

# Забота о психическом здравье в мегаполисе

Психиатрическая служба – важный компонент системы здравоохранения, особенно в условиях мегаполиса с его высокой плотностью населения. В последние годы ее структура и методы работы претерпели существенные изменения. Как это повлияло на качество и доступность этого вида помощи?



**Георгий Костюк**, главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева, д. м. н., профессор



Фото: НИИОЗММ

— Георгий Петрович, расскажите, пожалуйста, как развивается психиатрическая служба столицы, какие изменения она претерпела?

— Если взглянуть на историю вопроса, то мы увидим, что подходы к помощи людям, имеющим ментальные проблемы, сильно изменились за прошедшие пару столетий, постепенно становясь более гуманными. Если в XIX веке душевнобольных отправляли исключительно в изоляцию, то в XX веке их стали лечить. Поначалу для этого их помещали в больницы, но вскоре стало понятно, что больницы необходимы в самый острый, тяжелый период, а в остальном нужно быстрее переходить к внебольничным формам терапии. Москва, кстати, стала первым городом, где теперь уже в далеком 1919 году была организована амбулаторная служба психолого-психиатрической помощи и появились первые участковые психиатры, а в 1924 году был создан первый психиатрический диспансер. Уже тогда у организаторов психиатрической службы было ясное понимание, что нельзя всех пациентов собирать в больницах, изолируя их от общества. Необходимо заниматься амбулаторным оказанием помощи и, наоборот, как можно скорее стремиться вернуть их к привычной жизни. Правда, для этого требуются значительные усилия по управлению службой, серьезная работа с пациентами и постоянный контроль. В дальнейшем, к сожалению, возобладал экстенсивный подход к лечению психических заболеваний. Видимо, из-за того, что гораздо проще запереть больного в стационаре. Так, в начале 1990-х годов в Москве было 16 психиатрических стационаров на 16 тысяч коек, и это без учета психоневрологических интернатов. Огромные числа, учитывая, что в столице тогда проживало не 13 млн человек, как сейчас, а всего лишь 9 млн. Больные находились в стационарах годами, а бывало и десятилетиями. В одном из наших подмосковных филиалов мы в 2014 году обнаружили пациента, который попал туда в 1982 году! 32 года в больнице! Он не имел инвалидности, не был лишен дееспособности, просто как-то адаптировался к больничным условиям и жил там.

»

На территории  
Психиатрической  
клинической больнице № 1 имени  
Н. А. Алексеева



Фото: НИИОЗММ

▲  
В центре ментального здоровья

**– Но как можно отпустить душевнобольного человека домой? Кто будет отслеживать его состояние? Или хотя бы следить, принимает ли он лекарства?**

– Сегодня взамен таблетированных форм антипсихотиков, которые применяются при хронических психических заболеваниях, таких как шизофрении, появились инъекционные препараты пролонгированного действия. Одной инъекции хватает на период от двух недель до трех месяцев. Пациент, который ее получил, находится под медикаментозным прикрытием, и уже нет опасений за него, что он может забыть принять лекарства или целенаправленно отказаться от их приема. И когда у нас появились такие лекарства, стало понятно, что больничный подход к лечению пациентов не соответствует уже ни запросам общества, ни современным возможностям. Ведь за последние годы развитие получила не только медикаментозная сторона лечебного процесса, но и так называемая психосоциальная терапия. Совершенствовались разные методы

психологической, психосоциальной помощи, которые позволяют человеку быстрее адаптироваться, ресоциализироваться, вернуться в общество, к своей привычной жизни.

**– Когда началась реорганизация системы психиатрической помощи в Москве?**

– Переформатирование службы началось в 2012 году, когда была поставлена задача активно внедрять внебольничные формы лечения. Конечно, было много сомнений по этому поводу, пессимистические и даже порой катастрофические прогнозы: «Как же душевнобольные будут ходить по городу, чем это закончится?». Всегда найдутся люди, которые скептически относятся к любым изменениям. И это хорошо, что они есть, потому что они позволяют иногда увидеть риски, которые не бросаются в глаза, а значит, появляется возможность их профилактировать.

Изменения внедрялись постепенно, и сегодня внебольничная помощь пациентам



## ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ – ВАЖНЕЙШИЙ ЭЛЕМЕНТ, ДОВОЛЬНО СЛОЖНЫЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ. ПРИ ВСЕЙ ПОСТУЛИРОВАННОЙ ОЧЕВИДНОСТИ ИХ ПОЛЬЗЫ ЭТОТ РЕСУРС НЕ ТАК ЛЕГКО БЫЛО ЗАДЕЙСТВОВАТЬ

стоит на двух опорах: на системе районных дневных стационаров, максимально приближенных к местам проживания пациента, и системе участковой службы, которая в том числе проводит медикаментозное лечение инъекционными формами лекарственных средств пролонгированного действия. Участковая служба отвечает за своевременное и правильное выполнение инъекции. Значит, вероятность обострения минимальна. Она не равна нулю. Есть разные обстоятельства, когда на фоне приема медикаментов происходят ухудшения, но широкое использование этой группы препаратов дало очень хорошую динамику снижения рецидивов заболеваний. Благодаря этому наши пациенты стали реже госпитализироваться.

### – Как организована работа дневных стационаров, какие виды помощи оказываются в них?

– Дневные стационары – важнейший элемент, довольно сложный для развития. При всей постулированной очевидности их пользы этот ресурс не так легко было задействовать. Они и раньше существовали, но в полной мере не выполняли своих задач. Мы занялись активизацией института дневных стационаров. Начали переводить туда на долечивание пациентов из скоропомощного стационара после купирования острой стадии обострения. Было много обоснованных сомнений и опасений. Ведь в стационаре наш пациент под круглосуточным присмотром, с ним ничего не может произойти, а что будет дома?

Тем не менее мы реорганизовали службу и создали такую модель: этап купирующий, самый острый, пациент проводит в круглосуточном стационаре. Когда острое состояние преодолено, он выписывается и начинается внебольничный этап терапии. Стабилизирующее лечение проходит в дневном стационаре. Хотя самый острый период заболевания

уже пройден, пациент все еще находится хотя и в стабилизированном, но все-таки в психотическом состоянии. В дневном стационаре он пребывает первую половину дня, где продолжает курс лечения: посещает групповые и индивидуальные занятия с психотерапевтом, психообразование, тренинги социальных навыков, осваивает приемы самонаблюдения. После достижения устойчивой стабилизации состояния пациента начинается амбулаторный этап внебольничной помощи, которым занимается уже участковая служба. Их основная задача – не допустить рецидива психоза.

### – Как прошел перевод пациентов из круглосуточного стационара на амбулаторное долечивание?

– Поначалу, как я уже говорил, мы сомневались: будет ли пациент выполнять назначения врача, придет – не придет на следующий прием... На враче лежит серьезная ответственность, поэтому период перехода на новую систему работы с пациентами был сложным. Мы максимально стремились к тому, чтобы перевод пациента из больницы в дневной стационар был бесшовным, чтобы врачи дневного стационара заранее знакомились с пациентом, пока тот лечится в больнице. При сегодняшнем уровне цифровизации организовать их общение по телефону или видеосвязи не составляет труда. Мы взяли за правило доставлять пациента из круглосуточного в дневной стационар в сопровождении медицинского работника, со всей медицинской документацией. Врачи там его уже ждут, они уже знают о нем все: что это за пациент, какая у него терапия, какое дальнейшее лечение предполагается. И когда это все было выстроено, то оказалось, что в общем-то рисков никаких нет, и эта модель стала работать.

В дневных стационарах осуществляется очень большой объем лечебно-реабилитационной работы, который направлен на долечивание либо на предотвращение >>>

госпитализации. Например, если участковый врач замечает у пациента ухудшение состояния, пусть даже незначительное, и в ходе распросов понимает, что действительно у того начинается обострение болезни, он направляет такого человека в дневной стационар, где он будет находиться под ежедневным наблюдением врачей. Сотрудники дневного стационара активизируют фармакотерапию, назначают препараты в инъекционной форме или даже внутривенно капельно.

Дневные стационары существенно разгрузили круглосуточные койки. Если сравнивать с 2012 годом, когда мы только приступили к преобразованию психиатрической службы, то число пациентов в круглосуточных

стационарах снизилось вдвое. И продолжительность лечения также сократилась за это время примерно в два раза.

### — **Что же стало с освободившимися психиатрическими учреждениями?**

— Часть психиатрических учреждений были переданы в Департамент труда и социальной защиты населения Москвы, и они превратились в психоневрологические интернаты. Это решило проблему дефицита подобных заведений, поскольку раньше людям приходилось иногда годами ждать очереди в интернат.

Зона релаксации  
в центре ментального здоровья



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

**— Сколько же сегодня круглосуточных стационаров в Москве, каким количеством коек они располагают?**

— У нас три скоропомощные психиатрические больницы: ПКБ № 1 имени Н. А. Алексеева, ПКБ № 4 имени П. Б. Ганнушкина и ПКБ № 13. В совокупности они располагают тремя тысячами коек и занимаются теперь именно лечебно-реабилитационной работой. Их главная задача — возвращение пациентов к обычной жизни.

В течение последних 4–5 лет основные показатели нашей работы, такие как количество

госпитализированных пациентов, сроки лечения, работа скорой психиатрической помощи, выездных служб, устоялись. Мы вышли на плато. Можно сказать, что сегодня в Москве оптимальное соотношение различных форм психиатрической помощи. В целом в базовой психиатрической службе, как мы ее называем, сейчас достигнуто определенное равновесие: она укомплектована кадрами, обладает оптимальным количеством мест в стационарах, необходимым объемом лекарственной поддержки амбулаторного этапа. В рамках льготного лекарственного обеспечения наши пациенты получают весь необходимый ассортимент фармпрепаратов. В базовой [»»](#)



В диагностическом кабинете

**СЕГОДНЯ В МОСКВЕ ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**



Фото: НИИОЗММ



Арт-терапия – хорошо известный способ навести порядок в сердце и мыслях в центрах ментального здоровья

службе установлены определенный выверенный алгоритм и преемственность. Это позволило нам заняться некоторыми специальными проектами.

### – О каких именно специальных проектах вы говорите?

– Жизнь сама продиктовала нам необходимость создания дополнительных форм оказания помощи. В 2020 году случился COVID-19 – затяжная изнурительная пандемия. Она первой ударила по москвичам. Для жителей нашего города это была очень стрессогенная ситуация. Противоэпидемические меры, которые власти вынуждены были предпринять, стали дополнительным негативным фактором для психического здоровья людей.

В начале 2021 года было принято решение об открытии консультативных центров психического здоровья на базе поликлиник для людей, которые, по большому счету, не являются пациентами психиатров, но которых мучает бессонница, тревога, сниженное настроение.

Такие состояния классифицируются как психические расстройства, но при этом к психиатру эти люди не обращаются, так как боятся, что их «затягивают» или «поставят на учет», хотя у них нет никакого учета, а ведется обычная медицинская документация – медкарта пациента, как и в обычной поликлинике.

Кроме того, на приеме у врача поликлиники есть группа пациентов, у которых нет соматической патологии – заболевания органической природы, но они испытывают болезненность, какие-то неприятные ощущения, которые, как им кажется, указывают на заболевание сердца или желудка, какого-либо другого органа. Врач начинает обследовать такого пациента по определенному алгоритму, прописанному в клинических рекомендациях, но ничего не находит. Такой пациент остается без диагноза и без лечения, а ведь он ничего не придумал, он действительно испытывает неприятные ощущения и страдает от них. Такие психические расстройства называются соматоформными, то есть они по форме похожи на соматические, но не имеют органической природы. Чем раньше такому человеку



будет оказана помощь по основному, психо-лого-психотерапевтическому профилю, тем быстрее он перестанет страдать. И наоборот: если процесс обследования затягивается, назначаются дообследования, дополнительные консультации – время теряется, а недомогания пациента становятся хроническими. Еще одна группа пациентов – это люди с соматическим заболеванием в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами. Эти расстройства требуют серьезного внимания и обязательной психотерапевтической коррекции, поскольку не только ухудшают качество жизни человека, но и затрудняют лечение соматического заболевания, с которым пациент пришел к врачу, будь то язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма, артериальная гипертензия или стенокардия. Мы провели работу с врачами поликлиник – терапевтами и другими специалистами, чтобы они направляли к нам этих пациентов.

**– Как врач в поликлинике может выявить такие проблемы? Как ему понять, что заболевание не телесное, а имеет психическую составляющую?**

– По определенному алгоритму мы провели анализ данных Единой медицинской информационно-аналитической системы и определили несколько критерии, на которые врачу стоит обращать внимание. Например, есть такие пациенты, которые очень долго обследуются и которым все время ставится функциональный диагноз, например, «вегетососудистая дистония», врачи никак не могут найти причину недомогания, человек остается без диагноза. Мы также выявили группу пациентов, которые очень часто записываются к врачу, а потом отменяют запись, и так много раз подряд в течение месяца. Мы определили и другие критерии,

позволяющие вычленить группу пациентов, имеющих явный психологический компонент, который в большей степени, чем соматика, определяет их поведение. Мы провели большую образовательную и разъяснительную работу с врачами поликлиник, объяснив им, по каким критериям необходимо отбирать пациентов, нуждающихся в психологической разгрузке и психотерапевтической коррекции.

Если подытожить, то для пациентов, которые не нуждаются в диспансерном наблюдении, мы создали специальные консультативные центры психического здоровья, которые разместили на базе 220-й и 195-й поликлиник, затем к ним добавились еще два центра. В их названии мы сознательно ушли от психиатрической терминологии, чтобы люди не боялись к нам обращаться. В положении об этих центрах мы прописали те сопутствующие расстройства (например, бессонница, тревожность), с которыми чаще всего пациенты обращаются в поликлиники.

Эти наши центры показали очень высокую востребованность у людей, и когда вице-мэр Москвы Анастасия Владимировна Ракова провела анализ нашей работы, то приняла решение о том, что такую помощь надо масштабировать и преобразовать в отдельную службу – службу ментального здоровья. Таким образом название службы стало еще более привлекательным для людей.

**– Как устроена служба ментального здоровья, кто там ведет прием? Какие методы терапии используются специалистами в ходе работы?**

– Сегодня эта служба представлена подразделениями двух типов: консультативными центрами психического здоровья на базе поликлиник и центрами ментального **»»**

**МЫ ПРОВЕЛИ БОЛЬШУЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ И РАЗЪЯСНИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ С ВРАЧАМИ ПОЛИКЛИНИК, ОБЪЯСНИВ ИМ, ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ НЕОБХОДИМО ОТБИРАТЬ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗГРУЗКЕ И ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

## СЕГОДНЯ ПСИХОЛОГИ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И СОЦЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПСИХОЛОГИ И ПСИХОТЕРАПЕВТЫ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ РАБОТАЮТ НА ЕДИНОЙ ПЛОЩАДКЕ СЛУЖБЫ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

здравья, учреждениями нового поколения. Пока в Москве два центра ментального здоровья: на Игральной и на Рабочей улицах, но работа над их созданием будет продолжена. Центры ментального здоровья выполняют те же функции и используют те же алгоритмы, что и консультативные центры психического здоровья, при этом они обладают большими возможностями. Кроме того, в них созданы максимально комфортные условия для посетителей: безбарьерная среда, много зелени, картин, там скрыты от глаз посетителей все атрибуты медицинской организации.

Еще один очень важный момент, к решению которого был применен комплексный подход: в центрах ментального здоровья объединили службу психологической помощи жителям Москвы Департамента труда и социальной защиты населения (она существует уже более 20 лет, все эти годы ее психологи в круглосуточном режиме принимали звонки по многофункциональному телефону и вели очный прием в разных районах города), а также психотерапевтическую службу Департамента здравоохранения Москвы. Сегодня психологи Департамента труда и социальной защиты населения, а также клинические психологи и психотерапевты Департамента здравоохранения Москвы работают на единой площадке службы ментального здоровья. У каждого из них свои задачи. Психологи ведут первичный прием, проводят тестирование, решают проблемы посетителей, связанные с конфликтами, трудностями в выстраивании отношений на работе, дома, с ребенком, но если они видят, что у клиента, который к ним пришел, есть потребность в психотерапевтической помощи, они направляют его к психотерапевту.

В работе с нашими клиентами сотрудники службы ментального здоровья используют методы индивидуальной и групповой психотерапии, инструментальные методы коррекции психического состояния – как физиотерапевтические (электросон, транскраниальная

магнитная стимуляция, транскраниальная электростимуляция, гипокситерапия и др.), так и нефизиотерапевтические (биологическая обратная связь, разные методы дополненной или виртуальной реальности) – в организационном плане это по-настоящему инновационный раздел нашей работы. Мы очень широко используем эти инструментальные методы в совокупности с фармакотерапией. Большинство пациентов центров ментального здоровья получают противотревожную или антидепрессивную терапию. В совокупности это дает очень хороший результат.

**– Наверное, такие центры ментального здоровья будут востребованы в каждом районе Москвы.**

– Безусловно. Для их быстрого масштабирования и подготовки новых кадров мы выстроили рабочие отношения с основными медицинскими вузами. Мы приглашаем на практику клинических ординаторов, которые проходят обучение по программам психотерапии, чтобы они еще на этапе обучения уже бывали у нас, набирались опыта, включались в работу. А со второго года обучения наиболее прилежные, успешные ординаторы могут уже работать у нас врачами-стажерами. Мы очень надеемся, что они останутся у нас работать. С этого учебного года наша больница, которая имеет лицензию на образовательную деятельность, проводит набор ординаторов по специальности «психотерапия», чтобы подготовить кадры для вновь открывающихся центров ментального здоровья. Мы также занимаемся постоянным совершенствованием наших специалистов, для этого выстроили целую систему работы внутри коллективов. Кроме того, мы активно сотрудничаем с Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева в Санкт-Петербурге – официальным

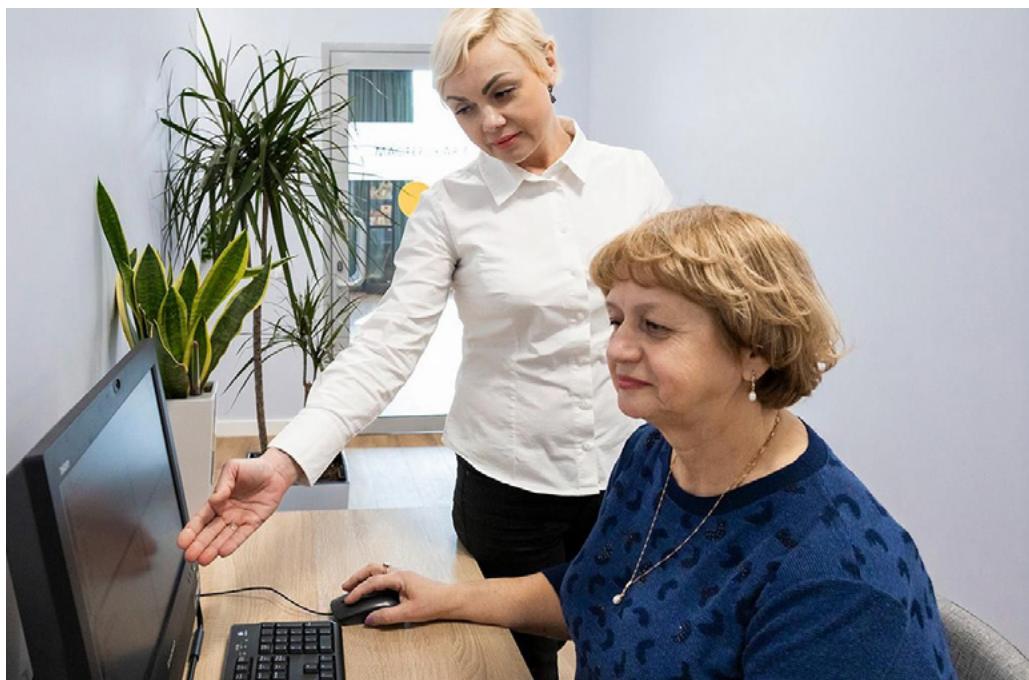


Фото: mos.ru

методическим центром по психотерапии, одной из лучших прогрессивных классических школ по нашей специальности.

### **– Какая работа проводится для оказания помощи старшему поколению москвичей?**

– В 2016 году был организован первый дневной стационар для психосоциальной реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с начальными проявлениями когнитивных нарушений, где была выстроена, апробирована и отточена в деталях технология нейрокогнитивного тренинга, который дает очень хорошие результаты. Сегодня в Москве девять таких стационаров, где постоянно находятся в процессе реабилитации 350 пациентов. Конечно, это не удовлетворяет потребностей нашего многомиллионного города. Мы сейчас работаем над расширением этого вида помощи.

Сегодня ожидаемая продолжительность жизни москвичей значительно выше, чем в целом по стране, – 79 лет, поэтому перед нами поставлена задача организации службы когнитивного здоровья, чтобы старшее поколение

сохраняло ясность ума, хороший когнитивный статус жизни. Мы создали клиники памяти, которые работают в условиях дневного стационара, отработали и выверили методики. Сегодня перед нами стоит задача масштабировать эти центры. Кроме того, у нас создано восемь кабинетов когнитивного здоровья, которые работают по той же идеологии, что и клиники памяти, но в амбулаторных условиях на площадках Центров московского долголетия. В ближайшее время появится еще и девятый. Курс занятий в этих центрах составляет шесть недель, и, несмотря на то, что по сравнению с клиниками памяти занятия проходят в облегченном варианте, мы получаем очень позитивные отзывы от людей, которые прошли этот курс. Конечно же, все хотят, чтобы таких кабинетов было больше, однако расширить этот проект так быстро, как хотелось бы, не получается. Сейчас коллеги из Федерального центра мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства разработали цифровой вариант аналогичного тренинга. Он не заменяет его, но дополняет. Учитывая, что все площадки московского долголетия оснащены компьютерными классами, дистанционные тренинги организованы в каждом центре московского долголетия. 

В центрах московского долголетия есть возможность проходить специально разработанные нейротренинги