

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ОДИНОКО ПРОЖИВАЮЩИМ БОЛЬНЫМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

В. Ф. Друзь, И. Н. Олейникова

*ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному
развитию», ГУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №1»*

Одиноко проживающие больные составляют 1/3 всех психически больных позднего возраста, наблюдающихся в диспансере (8, 11, 19), и входят в категорию высокого риска в отношении социальной дезадаптации (1, 27). Между тем в нашей стране программы медико-социальной помощи пожилым психически больным (10, 14, 20, 23) ориентированы на весь позднеговозрастной контингент. В них вопросы, связанные с одиночными больными, затрагиваются косвенно. Опубликованы единичные работы, в которых либо в общих чертах рассматриваются отдельные аспекты проблемы (5, 24), либо излагается программа психосоциальной помощи одиночным больным шизофренией преимущественно молодого и среднего возраста (3, 4). Основное внимание исследователей сосредоточено на одиноких пожилых и старых людях, страдающих от одиночества, у которых нет других, более выраженных и иной природы психических расстройств, а также тяжелых соматоневрологических заболеваний. Медико-социальная помощь этим больным осуществляется чаще всего в условиях территориального центра социального обслуживания населения и ограничивается главным образом психосоциальной и психотерапевтической коррекцией (15, 17, 18). В связи с этим актуальной задачей является организация медико-социальной помощи диспансерному контингенту одиноко проживающих больных преклонного возраста.

Цель работы: разработка программы медико-социальной помощи одиноко проживающим психически больным позднего возраста и апробация ее в условиях Оренбургского областного психоневрологического диспансера.

При подготовке программы учитывались основные положения современной модели медико-социальной помощи пожилым психически больным (23): 1) наличие специализированной организационной структуры; 2) комплексный (сочетание психиатрических, общемедицинских и социальных мер) и си-

стемный (последовательное проведение лечебно-диагностических, профилактических и социально-реабилитационных мероприятий) характер.

Программа предусматривала три этапа. Первый – организация специализированной медицинской структуры, позволяющей эффективно проводить медико-социальные мероприятия. Известно, что недостаточная выявляемость психически больных позднего возраста и отсутствие оказания им эффективной помощи традиционной диспансерной службой (2) вызвали необходимость организации новых форм амбулаторного обслуживания данного контингента больных, в частности, создание геронтопсихиатрических кабинетов в диспансерах (12). Исследования (9, 16, 21), посвященные анализу их работы, показали возможность успешного решения указанной проблемы. В настоящее время продолжается активный поиск организационных форм геронтопсихиатрической помощи. Многие авторы (13, 14, 25, 30) отмечают потребность в ее дальнейшей дифференциации. В Оренбургском ПНД организация геронтопсихиатрической помощи проводилась следующим образом. В трех из четырех районов города, каждый из которых обслуживали три обычных участка, один участок был перепрофилирован в геронтопсихиатрический. В четвертом районе, который обслуживали два участка, сохранилась традиционная форма психиатрической помощи больным позднего возраста. Подробное сообщение об организации, структуре и функционировании геронтопсихиатрического участка сделано нами ранее (8).

Второй этап включал выделение одиноко проживающих больных в отдельную категорию и изучение их клинко-социальной структуры для выявления наиболее социально уязвимых групп. Объектом исследования были все одиноко проживающие больные геронтопсихиатрического участка, обслуживающего Дзержинский район г.Оренбурга, зарегистрированные в 2000 году (165 чел.). Выделены

следующие группы: 1) больные с неблагоприятным течением заболевания (частые обострения психотических и декомпенсации психопатоподобных состояний, выраженный шизофренический или органический дефект); 2) больные, состоявшие на активном диспансерном наблюдении (АДН); 3) пациенты с соматической патологией в состоянии умеренно выраженной, выраженной и тяжелой декомпенсации; 4) больные, на которых одинокое проживание оказывало отрицательное влияние как прямое (развитие состояния одиночества), так и опосредованное (отсутствие или снижение контроля за поведением больного, приемом и приобретением лекарств; утрата или уменьшение социальной поддержки со стороны родственников, возникновение или усиление в связи с этим социально-бытовых проблем); 5) пациенты с конфликтными взаимоотношениями с опекунами, родственниками, живущими отдельно (не являющимися опекунами), соседями и другими членами социальной сети.

На третьем этапе проводились лечебно-реабилитационные мероприятия на основе дифференцированного (в зависимости от причин, характера и степени социальной дезадаптации) и комплексного (сочетание биологического и психосоциального воздействия) подходов: квалифицированная в геронтопсихиатрическом плане лечебно-диагностическая работа; более частые повторные осмотры больных, входящих в социально уязвимые группы; контроль за соматоневрологическим состоянием больных и организация многопрофильной лечебно-диагностической помощи; обучение социальных работников основам эмоциональной и инструментальной поддержки данному контингенту больных с учетом их психопатологических и психологических особенностей; психотерапевтическая, психокоррекционная и социотерапевтическая работа с больными, направленная на профилактику общественно опасных действий, устранение или уменьшение чувства одиночества, вовлечение больных в посильную трудовую деятельность и непрофессиональную занятость, формирование навыков самостоятельного приема и приобретения лекарств, своевременного обращения при обострении заболевания как психического, так и соматического к психиатру или врачу-интернисту, восстановление или улучшение навыков ведения домашнего хозяйства и самообслуживания, нормализация отношений с опекунами, родственниками, живущими отдельно, и соседями, расширение социальной сети, увеличение частоты и улучшение качества социальных контактов; психокоррекционная и психообразовательная работа с опекунами, родственниками, соседями и другими членами социальной сети, нацеленная на предупреждение возникновения социально-психологических предпосылок для совершения больными противоправных действий, устранение или смягчение конфликтов с больными, оптимизация их взаимоотношений, привлечение к сотрудничеству с медицинскими и социальными ра-

ботниками; защитно-правовая помощь, ставившая перед собой задачи предупреждения ущемления прав пациентов и их отстаивание, если они нарушались, с помощью юриста диспансера.

В последнее время большое значение в психосоциальной реабилитации придается оценке ее эффективности (6). В качестве критериев рассматриваются как объективные данные – динамика психопатологической симптоматики, показатели социального функционирования (жилье, работа, социальные контакты и т.п.), так и субъективные оценки больными различных сторон их жизни (26, 29); подчеркивается значение контрольной группы (28). У больных преклонного возраста важным критерием является соматическое состояние (22).

Для оценки результатов выполненной программы проведено сравнительное исследование клинико-социальной структуры состава одиноко проживающих больных (165 чел.) геронтопсихиатрического участка (основная группа) с аналогичной структурой контингента одиноких больных позднего возраста (70 чел.) двух обычных территориальных участков диспансера (контрольная группа), которым помощь оказывалась в традиционной форме. Применялись клинический и социально-психологический методы (анкетирование и интервьюирование больных, членов их социальной сети, врачей, медсестер и социальных работников диспансера по специально разработанной программе). Сравнивались клинико-демографические (нозологическая форма, ведущий синдром, возраст к моменту наблюдения и началу заболевания, соматическое состояние, пол), социально-бытовые (доля больных, состоявших в группе АДН, уровень образования, жилищные условия, материальное обеспечение, социальный статус, способность к ведению домашнего хозяйства и самообслуживанию), социально-психологические (отношение к одинокому проживанию, наличие состояния одиночества, уровень и характер социальных контактов, наличие опекунов, отношение с ними, родственниками, живущими отдельно, и соседями, удовлетворенность жизнью вообще) данные и социальная адаптация в целом. Каждый социально-бытовой (за исключением доли больных, состоявших в группе АДН) и социально-психологический показатель оценивался в баллах. Социальная адаптация определялась по среднему баллу этих показателей. Выделены три уровня адаптации: высокий (хорошая адаптация), средний (с определенными отклонениями) и низкий (плохая адаптация). Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью компьютерной программы Statistica 5.0.

Результаты сравнения клинико-демографической структуры состава больных обеих групп были подробно представлены нами ранее (8). Коротко напомним, что выявлены существенные различия. На геронтопсихиатрическом участке одинокие больные встречались чаще, они на момент обследования и начала заболевания были старше, среди них чаще отмечались пациенты с собственно возрастными заболеваниями

и психогениями, реже наблюдались больные шизофренией. В основной группе был выше удельный вес больных с психоорганическими (включая деменцию) расстройствами и ниже – пациентов с депрессивными и параноидными состояниями, а также с тяжелой соматической патологией. Указанные различия объясняются главным образом более высокой выявляемостью одиноко проживающих пожилых и старых людей с психическими нарушениями на геронтопсихиатрическом участке по сравнению с обычными участками, где преобладали состарившиеся больные, заболевшие в молодом и среднем возрасте, а также организацией на нем более эффективной лечебно-диагностической (комплексной, многопрофильной) работы и внимательного дифференцированного наблюдения за больными.

Далее рассматриваются результаты психосоциальной работы, проводившейся на геронтопсихиатрическом участке в течение 4 лет (2001–2004). Анализ социально-бытовых данных в группах показал следующее. В основной группе удельный вес больных, состоявших в группе АДН, был в два раза меньше, чем в контрольной (6,7% и 14,3% соответственно), однако различие не достигало статистической значимости. При сравнении образовательного уровня в группах выявлены сходные тенденции: чаще всего встречались больные со средним уровнем образования (49,7% и 51,4%), реже – с низким (28,5% и 31,4%) и еще реже – с высоким (21,8% и 17,2%). При оценке жилищных условий установлено, что в обеих группах преобладали удовлетворительные условия (50,9% и 47,1%). Между тем у больных геронтопсихиатрического участка немного чаще (26,1% и 22,9%) наблюдались хорошие условия и несколько реже (23% и 30%) – плохие (различия недостоверны). Сопоставление больных по материальному положению определило, что среди больных геронтопсихиатрического участка несколько чаще встречались пациенты со средним материальным обеспечением (40% и 31,4%) и немного реже (46,7% и 55,7%) – с низким (различие не достигает статистической значимости). Больные с высоким материальным положением отмечались в обеих группах с одинаковой частотой (13,3% и 12,9%).

Социальный статус больных на геронтопсихиатрическом участке оказался выше, чем у пациентов обычных участков: в два раза было больше лиц, занимавшихся трудовой деятельностью (33,3% и 15,7% соответственно, $p < 0,01$). Причем среди работающих больных в основной группе почти в три раза чаще ($p < 0,01$) встречались инвалиды 2 группы (15,8%), чем в контрольной (5,7%), хотя удельный вес больных с данной группой инвалидности на геронтопсихиатрическом участке был несколько меньше, чем на обычных участках (35,2% и 42,8%, $p > 0,05$). Кроме того, на геронтопсихиатрическом участке была достоверно меньше доля больных с инвалидностью 1 группы (15,8% и 34,4%, $p < 0,01$).

Способность к ведению домашнего хозяйства в группах значимо не отличалась. В то же время на-

метилась тенденция к более высокой доле больных, которые могли полностью вести домашнее хозяйство, на геронтопсихиатрическом участке, и, частично – на обычных участках. Совсем редко и примерно с равной частотой наблюдались больные в основной (4,3%) и контрольной (5,7%) группах, совершенно не способные выполнять домашнюю работу самостоятельно. Сравнивая возможность к самообслуживанию, мы обнаружили, что у больных геронтопсихиатрического участка удельный вес пациентов, в состоянии себя обслуживать полностью, был достоверно выше (67,9% и 22,9%, $p < 0,001$), в то время как на обычных участках была значимо больше доля пациентов, способных к частичному самообслуживанию (71,4% и 27,9%, $p < 0,001$). Удельный вес больных, не способных себя обслуживать (они выполняли отдельные операции с посторонней помощью), в обеих группах был наименьшим и практически одинаковым (4,3% в основной и 5,7% в контрольной).

Рассматривая социально-психологическую ситуацию в группах, мы установили следующее. Отношение больных к одинокому проживанию не выявило достоверных различий. Все же у больных геронтопсихиатрического участка наблюдалась тенденция к более высокой доле пациентов с отрицательным отношением (60% и 47,1%), а у больных обычных участков – с индифферентным (21,4% и 15,2%) и положительным (31,5% и 24,8%) отношением. Отрицательное отношение к одинокому проживанию во всех случаях сопровождалось переживанием одиночества. При сравнении круга общения также не найдены значимые различия между группами. Тем не менее, наблюдалось разное внутригрупповое распределение больных. В основной группе оно было более гетерогенным с тенденцией к более широкому кругу общения: почти половину составили пациенты со средним кругом общения (43%), около 1/3 (32,1%) – с узким и 1/4 (24,9%) – с широким. В контрольной группе чаще всего (около половины – 44,3%) встречались больные с узким кругом общения, незначительно реже (40%) – со средним и заметно реже – с широким кругом общения (15,7%). Частота социальных контактов у больных геронтопсихиатрического участка была выше: немного больше была доля больных с частыми (26,7% и 17,2%) и средней частоты (46,1% и 41,4%) контактами (различие не достигало статистической значимости), и достоверно меньше – с редкими (27,2% и 41,4%, $p < 0,05$). Исследуя удовлетворенность социальными контактами, мы не выявили значимых различий между группами. Все-таки наметилась тенденция к более высокой удовлетворенности у больных геронтопсихиатрического участка: несколько больше доля больных полностью (26,1% и 20%) и частично (43,6% и 38,6%) удовлетворенных контактами, меньше полностью не удовлетворенных (30,3% и 41,4%).

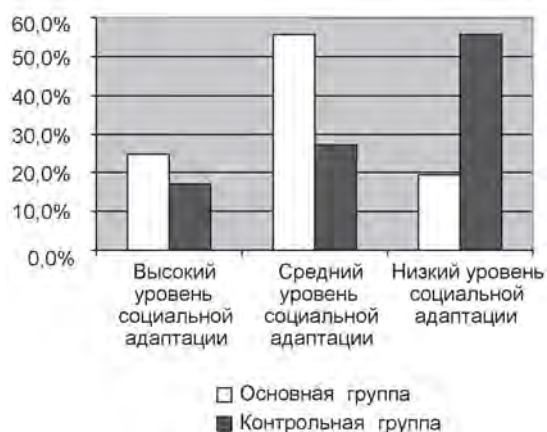
Важную роль в социальной адаптации одиноких больных играют члены социальной сети, которые более других оказывают им социальную поддержку.

Их мы назвали опекунами, включая как формальных опекунов (назначенных опекунским советом недееспособным больным), так и людей, не наделенных официальными полномочиями, но в наибольшей степени заботящихся о пациентах (неформальные опекуны). Больные геронтопсихиатрического участка имели опекунов несколько чаще, чем пациенты обычных участков (96,4% и 88,6%), различие достоверно. В обеих группах значительно преобладали неформальные опекуны (76,1% в основной и 75,8% в контрольной). Однако состав их существенно отличался: у больных геронтопсихиатрического участка значимо чаще ($p < 0,05$) опекунами являлись родственники (40,9% и 24,2%), несколько реже (различие недостоверно) – друзья и приятели (9,4% и 16,1%), а также бывшие сослуживцы (11,3% и 19,4%), примерно с одинаковой частотой – соседи (18,2% и 16,1%) и знакомые (20,1% и 24,2%). Взаимоотношения больных с опекунами также различались: в основной группе чаще наблюдались доброжелательные (54,7% против 38,7%, $p < 0,01$) и реже – конфликтные (10% и 24,2%, $p < 0,05$). С одинаковой частотой в обеих группах отмечались формальные отношения (35,3% и 37,1%).

Сравнение групп по наличию родственников, проживающих отдельно, и характеру их взаимоотношений с больными показало, что на геронтопсихиатрическом участке удельный вес больных, имевших родственников, был несколько выше (66,1% и 58,6%), различие не достигает статистической значимости. Кроме того, доля больных, с которыми близкие поддерживали связь и оказывали им социальную поддержку, в основной группе была достоверно больше (59,6% и 41,5%, $p < 0,05$). Отношения с соседями у больных геронтопсихиатрического участка носили более благоприятный характер: значимо чаще наблюдались доброжелательные (37,6% и 22,8%) и достоверно реже – формальные (44,8% и 58,6%, $p < 0,05$), с одинаковой частотой – конфликтные (17,6% и 18,6%).

При анализе удовлетворенности жизнью в целом исключались больные с деменцией, так как этот показатель оценивался только субъективно пациентами. Установлено, что у больных геронтопсихиатрического участка достоверно чаще отмечалась полная удовлетворенность (31,2% и 16,4%, $p < 0,05$), несколько чаще (44,8% и 35,8%) – частичная (различие недостоверно) и значимо реже – полная неудовлетворенность (24% и 47,8%, $p < 0,01$). Социальная адаптация в целом у больных основной группы была лучше, чем контрольной: несколько больше доля больных (24,8% и 17,1%) с высоким уровнем (различие недостоверно), в два раза больше со средним (55,8% и 27,2%, $p < 0,001$) и почти в 3 раза меньше с низким (19,4% и 55,7%, $p < 0,001$).

Таким образом, выявлены существенные различия в социальном функционировании одиноких больных геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера. У больных основной группы выше социальный статус и способность к самообслуживанию, они чаще контактируют с членами



Распределение больных по группам и уровням социальной адаптации

социальной сети, с которыми складываются более благоприятные отношения, и испытывают удовлетворенность жизнью в целом. В общем, нарушение адаптации больных геронтопсихиатрического участка происходит реже и носит менее выраженный характер (рисунок).

Указанные различия связаны, прежде всего, с системой психосоциальных мероприятий, последовательно проводимых на геронтопсихиатрическом участке в соответствии с разработанной программой.

Вместе с тем, наряду с положительными результатами, в основной группе наблюдалась неблагоприятная тенденция к более высокому удельному весу больных, испытывающих одиночество, по сравнению с пациентами контрольной группы. Здесь следует отметить, что до реализации данной программы, больных, переживающих одиночество, в основной группе было достоверно больше, чем в контрольной (63,6% против 47,1%, $p < 0,05$). В процессе психосоциальной работы положительная динамика отмечалась у половины из них (51,4%). У 5,7% больных удалось устранить его полностью, в остальных случаях (45,7%) наблюдалось уменьшение чувства одиночества, расширение и улучшение социальных связей. Различие в группах по этому показателю обусловлено не столько недостаточной эффективностью психосоциальной терапии, сколько отличием в клинической структуре состава больных геронтопсихиатрического и обычных участков: наличием в основной группе пациентов с психогениями (причиной которых было одиночество) и заметно большим удельным весом больных с собственно возрастными заболеваниями, среди которых значительное место занимали сосудистые, коррелирующие с переживанием одиночества (7). В то время как на обычных участках гораздо чаще встречались больные шизофренией, которая играет в основном протекторную роль в отношении развития состояния одиночества (7, 31). Однако различия в нозологической структуре являются положительным моментом, связанным с более высокой выявляемостью больных с собственно возрастными заболеваниями и психогениями. Поэтому тенденция к более высокому

удельному весу больных с состоянием одиночества – позитивный результат, так как подобные больные на территории, где нет геронтопсихиатрического участка, выявляются значительно реже и не получают адекватную медико-социальную помощь.

Проведенное исследование показало, что разработанная программа медико-социальной помощи одиноко проживающим психически больным позднего возраста является достаточно эффективной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барков И.Н. Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психически больных в позднем возрасте // Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1985. – С. 58–64.
2. Гаврилова С.И. Современные проблемы геронтопсихиатрической эпидемиологии и организации геронтопсихиатрической помощи // Журн. невропатол. и психиатр. – 1987. – Т. 87, № 8. – С. 1187–1192.
3. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Кирьянова Е.М., Шмуклер А.Б. Особенности оказания психиатрической помощи одиноким больным шизофренией во внебольничных условиях. Методические рекомендации. – М., 2000.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 491 с.
5. Даниленко Е.Т., Косов Е.С. Одинокие психически больные преклонного возраста и пути их реабилитации // Вопросы терапии и реабилитации психически больных. – Львов, 1975. – С. 237–240.
6. Друзь И. Эффективность психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 1. – С. 100–104.
7. Друзь В.Ф. Некоторые клинические и социально-психологические аспекты реабилитации одиноких психически больных в позднем возрасте // Неврологический вестник. – 1994. – Т. 26, № 3–4. – С. 41–44.
8. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 1. – С. 33–36.
9. Земельштерн Ю.Б., Бовина Е.Н. Психопрофилактическая и лечебная работа геронтопсихиатрического кабинета при районном психоневрологическом диспансере // Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста. – Л., 1990. – С. 103–108.
10. Зозуля Т.В. Эпидемиологические исследования психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1998.
11. Зозуля Т.В., Ястребова М.В. Актуальные проблемы амбулаторной геронтопсихиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 103–107.
12. Концевой В.А., Ястребов В.С., Огнев А.Е. Отделение внебольничной геронтопсихиатрической помощи // Советская медицина. – 1987. – № 7. – С. 71–73.
13. Концевой В.А., Медведев А.В., Огнев А.Е. и соавт. Организация геронтологической помощи в структуре психоневрологического диспансера // Мат. 8-го съезда невропатол., психиатр. и наркологов. – М., 1988. – Т. 1. – С. 239–240.
14. Концевой В.А., Щирина М.Г., Телешова Е.С., Трифонов Е.Г. Новая форма амбулаторной медико-социальной помощи психически больным старческого возраста // Пятый Всесоюзный съезд геронтологов и гериатров. – Тбилиси, 1988. – С. 331.
15. Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества, у лиц позднего возраста (клиника, динамика, пси-

Ее реализация возможна в психоневрологическом диспансере при условии организации специализированного геронтопсихиатрического подразделения. Наш опыт показывает, что таким подразделением может быть геронтопсихиатрический участок. Его создание возможно путем перепрофилирования одного из обычных территориальных участков диспансера в пределах существующего штатного расписания без дополнительных финансовых затрат.

- хосоциальная коррекция). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
16. Лугинина О.В. Клинико-демографическая характеристика диспансерного контингента психически больных позднего возраста // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 2. – С. 6–12.
17. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б. и соавт. Феномен одиночества и связанные с ним расстройства депрессивного спектра у лиц позднего возраста // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 1. – С. 28–32.
18. Полищук Ю.И., Баранская И.В., Гурвич В.Б. и соавт. Медико-социальная помощь лицам позднего возраста с реакциями горя и состояниями одиночества // Альманах «Геронтология и гериатрия». – М., 2001. – Вып. 1. – С. 312–315.
19. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1990.
20. Трифонов Е.Г. Клинические и социальные аспекты психической патологии позднего возраста и принципы организации геронтопсихиатрической помощи. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
21. Трифонов Е.Г., Щирина М.Г., Зозуля Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста // Журн. невропатол. и психиатр. – 1991. – Т. 91, № 9. – С. 37–41.
22. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. – М., 1996.
23. Ястребов В.С., Зозуля Т.В. Современная модель медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста // Журн. неврол. и психиатр. – 2001. – Т. 101, № 9. – С. 4–9.
24. Ястребов В.С., Зозуля Т.В., Степанова А.Ф. Роль и место социотерапевтической помощи в современной внебольничной психиатрической службе // Журн. неврол. и психиатр. – 2001. – Т. 101, № 8. – С. 50–53.
25. Avison W.R., Speechley K.N. The discharged psychiatric patient: A review of social, social-psychological and psychiatric correlates of outcome // Am. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 144, N 1. – P. 10–18.
26. Blankertz L., Cook J.A. Choosing and using outcome measures // Psychiatr. Rehab. J. – 1998. – Vol. 22. – P. 167–174.
27. Fisher M., Newton C., Sainsbury E. Mental health social work observed. – London, 1999.
28. Holloway F., Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 19–22.
29. Mueser K.T., Drake R.E., Bond G.R. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness // Harvard Review Psychiat. – 1997. – Vol. 5. – P.123–137.
30. Murphy E. A clinical role in service development: What should geriatric psychiatrists do? // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 1994. – Vol. 9, N 12. – P. 947–956.
31. Vaughn C.E., Leff J.P. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients // Br. J. Psychiatry. – 1976. – Vol. 129. – P. 125–137.

MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR SINGLE ELDERLY PERSONS IN A PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY

W. F. Drouz, I. N. Oleynikova

This article describes the experience with the Program of Medical and Social Care for Single Elderly Persons in a psychoneurological dispensary. This program consisted of three phases. Phase 1: organization of a gerontopsychiatric area. Phase 2: establishing a special category of single patients because of high risk of their social maladjustment and studying their clinical and social structure in order to detect socially vulnerable persons. Phase 3: treatment and rehabilitation interventions based on differential (with regard for causes, character and degree of social maladjustment) and complex (combination of biological and psychosocial treatment) approaches. In order to evaluate the results of the program, the researchers compared the clinical and social structure of the elderly

population in the gerontopsychiatric area (N=165), and two standard areas that received conventional care. They used clinical, social-psychological and statistical methods. In the gerontopsychiatric area the proportion of single patients was higher; there were more persons with age-related disorders and psychogenic ones, and less schizophrenics and patients with severe physical diseases. Patients in the gerontopsychiatric area had a higher social status and they took better care of themselves, they more actively communicated with their social net, had better relationship with others and in general they were more satisfied with life. Problems of social adjustment were less frequent and less severe than in standard areas. Thus this Program seems to be rather effective.