

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЗАДАЧИ ПО ИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Е. К. Гаврилова, В. А. Шевченко, В. В. Загиев, А. Б. Шмуклер

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии, психоневрологический диспансер № 14

Происходящее в настоящее время изменение парадигмы оказания психиатрической помощи с переходом от медицинской к биопсихосоциальной модели с ее осуществлением бригадой специалистов (2, 3, 17) требует детального анализа контингента больных с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса и функционирования (1, 11). Это позволит определить объем необходимых психосоциальных вмешательств и выделить целевые группы больных, нуждающихся в их осуществлении.

С этой целью невыборочным методом было осуществлено обследование всех взрослых (18 лет и старше) больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, состоящих под наблюдением одного из участков психоневрологического диспансера № 14 Департамента здравоохранения города Москвы (2005).

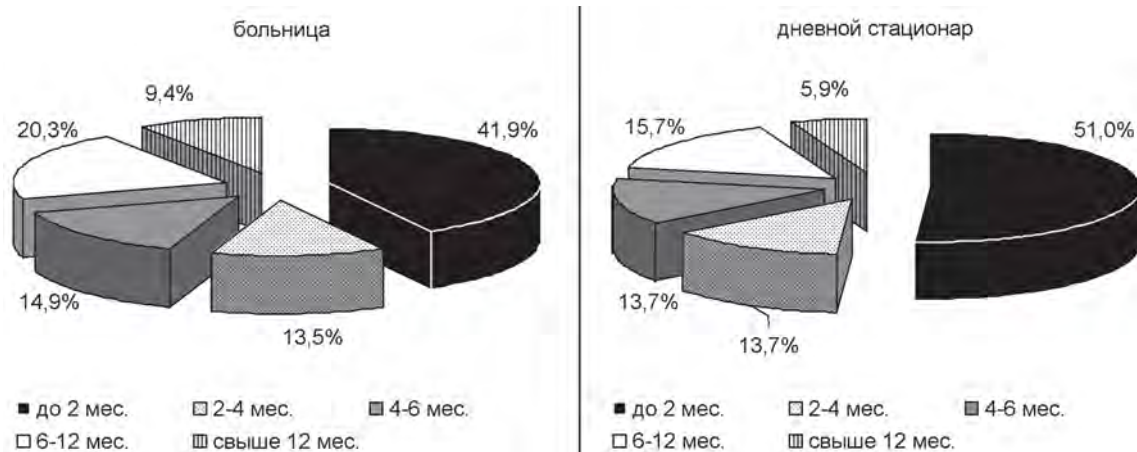
Среди всех пациентов (191 чел.), 160 человек (83,8%) находились под диспансерным наблюдением, 31 (16,2%) – в консультативно-лечебной группе. В выборке преобладали женщины (102 чел., 53,4%; $p > 0,05$). Только 23,0% больных (44 чел.) были моложе 40 лет, а возраст более половины пациентов (103 чел., 59,3%) превышал 50 лет, что статистически значимо ($p < 0,001$) отличалось от числа лиц более молодого возраста.

Как видно из табл. 1, более половины больных страдали параноидной шизофренией, а почти 21% – шизотипическим расстройством. Длительность заболевания и наблюдения в ПНД у большинства пациентов была весьма значительной: у 3/4 пациентов она превышала 10 лет, а в 60% случаев была больше 15 лет. Почти половина больных имела группу инвалидности (45,0% – по психическому заболеванию) в течение значительного периода времени (50,0% – более 7 лет, в том числе почти 20% – 15 лет и более).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Диагноз		
шизофрения		
параноидная непрерывное течение	41	21,5
параноидная эпизодическое течение	61	31,9
кататоническая	19	10,0
гебефреническая	13	6,8
шизотипическое расстройство	40	20,9
хронические бредовые расстройства	7	3,7
острые и транзиторные психотические расстройства	2	1,0
шизоаффективное расстройство	8	4,2
Длительность заболевания		
до 3 лет	13	6,8
3–5 лет	13	6,8
5–10 лет	22	11,5
10–15 лет	29	15,2
15–20 лет	35	18,3
свыше 20 лет	79	41,4
Длительность наблюдения в ПНД		
до 3 лет	16	8,4
3–5 лет	14	7,3
5–10 лет	30	15,7
10–15 лет	29	15,2
15–20 лет	31	16,2
свыше 20 лет	71	37,2
Инвалидность	95	49,7
по психическому заболеванию	86	45,0
1 группа	4	2,1
2 группа	76	39,8
3 группа	6	3,1
по соматическому заболеванию	9	4,7
Длительность инвалидности		
до 1 года	8	9,3
1–3 года	14	16,3
4–7 лет	21	24,4
8–14 лет	27	31,4
15 лет и более	16	18,6



Распределение больных, лечившихся в больнице или дневном стационаре, по длительности пребывания (2001–2005 гг.)

Таким образом, среди контингента больных преобладали пациенты старших возрастных групп, со значительными сроками заболевания, половина из которых длительно имели группу инвалидности. При этом подавляющее большинство больных получали помощь преимущественно амбулаторно (табл. 2): почти 3/4 состоящих под наблюдением в течение 5 лет ни разу не лечились в дневном стационаре, а более 60% – в психиатрической больни-

це. Поступали в дневной стационар 3 и более раз только 8,9% пациентов, в больницу – 15,2%, из них ежегодно – 3,7% и 8,9% соответственно.

Для основной части госпитализированных или направленных в дневной стационар больных это было лишь непродолжительным эпизодом психиатрического лечения: соответственно 41,9% и 51,0% из них провели в этих учреждениях менее двух месяцев за 5 лет (табл. 2, рисунок). За этот же период в больнице свыше полугодя лечились менее 30%, а в дневном стационаре – 21,6% пациентов, когда-либо наблюдавшихся в них в течение последних 5 лет (из них более 1 года – лишь отдельные больные).

Таблица 2

Обращаемость больных за психиатрической помощью (2001–2005 гг.)

Обращаемость	Число больных	
	абс.	%
Средняя амбулаторная обращаемость (в год)		
менее 3 раз в год	74	38,7
3–5 раз	4	2,1
6 и более раз	113	59,2
Поступления в дневной стационар (за 5 лет)		
отсутствие поступлений	140	73,3
1–2 раза	34	17,8
3–4 раза	10	5,2
5 и более раз	7	3,7
Поступления в больницу (за 5 лет)		
нет	117	61,2
1–2 раза	45	23,6
3–4 раза	12	6,3
5 и более раз	17	8,9
Общая продолжительность пребывания в дневном стационаре (за 5 лет)		
нет	140	73,3
до 2 мес.	26	13,6
2–4 мес.	7	3,7
4–6 мес.	7	3,7
6–12 мес.	8	4,2
свыше 12 мес.	3	1,5
Общая продолжительность пребывания в больнице (за 5 лет)		
нет	117	16,2
до 2 мес.	31	5,2
2–4 мес.	10	5,8
4–6 мес.	11	61,2
6–12 мес.	15	7,9
свыше 12 мес.	7	3,7

За период 2001–2005 годы среднее количество амбулаторных обращений составило в среднем 1 156,8 в год. Около 60% больных приходили на прием к участковому врачу-психиатру достаточно часто: шесть и более раз в год (то есть не реже одного раза в два месяца) и лишь около 40% – менее 3 раз в год (табл. 2). В большинстве случаев (59,9%) пациенты обращались по клиническим показаниям: в связи с ухудшением психического состояния, необходимостью коррекции схемы терапии. В то же время более 1/3 обращений (35,8%) были обусловлены только необходимостью выписки рецептов, вне какой-либо динамики состояния больных. И, наконец, незначительное число посещений (4,3%) было связано с рядом организационных причин, оформлением различных справок, документов и пр. Следует отметить, что у большинства пациентов (53%) основная часть (более половины) обращений в диспансер была обусловлена клиническими причинами. Однако для значительной части больных (40,8%) преобладающая доля посещений ПНД объяснялась только потребностью в формальном обновлении рецептов. При этом почти 3/4 пациентов (73,8%, $p < 0,001$) были частично или полностью некомплайентны.

Обращает также на себя внимание, что практически отсутствовали посещения, связанные с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий. Между тем, потребность в них чрез-

вычайно велика, на что указывают приводимые ниже данные (табл. 3).

Подавляющее большинство пациентов (70,2%) имели специальное образование: среднее специальное, высшее или незаконченное высшее (табл. 3). Однако трудовой стаж 10 лет и более был лишь у менее половины больных (49,1%). Работали на момент обследования только 54 чел. (28,3%). При этом, 11,0% пациентов (21 чел.) были безработными, не имея группы инвалидности, что составляет 28,0% лиц с формально сохраненной трудоспособностью. Среди работающих больных почти половина (46,3%) работала со снижением квалификации, причем 37,0% вынуждены были изменить специальность, 44,4% трудились на неквалифицированных работах.

Жилищные условия преобладающей части пациентов были относительно удовлетворительными: лишь 6,3% из них жили в коммунальной или отдельной, но перенаселенной квартире (табл. 3). Однако материальное положение большинства больных (60,8%, $p < 0,001$) определялось как достаточно тяжелое: они с трудом «сводили концы с концами», денег хватало только на питание; другие расходы были практически недоступны. При этом, в части случаев (3,2%) можно было говорить о фактически бедственном положении: пациенты недоедали, носили старые, ветхие вещи, нередко ходили в обносках. Эти больные фактически представляли собой маргинальную группу, нуждающуюся в социальной помощи и поддержке.

Положение усугублял дефицит социальных навыков, в том числе навыков самообслуживания: 45,0% пациентов нуждались в этом отношении в различной помощи и поддержке (табл. 3). 11,0% больных были неряшливы, неопрятны, иногда даже социально запущены, а почти в 20% случаев относительно удовлетворительное состояние пациентов обуславливалось в значительной степени тем, что уход осуществлялся родственниками.

Следует отметить, что только 13,6% жили одни. В большинстве наблюдений (42,4%) больные проживали с родителями, зачастую престарелыми (табл. 3). Только 51 чел. (26,7%) состоял в браке и проживал с супругом. В остальных случаях пациенты, актуально не состоя в браке, жили с детьми (8,9%) или другими родственниками (8,4%). При этом почти в половине случаев отношения в семье были проблемными (конфликтными, безразличными или с гиперопекой); 22 чел. (11,5%) были одиноки, то есть не имели близких родственников или не поддерживали с ними отношения. Почти 3/4 больных испытывали дефицит социальных контактов, когда общение в лучшем случае ограничивалось семьей, а иногда (19,4%) и внутри семьи контакты были крайне ограничены. 7,8% пациентов нуждались в социально-правовой помощи и поддержке (взаимодействие с социальными службами, различными государственными учреждениями, оформление пенсий, пособий и пр.).

Показатели социального статуса и функционирования больных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Образование		
вспомогательная школа	7	3,6
неполное среднее	12	6,3
среднее	38	19,9
среднее специальное	34	17,8
незаконченное высшее	16	8,4
высшее	84	44,0
Трудовой стаж		
не работал	20	10,5
1–4 года	38	19,9
5–9 лет	40	20,9
10–19 лет	35	18,3
20 лет и более	58	30,4
Трудовой статус на момент обследования		
работает (учится)	54	28,3
не работает, не имея группы инвалидности	21	11,0
инвалид	95	49,7
пенсионер	21	11,0
Характеристика трудовой деятельности работающих пациентов (54 чел.)		
работа по специальности без снижения квалификации	14	25,9
смена профессии без снижения уровня квалификации	15	27,8
работа по специальности со снижением квалификации	5	9,3
смена профессии со снижением уровня квалификации	20	37,0
Профессиональная группа работающих пациентов (54 чел.)		
неквалифицированный труд	24	44,4
квалифицированный труд	30	55,6
Материальное положение		
бедственное	6	3,2
тяжелое	110	57,6
удовлетворительное	73	38,2
хорошее	2	1,0
Самообслуживание		
полностью обслуживает себя	105	55,0
частично обслуживает себя, нуждается в помощи	27	14,1
уход осуществляется родственниками	38	19,9
неопрятен, социально запущен	21	11,0
Жилищные условия		
коммунальная квартира	8	4,2
отдельная перенаселенная квартира	4	2,1
отдельная квартира, нет своей комнаты	15	7,9
комната в отдельной квартире	141	73,8
один в отдельной квартире	23	12,0
Проживает		
один	26	13,6
с супругом (супругой)	51	26,7
с родителями	81	42,4
с детьми	17	8,9
с другими родственниками	16	8,4
Семейное положение		
состоит в браке	51	26,7
не состоит в браке	140	73,3
Взаимоотношения с родственниками		
удовлетворительные	77	40,3
проблемные	92	48,2
одинок	22	11,5
Социальные контакты		
ни с кем не общается	37	19,4
общение ограничивается семьей	100	52,3
семья и узкий круг друзей	46	24,1
широкий круг общения	8	4,2

Таким образом, анализ контингента больных ПНД, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, позволяет выделить целевые группы со специальными задачами психосоциальной терапии и реабилитации. Подавляющее большинство больных (можно говорить о необходимости практически полного охвата) и значительная часть родственников нуждаются в проведении психообразовательной работы, целью которой является формирование комплайенса, обучение технике совладания с остаточной психопатологической симптоматикой и распознаванию ранних признаков начинающегося обострения (2, 8, 9, 22, 27, 29). Дополнительной задачей является создание терапевтического сообщества пациентов, позволяющего расширить их социальные контакты и сеть поддержки.

Работа, направленная на увеличение социальной сети, является еще одной важной задачей психиатрической помощи (2, 8, 28), особенно в отношении одиноких больных (11,5%) и более 70% пациентов, общение которых ограничено семьей. Кроме специальных мероприятий, практически все виды психосоциального вмешательства должны быть направлены, в том числе, и на это. В то же время, семья, являясь основной поддерживающей структурой, также требует специального внимания. В этих случаях работа концентрируется как на нормализации стиля семейных отношений (дисгармоничные отношения, существующие практически у половины больных шизофренией, могут быть существенным фактором, провоцирующим и поддерживающим обострение психического заболевания), так и на уменьшении нагрузки на семью (2, 8, 10, 12, 13, 16, 18, 21, 23, 24, 32–36).

Еще одной задачей вмешательства является стимулирование большей автономии пациентов, формирование ответственности за свое социальное поведение и функционирование. Одной из форм психосоциальных мероприятий, направленных на это, является тренинг социальных навыков, подразумевающий широкий спектр программ, начиная от обучения элементарным навыкам независимого проживания (гигиены, самообслуживания и пр.), в

различной степени страдающим у 45% больных шизофренией, вплоть до тренинга общения, уверенного поведения, самопредъявления, навыков взаимодействия с различными государственными и общественными организациями, умений решать возникающие социальные проблемы (2, 14, 17, 19, 25, 26, 30, 37).

С этим же близко смыкается трудовая реабилитация пациентов (5, 6), особенно актуальная (однако не ограничивающаяся) в отношении больных с неустойчивой трудовой адаптацией (4): не имеющих работы, с частой сменой ее мест, длительными перерывами в трудоустройстве, а также снизившими профессиональную квалификацию (почти половина работающих больных шизофренией). Эти пациенты, а также больные с различной степенью утраты трудоспособности (50% всей выборки) нуждаются в широком комплексе мероприятий, направленных на их трудовую занятость, начиная с различных видов защищенного трудоустройства (лечебно-трудовые мастерские, спец. цеха) вплоть до состязательного трудоустройства на обычном производстве (5, 6, 15, 20, 31). Безусловно, это направление психиатрической помощи возможно только при активном взаимодействии с государственными учреждениями (например, биржей труда), в том числе использующими специальные программы (квотирование рабочих мест), и общественными организациями (7). Последние могут широко привлекаться и для организации инструментальной поддержки пациентов, в которой в той или иной степени нуждаются более 60% больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Значительную роль в этом также должна играть и служба социальной защиты, принимая на обслуживание пациентов с психическими заболеваниями.

В целом, следует отметить, что значительные проблемы социального функционирования пациентов указывают на настоятельную необходимость при осуществлении психиатрической помощи проведения широкого круга психосоциальных вмешательств, являющихся неотъемлемой частью психиатрического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 4. – С. 38–45.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
3. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985. – 231 с.
4. Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 214 с.
5. Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией. Дисс. ... докт. мед. наук. – Томск, 1987. – 384 с.
6. Мелехов Д.Е. Прогноз и восстановление трудоспособности при шизофрении. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1960. – 26 с.
7. Окунькова Ю.А., Потапова В.А. Об организации социальными работниками инструментальной социальной поддержки психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 2. – С. 36–39.
8. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 180 с.
9. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30–39.
10. Холмогорова А.Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 3. – С. 35–71.
11. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
12. Anderson C.M. A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia // Family therapy in schizophrenia / W.R.McFarlane (Ed.). – New York–London: Guilford Press, 1983. – P. 99–116.

13. Barrowclough C., Tarrier N., Lewis Sh. et al. Randomized controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 505–511.
14. Brady J.P. Social skills training for psychiatric patients // *Am. J. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 141. – P. 491–498.
15. Brickey M.P., Campbell K.M., Browning L.J. A five-year follow up of sheltered workshop employees placed in competitive jobs // *Ment. Retard.* – 1985. – Vol. 23, N 2. – P. 67–73.
16. Brown G.W., Birley J.L., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders // *Br. J. Psychiatry.* – 1972. – Vol. 121. – P. 241–258.
17. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.
18. Butzlaff R.L., Hooley J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55. – P. 547–552.
19. Dilk M.N., Bond G.R. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1996. – Vol. 64. – P. 1337–1346.
20. Eikelmann B. Work – its significance in the treatment and rehabilitation of chronic mental patients // *Psychiatr. Prax.* – 1987. – Vol. 14, N 1. – P. 8–12.
21. Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1985. – Vol. 42. – P. 887–896.
22. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the after-care treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 43. – P. 633–642.
23. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. et al. A controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients // *Br. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 111. – P. 121–134.
24. Liberman R.P. Behavioral family management // *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients / R.P.Liberman (Ed.).* – Washington: American Psychiatric Press, 1988. – P. 199–244.
25. Liberman R.P. Social skills training // *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients / R.P.Liberman (Ed.).* – Washington: American Psychiatric Press, 1988. – P. 147–198.
26. Liberman R.P., Wallace Ch.I., Blackwell G. et al. Innovation in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules // *Innovations and Research.* – 1993. – Vol. 2, N 2. – P. 43–60.
27. Merinder L.B. Patient education in schizophrenia: a review // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102. – P. 98–106.
28. Mitchell J.C. The concept and use of social networks // *Social networks in urban situations / J.C.Mitchell (Ed.).* – Manchester: Manchester University Press, 1969.
29. Moller M.D., Wer J.E. Simultaneous patient/family education regarding schizophrenia: The Nebraska model // *Arch. Psychiatric Nursing.* – 1989. – Vol. 3, N 6. – P. 332–337.
30. Morrison R.L., Bellack A.S. Social skills training // *Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation / A.S.Bellack (Ed.).* – Orlando: Grune and Stratton, 1984. – P. 247–279.
31. Neufeldt A.H., Albright A.L. (Eds.). Disability and self-directed employment. Business development models. – Captus Press Inc., 1998. – 348 p.
32. Perlick D., Clarkin J.F., Sirey J. et al. Burden experienced by caregivers of persons with bipolar affective disorder // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 175. – P. 56–62.
33. Szmukler G.I., Burgess P., Herman H. et al. Caring for relatives with severe mental illness: The development of the experience of caregiving inventory // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1996. – Vol. 31. – P. 137–148.
34. Szmukler G.I., Bloch S. Family involvement in the care of people with psychoses: An ethical argument // *Br. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 171. – P. 401–405.
35. Vaughn C., Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness // *Br. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 129. – P. 125–137.
36. Vaughn C., Snyder K.S., Jones S. et al. Family factors in schizophrenic relapse: a replication in California of British research on expressed emotion // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 41. – P. 1169–1177.
37. Wallace C.J., Liberman R.P. Social skills training for patients with schizophrenia // *Psychiatry Res.* – 1985. – Vol. 15. – P. 239–247.

CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS: GOALS IN PSYCHOSOCIAL THERAPY AND REHABILITATION

E. K. Gavrilova, V. A. Shevchenko, V. V. Zagiyev, A. B. Shmukler

Material: a random sample of adult patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders (18 years and older), which are observed in a District Psychoneurological Dispensary No.14 in the city of Moscow in 2005 (N=191). The researchers studied their social

characteristics and their functioning and delineated the target patient groups with specific tasks in psychosocial therapy and rehabilitation. The principal directions are described in the article.