

КОНТИНГЕНТ И ЗАДАЧИ ПО ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

К. В. Шендеров, В. А. Шевченко, В. В. Загиев,
Г. И. Винидиктова, А. Б. Шмуклер

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

В настоящее время в отечественной психиатрии сохраняется тенденция к сдвигу акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия, что соответствует мировой практике лечения психически больных (2, 3, 7, 10, 15, 16). В частности, количество психиатрических коек в Российской Федерации за последние 15 лет сократилось почти на 20% (3). В этих условиях возрастает значение внебольничной психиатрии, в частности дневных стационаров (3). Это ставит перед последними ряд требований, связанных с объемом и качеством предоставляемой помощи, в том числе требует широкого внедрения методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации психически больных (2, 5, 25).

С учетом данных тенденций возникает необходимость детального анализа контингента больных дневных стационаров с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса, функционирования и качества жизни (1, 14, 19). Это позволит оценить объем и содержание необходимых психосоциальных вмешательств, выделить целевые группы больных, нуждающихся в них на данном этапе оказания помощи и наметить перспективы на будущее.

С этой целью был проведен анализ поступлений в дневной стационар психоневрологического диспансера (ПНД) № 14 города Москвы за 2001–2005 годы. Полученные данные продемонстрировали устойчивость основных показателей. Так, наибольшая доля в структуре поступлений в дневной стационар (ДС) приходилась на пациентов с диагнозом шизофрении и расстройства шизофренического спектра (65,6%). Эта категория больных подверглась более детальной оценке: невыборочным методом с помощью специально разработанного опросника

были изучены амбулаторные карты и истории болезни всех пациентов дневного стационара, поступавших с этими диагнозами в дневной стационар ПНД №14 Департамента здравоохранения города Москвы в 2005 году.

Данная группа составила 145 человек (69 муж., 76 жен.), средний возраст – $44,10 \pm 12,86$ лет, то есть в выборке преобладали пациенты среднего (трудоспособного) возраста.

Как видно из табл. 1, у большинства пациентов (80,7%) была диагностирована параноидная шизофрения с эпизодическим (60,7%) или непрерывным течением (20,0%). Длительность заболевания в преобладающем числе случаев была весьма значительной и более чем у половины больных составляла свыше 15 лет. В то же время у части больных (13,8%) длительность заболевания не превышала 5 лет.

Инвалидность по психическому расстройству имело большинство (более 70%) больных, из них почти половина – в течение значительного периода времени (47,6% – более 7 лет, в том числе 14,6% – 15 лет и более).

Подавляющее большинство больных (почти 80%) за исследуемые 5 лет ни разу не госпитализировалось в психиатрические больницы (ПБ) (табл. 2). В то же время число пациентов с частыми (5 и более за 5 лет) поступлениями в психиатрический стационар было относительно невелико (12 чел., 8,3%). Наоборот, для значительной части пациентов (более 40%) были характерны частые поступления в ДС (различия значимы, $p < 0,001$) по сравнению с количеством часто госпитализируемых больных, в том числе выделялись 16% больных, поступавших 10 и более раз.

Таблица 1

Клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поступавших в дневной стационар в 2005 году

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Диагноз		
Шизофрения, в том числе	125	86,2
параноидная непрерывное течение	29	20,0
параноидная эпизодическое течение	88	60,7
недифференцированная	5	3,4
постшизофреническая депрессия	1	0,7
простой тип	1	0,7
детский тип	1	0,7
Шизотипическое расстройство	16	11,0
Шизоаффективное расстройство, в том числе	4	2,8
маниакальный тип	2	1,4
смешанный тип	2	1,4
Длительность заболевания		
до 1 года	2	1,4
1–3 года	7	4,8
4–5 лет	11	7,6
6–10 лет	18	12,4
11–15 лет	29	20,0
Свыше 15 лет	78	53,8
Длительность наблюдения в ПНД		
первичное обращение	1	0,7
до 1 года	9	6,2
1–3 года	13	9,0
4–5 лет	9	6,2
свыше 5 лет	113	77,9
Инвалидность		
по психическому заболеванию	106	73,1
2 группа	103	71,0
3 группа	96	66,2
по соматическому заболеванию	7	4,8
2 группа	1	0,7
3 группа	2	1,4
Длительность инвалидности по психическому заболеванию		
до 2 лет	11	10,7
2–3 года	13	12,6
4–7 лет	30	29,1
8–14 лет	34	33,0
15 лет и более	15	14,6

Около 2/3 госпитализировавшихся больных находились в стационаре непродолжительное время (не более 4 мес. за 5 лет), хотя почти для 30% срок лечения в больнице превышал 6 мес. (табл. 2). В противоположность этому, минимальная длительность лечения в ДС за 5 лет (4 мес. и менее) отмечалась только у 41,4% больных ($p<0,001$) при большей (по сравнению с больными, лечившимися в стационаре) доле пациентов, получавших лечение свыше 6 мес. (43,4%; $p<0,05$).

Таблица 2

Лечение пациентов в дневном стационаре и психиатрической больнице (2001–2005 гг.)

Показатель	Число больных (суммарно за 5 лет)	
	абс.	%
Поступления в дневной стационар		
1–2 раза	57	39,3
3–4 раза	28	19,3
5–9 раз	37	25,5
10 и более раз	23	15,9
Поступления в больницу не госпитализировались		
1–2 раза	68	46,9
3–4 раза	46	31,7
5 и более раз	19	13,1
свыше 12 раз	12	8,3
Общая продолжительность пребывания в дневном стационаре		
до 2 мес.	29	20,0
2–4 мес.	31	21,4
5–6 мес.	22	15,2
7–12 мес.	28	19,3
свыше 12 мес.	35	24,1
Общая продолжительность пребывания в больнице		
не госпитализировались	68	46,9
до 2 мес.	27	18,6
2–4 мес.	21	14,5
5–6 мес.	7	4,8
7–12 мес.	13	9,0
свыше 12 мес.	9	6,2

Анализ причин поступлений в дневной стационар показал, что лишь несколько более половины из них (52,9%) были связаны с обострением симптоматики, необходимостью долечивания или подбора схемы терапии, требующей ежедневного наблюдения за пациентом. Остальные поступления были обусловлены организационными причинами (необходимость оформления или продления инвалидности, отсутствие рекомендованных для поддерживающей терапии препаратов в амбулаторных условиях при наличии их в дневном стационаре и др.) – 13,7%; социальными причинами (возможность сэкономить средства, расширить круг общения и др.) – 16,1%; и с рядом клинических особенностей заболевания, не связанных с обострением (например, стереотипизация жизненного уклада, в том числе стереотипные поступления в дневной стационар) (4). В связи с последней причиной было осуществлено 17,25% поступлений. Обращала на себя внимание низкая комплайентность больных: нерегулярный прием поддерживающей психофармакотерапии в амбулаторных условиях был характерен для 49,0% пациентов (71 чел.), что соответствует данным литературы (10, 26, 32, 37); отказ от таковой – у 4,1% (6 чел.).

Следует отметить, что при направлении в дневной стационар практически не учитывалась необходимость психосоциальных и реабилитационных мероприятий для того или иного пациента. Между тем, потребность в таковых чрезвычайно велика, на что дополнительно указывают следующие особен-

ности социального статуса и функционирования пациентов (табл. 3).

Подавляющее большинство пациентов (75,2%) имели специальное образование: среднее специальное, высшее или незаконченное высшее (табл. 3), трудовой стаж 10 лет и более – более половины больных. В то же время, работали или учились на момент обследования лишь менее пятой части изученного контингента. При этом, хотя среди трудо-

Таблица 3
Показатели социально-трудового статуса пациентов

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Образование		
неполное среднее	9	6,2
среднее	23	15,9
среднее специальное	47	32,4
незаконченное высшее	5	3,4
высшее	57	39,3
студенты ВУЗов	3	2,1
студенты средних специальных учебных заведений	1	0,7
Трудовой стаж		
никогда не работали	11	7,6
1–4 года	24	16,5
5–9 лет	25	17,2
10–19 лет	32	22,1
20 лет и более	49	33,8
Студенты	4	2,8
Трудовой статус на момент обследования		
работали (учились)	21	14,5
не работали, не имея пенсии и группы инвалидности	12	8,3
инвалид	106	73,1
пенсионер	6	4,1
Характеристика трудовой деятельности работающих пациентов	21	100
работа по специальности без снижения квалификации	13	61,9
работа по специальности со снижением квалификации	6	28,6
инвалиды 3 группы по психическому заболеванию	1	4,8
пенсионер по возрасту	1	4,8
смена профессии со снижением уровня квалификации	2	9,5
инвалиды 3 группы по психическому заболеванию	1	4,8
пенсионер по возрасту	1	4,8
Число смен мест работы за последние 5 лет		
1 раз	7	4,8
2 раза	6	4,1
3 раза	3	2,1
4 раза	3	2,1
5 и более раз	1	0,7
Не меняли и работали на момент исследования	13	9,0

устроенных пациентов большинство (61,9%) работали по специальности без снижения квалификации, значительная часть из них все же была вынуждена перейти на работу со снижением квалификации, причем десятая часть всей выборки сменила специальность, а 28,6% выполняли низкоквалифицированную работу; 8,3% пациентов, находясь в трудоспособном возрасте, были безработными, не имея группы инвалидности. Также выделялась группа больных (9,0%) с частой сменой мест работы (2 и более за 5 лет) и соответственно с высоким риском инвалидизации: среди них на момент исследования работали лишь менее трети, уже имели инвалидность – 53,9%, не работали, будучи формально трудоспособными – 15,4%.

Жилищные условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными (табл. 4): лишь 11,0% из них жили в коммунальной или отдельной, но перенаселенной квартире. Однако материальное положение более половины больных определялось как тяжелое: они с трудом «сводили концы с концами», денег хватало лишь на питание, зачастую скучное; другие расходы были практически недоступны. При этом в части случа-

Таблица 4
Жилищно-бытовые условия и семейное положение пациентов

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Материальное положение:		
тяжелое	78	53,8
удовлетворительное или хорошее	67	46,2
Самообслуживание		
полностью обслуживали себя	70	48,3
частично обслуживали себя (нуждались в помощи окружающих)	67	46,2
неопрятен, социально запущен	8	5,5
Жилищные условия		
коммунальная квартира	12	8,3
отдельная перенаселенная квартира	4	2,8
отдельная квартира, нет своей комнаты	32	22,1
комната в отдельной квартире	77	53,1
один в отдельной квартире	20	13,8
Проживали		
одни (нет близких родственников)	8	5,5
отдельно от родственников	23	15,9
в семье	114	78,6
имели свою семью (супруга и/или детей)	59	40,7
проживали с родителями	47	32,4
с другими родственниками	8	5,5
Семейное положение		
холост (в браке не состоял)	65	44,8
разведен (а)	27	18,6
вдов (а)	10	6,9
женат (замужем)	43	30,0
Взаимоотношения с родственниками		
хорошие	40	27,6
нейтральные	33	22,8
неустойчивые	34	23,4
конфликтные	22	15,2
не поддерживают при наличии родственников	8	5,5
не имеют близких родственников	8	5,5

ев (5,5%) можно было говорить о фактически бедственном положении: пациенты недоедали, иногда даже голодали, носили старые, ветхие вещи, нередко ходили в обносках. Данная группа больных особо нуждалась в социальной помощи.

Полностью обслуживали себя в бытовом плане лишь около половины больных, большая же часть нуждалась в различной поддержке окружающих. При этом более 1/5 пациентов проживали одни, из них 5,5% были одиноки, то есть не имели близких родственников или не поддерживали с ними отношений.

Лишь 30% больных имели собственные семьи, а почти 45% никогда не состояли в браке ($p<0,01$). Соответственно около половины пациентов жили с родителями (часто престарелыми) или другими родственниками. При этом почти в 50% случаев имелись проблемы взаимоотношений с ближайшим окружением.

Ряд пациентов (6,2%) на момент нахождения в дневном стационаре нуждались в социально-правовой помощи и поддержке (взаимодействие с социальными службами, нарушения закона против пациента, оформление пенсий, пособий и пр.).

Таким образом, анализ контингента больных дневного стационара ПНД, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, позволяет выделить целевые группы со специальными задачами психосоциальной терапии и реабилитации.

Учитывая плохой комплайенс значительной части пациентов, очевидна необходимость для подавляющего большинства больных и их родственников проведения психообразовательной работы (2, 11, 12, 13, 15, 27).

Высокий процент неудовлетворительных отношений с родственниками, наличие одиноких больных обуславливает необходимость стимулирования развития социальных сетей пациентов (2, 11, 26), в том

числе создания терапевтического сообщества пациентов, позволяющего расширить их социальные контакты и сеть поддержки (10, 15), а также проведения семейной терапии с целью нормализации стиля семейных отношений и уменьшения нагрузки на ближайшее социальное окружение (2, 11, 17, 23, 24, 31).

Около половины больных имели в той или иной степени дефицит социальных навыков, в том числе навыков самообслуживания. Тренинг навыков независимого проживания, общения, уверенного поведения, сомопредъявления, навыки взаимодействия с государственными и общественными организациями, является одной из форм психосоциальных мероприятий, направленных на решение данной задачи (2, 10, 18, 24, 28).

Пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией (6), безработные, а также с различной степенью утраты трудоспособности (более 70% выборки) нуждаются в широком комплексе мероприятий, направленных на их трудовую реабилитацию, включая защищенное трудоустройство (лечебно-трудовые мастерские, спец. цеха), вплоть до состязательного трудоустройства на обычном производстве (4, 5, 8, 15, 20, 21, 29). Решение данной задачи требует активного участия общественных организаций, службы социальной защиты, государственных учреждений (например, биржи труда), использования социальных программ, в том числе квотирования рабочих мест (2).

Таким образом, особенности социального статуса и проблемы социального функционирования больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поступающих в дневной стационар, указывают на необходимость при осуществлении им психиатрической помощи, наряду с психофармакотерапией, проведения широкого круга психосоциальных вмешательств как неотъемлемой части психиатрического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- 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.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. – М., 2004. – 492 с.
- Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
- Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985. – 231 с.
- Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 22–27.
- Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 214 с.
- Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 19–21.
- Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией. Дисс. ... докт. мед. наук. – Томск, 1987. – 384 с.
- Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 89–101.
- Ньюфельд О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 5–13.
- Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – 180 с.
- Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30–39.
- Семенова Н.Д. Исследования в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 96–100.
- Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
- Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – Киев, 2001. – 280 с.
- Ястребов В.С. Деинституционализация и ее последствия // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1985. – № 8. – С. 1243–1249.
- 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.
- 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.
19. Greed F., Black D., Anthony P. Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal // Br. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 154. – P. 300–310.
 20. Grob S. Psychosocial rehabilitation centers: old wine in a new bottle // The chronic psychiatric patient in the community: principles of treatment / I.Barofsky, R.D.Budson (Eds.). – Jamaica, NY, 1983. – P. 265–280.
 21. Harding C.M., Strauss J.S., Hafez H., Liberman P.B. Work and mental illness: I. Toward an integration of the rehabilitation process // J. Nerv. Ment. Dis. – 1987. – Vol. 175. – P. 317–326.
 22. Kane J.M. Factors which can make patient difficult to treat // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 169, Suppl. 31. – P. 10–15.
 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. Marshall M., Crowther R., Almaraz-Serrano A.M., Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2001, Issue 2. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.
 26. Mitchell J.C. The concept and use of social networks // Social networks in urban situations / J.C.Mitchell (Ed.). – Manchester: Manchester University Press, 1969.
 27. Moller M.D., Wer J.E. Simultaneous patient/family education regarding schizophrenia: The Nebraska model // Arch. Psychiatr. Nurs. – 1989. – Vol. 3, N 6. – Vol. 332–337.
 28. 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.
 29. Neufeldt A.H., Albright A.L. (Eds.). Disability and self-directed employment. Business development models. – Captus Press Inc., 1998. – 348 p.
 30. Sharfstein S.S. Financial incentives for alternatives to hospital care // Psychiatr. Clin. North Am. – 1985. – Vol. 8. – P. 449–460.
 31. 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.

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS TREATED IN A DAY HOSPITAL AND TASKS OF PSYCHOSOCIAL THERAPY

K. V. Shenderov, V. A. Shevchenko, V. V. Zagchiev, G. I. Vinidiktova, A. B. Shmukler

The authors have studied all the patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders admitted in 2005 in the Day Hospital of the Moscow Psychoneurological Dispensary No. 14 (N=145). They analyze the causes of their seeking help in the day

hospital, their social status and functioning. On the basis of the data obtained they distinguish a number of target groups with specific tasks in their psychosocial treatment and rehabilitation. The main directions are presented in this publication.