

# КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ-ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

О. О. Папсуев, В. А. Шевченко, Л. И. Семенчук, С. Е. Суслов

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Отечественная психиатрия традиционно уделяла значительное внимание социальным аспектам оказания психиатрической помощи (3, 8, 11). Однако особую актуальность эта проблема приобрела в последние годы. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация признается одним из важнейших направлений современной психиатрии и является обязательным компонентом комплексного лечения психических расстройств (4, 6, 15).

Данный подход является значимым в отношении больных, имеющих инвалидность вследствие психического заболевания. Их количество в Российской Федерации составляет более 900 тысяч человек (5). Как правило, эти пациенты, имея низкий уровень социального функционирования, сталкиваются с целым рядом проблем, которые они самостоятельно решить не в состоянии. Как следствие, увеличивается количество госпитализаций и помещений в дневной стационар по «социальным причинам» (12, 13). Инвалиды сталкиваются с большим числом социальных барьеров, делающих их положение в обществе дискриминационным, хотя часто это не прямая дискриминация, а возникающая вследствие неравных возможностей (6, 16, 17). Таким образом, на современном этапе перед психиатрией стоит задача расширения объема оказания психиатрической помощи, причем не только за счет внедрения ее новых форм внутри самой службы, но и привлечения других организаций, в частности, работающих в сфере социального обслуживания населения.

В 2005 году на базе отделения реабилитации и отделения дневного пребывания Комплексного центра социального обслуживания «Бибирево» города Москвы стартовал модуль по приему и обслуживанию жителей, имеющих инвалидность вследствие психических заболеваний.

С целью выявления нуждающихся в психосоциальной помощи и ее направленности с помощью специально разработанной карты невыборочным методом были изучены амбулаторные карты больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра старше 18 лет, проживающих в райо-

не Бибирево города Москвы и находившихся на конец 2005 года на диспансерном наблюдении в ПНД № 19. Изучались следующие характеристики: умение распределить бюджет, потребность в постороннем присмотре или уходе, наличие проблем в социальной сфере (удиненный образ жизни, конфликтные отношения с родственниками и соседями, юридические проблемы и др.), потребность в улучшении жилищных условий, материальное положение и нуждаемость в материальной поддержке. Частота обращений в ПНД, госпитализаций в психиатрические больницы и помещений в дневной стационар оценивалась за период с 2002 по 2004 год включительно.

На конец 2005 года под наблюдением ПНД находилось 5 744 жителей района Бибирево (3,8% населения), из них 1 269 человек (22,1% состоящих под наблюдением или 0,8% населения) страдали шизофренией или расстройствами шизофренического спектра (МКБ-10). Из них инвалидность вследствие психического заболевания имели 530 человек (41,8% всех больных с этими диагнозами), что близко к результатам, полученным в ряде других исследований (2, 7).

Средний возраст обследованного контингента составлял  $50,6 \pm 14,8$  лет, при этом более половины пациентов оказались старше 50 лет. Количество женщин преобладало над мужчинами (55,1% и 44,9% соответственно,  $p < 0,001$ ).

Большинство больных (около 70%) страдали параноидной шизофренией с эпизодическим или непрерывным течением (табл. 1). Длительность заболевания, как правило, была довольно значительной и в 2/3 случаев превышала 15 лет, дебютируя обычно (более половины наблюдений) в молодом (до 29 лет) возрасте. Давность оформления группы инвалидности также была довольно большой: почти 2/3 больных имели ее более 8 лет, а около половины из них получили инвалидность свыше 15 лет назад.

Подавляющее большинство исследуемой популяции наблюдалось в условиях ПНД более 5 лет, причем около 60% пациентов обращались в ПНД ре-

гулярно: 5 и более раз в год (табл. 2). В то же время для значительной части больных были характерны крайне редкие обращения (1 раз в год) или они совсем не посещали ПНД.

Следует отметить, что большая часть изученного контингента получали помощь преимущественно амбулаторно. Около половины пациентов с 2002 по 2004 год ни разу не госпитализировались

в психиатрический стационар. Еще почти 20% госпитализировались лишь 1 раз за 3 года. То есть более 70% больных за указанный промежуток времени либо не госпитализировались, либо госпитализации носили эпизодический характер. Частые госпитализации отмечались лишь у отдельных пациентов.

В дневной стационар за 3 года помещались лишь 20% больных. Из них около половины получали лечение однократно и только 7,3% пользовались услугами дневного стационара часто, то есть 5 и более раз за 3 года. Схожие результаты обращаемости за стационарной помощью приводились И.Я.Гуровичем с соавт. в 1994 году (7) и Е.К.Гавриловой с соавт. в 2006 году (2).

Таблица 1

**Клинические характеристики обследованных больных**

Показатель	Число больных	
	абс.	%
<b>Диагноз</b>		
<b>Шизофрения</b>		
параноидная, непрерывное течение	149	28,1
параноидная, эпизодическое течение	218	41,1
гебефреническая	2	0,4
кататоническая	3	0,6
Недифференцированная шизофрения	11	2,1
Постшизофреническая депрессия	2	0,4
Остаточная шизофрения	10	1,9
Простой тип шизофрении	4	0,8
Другой тип шизофрении	39	7,4
Шизофрения неуточненная	4	0,8
Шизотипическое расстройство	61	11,5
Хронические бредовые расстройства	3	0,6
Острые и преходящие психотические расстройства	1	0,2
Шизоаффективные расстройства	23	4,3
<b>Возраст начала заболевания (лет)</b>		
0–19	149	28,1
20–29	143	27,0
30–39	148	27,9
40–49	60	11,3
50–59	15	2,8
60 и старше	5	0,9
Нет данных	10	1,9
<b>Длительность заболевания</b>		
До 1 года	0	0
Свыше 1 года до 3 лет	7	1,3
Свыше 3 до 5 лет	17	3,2
Свыше 5 до 10 лет	59	11,1
Свыше 10 до 15 лет	87	16,4
Свыше 15 лет	353	66,6
Нет данных	7	1,3
<b>Инвалидность</b>		
I группа	15	2,8
II группа	485	91,5
III группа	30	5,7
<b>Длительность инвалидности</b>		
До 1 года	36	6,8
2–3 года	28	5,3
4–7 лет	111	20,9
8–14 лет	194	36,6
15 лет и более	147	27,7
Нет данных	14	2,6

Таблица 2

**Обращаемость за психиатрической помощью**

Показатель	Число пациентов	
	абс.	%
<b>Длительность наблюдения в ПНД</b>		
Первичное обращение		
	3	0,6
Свыше одного года	1	0,2
Свыше 1 до 3 лет	21	4,0
Свыше 3 до 5 лет	20	3,8
Свыше 5 лет	481	90,8
Нет данных	4	0,8
<b>Частота обращений в ПНД в год</b>		
0 раз	60	11,3
1 раз	33	6,2
2–4 раза	87	16,4
5 и более раз	317	59,8
Наблюдается менее 3-х лет	25	4,7
Нет данных	8	1,5
<b>Причина обращения</b>		
Не обращается	64	7,9
Получение рецепта	391	48,5
Лечение	261	32,4
Получение б/л	4	0,5
Социально-опасный	10	1,2
Прочее	66	8,2
Нет данных	10	1,2
<b>Госпитализации в ПБ за 3 года</b>		
0 раз	276	52,1
1 раз	97	18,3
2–4 раза	97	18,3
5 и более раз	32	6,0
Наблюдается менее 3-х лет	22	4,2
Нет данных	6	1,1
<b>Частота помещений в дневной стационар за 3 года</b>		
0 раз	394	74,3
1 раз	49	9,3
2–4 раза	53	10,0
5 и более раз	8	1,5
Наблюдается менее 3-х лет	21	4,0
Нет данных	5	0,9

Таблица 3

**Социальные характеристики обследованных больных**

Показатель	Число пациентов	
	абс.	%
<b>Образование</b>		
Не учился	1	0,2
Вспомогательная школа	11	2,1
Начальное образование	4	0,8
Неполное среднее образование	74	14,0
Среднее образование	109	20,6
Среднее специальное образование	166	31,3
Незаконченное высшее образование	29	5,5
Высшее образование	107	20,2
Нет данных	29	5,5
<b>Специальность</b>		
Не имеет	72	13,6
Учащийся	4	0,8
Неквалифицированный рабочий	42	7,9
Высококвалифицированный рабочий	163	30,8
Служащий	208	39,3
Деятель искусств	14	2,6
Нет данных	27	5,1
<b>Трудовой статус</b>		
Не работает	458	86,4
Безработный (биржа труда)	4	0,8
Учеба в общеобразовательном заведении	4	0,8
Работает периодически	38	7,2
Работает постоянно	25	4,7
Нет данных	1	0,2
<b>Семейное положение</b>		
Состоит в браке	146	27,6
Никогда не состоял в браке	197	37,2
Брак расторгнут	147	27,8
Вдовец (вдова)	34	6,4
Нет данных	6	1,1
<b>С кем проживает</b>		
Один	111	14,8
Родители	190	25,3
Жена (муж)	138	18,4
Дети	174	23,2
Другие родственники	133	17,7
Нет данных	4	0,5
<b>Материальное положение</b>		
Высокий материальный достаток	1	0,2
Средств хватает на полноценное питание, хорошую одежду, отдых	19	3,6
Возможность иногда покупать одежду	374	70,6
Средств хватает только на питание	116	21,9
Бедственное	13	2,4
Нет данных	7	1,3
<b>Материальная поддержка</b>		
Не получает	112	21,1
Получает в недостаточном объеме, от случая к случаю	135	25,5
Получает регулярно	240	45,3
В таковой не нуждается	15	2,8
Нет данных	28	5,3

Изучение социальных характеристик (табл. 3) выявило достаточно высокий образовательный уровень обследованных больных: около 60% имели высшее, незаконченное высшее или среднее специальное образование. При этом работали (постоянно или эпизодически) только 11,9% больных, хотя, по данным медицинской документации ПНД № 19 и филиала № 52 Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭК), 20,9% пациентов выражали желание трудоустроиться.

Были замужем или женаты лишь несколько более 1/4 больных (рис. 1), а около 40% никогда не состояли в браке. Соответственно, с собственными семьями проживали только 26% пациентов, а с родителями и другими родственниками – более половины больных (52,3%), 20,9% жили одни, из них 1/5 часть (2,5% всей выборки) родственников не имели. В исследовании, проведенном в 1993 году (7), были получены аналогичные цифры. Эти результаты значительно отличаются от данных переписи населения 2002 года (12) – в общей популяции показатели были лучше по всем позициям.

Более 1/4 пациентов нуждались в посторонней помощи в ведении домашнего хозяйства. Этую помошь оказывали либо родственники (84,3%), либо опекуны, друзья, соседи (15,0%). 15,7% больных нуждались в поддержке, однако ее не получали. 37,5% пациентов не имели достаточных навыков рационального распределения бюджета. Им помогали родственники вплоть до того, что совсем не доверяли им денежных средств (7,7%). 8,3% распоряжались денежными средствами крайне нерационально.

Более 1/3 больных в повседневной жизни были пассивны, безинициативны, большую часть дня ничем не заняты. Значительная часть пациентов полностью утратили свою социальную позицию, являясь безразличными (20,9%), зависимыми (24,2%) или находясь в подчинительных отношениях (22,3%).

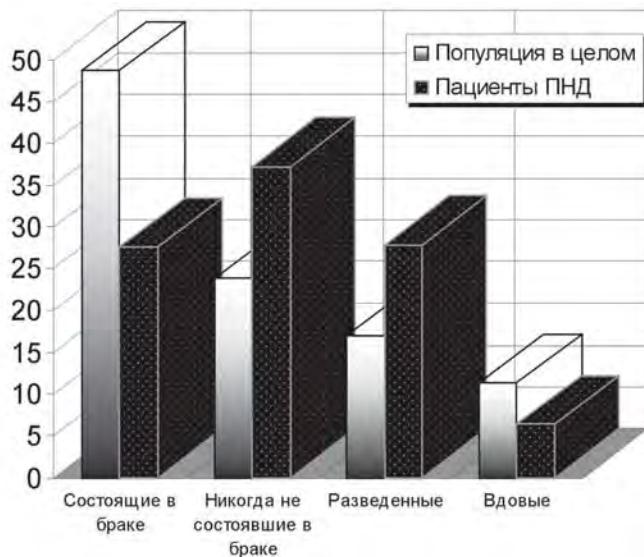


Рис. 1. Семейный статус обследованных больных



Рис. 2. Навыки ведения домашнего хозяйства

У 23,4% больных имелись нерешенные проблемы в социальной сфере, а для 4,3% пациентов (23 чел.) было необходимо юридическое консультирование. Ряд пациентов (18,7%) не имели отдельной комнаты, жили в коммунальной квартире и нуждались в улучшении жилищных условий.

1/5 часть обследованных не получали никакой материальной поддержки, 1/4 – получали ее в недостаточном количестве, от случая к случаю. При этом тяжелое и очень тяжелое материальное положение (средств хватало только на питание) отмечалось у 24,3% больных, что помимо низкой пенсии можно объяснить утратой социальных навыков и отсутствием материальной поддержки.

Таким образом, в обследованной популяции значительную часть составляли пациенты предпенсионного и пенсионного возраста со всеми социальными проблемами, характерными для этой категории лиц.

Преобладали пациенты, страдающие параноидной формой шизофрении в течение длительного периода времени. В основном, лечение они получали в амбулаторных условиях, а госпитализации носили эпизодический характер. Длительность инвалидности для большинства из них была довольно значительной (в 60% случаев – более 8 лет).

При относительно высоком уровне образования количество трудоустроенных не превышало 12%. Высокие цифры неработающих можно отчасти объяснить трудностями трудоустройства на обычном производстве и недостаточной развитостью форм защищенного труда (трудоустройства с поддержкой) (9, 10, 14). Кроме того, привлекают к себе внимание такие социальные проблемы, как неумение вести домашнее хозяйство, и, как следствие, потребность в постороннем уходе, трудности с планированием и распределением бюджета, бедность социальных контактов. Высокий уровень неустойчивости брачных отношений требует проведения семейной терапии и тренинга коммуникативных навыков.

Таким образом, в результате исследования, выявлен ряд потребностей, часть из которых возможно удовлетворить, используя ресурсы Центра социального обслуживания (ЦСО). Привлечение пациентов к групповым занятиям в рамках психосоциальной терапии преследует цели развития навыков социального функционирования, ведения хозяйства, распределения бюджета, расширения социальной сети. В отделении дневного пребывания ЦСО организуется досуг подопечных, наряду с ежедневными мероприятиями, работают различные секции и клубы, выдаются льготные билеты в театры. В отделении срочной социальной помощи нуждающимся оказывается материальная поддержка (продуктовые наборы, выдается одежда, льготные талоны на бытовые услуги, юридическое консультирование). Таким образом, использование ЦСО позволяет улучшить объем и качество помощи психически больным с опорой на другие (кроме психиатрической службы) ресурсы сообщества.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Всероссийская перепись населения 2002 года, [www.perepis2002.ru](http://www.perepis2002.ru)
2. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В., Шмуклер А.Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их социальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 4. – С. 10–14.
3. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. – М.-Л., 1933.
4. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России. – М., 2000. – 505 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 491 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 4. – С. 38–45.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985. – 231 с.
9. Ландышев М.А., Кольцов А.П. Опыт выполнения пилотной программы по общественной реабилитации в психиатрии // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – 2004. – С. 70–71.
10. Лиманкин О.В. Система комплексной психосоциальной помощи психически больным с длительными сроками госпитализаций // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – 2006. – С. 88–89.
11. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М., 1963.
12. Постановление Правительства Москвы от 14.05.2002 N 348-ПП.
13. Постановление Правительства Москвы от 22.02.2005 N 93-ПП.
14. Уткин А.А. Психосоциальная психиатрия и психосоциальная реабилитация в Омской области // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – 2006. – С. 108–110.

- 15.Фукс Д. Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005.  
 – Т. 15, № 4. – С. 24–29.
16. Enns H., Neufeldt A.H. (Eds.). In pursuit of equal participation. Canada and disability at home and abroad. – Captus Press Inc., 2003. – 406 p.
17. Neufeldt A.H., Albright A.L. (Eds.). Disability and self-directed employment. Business development models. – Captus Press Inc., 1998. – 348 p.

## **CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DISABILITY DUE TO SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS**

**O. O. Papsuyev, V. A. Shevchenko, L. I. Semenchuk, S. E. Souslov**

In order to detect persons that needed (specific) psychosocial care, a group of investigators, using an original checklist, studied the outpatient care files of patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders. It was a random sample. The patients were older than 18 years of age; they resided in district "Bibirevo" and were on dispensary observation in the Psychoneurological Dispensary No. 19 (city of Moscow) at the end 2005. The investigators studied the following characteristics: budget planning skills, need in external help and care, having problems in social sphere (secluded lifestyle, conflicts with family members and neighbours, legal problems etc.), bad housing conditions, poor material circumstances and need material support. They also evaluated the number of visits to the dispensary,

hospitalizations to psychiatric hospitals and staying in day hospital in the period 2002–2004.

As a result, they found a number of needs, which partially could be met using the resources of the Social Service Center (SSC). Involving patients into group sessions is aimed at development of their social skills, skills of running household, planning budget and expanding their social nets. The day center organizes both everyday and leisure activities; it has various clubs and interest groups and provides also "social" tickets to theaters. Patients in need can get material support (food and clothes, service vouchers) and juridical consultations in the unit of urgent social care. Thus SSC contributes to providing better care for mental patients using the resources of the community.