

## БОЛЬНЫЕ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ВЫСОКОЙ ОБРАЩАЕМОСТЬЮ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ, НЕ ОБУСЛОВЛЕННОЙ КЛИНИЧЕСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ. СООБЩЕНИЕ 2

Е. А. Васильева

*Отделение внебольничной психиатрии организации  
психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии Росздрава*

Высокая обращаемость некоторой части больных за психиатрической помощью, не обусловленная ухудшениями клинического состояния, наблюдается в работе любых организационных форм психиатрической службы, отличаясь устойчивостью, что требует разработки подходов к оптимизации оказания помощи данной категории больных (1, 2).

Невыборочным методом были обследованы все больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (МКБ–10), состоящие под диспансерным наблюдением ПНД № 14 г.Москвы. Среди них были выделены пациенты с высокой, не обусловленной клиническими показаниями обращаемостью за психиатрической помощью (98 чел.).

На основе анализа клинических и социальных характеристик этих больных, мотивов их обращений за психиатрической помощью вне обострения психопатологической симптоматики, а также интенсивности использования ресурсов психиатрической службы были выделены три группы больных, особенности которых указаны в предыдущем сообщении (1). 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%). Группа III – больные с организационными причинами высокой обращаемости за психиатрической помощью (35 чел., 35,71%).

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 психотерапии, в широком спектре психосоциальных вмешательств.

В ходе исследования случайным образом были выделены пациенты (35 чел.), которые участвова-

ли (в среднем на протяжении  $17,0 \pm 4,3$  мес.) в комплексных психосоциальных мероприятиях (включая психообразование), направленных на более адекватное, соответствующее клиническому состоянию использование психиатрической помощи.

Пациенты были объединены в закрытые группы по 5–6 человек, с которыми в течение 2,5 месяцев с частотой 1 раз в неделю проводились занятия продолжительностью 50 минут. Основной цикл включал 10 занятий и проводился по методике, разработанной в отделе внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии (2–5).

После окончания основного психообразовательного цикла занятий пациенты объединялись в группу с медленно обновляющимся составом, в рамках которой на протяжении всего катамнестического периода (в среднем  $14,5 \pm 3,7$  мес.) осуществлялась поддерживающая психосоциальная терапия.

В процессе групповых занятий имело место сплочение членов группы, пациенты стали более открытыми, получая от партнеров эмоциональную поддержку, увереннее ощущали себя в повседневной жизни, с большим доверием стали относиться к психосоциальным вмешательствам. Увеличился уровень информированности пациентов в отношении своего психического заболевания, его проявлений и методов лечения. Пациенты охотнее делились с врачом болезненными переживаниями, более адекватно относились к своему состоянию и его изменениям, у многих удалось смягчить тяжесть субъективной оценки внутренней картины заболевания. Отмечалось повышение уровня комплаентности пациентов. В случаях клинической необходимости они охотнее шли на изменения терапии, более четко соблюдали предписанный врачом режим лечения.

В результате комплексных психосоциальных воздействий у пациентов постепенно восстанавливались социальные навыки, в том числе коммуникативные и навыки независимого проживания. Пациенты стали

больше следить за своим внешним видом, вели домашнее хозяйство или начинали помогать в этом своим родным, охотнее общались с окружающими как внутри, так и вне стен психиатрических учреждений. Многие больные организовали свой досуг, обрели новых знакомых, с которыми продолжали поддерживать дружеские отношения, стали оказывать помощь и поддержку и после завершения психосоциальной программы.

Таким образом, пациенты меняли отношение к себе со стороны окружающих, восстанавливали социальную автономию, что, в свою очередь, приводило к их дестигматизации. Двое пациентов, имеющих 2 группу инвалидности, устроились на работу (дворник, секретарь) и удерживались там весь катamnестический период.

Помимо улучшения социального статуса, в результате проведенного психосоциального вмешательства у трети больных удалось достичь более адекватной, соответствующей клиническому состоянию, обращаемости за психиатрической помощью. Статистически достоверно снизилась амбулаторная обращаемость ( $p < 0,05$ ). Отмечалась тенденция к снижению количества и длительности не обоснованных клинически поступлений в психиатрические стационары и полустационары (табл. 1).

Более детальный анализ (табл. 2) показал, что это произошло, главным образом, за счет больных группы I, у которых отмечалось достоверное снижение количества и длительности поступлений в психиатрические стационары и полустационары ( $p < 0,05$ ).

В группе II снижение количества амбулаторных обращений и поступлений в психиатрические стационары и полустационары отмечалось на уровне тенденции: умеренные результаты в этой группе были связаны с ограниченными возможностями в оказании инструментальной и, прежде всего, материальной поддержки данной категории больных.

В группе III также на уровне тенденции удалось снизить количество и длительность поступлений за счет обеспечения пациентов более полным объемом помощи в амбулаторных условиях с соответствующим увеличением их амбулаторной обращаемости (табл. 2).

Показатели шкалы PANSS до и после психосоциального вмешательства практически не изменились (табл. 3), что отражает достаточно стабильное состояние больных.

В то же время по другим шкалам удалось добиться значительного улучшения показателей.

Таблица 1

**Динамика обращаемости за психиатрической помощью до и после психосоциального вмешательства**

Показатели	До вмешательства	После вмешательства	% улучшения (p)
Среднее количество поступлений на 1 чел. в год	2,3±0,8	1,6±1,7	30,4% (p>0,05)
Средняя длительность поступлений на 1 чел. в год	124,4±56,2	102,7±112,5	17,4% (p>0,05)
Средняя амбулаторная обращаемость на 1 чел. в год	12,59±5,59	9,57±4,8	24,0% (p<0,05)

Таблица 2

**Динамика использования психиатрической службы в зависимости от причины высокой обращаемости**

Показатели		До вмешательства	После вмешательства
Группа I Пациенты с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, обусловленной особенностями клинической картины заболевания (17 чел.)	Среднее количество поступлений в ПБ и ДС в год на 1 чел.	2,11±0,81	0,67±1,32 p<0,05
	Средняя длительность поступлений (койко-дней на 1 чел. в год)	114,38±41,68	40,0± 7,23 p<0,05
	Средняя обращаемость в амбулаторное звено на 1 чел. в год	13,95±6,18	10,56±4,35
Группа II Пациенты с социальными причинами высокой обращаемости за психиатрической помощью (16 чел.)	Среднее количество поступлений в ПБ и ДС в год на 1 чел.	2,38±0,85	2,13±1,81
	Средняя длительность поступлений (койко-дней на 1 чел. в год)	125,18±62,14	136,69±121,76
	Средняя обращаемость в амбулаторное звено на 1 чел. в год	11,25±5,1	7,97±4,83
Группа III Пациенты с организационными причинами высокой обращаемости за психиатрической помощью (2 чел.)	Среднее количество поступлений в ПБ и ДС в год на 1 чел.	2,5±0,99	2,0±1,41
	Средняя длительность поступлений (койко-дней на 1 чел. в год)	163,3±79,9	112,5±70,0
	Средняя обращаемость в амбулаторное звено на 1 чел. в год	11,7±0,99	14,0±5,66

Таблица 3

**Динамика показателей тяжести расстройств по шкале PANSS до и после психосоциального вмешательства**

Показатели субшкал	До вмешательства	После вмешательства	Катамнез	% улучшения
Позитивные расстройства (баллы)	17,11±4,46	16,44±3,73	16,18±3,46	5,4%
Негативные расстройства (баллы)	20,4±3,92	19,67±3,87	19,56±3,67	4,1%
Общие симптомы (баллы)	38,57±4,13	37,7±3,18	36,63±3,12	5,0%
Общая сумма баллов	76,06±10,42	72,81±9,26	72,41±8,65	4,8%

**Динамика показателей опросника «Эмоциональная и инструментальная поддержка психически больных» до и после психосоциального вмешательства**

Показатели субшкал	До вмешательства	После вмешательства	Катамнез
Эмоциональная поддержка (баллы)	24,2±8,6	28,6±7,2*	29,62±8,51*
Инструментальная поддержка (баллы)	12,0±3,5	14, ±13,8*	15,12±3,91**
Социальная интеграция (баллы)	17,7±5,4	22,0±5,3**	21,69±6,55*
Доверительные связи (баллы)	5,6 ± 2,4	7,0 ± 1,6*	6,69 ± 2,38
Удовлетворенность социальной поддержкой (баллы)	4,7±2,8	5, ±71,9	5,54±2,27

Примечание: \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ .

**Динамика показателей шкалы Дембо-Рубинштейн до и после психосоциального вмешательства**

Показатели шкалы	До вмешательства	После вмешательства	Катамнез
1. Счастье	4,0±2,3	4,79±1,64	5,57±1,93**
2. Здоровье	3,56±2,31	4,1±1,28	5,05±1,99*
3. Качество оказания психиатрической помощи	6,48±2,22	7,1±1,76	7,91±1,73**
4. Обеспеченность лекарствами	5,72±2,61	6,51±1,97	7,76±1,7***
5. Внимание лечащего врача	7,02±2,35	7,99±1,27	8,22±1,68*
6. Помощь и поддержка психиатрической службы	5,62±2,76	7,18±1,59*	7,4±52,01**
7. Общение с людьми	5,08±2,81	6,65±1,7*	7,03±2,03**
8. Свободное время	4,66±2,94	5,38±2,19	6,21±2,33*

Примечание: \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ ; \*\*\* –  $p<0,001$ .

По шкале «Эмоциональная и инструментальная поддержка психически больных» (табл. 4) отмечалось статистически достоверное улучшение по всем разделам ( $p<0,05-0,01$ ), кроме раздела «удовлетворенность социальной поддержкой», где улучшение отмечалось на уровне тенденции. У пациентов, участвовавших в течение всего катамнестического периода в поддерживающих психосоциальных мероприятиях, отмечалось дальнейшее улучшение показателей по разделам «эмоциональная поддержка» (на уровне тенденции) и «инструментальная поддержка» ( $p<0,05$ ).

По шкале Дембо-Рубинштейн (табл. 5) отмечалось улучшение по разделам «удовлетворенность помощью и поддержкой со стороны психиатрической службы» и «удовлетворенность общением с людьми» ( $p<0,05$ ), что соответствовало направленности комплексных психосоциальных мероприятий. По остальным разделам положительная динамика отмечалась на уровне тенденции и достигала уровня статистической достоверности ( $p<0,05-0,01$ ) в катамнестическом периоде при проведении поддерживающей психосоциальной терапии.

Динамика показателей «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» отмечалась на уровне тенденции и в большей степени касалась сферы общения пациентов с окружающими. Отмечалось расширение круга общения ( $p=0,05$ ), изменение характера взаимоотношений пациентов с окружающими и увеличение удовлетворенности ими. Пациенты стали активнее заниматься домашним хозяйством, улучшилась их удовлетворенность своим самочувствием, дневной активностью, при некотором снижении удовлетворенности физической работоспособностью, повысились уровень благополучия и удовлет-

воренность жизнью в целом. При этом следует отметить, что в большей степени была подвержена изменениям самооценка пациентов, а не показатели их качества жизни, на что указывалось и ранее (2, 6, 7).

Социальные сети больных также претерпевали определенную динамику (табл. 6). Статистически значимо изменилась интенсивность общения ( $p<0,05$ ), по другим разделам улучшение отмечалось на уровне тенденции: увеличился размер социальной сети, доверительность отношений, пациенты стали чаще оказывать инструментальную и эмоциональную поддержку окружающим их людям.

При анализе динамики показателей «Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» отмечалось статистически достоверное улучшение практически по всем разделам, особенно в отношении способности пациентов определять у себя симптомы заболевания ( $p<0,01$ ), преодолеть их ( $p<0,05$ ), а также в отношении понимания собственной роли в процессе лечения ( $p<0,001$ ). У пациентов появлялось желание обсуждать и получать дополнительные сведения о проявлениях заболевания, лечении, различных видах психосоциальной помощи ( $p<0,01$ ). При проведении поддерживающих психосоциальных, и в том числе психообразовательных, мероприятий в катамнестическом периоде отмечалось дальнейшее улучшение информированности пациентов в отношении психических заболеваний.

В ходе исследования были рассчитаны прямые экономические затраты на оказание помощи пациентам с высокой обращаемостью в психиатрические учреждения, которые составили в 2002 году в среднем 9,5 тыс. руб. на 1 человека в год. При этом они достоверно различались в разных группах больных ( $p<0,001$ ) и превышали среднестатисти-

**Динамика показателей шкалы «Социальная сеть психически больных» до и после психосоциального вмешательства**

Показатели шкалы	До вмешательства	После вмешательства	p
1. Размер социальной сети	4,1±2,9 чел.	5,52±3,45 чел.	p>0,05
2. Плотность социальной сети	0,7±0,35	0,67±0,28	p>0,05
3. Продолжительность знакомств (в годах)	10,29±11,73	11,14±11,35	p>0,05
4. Интенсивность общения	12,17±7,23	15,02±7,76	p<0,05
5. Доверительность отношений	2,91±1,19	3,16±0,85	p>0,05
6. Необходимость в получении инструментальной поддержки	2,04±1,16	2,3±1,07	p>0,05
7. Необходимость в получении эмоциональной поддержки	2,55±1,22	3,0±30,98	p>0,05
8. Способность оказывать инструментальную поддержку	1,52±0,95	1,7±60,83	p>0,05

Таблица 7

**Динамика экономических затрат до и после психосоциального вмешательства**

Группы больных	Экономические затраты (в руб. на 1 чел. в год)		
	До вмешательства	После вмешательства	p
Группа I	10 511,8±10 779,13	2 398,54±5 613,57	<0,01
Группа II	17 134,68±8 806,7	15 551,92±12 210,76	
Группа III	21 102,39±12 693,76	11 202,0±6 444,76	
Всего	14 144,58±10 357,95	8 914,57±11 140,02	<0,05

ческие для больных группы I – в 7,5 раз, группы II – почти в 15 раз, группы III – более, чем в 3 раза.

Проведение комплексных психосоциальных мероприятий позволило значительно снизить затраты (37%, p<0,05) на осуществление помощи (табл. 7) при, как было показано выше, выраженном улучшении состояния больных. Максимальное уменьшение было отмечено в группе I (77,2%, p<0,01). Для больных с социальными причинами высокой обращаемости эти показатели были менее выражены (9,2%, p>0,05), что связано с ограниченными возможностями в оказании инструментальной и, прежде всего, материальной поддержки. Для пациентов группы III сокращение затрат составило 46,9%.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Васильева Е.А. Больные шизофренией с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 2. – С. 15–20.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 491 с.
3. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30–39.
4. Семенова Н.Д. Групповые психосоциальные методы работы с психически больными // Практикум по психосоциальному лечению

В ходе исследования в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов целевой группы были разработаны рекомендации по оптимизации оказания помощи и рационализации использования ресурсов психиатрической службы с расчетом возможных экономических затрат. В расчетах учитывались затраты на наблюдение и лечение пациентов, включая их обеспечение полным объемом клинически необходимых лекарственных средств (включая пролонги), зарплату персоналу полипрофессиональной бригады, осуществляющей весь спектр комплексных психосоциальных мероприятий, а также материальную помощь нуждающимся в размере, соответствующем стоимости питания этих пациентов в столовых.

Как показывают расчеты, предложенный экспертный вариант оптимизации оказания помощи больным с высокой обращаемостью позволяет снизить экономические затраты на 37% у пациентов группы I и группы II (суммарно) и на 60,7% у пациентов группы III.

В целом, следует отметить, что в результате проведенного комплексного психосоциального вмешательства удалось достигнуть более адекватной, соответствующей клиническому состоянию пациентов обращаемости за психиатрической помощью и снижения экономических затрат при улучшении социального статуса больных.

и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 36–76.

5. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 76–98.

6. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 334 с.

7. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry. – 1997. – Vol. 10. – P. 337–345.

**SCHIZOPHRENIC FREQUENT USERS OF PSYCHIATRIC CARE, NOT ASSOCIATED WITH CLINICAL INDICATIONS. PAPER 2****E. A. Vasilyeva**

Complex outpatient treatment of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders (including psychosocial intervention) is known to improve compliance and contributes to expanding patients' social networks as well as enhances their trust towards others. It also provides for their leisure and restores their social autonomy, which ultimately contributes to their adequate seeking help in accordance with their clinical condition and raising their social status. Direct costs of care

for frequent users of psychiatric care exceed those average more than five times. Active psychosocial intervention can reduce these costs by 20%. In case full intervention range is involved and a number of organizational measures have been taken, the costs can be reduced by 40% to 60%. Thus, complex (including psychosocial) therapy for frequent users happens to be an effective form of psychiatric care from both clinical-social and economic points of view.