпитализации, в длительности периода диагностики психического расстройства и в возрастных характеристиках пациентов.

Среди недобровольно госпитализируемых пациентов во Франции статистически значимо больше, чем в России ($p < 0,05$), лиц со средним и незаконченным высшим образованием, работающих и обучающихся, состоящих в браке.

В России среди недобровольно госпитализируемых пациентов преобладают ($p < 0,05$) пенсионеры по возрасту и по инвалидности, значимо больше число вдов и вдовцов.

Сравнительная характеристика отношения недобровольно госпитализируемых пациентов к заболеванию во Франции и России

Статистически значимые ($p < 0,05$) различия в осознании пациентами факта заболевания объясняются разной тяжестью клинических проявлений и разными подходами к организации психообразовательной работы с больными шизофренией.

Во Франции при выписке из стационара пациенты в 12% случаев заявляют о том, что они нуждались в лечении, но не понимали этого. В России таких случаев не было отмечено ни одного.

В России при выписке из стационара у пациентов статистически значимо преобладает позиция «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован». Во Франции у таких пациентов статистически значимо чаще имеет место неопределенная позиция.

На вопрос о том, бывали ли у них ранее «психические срывы», положительный ответ статистически значимо чаще дают пациенты во Франции, а ответ «Затрудняюсь ответить» - в России.

При органических психических расстройствах позиция «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован» и «Затрудняюсь ответить» более характерна для пациентов в России, а позиция «Нет ответа» - для пациентов во Франции. Положительный или неопределенный ответ на вопрос о том, отмечали ли они у себя «психические срывы» в прошлом, более характерен ($p < 0,05$) для пациентов в России, отрицательный – для пациентов во Франции.

При расстройствах шизофренического спектра и аффективных расстройствах определенная позиция «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» или неопределенные позиции «Затрудняюсь ответить» или «Нет ответа», более характерны ($p < 0,05$) для пациентов во Франции.

Сравнительная характеристика организации психиатрической помощи во Франции и России

Сходство в организации психиатрической помощи.

- Сбалансированное территориальное распределение стационарных, полустационарных и амбулаторных консультативных форм помощи.
- Между сравниваемыми учреждениями двух стран не установлено существенных различий по величине показателей недобровольной психиатрической госпитализации (22,3% во Франции и 25,4% в России).
- К традиционным предпосылкам к оценке качества психиатрической помощи в обеих странах относятся структура и кадровое обеспечение учреждений и подразделений, достаточные для своевременного обслуживания населения, проживающего на определенной территории.
- С развитием полипрофессионального подхода к организации помощи все большее значение приобретает критерий использования инновационных технологий.

- Работа по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере терапевтического просвещения во Франции и психообразования в России сопровождается активным использованием в обеих странах ресурса партнерского взаимодействия пациентов и персонала психиатрических служб.
- Региональные органы управления здравоохранением в обеих странах в равной мере рассматривают психообразование в качестве приоритетного направления профилактической деятельности.
- При этом психообразовательная деятельность в равной мере относится к стационарным и амбулаторным пациентам с эндогенными психическими расстройствами вне обострения.

Различия в организации психиатрической помощи.

- Во Франции основополагающим принципом совершенствования психообразовательной деятельности считается осуществление региональным органом управления здравоохранением периодического контроля за накоплением и использованием соответствующего положительного опыта работы участников психообразовательного процесса.
- В России к стратегическим направлениям работы учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, относится полный охват программами психообразования первичных пациентов. Принципиальной установкой является ориентация на признание равного значения психообразования пациентов и их родственников.
- Службы охраны психического здоровья во Франции придерживаются практики более строгой регламентации проведения психообразовательных циклов с их большей продолжительностью и закрытостью, а также с более строго ограниченным числом участников занятий.
- Во Франции психообразовательная программа в большей мере ориентирована на обучение пациентов по вопросам, связанным с

распознаванием симптомов шизофрении и ее медикаментозным лечением. В результате большей информированности имеет место большее осознание болезни и большая комплаентность пациентов.

- В России участие в открытых группах позволяет пациенту или его родственнику не только присоединиться к психообразовательной работе на любом этапе, но также, по желанию, повторять посещение психообразовательного цикла или отдельного занятия.
- В России в организации психообразовательных занятий с родственниками пациентов больше внимания уделяется вопросам организации психиатрической помощи и связанным с ней юридическим и социальным вопросам. В практике осуществления психообразовательной деятельности характерно стремление предоставить пациентам и их родственникам возможность использовать не только повторное посещение того или иного занятия, но и повторение уже пройденного материала в структуре последующего занятия.
- В России психообразовательная программа главным образом направлена на адаптивную перестройку поведения пациента, на развитие социальных навыков и формирование удовлетворенности всем комплексом участвующих служб психиатрической помощи.

Значение различий в законодательстве Франции и России

Законодательные положения, регулирующие оказание психиатрической помощи в части недобровольной психиатрической госпитализации, в России более детализированы, чем во Франции.

В отличие от Франции, в России при законодательном решении вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации наряду с критерием непосредственной опасности лица используются критерий беспомощности и критерий утяжеления состояния, если лицу своевременно не будет оказана психиатрическая помощь.

Законодательно во Франции вдвое больше времени, чем в России, предусмотрено на исполнение последовательно реализуемой процедуры недобровольной психиатрической госпитализации.

Законодательно разрешенное использование в России критерия тяжести психического расстройства объясняет статистически значимые различия в частоте диагностики у пациентов, госпитализируемых в недобровольном порядке, органических психических расстройств (чаще в России), аффективных расстройств (чаще во Франции) и расстройств личности (чаще во Франции).

Выводы

1. Законодательные положения, регулирующие оказание психиатрической помощи в части недобровольной психиатрической госпитализации, в России более детализированы, чем во Франции. В отличие от Франции, в России наряду с критерием непосредственной опасности лица используются критерий беспомощности и критерий утяжеления состояния, если лицу своевременно не будет оказана психиатрическая помощь.

2. Между двумя странами не установлено статистически значимых различий по частоте диагностики в случаях недобровольной психиатрической госпитализации расстройств шизофренического спектра (31% во Франции и 39% в России), а также психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (6,5% во Франции и 8% в России).

Законодательно предусмотренное использование в России критерия тяжести психического расстройства объясняет различия в частоте диагностики органических психических расстройств (3,5% во Франции и 41% в России; $p < 0,05$), аффективных расстройств (39,5% во Франции и 4% в России; $p < 0,05$) и расстройств личности (11% во Франции и 2% в России; $p < 0,05$). Тяжестью клинических проявлений обусловлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) в продолжительности недобровольной госпитализации, в длительности периода диагностики психического расстройства и в возрастных характеристиках пациентов. Соответственно среди недобровольно

госпитализируемых пациентов во Франции статистически значимо больше, чем в России ($p < 0,05$), лиц со средним и незаконченным высшим образованием, работающих и обучающихся, состоящих в браке. В России среди недобровольно госпитализируемых пациентов преобладают ($p < 0,05$) пенсионеры по возрасту и по инвалидности, значимо больше число вдов и вдовцов.

3. Различной тяжестью клинических проявлений и различными подходами к организации психообразовательной работы объясняются данные, характеризующие различия между контингентами недобровольно госпитализируемых пациентов в двух странах в осознания пациентами факта заболевания.

Во Франции при выписке из стационара пациенты в 12% случаев заявляют о том, что они нуждались в лечении, но не понимали этого. В России таких случаев не было отмечено ни одного.

При органических психических расстройствах с характерным для пациентов выраженным снижением критических функций позиция «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован» и «Затрудняюсь ответить» более характерна для пациентов в России, а позиция «Нет ответа» - для пациентов во Франции. Положительный или неопределенный ответ на вопрос о том, отмечали ли они у себя «психические срывы» в прошлом, более характерен для пациентов в России, отрицательный – для пациентов во Франции.

При расстройствах шизофренического спектра и аффективных расстройствах определенная позиция «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» или неопределенные позиции «Затрудняюсь ответить» или «Нет ответа», более характерны для пациентов во Франции.

4. В аспекте организации психиатрической помощи значительное сходство между двумя странами отмечено в подходах к достижению сбалансированного территориального распределения стационарных, полустационарных и амбулаторных консультативных форм помощи. Между

сравниваемыми учреждениями двух стран не установлено существенных различий по величине показателей недобровольной психиатрической госпитализации (22,3% во Франции и 25,4% в России).

4.1. К традиционным предпосылкам к оценке качества психиатрической помощи в обеих странах относятся структура и кадровое обеспечение учреждений и подразделений, достаточные для своевременного обслуживания населения, проживающего на определенной территории. Вместе с тем число консультаций, амбулаторно проводимых врачами-психиатрами и психологами в Руане, многократно превышает таковое в Москве; в отчетности амбулаторных подразделений в Руане наибольшую распространенность имеют сестринские консультации, в Москве консультативная деятельность психиатрических медицинских сестер не учитывается вообще.

4.2. Региональные органы управления здравоохранением в обеих странах в равной мере рассматривают психообразование и партнерское взаимодействие пациентов и персонала психиатрических служб в качестве основных направлений профилактической деятельности.

Отличительные особенности приоритетов региональных органов управления здравоохранением в области психообразования заключаются в следующем.

В России принципиальной установкой является ориентация на признание равного значения психообразования пациентов и их родственников. Во Франции основополагающим принципом совершенствования психообразовательной деятельности является осуществление региональным органом управления здравоохранением контроля за накоплением и использованием положительного опыта работы участников психообразовательного процесса.

4.3. Различается формат работы психообразовательных групп: *закрытых* во Франции и *открытых* в России.

Во Франции строгая регламентация проведения *закрытых* психообразовательных групп, включая большую продолжительность

психообразовательных циклов, ограниченное число участников занятий, ориентация пациентов на распознавание симптомов шизофрении и ее медикаментозное лечение обеспечивает их большую комплаентность.

В России участие в *открытых* группах позволяет пациентам и их родственникам участвовать в психообразовании на любом этапе программы, повторять посещение психообразовательного цикла или отдельного занятия. При проведении занятий больше внимания уделяется вопросам организации психиатрической помощи. Психообразовательная программа главным образом направлена на перестройку поведения пациента и на развитие социальных навыков.

В обеих странах необходимо проведение сравнительных исследований недобровольных госпитализаций в целях оценки эффективности указанных двух моделей психообразования с использованием тестирования отношения пациентов к медикаментозному и психосоциальному лечению, изучения копинг-стратегий, оценки мотивации участия в психообразовательных программах.

Практические рекомендации

1. Разработанный в ходе настоящего исследования комплексный подход к кросскультурному анализу нормативно-правовых, организационных и клинико-эпидемиологических данных в качестве методологической основы может быть использован для проведения международных, этнокультурных, межрегиональных и межучрежденческих сравнительных исследований в области оказания психиатрической помощи.

2. Обмен опытом между региональными и муниципальными органами управления здравоохранением и учреждениями, участвующими в оказании психиатрической помощи, особенно необходим в тех случаях, когда при равных или близких медико-географических, демографических, организационных и клинико-эпидемиологических условиях имеют место различия в показателях качества организации психиатрической помощи.

3. Эффективность использования недобровольной психиатрической госпитализации может зависеть не только от организации лечебно-реабилитационной и психообразовательной деятельности специалистов психиатрических служб, но также от участия в организации психиатрической помощи законодательных и исполнительных органов власти страны и региона.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Плотнику-Делеск, М. Законодательное, организационное и этическое регулирование недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России / М. Плотнику-Делеск, Б.А. Казаковцев // Психическое здоровье. - 2015. - № 1. - С. 57-71.
2. Казаковцев, Б.А. Изучение удовлетворенности пациентов организацией стационарной психиатрической помощи в Руане (Франция) и в Москве (Россия) / Б.А. Казаковцев, Г.П. Костюк, М. Плотнику-Делеск, Л.Л. Кузнецова // Психическое здоровье. - 2015. - № 8. - С. 3-10.
3. Плотнику-Делеск, М. Анкетирование удовлетворенности пациентов стационарным психиатрическим лечением во Франции и в России / М. Плотнику-Делеск, Б.А. Казаковцев // Психическое здоровье. - 2015. - № 11. - С. 40-46.
4. Казаковцев, Б.А. Реорганизация психиатрической помощи в Руане (Франция) и в Москве (Россия) / Б.А. Казаковцев, Г.П. Костюк, М. Плотнику-Делеск, О.А. Карпенко // Вестник психиатрии, неврологии и нейрохирургии. - 2016. - № 12. - С. 3-10.
5. Казаковцев, Б.А. Организация психообразовательной работы в г. Руане (Франция) и в г. Москве (Россия) / Б.А. Казаковцев, Г.П. Костюк, М. Плотнику-Делеск, О. Гиллан, С. Аузир, В. Буржуа, М. Фариди, М.В. Пак, О.А. Кондратенко, Н.Д. Семенова // Вестник психиатрии, неврологии и нейрохирургии. - 2017. - № 2. - С. 3-10.
6. Казаковцев, Б.А. Психообразовательная работа во Франции и Россия: кросскультурное исследование / Б.А. Казаковцев, Г.П. Костюк, М.

Плотнику-Делеск, О.А. Карпенко // Российский психиатрический журнал. - 2017. - № 2. - С. 4-11.

7. Казаковцев, Б.А. Недобровольная психиатрическая госпитализация во Франции и в России: кросскультурное исследование / Б.А. Казаковцев, Г.П. Костюк, М. Плотнику-Делеск, О.А. Карпенко, Н.В. Чернов, С.А. Трущелев // Психическое здоровье. - 2017. - № 6. - С. 3-11.
8. Плотнику-Делеск, М. Подходы к оценке эффективности использования психообразовательных программ во Франции и России / М. Плотнику-Делеск, О.А. Карпенко, М.В. Созинова, Н.Г. Карабашева, Н.В. Чернов, Н.Д. Семенова, Б.А. Казаковцев // Психическое здоровье. - 2017. - № 9. - С. 3-10.
9. Казаковцев, Б.А. Использование принципов модульности в организации психиатрической помощи / Б.А. Казаковцев, М. Плотнику-Делеск, С. Аузир // Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты. Научно-практическая конференция (31 октября 2016 г.): Сборник материалов. – М.: «КДУ», «Университетская книга», 2017. – С. 98-102.