

БОЛЬНЫЕ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ВЫСОКОЙ ОБРАЩАЕМОСТЬЮ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ, НЕ ОБУСЛОВЛЕННОЙ КЛИНИЧЕСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ. СООБЩЕНИЕ 1

Е. А. Васильева

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии

Случаи высокой обращаемости за психиатрической помощью с накоплением таких пациентов описаны для любой ее организационной формы, будь то стационар или амбулаторное звено. При необоснованно длительной задержке больных на том или ином этапе реабилитации могут возникнуть явления, близкие к госпитализму (институционализму), но возникающие в том числе вне больницы – своеобразный жизненный стереотип, формирующийся в условиях заниженных социальных требований, приводящих к инфантилизации больных и нарушению их автономии (1–4).

Целью исследования было определение видов высокой обращаемости за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями, и разработка подходов к комплексной помощи этой категории больных.

В ходе исследования сплошным невыборочным методом были изучены амбулаторные карты всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (1 746 чел.), находящихся под диспансерным наблюдением ПНД № 14 г.Москвы (2002 г.), обслуживающего 179 000 человек взрослого населения. Из них были отобраны пациенты с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями, по одному из следующих критериев:

1) частота госпитализаций в психиатрические больницы (ПБ) или дневной стационар (ДС), не связанных с обострением психического заболевания – не менее 5 раз за последние 5 лет;

2) частота обращений за амбулаторной помощью, не связанных с обострением психического заболевания – не менее 50 раз за последние 5 лет.

Больные с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями, составили 98 человек, то есть 5,6% от всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (МКБ-10), состоящих под диспансерным наблюдением ПНД или 5,47 на 10 тысяч населения. Данные показатели соответ-

ствуют результатам, полученным около 25 лет назад (5), что указывает на их устойчивость при отсутствии дополнительных психосоциальных мероприятий.

В выделенной группе больных у половины пациентов (49 чел., 50,0%) отмечалась высокая обращаемость в амбулаторное звено психиатрической службы, у 17 человек (17,35%) – в стационарное и полустационарное звенья и треть больных (32 чел., 32,65%) избыточно использовала одновременно стационарное, полустационарное и амбулаторное звенья психиатрической службы. В среднем больные с высокой обращаемостью за психиатрической помощью 2,3±0,8 раз в год поступали вне обострения психопатологической симптоматики в психиатрические стационары и полустационары, проводили там 124,4±56,2 дня в год, а также 12,59±5,59 раз в год без клинических показаний обращались в амбулаторное звено психиатрической службы.

Среди больных с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не связанной с обострением психического заболевания, преобладали женщины (табл. 1). Большинство больных было в возрасте 40–60 лет. У данной категории пациентов отмечался высокий образовательный уровень. Лишь треть больных (34 чел., 34,7%) состояли в браке. Но, несмотря на относительно низкий брачный уровень, 75% больных проживали в семьях, 15% были одиноки.

В большинстве случаев отмечалась значительная тяжесть заболевания (табл. 2). У 81 пациента (82,7%) была диагностирована шизофрения, причем у большинства из них (57 чел., 58,2%) отмечалась ее параноидная форма с непрерывным и близким к нему эпизодическим течением с нарастающим дефектом. У преобладающего числа больных заболевание началось в молодом возрасте и имело большую длительность. Большая часть пациентов (77 чел., 78,6%) имели 2 группу инвалидности по психическому заболеванию на протяжении последних 13 лет.

Таблица 1

Социально-демографические показатели больных с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не связанной с обострением психического заболевания

Показатели	Количество больных (%)
Пол: мужской	40 чел. (40,8%)
женский	58 чел. (59,2%)
Возраст	21–77 лет (в среднем 50,55±11,88)
Образование: высшее	48 чел. (49,0%)
среднее специальное	32 чел. (32,7%)
среднее	8 чел. (8,1%)
неполное среднее	10 чел. (10,2%)
Семейное положение:	
холост	41 чел. (41,8%)
разведен	23 чел. (23,5%)
женат (замужем)	34 чел. (34,7%)
Проживание: в семье	74 чел. (75,5%)
самостоятельно,	24 чел. (24,5%)
из них одиноки	15 чел. (15,3%)

Из всей группы больных работали лишь 20 человек (20,4%). Из них половина пациентов не инвалидизировались, продолжали трудовую деятельность, но лишь четверо работали по специальности. Остальные пациенты работали, находясь на инвалидности.

При сравнении группы больных с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями, с общим контингентом больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (МКБ-10), находящихся под динамическим наблюдением ПНД (табл. 3), оказалось, что указанные группы пациентов не различались по половому составу. В группе больных с высокой обращаемостью достоверно преобладали пациенты среднего возраста. Существенных различий по диагнозам не отмечалось. Однако пациенты с высокой обращаемостью более чем в 2 раза чаще имели группу инвалидности по психическому заболеванию по сравнению с общим контингентом больных шизофренией.

Таблица 2

Клинические характеристики больных с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не связанной с обострением психического заболевания

Показатели	Количество больных (%)
Диагноз:	
Шизофрения	
Параноидная:	68 чел. (69,4%)
- с непрерывным течением	14 чел. (14,3%)
- эпизодическая с нарастающим дефектом	43 чел. (43,9%)
- эпизодическая со стабильным дефектом	11 чел. (11,2%)
Недифференцированная	4 чел. (4,1%)
Резидуальная	5 чел. (5,1%)
Сенестопатическая	4 чел. (4,1%)
Шизотипическое расстройство	17 чел. (17,3%)
Неврозоподобный вариант	10 чел. (10,2%)
Психопатоподобный вариант	7 чел. (7,1%)
2. Возраст начала заболевания (лет)	21,71±10,26
3. Длительность заболевания (лет)	29,32±11,34
4. Наличие инвалидности:	87 чел. (88,8%)
- 2 группа по психическому заболеванию	77 чел. (78,6%)
- 3 группа по психическому заболеванию	5 чел. (5,1%)
- группа инвалидности по соматическому заболеванию	5 чел. (5,1%)
5. Длительность инвалидности по психическому заболеванию	13,06±9,18

На основе анализа клинических и социальных характеристик больных с высокой обращаемостью, мотивов их обращений за психиатрической помощью вне обострения психопатологической симптоматики, а также интенсивности использования ресурсов психиатрической службы были выделены 3 группы больных.

Группа I. Больные с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, обусловленной особенностями клинической картины заболевания (37 чел., 37,77%);

Группа II. Больные с социальными причинами высокой обращаемости за психиатрической помощью (26 чел., 26,52%);

Таблица 3

Особенности социально-демографических показателей больных с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не связанной с обострением психического заболевания

Показатели	Больные с высокой обращаемостью	Все больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра ПНД	p
1. Пол:			
- мужской	40,8%	40,0%	
- женский	59,2%	60,0%	
2. Возраст:			
0–19 лет	0%	9,45%	p<0,001
20–39 лет	18,4%	26,75%	
40–59 лет	60,2%	35,22%	
60 лет и старше	21,4%	28,58%	
3. Диагноз:			
шизофрения	82,7%	77,1%	
шизотипическое расстройство	17,3%	16,95%	
шизоаффективное расстройство	0%	5,95%	
4. Инвалидность:			
2 группа	83,7%	36,4%	p<0,001
3 группа	78,6%	33,74%	p<0,001
	5,1%	2,66%	

Группа III. Больные с организационными причинами высокой обращаемости за психиатрической помощью (35 чел., 35,71%).

Наиболее распространенной причиной высокой обращаемости за психиатрической помощью вне обострения психопатологической симптоматики среди больных I группы (26 чел., 70,3%) была фиксация на минимальных изменениях самочувствия, гиперболизация симптомов болезни, «психическая ипохондрия» (подгруппа Ia). Течение заболевания у этих больных характеризовалось невысокой степенью прогрессивности с небольшим количеством аффективно-бредовых приступов ($2,7 \pm 1,9$), наличием длительных ремиссий (до 6 лет) и умеренной выраженностью негативных расстройств, проявляющихся в основном в виде замкнутости, ограничения круга интересов состоянием своего здоровья, инфантилизации, снижения энергетического потенциала, быстрой утомляемости, пассивности, бездеятельности, эмоциональной нивелировки с тусклостью эмоциональных реакций, обнаженностью высказываний, формальностью и прохладностью в отношениях с родными. Довольно быстро течение заболевания переходило на аффективный уровень с преобладанием атипичных депрессивных расстройств и присоединением сенесто-ипохондрической симптоматики. Почти у половины пациентов (12 чел., 46,2%) аффективные расстройства приобретали континуальный характер. Именно на этом этапе состояние дезадаптации значительно усугублялось, пациенты не справлялись с работой даже на сниженном уровне, инвалидизировались, создавали для себя «лечебно-охранительный режим», щадили себя, сокращая до минимума работу по дому или перекладывая ее на других членов семьи.

На этапе стабилизации и регрессиентности течения, несмотря на значительную редукцию психопатологической симптоматики, когда статус большинства больных (19 чел., 73,1%) определялся сочетанием атипичных субдепрессивных и сенесто-ипохондрических расстройств (причем наличие телесных ощущений наблюдалось лишь у трети из них – 7 чел., 26,9%), у пациентов по-прежнему сохранялась значительная тяжесть субъективной оценки внутренней картины заболевания. У больных отмечалась гиперболизация болезни с гипертрофией ее симптомов, когда любые свои мысли, поступки, желания воспринимались пациентом как болезненные проявления, а все жизненные события рассматривались через «призму болезни».

У 23% больных тяжесть внутренней картины болезни поддерживалась гиперопекой со стороны родственников, которые культивировали образ тяжело больного, оберегая пациентов от малейших жизненных трудностей.

В связи с опасениями относительно своего здоровья, желанием лишней раз побыть под наблюдением врачей, проконсультироваться по поводу своего состояния, «откорректировать» лечение, а также для «профилактики обострений» пациенты

данной группы настаивали на лечении в психиатрических стационарах и полустационарах. К выписке не стремились, а порой противодействовали ей.

По своему отношению к лечению пациенты данной группы были неоднородны. Большинство больных (11 чел., 42,3%) именно на лекарства возлагали свои основные надежды на выздоровление. В связи с этим они упорно лечились, стремились к изменению лекарственной схемы, требовали интенсификации терапии за счет увеличения доз принимаемых препаратов, их парентерального введения, присоединения новых лекарств, общеукрепляющего лечения, физиотерапии, дополнительных методов обследования.

Треть пациентов (8 чел., 30,8%) отличалась ригидностью в отношении своего лечения. Они стремились к однотипной терапии с большим количеством препаратов в высоких дозах, не требующихся по клиническим показаниям, но с которыми пациенты связывали улучшение своего состояния до этапа регрессиентности. Больные категорически отказывались от смены схемы лечения.

27% пациентов считали себя соматически больными. Однако, несмотря на это, они многократно обращались к психиатру с требованиями выписки соматических препаратов. Пациенты с недоверием относились к психотропным средствам, диктовали схему лечения, были очень избирательны в терапии, некомплайентны.

У четверти больных (9 чел., 24,3%) I группы причиной высокой обращаемости за психиатрической помощью вне обострения психопатологической симптоматики была стереотипизация жизненного уклада, при котором обращения за психиатрической помощью носили характер «ритуалов» (подгруппа Ib). Чаще это были пациенты с ранним началом и длительным течением заболевания, выраженной социальной дезадаптацией (не работающие, длительно находящиеся на 2 группе инвалидности по психическому заболеванию, занимающие пассивное, зависимое положение в семье, не построившие собственные семьи, с узкой социальной сетью, бедностью и однообразием досуга с преобладанием его пассивных форм). На момент обследования больные находились на этапе стабилизации и регрессиентности процесса, когда их состояние на протяжении многих лет определялось преобладанием дефицитарной симптоматики и наличием остаточных, редуцированных, однообразных и монотонных продуктивных расстройств. Отмечалась аутизация, снижение прежних интересов, пассивность, зависимость, безынициативность, инфантилизация, эмоциональная однообразность, специфические нарушения мышления (аморфность, амбивалентность, склонность к резонерству). Любая активность со стороны пациентов обуславливалась инициативой окружающих или являлась привычным выполнением установленных правил. Остаточная продуктивная симптоматика была представлена идеаторными автоматизмами (путаница, обрывы мыслей), которые сочетались у тре-

ти больных с субдепрессивными расстройствами и эпизодическими чувственными идеями отношения в местах скопления людей и у трети – с остаточными парафреническими бредовыми идеями, с трудом выявляемыми при прицельном расспросе.

Для пациентов этой подгруппы была характерна приверженность к схеме, регламентация жизненного уклада. Обращения за психиатрической помощью становились частью этой схемы, осуществлялись без клинических показаний, «по привычке», приобретая характер ритуалов, своего рода «выход в свет». Частота обращений нередко соответствовала той периодичности, с которой пациент наблюдался до стабилизации состояния. На приеме больные предъявляли стереотипные жалобы либо порой затруднялись объяснить причину обращения за помощью, нередко «следовали» за врачом при смене района обслуживания диспансера или смене места жительства.

Похожий стереотип отмечался и в отношении поступлений в стационары и полустационары. У одних пациентов количество и длительность поступлений каждый год были одинаковыми, «мне положено раз в год пройти курсовое лечение», у других – с каждым годом увеличивалось, «привык, не могу обходиться», у третьих – носили заместительный характер, являлись времяобразующим фактором, структурировали день, «хожу в дневной стационар, как на работу».

Стереотипизация касалась и отношения к лечению. На протяжении многих лет больные принимали стереотипный набор препаратов в определенное время суток, категорически отказывались от малейших изменений в лекарственной схеме, хотя на этом этапе она уже не отображала клиническую реальность, а некоторые пациенты были уверены, что «лекарства не оказывают на их состояние никакого воздействия».

Стереотипизация и регламентация с формальным выполнением установленных норм и правил поведения у половины больных сочетались с пассивной подчиняемостью. Поступления нередко осуществлялись «за компанию» с другими пациентами, либо по предложению участкового психиатра без настоятельной клинической необходимости, хотя стационарирование порой противоречило желаниям самих пациентов.

У 2 чел. (5,4%) больных I группы причиной высокой обращаемости за психиатрической помощью вне обострения психопатологической симптоматики было формирование сверхценных образований или системы бредовых построений в отношении лечения и обращения за психиатрической помощью. Это были пациенты с ранним началом и длительным течением заболевания. На момент исследования в их статусе, наряду с довольно разнообразной продуктивной симптоматикой, значительное место занимали негативные расстройства в виде чужаковости, замкнутости, зависимости, элементов регрессивной синтонности, эмоционально-волевого снижения, выраженных нарушений мышления

с резонерством, разноплановостью, аморфностью, трудовой дезадаптацией. Продуктивная симптоматика была представлена смешанными аффективными расстройствами, сочетающимися с обсессивно-фобической симптоматикой и сверхценными образованиями, либо с парафреническим синдромом с положительной «заряженностью», «приятностью» для больного содержания психопатологических переживаний. Особенностью парафренического синдрома являлось наличие постоянно флюктуирующей чувственно-бредовой симптоматики, бредовой оценки окружающего – с одной стороны, и отсутствие страха, тревоги, наличие спокойного нейтрального отношения к этим переживаниям – с другой, что приводило к тому, что они сохраняли упорядоченное поведение и являлись как бы «носителем парафренического синдрома».

Обращения за психиатрической помощью носили характер защитного бредового поведения, отмечалась система «бредовых суеверий» в отношении ухудшения собственного здоровья или здоровья своих родных и близких при непосещении врача, а также формирование сверхценных образований в отношении лечения.

Для больных II группы в большинстве случаев (15 чел., 57,7%) причиной высокой обращаемости за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями, был недостаток коммуникативных связей, полноты общения и возможности организовать свой досуг: «вариант клуба». В основном это были пациенты старших возрастных групп с большим стажем заболевания, длительным пребыванием на 2 группе инвалидности, находящиеся на разных этапах регрессионной динамики эндогенного процесса.

Статус пациентов в 20% случаев определялся преимущественно негативной симптоматикой, у остальных пациентов она сочеталась с остаточными продуктивными расстройствами

Из продуктивных расстройств у большинства больных (60,0%) отмечались субдепрессивные колебания с преобладанием слабости, вялости, повышенной утомляемости, безразличия. У 20% отмечались остаточные галлюцинаторно-бредовые расстройства. При этом псевдогаллюцинации были приглушенными, неразборчивыми, монотонными, однообразными и мало определяли состояние пациентов, а нередко вовсе носили элементарный характер в виде писка, шума, свиста. Бредовая симптоматика характеризовалась инкапсулированными парафреническими идеями, с трудом выявляемыми при прицельном опросе и не влияющими на поведение пациентов.

Половина больных были одиноки, остальные, проживающие в семье, не получали поддержки и взаимопонимания, отношение к ним со стороны родных было формальным, безразличным, нередко возникали конфликты. Был характерен бедный однообразный досуг с преобладанием его пассивных форм, крайне узкий круг общения. Нередко един-

ственные социальные контакты сохранялись лишь в стенах психиатрических учреждений. Таким образом, психиатрические стационары и полустационары выполняли для данных пациентов роль «клубных домов», а общение со знакомыми подменялось общением с лечащим врачом, всегда готовым выслушать и оказать поддержку.

У четверти больных (7 чел., 26,9%) II группы причиной клинически не обусловленной высокой обращаемости за психиатрической помощью было тяжелое материальное положение, возможность сэкономить деньги, получить бесплатное питание (подгруппа IIб). Это были пациенты с ранним началом и длительным непрерывным, либо близким к нему приступообразным течением процесса, ранней инвалидизацией и социальной дезадаптацией на этапе регрессионности. Их статус определялся ведущей грубой дефицитарной симптоматикой, на фоне которой отмечались идеаторные нарушения (путаница, обрывы мыслей) и микрокататонические расстройства в виде вычурности, нелепости, манерности, некоторой «машинообразности».

Использование психиатрических стационаров и полустационаров по материальным соображениям возникало при отсутствии прежнего обслуживания со стороны родных (чаще после смерти родителей), так как самостоятельно пациенты не справлялись с ведением домашнего хозяйства, не могли рационально распределить свою пенсию, испытывали материальные трудности, становились санитарно запущенными.

Если данный мотив сочетался с недостатком коммуникативных связей, пациенты начинали использовать и амбулаторное звено психиатрической службы.

У части больных (4 чел., 15,4%) II группы причиной клинически не обоснованной высокой обращаемости за психиатрической помощью были сложные внутрисемейные отношения, препятствующие лечению, либо попытка временного ухода из конфликтной ситуации дома. Статус этих пациентов определялся сочетанием негрубой негативной симптоматики и остаточных продуктивных расстройств в виде хронической апато-динамической субдепрессии с тревожными включениями. Вместе с тем, обращала на себя внимание относительно удовлетворительная социальная адаптация пациентов. Все они состояли в браке, поддерживали немногочисленные, но устойчивые связи с окружающими, сохранили прежние увлечения и интересы, в полном объеме выполняли работу по ведению домашнего хозяйства, но при этом быстро уставали, порой делали работу через силу.

Родные не понимали состояние больных, упрекали их в болезни, порой препятствовали лечению, провоцировали конфликты в семье, то есть пациенты выступали в роли «козла отпущения». На плечах половины из больных полностью лежало ведение домашнего хозяйства с обслуживанием всей семьи. Поступления в стационары и полустациона-

ры объяснялись желанием больных временно уйти из конфликтной ситуации дома, «отдохнуть от семьи и своих обязанностей», а психиатрические учреждения выполняли роль «санатория», «дома отдыха».

Высокая амбулаторная обращаемость пациентов III группы в основном была связана с ограничением количества выписываемых препаратов (33 чел., 94,3%).

Для большинства больных (80%) был характерен относительно небольшой «стаж» заболевания при невысокой прогрессивности с длительными ремиссиями достаточно хорошего качества и невыраженными изменениями личности, что позволяло больным достаточно хорошо адаптироваться в социальной среде, в том числе, трети из них сохранять трудовую адаптацию. Это были больные без очевидной динамики психического состояния на протяжении длительного времени. На протяжении многих (8,64±6,0) лет они принимали «отработанную годами» стабильную поддерживающую терапию с минимальными дозами психотропных препаратов. Пациенты были комплаентны, сохраняли критическое отношение к болезни, осознавали необходимость регулярного приема поддерживающей терапии, аккуратно придерживались рекомендаций врача. Таким образом, исходя из состояния больных, они не требовали ежемесячного наблюдения в ПНД, однако существующие организационные установки (выписка препаратов не более чем на 1 месяц) приводили их к частой обращаемости в диспансер.

Обратная ситуация наблюдалась у 14% больных: в связи со значительной прогрессивностью заболевания и выраженностью психопатологических расстройств, стабилизация состояния достигалась большими дозами препаратов. Несмотря на появление элементов регрессионности течения заболевания, которые отмечались на протяжении менее длительного периода времени (6,71±3,99 лет), сохранялась четкая зависимость психического состояния пациентов от психофармакотерапии. Несмотря на сниженные по сравнению с активным периодом болезни дозы препаратов, она оставалась достаточно интенсивной, сохранялась клиническая необходимость комбинаций нескольких препаратов. Предпринимаемые неоднократные попытки перевода пациентов на монотерапию, попытки изменить лечение приводили к обострению психопатологической симптоматики, то есть ремиссии были терапевтически зависимыми. Недостаточная обеспеченность этих пациентов клинически необходимыми лекарствами в амбулаторных условиях приводила к их госпитализации. Следует отметить, что выписка адекватного количества препаратов способствовала стабилизации состояния пациентов и позволяла им наблюдаться амбулаторно.

В отдельных случаях (2 чел., 5,7%) клинически необоснованное использование стационарного звена психиатрической службы в III группе было связано с необходимостью ежегодных госпитализаций

Использование пациентами различных звеньев психиатрической службы в зависимости от причины высокой обращаемости за психиатрической помощью

Группы больных с высокой обращаемостью	Использование стационарного и полустационарного звеньев (а)	Использование амбулаторного звена (в)	Использование стационарного, полустационарного и амбулаторного звеньев (с)
Группа I	6 чел. (16,3%)	17 чел. ** (45,9%)	14 чел. * (37,8%)
Группа II	11 чел. (42,3%)	3 чел. * (11,5%)	12 чел. ## (46,2%)
Группа III	–	28 чел. *** (80,0%)	7 чел. ** ### (20,0%)

Примечание: * – p (ав, ас) $<0,05$; ** – p (ав, ас) $<0,01$; *** – p (ав, ас) $<0,001$; ## – p (вс) $<0,01$; ### – p (вс) $<0,001$.

для продления группы инвалидности у пациентов с достаточно стабильным психическим состоянием, не требующим стационарного обследования. Статус этих больных на протяжении многих лет определялся выраженной дефицитарной симптоматикой с аутичностью, манерностью, нелепостью, вычурностью, эмоциональной выхолощенностью, грубыми нарушениями мышления (резонерство, аморфность, паралогичность), либо ее сочетанием с неглубокими аффективными колебаниями с чертами атипичности, отсутствием суточной ритмики. Обращало на себя внимание, что госпитализации осуществлялись на этапе регрессивности, были ежегодными, но непродолжительными и сразу же прекращались после оформления пациентам бессрочной группы инвалидности.

При анализе полученных данных выяснилось, что причина высокой обращаемости влияет на выбор пациентом тех или иных звеньев психиатрической службы (табл. 4). Так, пациенты III группы с организационными причинами высокой обращаемости за психиатрической помощью в большинстве случаев (80% случаев) использовали только амбулаторное звено психиатрической службы, либо иногда (20% случаев) – одновременно амбулаторное, стационарное и полустационарное звенья.

У пациентов I группы с высокой обращаемостью, обусловленной особенностями клинической картины заболевания, удельный вес использования толь-

ко амбулаторного звена психиатрической службы и одновременно амбулаторного, стационарного и полустационарного звеньев становился практически одинаковыми (45,9% и 37,8% соответственно). Появлялась группа больных, чья высокая обращаемость ограничивалась стационарным и полустационарным звеньями психиатрической службы.

Среди пациентов II группы с социальными причинами высокой обращаемости превалировало использование одновременно амбулаторного, стационарного и полустационарного звеньев психиатрической службы, либо только стационарного и полустационарного звеньев, удельный вес которых был практически одинаковым (46,2% и 42,3% соответственно). Высокая обращаемость в амбулаторное звено психиатрической службы у больных данной группы наблюдалась лишь в небольшом проценте (11,5%) случаев.

Таким образом, среди состоящих под диспансерным наблюдением больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра существует довольно значительная категория пациентов с частой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями. Данный контингент нуждается, помимо психофармакотерапии, в широком спектре психосоциальных вмешательств, что позволило бы оптимизировать помощь этим больным, улучшив ее качество при снижении затрат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Современный этап развития психиатрической помощи и организация работы на участке диспансера // Вопросы внебольничной психиатрической помощи. – М., 1978. – С. 5–19.
2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985. – 216 с.
3. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 225 с.
4. Мазур М.А. Системный подход в реабилитации психически больных. Вопросы организации, управления, эффективности // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – С. 96–100.
5. Моршинина А.И. Анализ обоснованности госпитализации больных шизофренией // Вопросы внебольничной психиатрической помощи. – М., 1978. – С. 169–180.

SCHIZOPHRENIC PATIENTS WHO SEEK PSYCHIATRIC CARE IRRESPECTIVE OF CLINICAL INDICATIONS. PAPER 1

E. A. Vasilyeva

According to findings of the research, 98 (5,6%) schizophrenic patients sought psychiatric care irrespective of their condition, of all the patients with schizophrenia and schizophreniform spectrum disorders (ICD-10) under psychiatric observation in the Psychoneurological Dispensary, or 5.47 per 10,000 population. Among them, obviously dominated middle-age patients and those with 2nd disability group due to a mental disease. The paper

contains the description of this population as well as clinical characteristics of the disease, and social and organizational reasons for seeking help. The reason for seeking help seems to influence the patient's choosing a specific form of care. These patients need, besides psychopharmacotherapy, quite a number of other psychosocial interventions, which could improve the quality of care and reduce the costs of care.