

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И КОМПЛЕКСНОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

О. О. Папсуев, Л. Я. Висневская, В. А. Шевченко

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

В настоящее время в отечественной психиатрии активно разрабатываются и развиваются новые формы психиатрической помощи. При этом акцент делается на оказание ее в привычной пациенту среде в сообществе (1–3, 5, 11, 22). Однако до последнего времени это в большей степени означало развитие внебольничных форм психиатрической помощи (реабилитационные программы в дневных стационарах, на участке диспансера, бригады настойчивого лечения в сообществе и прочее.). Социальная же служба, обладающая значительным количеством ресурсов (в частности, центры социального обслуживания – ЦСО), которые могут быть использованы при работе с психически больными, задействована была лишь в минимальной степени (4, 8).

ЦСО предназначены для обслуживания социально уязвимых категорий населения, имеющих инвалидность. Однако, руководствуясь имеющимся положением о центре социального обслуживания (9) и вольно трактуя имеющееся социальное законодательство (10), к обслуживанию не принимаются лица с инвалидностью вследствие онкологических заболеваний, страдающие туберкулезом и психически больные. При этом инвалиды по психическому заболеванию в значительной степени нуждаются в таком обслуживании, что требует изменения сложившихся подходов (6, 7).

В 2005 году на базе Комплексного центра социального обслуживания «Бибирево» города Москвы в рамках пилотной программы по межатраслевому взаимодействию медицинских и социальных учреждений начался прием пациентов ПНД №19, имеющих инвалидность вследствие психических заболеваний.

На первом этапе работы сплошным невыборочным методом были обследованы амбулаторные карты больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью на четырех участках ПНД №19, закрепленных за районом Бибирево. Таких пациентов оказалось 530 человек. На основании медицинской документации

заполнялась специально разработанная карта, включавшая в себя демографические (пол, возраст, семейное положение), клинко-диагностические (нозологическая группа, возраст начала заболевания, длительность заболевания, количество госпитализаций и обращений за амбулаторной помощью) и социальные показатели. Особая роль отводилась социальному статусу и особенностям социального функционирования (наличие родственников и характер отношений с ними, условия проживания, социальные навыки, наличие актуальных проблем в социальной сфере, требующих внимания и др.). Помимо медицинской документации ПНД №19, для дополнения имеющейся информации, использовалась электронная база данных филиала бюро Медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) города Москвы, отражающая некоторую динамику инвалидного статуса пациентов, наличие (или чаще отсутствие) индивидуального плана реабилитации, более подробное описание социального положения пациентов и потребности во вмешательстве. Часть информации (взаимоотношение с родственниками, умение распределить бюджет и т.д.) основывалась на сведениях, полученных от лечащего врача, самого пациента и его родственников.

Анализ полученных данных позволил выявить особенности данного контингента в отношении течения заболевания, динамики инвалидности, и, самое важное, уязвимые стороны социального функционирования пациентов, что в дальнейшем позволило сформулировать задачи по их реабилитации (6, 7). На этой основе были выделены пациенты, нуждающиеся в обслуживании в ЦСО.

Основными критериями для направления являлись: наличие группы инвалидности вследствие психического заболевания, стабильное психическое состояние, а также согласие пациента на участие в психосоциальной программе. Под стабильным психическим состоянием подразумевалось наличие устойчивой терапевтической ремиссии, неизменная схема лечения, социально-приемлимое упорядоченное поведение. При этом не исключалось

лись отдельные случаи амбулаторных обострений при возможности их купирования в ПНД.

Всего на обслуживание был направлен 41 пациент ПНД №19. В психосоциальной программе принимали участие пациенты трудоспособного возраста (средний возраст составил $37,7 \pm 10,4$ лет), 59% из них – женщины, 41% – мужчины. Длительность заболевания у 45% пациентов составила от 5 до 15 лет, а у 39% – свыше 15 лет. Примерно в равных долях распределилась длительность инвалидности, так до 3-х лет инвалидность имели 36% пациентов, 4–7 лет – 36% и более 8 лет – 29% обратившихся.

Нозологически пациенты распределились следующим образом: 56,1% страдают параноидной шизофренией, 14,6% – недифференцированной шизофренией, 4,9% – другими формами шизофрении, 17,1% – шизотипическим расстройством, 7,3% – шизоаффективным расстройством.

Более трети больных (36%) оценили свое материальное положение как близкое к бедственному, «денежных средств хватает только на питание, другие расходы недоступны». При этом 19% пациентов считали, что питаются скудно, вынуждены себя ограничивать, покупая только дешевые продукты, а 39% инвалидов жаловались на ветхость и изношенность своего гардероба.

Около половины (48%) редко или практически не общались со старыми друзьями и знакомыми, сузив социальную сеть до размеров семьи. При этом 61% опрошенных заявляли о потребности иметь друзей. Большинство пациентов проживали с родителями, супругами или другими родственниками. Только 1 пациент проживал один, однако кроме него еще двое ответили утвердительно в графе «одинок».

Около 30% пациентов занимали в семье подчиненное положение и с их мнением не считались, а 71% опрошенных о своих взаимоотношениях с родственниками отзывались как о напряженных, нейтральных или неустойчивых.

2/3 пациентов (71%) были способны к ведению домашнего хозяйства только на уровне элементарного самообслуживания, зачастую по инициативе окружающих.

Таким образом, пациенты нуждались в расширении своих социальных сетей, формировании утерянных навыков самообслуживания, распределения бюджета, общения, а также в прямой социальной поддержке.

ЦСО располагают возможностью обеспечивать своих «подопечных» не только самым необходимым (теплой одеждой, обедами и проч.), но и организовывать их досуг, дать возможность почувствовать себя включенными в жизнь сообщества. В структуре ЦСО, как правило, имеются следующие отделения: отделение первичного приема, отделение срочной социальной помощи, отделение надомного обслуживания, отделение дневного пребывания и отделение реабилитации (9).

Прием в отделение дневного пребывания осуществлялся на основании направления участкового

психиатра, а также стандартного набора документов (паспорт, свидетельство об инвалидности, справка от участкового инфекциониста); для отделения реабилитации требовалось оформление карты индивидуальной программы реабилитации (ИПР) в филиале бюро МСЭК.

Согласно договоренности с руководством ЦСО, в отделении дневного пребывания на 60 мест одновременно могло обслуживаться не более 5 пациентов ПНД. Все они имели право на ежегодное обслуживание с питанием в отделении в течение одного месяца, при условии, что они не получали продовольственный набор за текущий год. На пользование другими услугами отделения, участие в программах отделения таких ограничений не накладывалось и «подопечные» вольны приходить в любое удобное им время. Это же касалось и пациентов ПНД №19.

В отделении дневного пребывания пациентам обеспечивалось двухразовое питание, проводились различные досуговые мероприятия (концерты, лекции, секции прикладного творчества и прочее). Отделения реабилитации могут иметь различную направленность. В случае ЦСО «Бибирево» на базе отделения реабилитации с пациентами работал специалист по социальной работе, социальный работник, а также врачи-специалисты (терапевт, невролог), психолог, инструктор биологической обратной связи (БОС), тренер ЛФК. В соответствии с назначениями специалистов, ресурсы отделения позволяют пациентам получать физиотерапевтическое лечение, БОС-терапию, массаж, посещать занятия лечебной физкультуры, бассейн.

Центры социального обслуживания также располагают возможностью оказания, так называемой, срочной социальной помощи остро нуждающимся в ней гражданам. Такая помощь может состоять в дополнительном продовольственном обеспечении, имеется фонд теплой и повседневной одежды, выдаются талоны на бесплатное юридическое консультирование, услуги парикмахерской и прачечной.

Одновременно с прохождением стандартной программы для инвалидов в условиях отделения дневного пребывания и отделения реабилитации ЦСО, пациенты включались в группу, работавшую на базе отделения реабилитации по программе психообразования с элементами когнитивного тренинга, тренинга социальных и коммуникативных навыков (2, 12). Групповой сеттинг состоял из 10 занятий, проводившихся 2 раза в неделю на протяжении 5 недель, длительность каждого занятия составляла 60 минут. Группа являлась закрытой и набор участников был возможен не позднее второго занятия. Как правило, группа состояла из 4–6 человек. Помимо ведущего группы (врач-психиатр), в качестве со-ведущего привлекался штатный психолог отделения реабилитации ЦСО.

Основное время в блоке занимали тематики психообразовательного характера, а также затрагива-

лись некоторые стороны организации социального функционирования. В интерактивном формате обсуждались вопросы проявлений психического заболевания, варианты его течения, прогноз, определялись признаки надвигающегося обострения, рассматривались возможности лечения, необходимость поддерживающей терапии, побочные эффекты и осложнения, способы их преодоления, аспекты психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации. Значительная часть занятий была посвящена вопросам распорядка дня, личного расписания, режима сна/бодрствования, организации активного проведения времени. С пациентами обсуждались вопросы рационального планирования расходов и трудоустройства. Уделялось внимание вопросам стигмы психической болезни и самостигматизации. Пациенты стимулировались к обмену опытом по дезавуированию поведения, выдающего их медицинский и социальный статус, в том числе необходимость соблюдения гигиенических норм, принятых в обществе, адекватного обстановке внешнего облика и поступков.

После прохождения психообразовательного цикла, пациентам предлагалось принять участие в группах поддержки (13), организованных на базе отделения реабилитации. Группы поддержки функционировали в формате тренинга коммуникативных навыков или досуговой группы. Тренинг коммуникативных навыков проводился также совместно с психологом, в закрытых группах до 8 человек в каждой. Длительность одного занятия составляла 80 минут. Занятия проводились 1 раз в неделю в течение 10-ти недель. Досуговая группа имела менее строгие рамки, группа также набиралась из пациентов, прошедших психообразовательный модуль, подразумевающая медленное обновление состава (*slow-open group*) за счет новых участников. В группе действовали менее строгие правила посещения и участия, на каждой встрече проводилось чаепитие. Роль ведущего (врача-психиатра или психолога) сводилась к предложению тем для беседы, подкреплению положительных установок (комплаенса, установок на труд, обучение, участие в общественной деятельности и т.д.). Содержание обсуждаемых проблем касалось связанных с психиатрической инвалидностью, стигматизацией и аутостигматизацией, вопросов жизни с болезнью, способов совладания. Также обсуждались встречи вне стен ЦСО, само- и взаимопомощь внутри сообщества пациентов, аспекты культуры, искусства, новости в повседневной жизни. Группа собиралась 1 раз в неделю на протяжении 1 года, встречи длились от 1,5 до 2,5 часов.

Помимо непосредственно тренинга, данные группы также преследовали цель расширить социальные сети пациентов за счет других участников при создании более открытой, доверительной обстановки, участия ведущих в групповом процессе наравне с пациентами, чаепития.

С некоторыми пациентами в силу их психического состояния, установок родственников, невозможности или нежелания участвовать по разным обстоятельствам в коллективной психосоциальной реабилитации, проводилась индивидуальная работа. Индивидуальные встречи также проводились и с пациентами, посещающими групповые занятия для уточнения их психического состояния, прояснения занимаемой ими позиции, разъяснения малопонятного им материала, решения межличностных конфликтов, возникающих на группе или в среде подопечных ЦСО, а также для обсуждения проблем, характер которых, по мнению пациентов, не предполагает публичного освещения на группе.

В случае изменения психического состояния вследствие особенностей течения болезни, нарушения лекарственного режима, психической травмы незамедлительно в известность ставился участковый психиатр, пациентам и их родственникам рекомендовалось, как можно скорее, прийти на прием в ПНД или же внести соответствующие изменения в терапевтическую схему до посещения врача.

По прошествии 2,5 лет с начала приема пациентов ПНД на обслуживание, сформировались несколько небольших групп пациентов, связанных общими интересами. Так, между собой регулярно поддерживают связь около 10 человек, 7 человек устроились на работу и имеют дополнительный заработок к пенсии по инвалидности, 4 человека посещают различные курсы или приступили к очному обучению. Трое стали высказывать положительные установки на тот или иной вид занятости. Одна из пациенток с высшим педагогическим образованием организовала кружок по изучению английского языка для «подопечных» центра. Целенаправленная работа по установлению комплаентности к приему лекарственной терапии проводилась с 13 пациентами, ранее не соблюдавшими режим лечения, в результате чего была достигнута некоторая стабильность схемы. Кроме того, психосоциальная работа, проводимая с больными и их пребывание в более тесном контакте с обществом, положительно сказались на внешнем облике отдельных пациентов, которые стали более тщательно следить за своим внешним видом, соблюдать гигиенические процедуры.

Подводя итог, можно говорить об эффективности взаимодействия амбулаторной психиатрической службы и Центра социального обслуживания. Помимо того, что данный вид помощи востребован в среде психически больных, использование ресурсов социальных служб должно улучшать качество жизни пациентов, снижать нагрузку на участкового врача ПНД. Таким образом, имея ресурсную базу, Комплексные центры социального обслуживания могут быть задействованы при работе с амбулаторными психиатрическими пациентами, имеющими инвалидность в рамках концепции оказания психиатрической помощи с опорой на сообщество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 11, № 3. – С. 5–13.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2002. – 180 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2004. – 491 с.
4. Ландышев М.А., Кольцов А.П. Опыт выполнения пилотной программы по общественной реабилитации в психиатрии // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – 2004. – С. 70–71.
5. Марлетт Н., Шкляр С. Интер-дисциплинарные взаимоотношения и подходы в психиатрии, ориентированной на сообщество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я.Гуровича и проф. О.Г.Ньюфельда. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – С. 95–107.
6. Папсуев О.О., Шевченко В.А., Висневская Л.Я. Особенности социальной дезадаптации инвалидов вследствие шизофрении и расстройств шизофренического спектра и необходимость оказания им психосоциальной помощи // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я.Гуровича и проф. О.Г.Ньюфельда. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – С. 140–146.
7. Папсуев О.О., Шевченко В.А., Семенчук Л.И., Сулов С.Е. Клинико-социальные характеристики больных-инвалидов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 3. – С. 5–9.
8. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б., Колпаков А.В. Анализ некоторых показателей состояния психического здоровья пенсионеров, посещающих территориальный центр социального обслуживания // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 3. – С. 25–30.
9. Постановление Министерства Труда и Социального Развития РФ от 8 июля 1997 г. N 36 «Об утверждении примерного положения о центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов».
10. Федеральный Закон от 15 ноября 1995 г. № 195-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
11. Фукс Д. Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 24–29.
12. Goldstein A.P., Krasner L., Garfield S.L. (Eds.). Social skills training for psychiatric patients. – New York: Pergamon Press, 1989. – 251 p.
13. Hogarty G.E., Kornblith S.J., Greenwald D. et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154, N 11. – P. 1504–1513.
14. Liberman R.P. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. – Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1988.