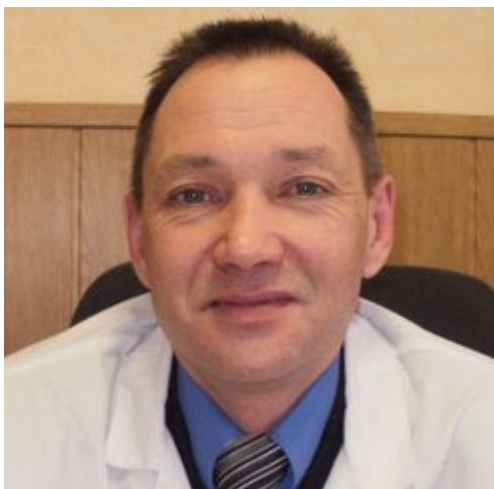


Впечатления от двухнедельной стажировки в Италии заместителя главврача Витебской областной клинической психиатрической больницы Игоря Пономарёва



Приглашение на двухнедельную стажировку в Италию было для Игоря Пономарёва, заместителя главврача Витебской областной клинической психиатрической больницы, событием радостным и несколько неожиданным. Обычно за границу посылают хирургов, кардиологов, реаниматологов. Но теперь в списках значились три белорусских психиатра.

В рамках учебной программы фонда «Поможем им жить» и при финансовой поддержке властей Пьемонта нашим докторам гарантировали знакомство с организацией психиатрической службы в Италии.

Это единственная страна в мире, где нет психиатрических больниц. Здесь выстроена иная система помощи таким

пациентам. Игорь Пономарёв, признанный Белорусской психиатрической ассоциацией лучшим психиатром Беларуси 2010 года, поделился с «Медвестником» увиденным.

— Реформа психиатрической службы в Италии началась в 1978 году, инициировал ее Франко Базалья. Он преподавал психиатрию в университетах Падуи и Пармы, работал в клиниках Триеста, Ареццо, Лацио,

— рассказывает Игорь Викторович. — Его разработки были положены в основу принятого парламентом закона № 180, касающегося психиатрической помощи. Это привело к ликвидации в 1998 году последнего в стране психиатрического учреждения закрытого типа.

К Франко Базалье, ныне покойному, в среде специалистов отношение неоднозначное. Многие до сих пор считают его антипсихиатром. Но система, которую он начал создавать со своими единомышленниками более 30 лет назад, доказала состоятельность.

— **В чем суть реформы?**

— Психиатрическую помощь стали оказывать не в больницах, а в общественных центрах психиатрической помощи, организованных по принципу деления на округа или районы. В больницах общего профиля открылись психиатрические отделения с ограниченным количеством коек (не более 16). Они были предназначены для госпитализации в случаях обострения болезни, при невозможности доступа к соответствующим общественным службам и если амбулаторное лечение отвергалось пациентом.

— **У нас к людям с больной психикой относятся по-разному: жалеют, испытывают неприязнь, боятся... И предпочитают держаться от них подальше.**

— В Италии к душевнобольным сформировали терпимое отношение, они живут и работают среди нормальных людей.

Наша делегация питалась в отличном ресторане, внешне он ничем не отличался от других. Зато особенность: весь штат — от директора и шеф-повара до официантов и посудомоек — укомплектован психически больными людьми. Безусловно, они не в такой стадии, когда работать невозможно. Вначале было не очень комфортно там обслуживаться, но мы быстро привыкли.

Базалья не скрывал конечных целей реформы. За гуманизацией жизни в психбольницах должно последовать их закрытие и дальнейшая интеграция пациентов в общество.

— **Как удалось этого достичь?**

— Огромное внимание уделялось реабилитации. Удивило обилие мастерских, кооперативов, где работают душевнобольные, магазинов, в которых реализуются произведенные ими товары. Причем расположены эти торговые точки в центре городов и местечек. Мастерские самые разные: по пошиву одежды, ремонту аппаратуры, производству сувениров, поделок из металла и дерева. В сельской

местности кооперативы выращивают овощи, фрукты. Причем продают их намного дешевле, чем в супермаркетах. И местные жители без опаски приобретают картошку, хотя знают, что ее вырастили люди, имеющие нарушения психики.

— **Но такое отношение к душевнобольным было не всегда?**

— До реформы в Италии пользовались законом о психиатрической помощи 1904 года, в нем такие пациенты определялись как «социально опасные» или проявляющие «неприличное поведение». Функция психиатрических служб — контроль за тем, чтобы больные не досаждали обществу. Психохроники зачастую проводили за решеткой лечебниц всю жизнь. Или в специально приспособленных монастырях с километровыми коридорами, с засовами на двери каждой палаты.

В новом законе нет понятия «принудительная госпитализация». При появлении бредовых мотивов или в состоянии психоза больной помещается в психиатрическое отделение обычной клиники соматического профиля. Оговорен и срок его пребывания —

2 недели. Нагрузка на доктора — 5 пациентов.

Функций у таких отделений много: лечение острых расстройств, стабилизация кризисных состояний, программы временного стационарного лечения (день/ночь), консультационные услуги для общемедицинских пациентов, временный уход за больными в период отсутствия тех, кто обычно его осуществляет, помощь специалистам в области психиатрии, обучение сотрудников первичного медико-социального звена. После выписки пациент передается департаменту охраны психического здоровья. Если человек от этого варианта отказывается, то бригада медиков будет оказывать ему круглосуточную помощь на дому, пока он не выйдет из состояния обострения.

Кстати, алкогольные делирии в этой стране редкость. Там совершенно иная культура питания: потребляют в основном слабоалкогольные или разведенные соком виноградные вина...

— **Но ведь душевнобольной способен совершить преступление. Или упорно отказываться от лечения...**

— В Италии отсутствует юридическое понятие невменяемости душевнобольных. Таким преступникам суд определяет содержание в тюрьме в отдельном блоке, не указывая срока, — так сказать, до выздоровления. Принудительно госпитализировать больного может только мэр города, если комиссия из авторитетных психиатров докажет необходимость этого. Но в практике итальянских коллег такие случаи единичны. Если от душевнобольного отказываются близкие или он лишается крова над головой, служба охраны психического здоровья по месту жительства предлагает ему проживание в специальных домах или квартирах. Они двух типов: «коммуните» (на 10–15 человек) и «апартаменте» (на 2–3 человека). Там больные ведут совместное хозяйство, за ними ежедневно наблюдают врачи и медсестры, консультирует психолог. Берут пациентов на постоянное проживание и одинокие семьи (от государства они ежемесячно получают субсидию).

— **Базальи умер в 56 лет в 1980 году, так и не увидев плоды своих замыслов...**

— Мы встречались с соратником Ф. Базальи, и он рассказывал, что когда реформаторы подыскивали подходящий дом и заселили пациентов со стажем пребывания в психбольнице 25 лет, то первое время ночевали

в автомобилях под окнами, опасаясь непоправимого. Но все пошло на удивление гладко.

В итальянских городах созданы т. н. департаменты психиатрической помощи. За каждым закреплена территория, где проживают 60 тыс. человек. Департамент включает 4 круглосуточных центра психического здоровья, 10 коек круглосуточного пребывания. Штаты: 4 врача-психиатра, 1 психолог, 20 (!) медсестер, 2 социальных работника. Служба устроена так, что больной постоянно в окружении специалистов.

Роль медсестры в этой системе весьма значительна: она ведет первичный прием пациентов, решает медицинские и социальные вопросы, выписывает медпрепараты. Это настоящий помощник врача. Департаменты в своей структуре имеют несколько отделений, которые включают реабилитационные и жилищные службы. Координируют организации, предназначенные для проведения обучения, реабилитации и социальной интеграции, ими же управляются и жилищные структуры департамента, а также взаимодействуют с социальными и кооперативными объединениями.

— **Это правда, что душевнобольных там врачуют не только психиатры?**

— Психиатрическая система в этой стране многоосевая — лечат и терапевты, и семейные врачи: законодательно имеют на это право, ведь они лучше других знают социальные, культурные особенности обслуживаемого населения. Да и сами больные, и их родственники стремятся обратиться в первую очередь к семейному доктору, он может назначить нейролептики и транквилизаторы.

Набор лекарств в принципе не отличается от нашего. Мне было приятно узнать, что о новейших препаратах там еще не слышали, а мы ими уже пользуемся. Соматические доктора в Италии обязательно проходят циклы по психиатрии. А вот когда я поинтересовался, что предпримут здешние психиатры, если у больного разовьется инфаркт миокарда, на меня посмотрели с удивлением: «Кардиолога вызовем». Наш психиатр и ЭКГ снимет, и расшифрует ее, и первую помощь окажет.

— **Частные структуры принимают участие в оказании психиатрической помощи?**

— Да, они широко представлены: это клубные дома, центры дневного пребывания и медико-социальной помощи, группы поддержки, реабилитационные предприятия, мастерские с предоставлением жилья, кооперативы... Агентства оказывают помощь по трудоустройству (под контролем оператора) и готовят высококвалифицированных сотрудников для психиатрической службы, начиная от санитара, который должен иметь 3-годичное образование при мед-университете, до врача-психиатра. Кстати, в Италии для последнего обязательна ежегодная специализация в объеме 100 часов.

— **Из заграничного опыта можно что-то извлечь?**

— Слепо копировать ничего нельзя. Но у нас тоже должна быть структура, решающая вопросы реабилитации душевнобольных, их обучения и трудоустройства, а также социальные, юридические, кадровые. Не обязательно держать парасуицидентов, кризисных пациентов в специализированном психиатрическом учреждении, достаточно, чтобы с ними в соматическом стационаре 2–3 дня поработали психолог, психотерапевт. При обострениях депрессии умеренной и легкой степени, психопатоподобных состояний, неврозов, истерии хватает 2–3 недель стационарного лечения в отделении при соматической клинике, а затем надо переводить на амбулаторное долечивание.

Отдельные элементы итальянской модели уже существуют и внедряются в нашей стране: лечебно-трудовые мастерские, реабилитационные центры, дома дневного пребывания.

Опыт Италии бесценен. Действенность доказали многие программы реабилитации. Они требуют более пристального изучения, внедрения и адаптации к нашим условиям.