

УДК 616.89+616.89.36.82/86:616-082

© Л.Н. Гуменюк, Н.С. Ольшевская, 2011.

## ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ

**Л.Н. Гуменюк, Н.С. Ольшевская***Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### PSYCHOSOCIAL ASSISTANCE TO MENTAL PATIENTS IN PSYCHONEUROLOGIC DISPENSARIES

**L.M. Gumenyuk, N.S. Ol'shevskaya**

#### SUMMARY

The results of the investigation of needs of 159 mental patients who were under the care at a psychoneurologic dispensary during the psychosocial assistance are presented in the article; the priority forms of the assistance which must be realized in the stage of ambulant therapy are also presented in the article.

### ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ПСИХІЧНО ХВОРИМ В УМОВАХ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ДИСПАНСЕРІВ

**Л.М. Гуменюк, Н.С. Ольшевська**

#### РЕЗЮМЕ

У статті наведено результати вивчення потреб у психосоціальній допомозі 159 психічно хворих, що знаходилися під спостереженням психоневрологічного диспансеру і визначені її пріоритетні види, реалізація яких повинна здійснюватися на етапі амбулаторного лікування.

**Ключевые слова:** психически больные, психосоциальная помощь, психоневрологический диспансер.

На современном этапе помощи психически больным необходимо развитие социально-ориентированных внебольничных форм помощи [1-3].

Знание реальных потребностей в формах и видах медико-социальной помощи является основой для эффективного планирования мероприятий, направленных на совершенствование психиатрической службы [4-7].

Цель исследования- изучение потребностей «амбулаторных» психически больных в психосоциальной помощи с целью определения объема необходимых реабилитационных вмешательств.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и клинико-эпидемиологический. Оценку показателей социального функционирования (СФ) изучали с помощью психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности Всемирной организации здравоохранения – Psychiatric Disability Assessment Schedule (2-ой раздел – выполнение социальных ролей).

В качестве инструментария исследования использовалась специально разработанная карта, содержащая 4 тематических блока и охватывающая:

- 1) социально-демографические данные;
- 2) клинико-психопатологические особенности (верификация нозологической принадлежности по МКБ-10, данные о проводимой терапии, частоте и целях обращения к лечащему врачу);
- 3) уровень СФ;

4) данные экспертной оценки необходимых форм медицинской и социальной помощи.

С целью определения мер, необходимых для решения проблем социального характера, с обследованными проводилось структурированное направленное интервью с тематизацией вопросов, учитывающих, прежде всего, характеристики, дающие возможность более полного анализа круга проблем, с которыми больные сталкиваются в повседневной жизни.

Осуществлено комплексное обследование 159 психически больных, находившихся под наблюдением психоневрологического диспансера (ПНД).

В соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10 исследованные распределились следующим образом:

- больные с органическими психическими расстройствами (F0);
- шизофренией и шизоаффективными расстройствами (F2);
- с аффективной патологией (F3);
- с умственной отсталостью (F7) и с расстройствами личности и поведения (F6).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение распределения психически больных по возрастным группам показало, что 19 (11,9%) составляли лица от 18 до 27 лет, 22 (13,9%) – пациенты в возрасте от 28 до 37, 42 (26,4%) – от 38 до 47, 47 (29,6%) от 48-57, 29 (18,2%) – лица старше 57 лет.

Таким образом, большинство обследованных были представлены лицами в возрасте от 38 до 57 лет.

В выборке преобладали мужчины (101 (63,5%). Клиническая характеристика исследованных представлена в табл. 1.

Таблица 1

## Клиническая характеристика исследованных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
<b>Диагноз согласно рубриками МКБ-10</b>		
- органические психические расстройства (F0)	64	40,3
- шизофрения и шизоаффективные расстройства (F2)	55	34,5
- аффективная патология (F3)	17	10,7
- умственная отсталость (F7)	14	8,8
- расстройства личности и поведения (F6)	9	5,7
<b>Длительность заболевания</b>		
- до 3-х лет	4	3,1
- 3-5 лет	11	8,5
- 5-10 лет	15	11,7
- 10-15 лет	29	22,6
- 15-20 лет	31	21,2
- свыше 20 лет	69	53,9
<b>Длительность наблюдения в ПНД</b>		
- до 3-х лет	7	5,4
- 3-5 лет	12	9,3
- 5-10 лет	23	17,9
- 10-15 лет	29	22,6
- 15-20 лет	27	21,0
- свыше 20 лет	61	47,6
<b>Инвалидность по психическому заболеванию</b>		
- 1-я группа	3	4,1
- 2-я группа	63	86,3
- 3-я группа	7	9,5
<b>по соматическому заболеванию</b>		
- до 1 года	9	11,5
- 1 - 3 года	12	15,3
- 4 - 7 лет	18	23,0
- 8 - 14 лет	23	29,4
- 15 лет и более	16	20,5

Анализ обращаемости больных за психиатрической помощью на протяжении 5 лет (2005-2009гг.) представлен в табл.2.

Показатели социального статуса и функционирования исследованного контингента представлены в табл.3.

На основании полученных результатов исследования выраженности психических нарушений, уровня социального функционирования пациентов, а также проблем, которые имелись у них в повседневной жизни, определены приоритетные

виды психосоциальной помощи, реализация которых должна осуществляться на этапе амбулаторного лечения:

1. Психообразовательные программы для пациентов, которые должны быть направлены на формирование комплайенса, обучение совладания с остаточной психопатологической симптоматикой и распознавание ранних признаков начинающегося обострения, обеспечение больных необходимыми знаниями в отношении собственного здоровья, влияющими на их установки и поведение.

Таблица 2

**Обращаемость больных за психиатрической помощью  
(2005-2009 гг.)**

Обращаемость	Число больных	
	абс.	%
Средняя амбулаторная обращаемость (в год)		
- менее 3 раз в год	58	45,3
- 3-5 раз	9	7,0
- 6 и более раз	92	71,8
Поступление в дневной стационар (за 5 лет)		
- отсутствие поступлений	82	51,6
- 1-2 раза	47	48,4
- 3-4 раза	52	63,5
- 3-4 раза	21	25,7
Общая продолжительность пребывания в дневном стационаре (за 5 лет)		
- до 2 мес.	33	70,2
- 2-4 мес.	18	38,2
- 4-6 мес.	16	34,2
- 6-12 мес.	8	17,2
- свыше 12 мес	2	4,2
Поступление в больницу (за 5 лет)		
- нет	76	47,8
- 1-2 раза	42	50,6
- 3-4 раза	33	39,8
- 5 и более раз	8	9,6
Общая продолжительность пребывания в больнице (за 5 лет)		
- до 2 мес.	29	34,8
- 2-4 мес.	9	10,8
- 4-6 мес.	8	9,8
- 6-12 мес.	22	26,6
- свыше 12 мес	15	18,0

Таблица 3

**Показатели социального статуса и функционирования исследованных**

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Уровень образования		
- вспомогательная школа	11	8,5
- неполное среднее	13	10,2
- среднее	34	26,5
- среднее специальное	30	23,4
- незаконченное высшее	14	10,9
- высшее	57	44,5
Трудовой стаж		
- никогда не работал	26	16,3
- 1-4 года	22	13,9
- 5-9 лет	32	20,2
- 10-19 лет	31	19,4
- 20 лет и более	48	30,2
Трудовой статус на момент обследования		
- работает (учится)	33	25,7
- не работает, не имея группы инвалидности	25	19,3
- инвалид	78	62,0
- пенсионер	24	19,0

Характеристика трудовой деятельности работающих пациентов		
- работа по специальности без снижения квалификации	7	21,2
- работа по специальности со снижением квалификации	8	24,2
- смена профессии без снижения уровня квалификации	2	6,0
- смена профессии со снижением уровня квалификации	16	48,6
Профессиональная категория работающих		
- квалифицированный труд	12	36,4
- неквалифицированный труд	21	63,6
Материальное положение		
- хорошее	3	2,2
- удовлетворительное	58	45,3
- тяжелое	89	69,5
- бедственное	9	7,0
Самообслуживание		
- полностью обслуживает себя	42	26,4
- частично обслуживает себя, нуждается в помощи	35	22,0
- уход осуществляется родственниками	54	33,9
-неопрятен, социально запущен	28	17,7
Жилищные условия		
- отдельная квартира, нет своей комнаты	25	15,8
- комната в отдельной квартире	105	66,0
- один в отдельной квартире	29	18,2
Проживает		
- один	29	18,3
- с супругом (супругой)	34	21,3
- с родителями	52	32,89
- с детьми	17	10,7
- с другими родственниками	19	11,9
Семейное положение		
- состоит в браке	34	21,3
- не состоит в браке	125	78,7
Взаимоотношения с родственниками		
- комфортные	17	10,6
- удовлетворительные	45	28,3
- проблемные	97	61,1
Социальные контакты		
- ни с кем не общается	42	26,4
-общение ограничивается семьей	86	54,0
- семья и узкий круг друзей	26	16,4
- широкий круг общения	5	3,2

2. Психосоциальные реабилитационные программы для родственников пациентов, основная цель которых – повышение качества жизни семей психически больных.

3. Тренинги социальных навыков, основной целью которых является стимулирование автономности пациентов, формирование ответственности за свое социальное поведение и функционирование, социальная переориентация больных и решение проблем,

которые этому препятствуют или возникают в процессе реадaptации к обычным условиям жизнедеятельности.

4. Индивидуальное психологическое консультирование, направленное на решение внутриличностных конфликтов и адекватную психологическую адаптацию, выявление потенциала личности и способности к саморегуляции.

5. Создание терапевтического общества пациен-

тов с целью расширения их социальных контактов.

6. Интенсивное лечение в сообществе для предупреждения повторных госпитализаций и сокращения времени, проведенного в больнице.

7. Социальная реабилитация (содержит в себе социальное медиаторство). Эта форма работы выдвигает на первый план социального работника, призванного оказывать содействие в социальной реабилитации больного.

8. Организация и обеспечение различных форм социальной поддержки (в виде льгот) и социальной помощи больным и их семьям (патронаж, социально-правовая защита, защищенное трудоустройство).

9. Проведение информационно-образовательных мероприятий для населения, работа со средствами массовой информации с целью дестигматизации больных и их родственников.

Таблица 4.

**Средний индекс дисфункции выполнения социальных ролей у обследованных (по шкале DAS - 2-ой раздел)**

Социальная роль	Средний балл
Участие в семейных делах	4,3
Роль в супружеской жизни: эмоциональное отношение к супругу/супруге	3,4
Брачная роль: половые отношения с супругом/супругой	5,0
Родительская роль	4,6
Половая роль: оценивается для неженатых и тех, кто не живет с супругом/супругой	5,0
Социальные контакты – отношения вне семьи	4,9
Выполнение трудовых обязанностей	4,1
Заинтересованность в получении работы или возвращении к учебе	3,7
Увлечения и информированность	4,6
Поведение в нестандартных, трудных ситуациях	3,8
Итоговый средний балл дисфункции	4,4

#### ВЫВОДЫ

Таким образом, при определении объема необходимых психосоциальных вмешательств для больных, находившихся под наблюдением психоневрологического диспансера необходимо учитывать все нюансы жизнедеятельности пациентов и, в целом, включать все составные общих подходов реабилитации как науки о сохранении и восстановлении здоровья человека, общества и среды его жизнедеятельности. На базе психоневрологических диспансеров должны организовываться отделения реабилитации и социальной интеграции психически больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.  
2. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. – Донецк: ООО «Лебедь», 2002. – 279 с.

3. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. – Донецк. – 2001. – 130 с.

4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова А.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.

5. 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.

6. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України / С. І. Табачников // Міжнар. психіатр., психотерапевт. та психоаналіт. журнал. – 2007. – Т.1, № 1. – С. 5–7.

7. Состояние психиатрической и психотерапевтической помощи в Украине / С. И. Табачников, А. К. Напреенко, В. В. Домбровская [и др.] // Психиатрия и общество : материалы конф., посвящ. 80-летию гос. науч. центра соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского, 5-7 дек. 2001 г. – М., 2001. – С. 184–188.