

На правах рукописи

Чуканова Евгения Кирилловна

**Комплексная психосоциальная помощь больным
шизофренией и расстройствами шизофренического спектра
во внебольничных условиях.**

14.01.06 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Шмуклер Александр Борисович**

Официальные оппоненты:

Ястребов Василий Степанович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом организации психиатрических служб Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» г. Москва.

Шмилович Андрей Аркадьевич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России г. Москва.

Ведущее учреждение:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России г. Санкт-Петербург.

Защита состоится « » января 2017 г. в 15:00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте www.serbsky.ru

Автореферат разослан « __ » _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук
И.Н. Винникова

Общая характеристика работы.

Актуальность проблемы. Опыт деинституционализации и развития общественно ориентированной психиатрии зарубежных стран (Parabiaghiet A. et al., 2011; van der Lee A., 2016), а последние годы и России (Гурович И.Я. и соавт., 2012, 2014) показывает, что актуальной задачей является развитие широкой сети служб психосоциальной терапии и реабилитации в наименее ограничительных (внебольничных) условиях без отрыва пациентов от привычных условий социальной среды (В.М. Воловик, 1984; И.Я. Гурович и соавт., 2004; А.П. Коцубинский, 2013, Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., 2017).

Анализ структуры и динамики клинико-социальных особенностей амбулаторных пациентов с «внебольничной шизофренией», позволил выработать критерии, выделяющие их как особый круг пользователей психиатрической помощи (Ястребов В. С., 1987, 2001). Больные с неустойчивой трудовой адаптацией, одинокие, с резким ограничением социальных контактов, с частыми и длительными госпитализациями, с низкой материальной обеспеченностью, дисгармоничными семейными взаимоотношениями требуют особого пристального внимания и комплекса психосоциальных мероприятий с учетом специфики этих проблемных групп (Гурович И. Я. с соавт., 2004; Краснов В. Н. и соавт., 2007; Hogarty G. E. et al., 1997; Finnerty M. T. et al., 2015).

Фундаментальные положения трудового и социального восстановления, выдвинутые учеными, стоявшими у истоков отечественной психиатрической реабилитации (Т.А. Гейер, 1933; Д.Е. Мелехов, 1960; М.М. Кабанов, 1985; Е.Д.Красик, 1985, 1991), лежат в основе современной концепции этого направления. В последние десятилетия в России внедряются новые формы внебольничной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (О.В. Лиманкин, 2007, 2015; А.А.Уткин, 2009; О.Н. Степанова, 2009; Папсуев и соавт., 2015). Опыт новых методических подходов и прикладных модулей психосоциальной терапии и реабилитации показывает их высокую эффективность в восстановлении больных шизофренией (Н.Д. Семенова, И.Я. Гурович, 2015; А. Б. Холмогорова и соавт., 2015; Л.И. Сальникова и соавт., 2015). Однако «точками роста» данного направления стали психиатрические больницы и дневные стационары, а значительный амбулаторный

контингент больных остается недостаточно охваченным психосоциальными мероприятиями.

Таким образом, необходима комплексная психосоциальная программа для оказания амбулаторной помощи больным шизофренией, использующая различные целевые формы и широкий спектр методов, которая будет учитывать специфику проблемных групп пациентов, требующих особого подхода (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер., 2015).

Цель исследования: разработка комплексной психосоциальной программы для оказания амбулаторной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с учетом особенностей проблемных групп пациентов.

Задачи исследования.

1. Изучить клинико-социальные характеристики больных шизофренией и шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера.
2. На основе полученных данных выделить проблемные группы пациентов и разработать подходы к комплексной психосоциальной реабилитации с учетом их специфики.
3. Осуществить комплексную полипрофессиональную помощь данному контингенту.
4. Определить эффективность оказания психосоциальной помощи.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые в России была разработана и практически реализована модель комплексной полипрофессиональной психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера. Дана клинико-социальная характеристика больных, нуждающихся в данных мероприятиях, выделены целевые группы проблемных пациентов, требующих направленного психосоциального воздействия. Показана эффективность данного вмешательства и его влияние на клинико-социальное восстановление пациентов.

Практическая значимость работы заключается в разработке и внедрении научно обоснованных методов психосоциальной терапии и реабилитации для определенных целевых групп больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях психоневрологического диспансера.

Доказана клинико-социальная эффективность проводимых мероприятий. Результаты исследования могут быть использованы при подготовке врачей-психиатров, психологов и социальных работников в амбулаторной психиатрической практике.

Положения выносимые на защиту

1. У больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке ПНД существует спектр специфических проблем социальной адаптации, значительная часть которых может быть устранена при помощи комплексной психосоциальной реабилитации.

2. Психосоциальные вмешательства должны предусматривать дифференцированные подходы в отношении целевых групп пациентов (не комплаентных, с неустойчивой трудовой адаптацией, с нарушенными внутрисемейными отношениями, с материальными и бытовыми проблемами, дефицитом социальной сети).

3. После проведения основного курса психосоциальных мероприятий необходим длительный поддерживающий этап психосоциальных воздействий.

4. Программа комплексной психосоциальной реабилитации способствует улучшению клинико-социальных показателей у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их социальной адаптации.

Публикации и апробация результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 5 работ (3 – в журналах ВАК), список которых приводится в конце автореферата. Результаты работы докладывались на Проблемном совете по социальной, клинической психиатрии и организации психиатрической помощи при ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России 10 февраля 2016 года и 19 октября 2016 года.

Структура и объем работы. Диссертационное исследование изложено на 236 страницах компьютерного текста и включает введение, 4 главы, заключение, выводы, приложение, список цитируемой литературы. Работа иллюстрирована 37 таблицами и 24 рисунками. В библиографии 416 источника, из которых 195 отечественных и 221 иностранных.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено на базе отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии (в настоящее время филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России) и ПНД № 14 Департамента здравоохранения города Москвы (в настоящее время диспансер реорганизован).

Исследование проводилось в два этапа. На *первом этапе* с целью определения потребности амбулаторного контингента больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятиях было проведено их эпидемиологическое обследование (сплошным невыборочным методом при помощи специально разработанной анкеты были изучены амбулаторные карты пациентов в течение года состоявших под диспансерным и консультативным наблюдением на одном из участков). Оценивались такие параметры как демографические показатели, клинические характеристики (диагноз, начало и длительность течения заболевания, частота обращений за стационарной и амбулаторной психиатрической помощью), социальный статус (образование, профессия, семейное положение, инвалидность и др.), особенности социального функционирования пациентов (владение навыками независимого проживания, характер отношений с окружающими, наличие проблем в социально-бытовой, материальной сферах). Анализ полученных данных позволил выделить категории пациентов, нуждающихся в получении психосоциальной помощи в условиях психоневрологического диспансера.

На *втором этапе* исследования с учетом выделенных проблемных аспектов функционирования больных была разработана и внедрена в лечебный процесс целевая программа психосоциального вмешательства. Для оценки ее эффективности по методу «близнецов» (учитывался пол, возраст и диагноз) были сформированы основная и контрольная группы пациентов (каждая по 52 чел.). Больным основной группы кроме помощи в ПНД осуществлялось психосоциальное вмешательство; пациенты контрольной группы получали только стандартное лечение в ПНД. Основными критериями включения в исследование являлись: верифицированный диагноз шизофрении или расстройств

шизофренического спектра, состояние терапевтической ремиссии, упорядоченное поведение и согласие пациента на участие в психосоциальной работе. Основная и контрольная группы не имели существенных различий по основным характеристикам (пол, возраст, форма, давность заболевания, клинический статус, социальные характеристики) и получали психофармакотерапию в ПНД, не имеющую значимых различий по спектру лекарственных препаратов и интенсивности их назначения.

Психическое состояние пациентов оценивалось клинико-психопатологически и с помощью «Шкалы позитивных и негативных синдромов шизофрении» (PANSS) (S.R.Kay et al., 1987; С.Н.Мосолов, 2001). Заполнялись «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, 1998), «Шкала оценки социальных сетей психически больных» (S.L.Phillips, 1981), «Шкала оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных» (G.Sommer, T.Fudrich, 1989), карта «Оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Л.И.Сальникова, Л.Г.Мовина, 2002), «Карта для оценки возможности независимого проживания психически больных» (Меркель В.А., Соловьева Н.В., Давыдов К.В, 2002).

Психосоциальная программа состояла из двух этапов. На первом этапе в закрытых группах (по 7-9 человек) проводился основной цикл программы, состоящий из 20 занятий по 1,5 часа 1 раз в неделю. Половина занятия посвящалась психообразованию, половина - тренингу социальных навыков и проблемно-решающего поведения с применением техник когнитивно-поведенческой терапии. Психообразовательная программа была представлена циклом последовательных интерактивных тренингов, с подробным разбором тем (обсуждение симптомов, методов совладания с ними, особенностей лечения, профилактики обострений, психиатрических служб и т. д.). В ряде случаев психообразовательная работа дополнительно сочеталась с индивидуальным семейным вмешательством (30 чел.) и инструментальной поддержкой (24 чел). Проводилась работа по установлению благоприятного коммуникативного стиля и эмоционального климата в семье.

На втором этапе по завершении основного цикла, на протяжении 6 месяцев 1 раз в 2 недели с пациентами основной группы проводились поддерживающие занятия по психообразовательной методике и развитию социальных навыков в амбулаторных условиях с целью закрепления полученных знаний и умений.

Кроме того, на первом этапе из основной группы были выделены 3 целевые «проблемные» подгруппы пациентов. Наряду с основным и поддерживающим циклами для них были организованы дополнительная программа занятий (2 месяца – 16 занятий) адресованная проблемным сферам их жизни. Пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией (9 человек) наряду с основной психосоциальной программой 1 раз в неделю посещали занятия по выработке навыков трудоустройства (поиск работы, написание резюме, самопрезентация, общение с работодателем и в коллективе). Подгруппа пациентов с дисгармоничными семейными взаимоотношениями (12 человек) в таком же режиме занималась на занятиях по развитию коммуникативных навыков, обучению избегания конфликтов и поиску выхода из конфликтных ситуаций. Больные с дефицитом социальной вовлеченности (17 человек) посещали занятия, повышающие мотивацию к общению, развивающие коммуникативные способности, навыки поиска друзей. Кроме того, целенаправленная последовательная индивидуальная работа по восстановлению комплаенса проводилась с 30 пациентами (28 чел. не регулярно принимали фармакотерапию, 2 – категорически отказывались от приема лекарств).

Оценка эффективности проводимых мероприятий осуществлялась путем сопоставления результатов внутри каждой группы и между основной и контрольной группами: до завершения программы, после осуществления курса занятий и катamnестически (через год). Для **статистического анализа** полученных результатов были использованы компьютерные программы Microsoft Excel 2010, Statistica for Windows 10.0. Для сравнения параметров не связанных групп с неправильным распределением, использовался непараметрический ранговый U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения параметров связанных групп с неправильным распределением использовался непараметрический знаково-

ранговый критерий Уилкоксона. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

Всего был обследован 191 пациент, в том числе 89 мужчин (46,6 %) и 102 женщины (53,4 %). Три четверти пациентов (76,9%) были старше 40 лет (в том числе 28,3 % - старше 60 лет), больные до 30 лет составляли 10,5%, от 30 до 39 лет – 12,6%.

Более 2/3 обследованных больных (70,2%) страдали шизофренией, в том числе у 53,4% была диагностирована параноидная форма (21,5% - непрерывное течение). Шизотипическое расстройство отмечалось у 20,9% больных, шизоаффективное расстройство – у 4,2%; хронические бредовые расстройства – у 3,7%; острые и транзиторные психотические расстройства наблюдались в 1,0% случаев.

Длительность наблюдения в ПНД у большинства пациентов была весьма значительной: 41,4% обследованных страдали психическим заболеванием более 20 лет, заболевание продолжительностью от 10 до 20 лет наблюдалось в 33,52% случаев, от 3-х до 10 лет – в 18,31% случаев, и до 3-х лет – только в 6,81% случаев. 45,0% пациентов имели группу инвалидности по психическому заболеванию, из них одна треть являлась инвалидами от 8 до 14 лет (31,4%), а 18,6% – свыше 15 лет. Среди инвалидов большинство (39,8%) имели 2 группу инвалидности, 3,1 % – 3 группу и 2,1 % – 1 группу.

Оценка характера использования психиатрической службы выявила, что 73,3% больных, за последние 5 лет, ни разу не направлялись в дневной стационар, 61,3% пациентов – в психиатрическую больницу. Таким образом, основная масса пациентов получала преимущественно амбулаторную психиатрическую помощь. Почти 60% больных приходили на прием к участковому психиатру не реже одного раза в два месяца, однако посещения, связанные с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий, практически отсутствовали.

Подавляющее большинство больных (70,2%) имели специальное образование, из них 52,4% - высшее или незаконченное высшее, однако на момент обследования работали (учились) только 54 пациента (28,3%).

Значительную долю пациентов можно квалифицировать как лица с неустойчивой трудовой адаптацией: из 75 человек трудоспособного возраста 28,0% лиц с формально сохраненной трудоспособностью (21 чел. - 11,0% от общего числа обследованных) были безработными, не имея группы инвалидности.

Отдельно можно выделить пациентов, нуждавшихся в помощи в социально-бытовой сфере: в 19,9% случаев относительно удовлетворительное состояние пациентов обуславливалось тем, что уход осуществлялся родственниками; 11,0% больных были неряшливы, неопрятны, иногда даже социально запущены, были мало способны решать бытовые проблемы. Только 55,0% больных следили за своим внешним видом и самостоятельно вели домашнее хозяйство. Более половины больных, считали свое материальное положение тяжелым (57,6%), в 3,2% случаев можно было говорить о фактически бедственном положении обследованных, они представляли собой маргинальную группу, нуждающуюся в социальной помощи и поддержке. 7,8% пациентов нуждались в социально-правовой помощи (взаимодействие с социальными службами, различными государственными учреждениями, оформление пенсий, пособий и пр.).

Только 51 человек (26,7%) состоял в браке; 47,6% обследованных никогда не были замужем/женаты, остальные были разведены один или более раз, из них (73,3%) развелись и оставались холостяками. Неблагоприятные и неустойчивые отношения в семье с частыми конфликтами встречались в 36,2% случаев, в 27,8% семей имела место недостаточная забота о больном, в 4,7% случаев – отвержение больного; 11,5% больных были одиноки. Почти $\frac{3}{4}$ больных испытывали дефицит социальных контактов. 52,3% среди всех обследуемых имели круг общения, ограниченный только семейным окружением. Как видно, большая доля пациентов нуждалась в эмоциональной поддержке, повышении социальной компетенции и вовлеченности, развитии коммуникативных навыков и организации досуга.

Осведомленность о характере своего заболевания и методах лечения была недостаточной: более трети опрошенных лиц (33,5%) не знали, чем они больны; 29,8% пациентов имели искаженную информацию, что приводило к стигматизации и самостигматизации пациентов. При этом $\frac{3}{4}$ пациентов (73,8%, $p < 0,001$) были частично или полностью некомплаентны.

Таким образом, на анализ контингента больных ПНД, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, позволил выделить целевые группы пациентов со специальными задачами психосоциальной терапии и реабилитации.

Подавляющее большинство пациентов и значительная часть родственников нуждались в проведении психообразовательной работы, целью которой является формирование комплаенса, обучение технике совладания с остаточной психопатологической симптоматикой и распознавания ранних симптомов начинающегося обострения.

Дополнительной задачей являлось создание терапевтического сообщества пациентов, позволяющего расширить их социальные контакты и сеть поддержки. Особенно это было актуально для одиноких пациентов (11,5%) и для тех, чье общение было ограничено только семьей (70%). В то же время, семья, являясь основной поддерживающей структурой, также требовала специального внимания. В этих случаях работа должна концентрироваться как на нормализации стиля семейных отношений (дисгармоничные взаимоотношения характерны более чем для половины семей больных шизофренией), так и на уменьшении нагрузки на семью.

Дефицит навыков самообслуживания, общения и взаимодействия с различными государственными общественными организациями, требовал широкого спектра программ, направленных на обучение элементарным навыкам независимого проживания (гигиены, самообслуживания и прочих), а также тренинга общения, социальной компетентности, самопредъявления и ассертивности. Еще одной задачей являлось стимулирование большей автономии пациентов, формирование ответственности за свое социальное поведение и функционирование.

Одной из основных задач являлась трудовая реабилитация, крайне значимая для лиц с низким трудовым статусом и неустойчивой трудовой адаптацией (больные, не имеющие работы, с частой сменой ее мест, длительными перерывами в трудоустройстве, снизившие трудовую квалификацию). Эти пациенты, а также больные с различной степенью утраты трудоспособности (45% всей выборки – по психическому заболеванию и 4,7% - по соматическому)

нуждались в широком комплексе мероприятий направленных на трудовую занятость.

Особое место занимает оказание инструментальной поддержки лицам с тяжелым материальным положением (более 60% больных) и пациентам, нуждающимся в социально-правовой помощи (7,8%). Реализация этих мероприятий возможна при активном участии службы социальной защиты (принятие на обслуживание больных психическими заболеваниями), общественных организаций и государственных учреждений.

Указанные подходы были учтены при разработке целевой программы психосоциального вмешательства в системе комплексной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (рис.). Тактика и содержание вмешательства разрабатывались с учетом представлений о проблемах и наиболее уязвимых сторонах социального функционирования пациентов (табл. 1).

Анализ полученных результатов показал эффективность комплексного психосоциального вмешательства в отношении оцениваемых параметров. Наиболее выраженные положительные изменения касались осведомленности пациентов о своем заболевании, методах лечения и предупреждении обострения, которая изначально в обеих группах была крайне низкой. В основной группе низкая информированность отмечалась от 34,6% до 65,4% по разным вопросам, в контрольной - от 36,5% до 63,5%.

По завершении психообразовательной программы доля пациентов основной группы с высокой степенью информированности почти по всем вопросам составляла от 30,8% до 55,8%. Эти изменения при сопоставлении с показателями контрольной группы по завершении программы и с учетом внутригрупповых сравнений были статистически достоверны (от $p < 0,001$ до $p < 0,05$). В результате психообразовательного вмешательства улучшился комплаенс. Эти пациенты по завершении программы и катamnестически стали более внимательны к изменениям в своем состоянии, своевременно обращались за помощью к участковому психиатру, более аккуратно следовали назначениям. При оценке приема поддерживающей терапии катamnестически, было выявлено, что в основной группе достоверно ($p < 0,001$) возросла регулярность приема

фармакотерапии (на 28,9 %). Кроме того ни один пациент из основной группы не отказывался принимать лекарства, назначенные участковым психиатром.

Пациенты основной группы более дисциплинированно принимали медикаментозную терапию, что, вероятно, опосредованно повлияло на уменьшение частоты госпитализаций на 50,8% ($p < 0,001$), поступлений в дневной стационар на 58,1% ($p < 0,001$) и частоты обострений в целом на 44,5% ($p < 0,001$).



Рис.1. Целевая комплексная программа психосоциального вмешательства в психоневрологическом диспансере.

Сократилась длительность пребывания больных как в психиатрической больнице – на 17,5% ($p < 0,05$), так и в дневном стационаре – на 18,3% ($p < 0,05$). Вместе с тем, частота амбулаторного купирования обострений снизилась менее значительно – на 10,6% ($p < 0,005$). Корреляционный анализ показал, что увеличение доли пациентов с высокой и средней информированностью о симптомах обострения, своем поведении при этом, методах лечения, представлении о собственной роли в лечении увеличивает силу связи со снижением частоты обострений ($R = -0,364 \div -0,508$; $p < 0,001$) и госпитализаций ($R = -0,305 \div -0,546$; $p < 0,001$). В контрольной группе отмечалась отрицательная динамика указанных корреляций.

**Направления психосоциальной работы с уязвимыми группами больных
в психоневрологическом диспансере**

Уязвимые группы пациентов	Виды вмешательства								
	Мотивационный тренинг	Психообразование пациентов	Психообразование родственников	Комплаенс-терапия	Работа с семьей	Трудовая реабилитация	Тренинг социальных навыков	Развитие социальной сети	Прямая социальная поддержка
Низкая мотивация к психосоциальным лечебно-реабилитационным мероприятиям	+								
Частые и длительные госпитализации	+	+	+	+	+		+	+	+
Остаточная психопатологическая симптоматика (неполная ремиссия)	+	+	+	+					
Несоблюдение режима терапии	+	+	+	+					
Дисгармоничные семейные отношения	+	+	+		+			+	
Бедные социальные сети / дефицит социальных отношений	+	+	+		+		+	+	+
Одинокие больные	+	+				+	+	+	+
Трудовая дезадаптация	+					+	+	+	
Социальные проблемы	+						+	+	+
Материальные проблемы	+						+	+	+

Характеристики, отражающие социальное функционирование пациентов основной группы, по завершении программы претерпели существенные изменения, в то время, как показатели контрольной группы остались практически неизменны ($p > 0,05$). Средний уровень нарушений социальной адаптации в

основной группе по завершении программы достоверно снизился ($p < 0,001$) по всем рассматриваемым аспектам.

По завершении психосоциальной программы наиболее выраженные положительные изменения касались круга общения (улучшение на 0,86 балла; $p < 0,001$) и отношений с окружающими (улучшение на 0,56 балла; $p < 0,001$). Занятия, посвященные развитию социальных навыков и навыков самообслуживания, способствовали структурированию дневной активности и быта. Это сказалось на более качественном ведении домашнего хозяйства (улучшение на 0,48 балла; $p < 0,001$).

Через год после проведенного вмешательства сохранилось достоверное улучшение социальной адаптации по сравнению с периодом до включения в программу: в частности, по показателям широты круга общения, отношения с окружающими ($p < 0,001$), интеллектуальной работоспособности и ведения домашнего хозяйства ($p < 0,01$). Через год после завершения программы изменения круга общения коснулись обеих групп. В основной группе никто из пациентов не отметил сужение круга общения, подавляющее большинство (78,8%) считали, что их круг общения увеличился. В группе контроля свыше половины обследованных (51,9%) отмечали, что их круг общения сузился, о расширении контактов говорили лишь двое пациентов. Это указывает на эффективность подобранного комплекса методик для улучшения социального функционирования психически больных при их амбулаторном наблюдении.

В результате тренинга социальной компетентности повысился уровень притязаний пациентов, уменьшилась самостигматизация. Многие стремились решать свои юридические и социальные вопросы самостоятельно или при помощи социального работника. На повышение удовлетворенности качеством жизни повлияла инструментальная поддержка (восстановление и доступность льгот, юридическая, социальная поддержка и в ряде случаев материальная помощь, благодаря благотворительным организациям).

Удовлетворенность качеством жизни в связи с психическим состоянием в основной группе увеличилась: по завершении программы ответ «скорее удовлетворены» дали 71% пациентов в то время как к началу программы было 27% ($p < 0,001$). Спустя год отмечалось снижение удовлетворенности до 54%

($p < 0,001$). Удовлетворенность качеством жизни в целом статистически достоверно повысилась, хотя и в меньшей степени: с 52% до 61% ($p < 0,001$) («скорее удовлетворены»), в то время как ответ полностью удовлетворен, не дал ни один пациент. Спустя год «скорее удовлетворены» были 56% ($p < 0,001$), а «полностью удовлетворены» - 6% ($p < 0,05$). В контрольной группе эти показатели значимо не изменились.

По завершении психосоциальных мероприятий отмечался прогресс в области трудовых установок, особенно это сказалось на группе с неустойчивой трудовой адаптацией, с которой проводилась целенаправленная работа по повышению мотивации к трудоустройству, развитию навыков самопрезентации, поведения на собеседовании, взаимодействия в трудовом коллективе. В основной группе по завершении программы из числа пациентов, не имеющих инвалидность и не работающих, двое в течение года устроились на работу, одной пациентке многие годы, отказывавшейся от трудовой экспертизы, была определена вторая группа инвалидности. В результате, доля не работающих и не имеющих инвалидность снизилась с 17,3% до 11,5%. 4 пациента окончили курсы профессиональной переподготовки, получив новую специальность, занялись поисками работы. Среди лиц с инвалидностью 2 группы также отмечалась тенденция к трудоустройству: 8 больных стали подрабатывать по договору найма на льготных условиях у своих родственников или знакомых. В целом, число желающих работать пациентов выросло вдвое.

В контрольной группе трое пациентов были уволены, так как не справлялись со своими служебными обязанностями, одному пациенту из числа длительно не работающих, была определена третья группа инвалидности. Таким образом, в контрольной группе за год катамнеза увеличилась доля не работающих и не имеющих инвалидность – до 19,2%, а число работающих снизилось с 11,5% до 5,8%.

Коммуникативный тренинг и досуговые мероприятия способствовали расширению социальных контактов и улучшению качества общения. В ходе исследования в основной группе средний размер социальной сети вырос с 4,83 до 5,31 ($p < 0,001$) на одного больного. 32,7% пациентов основной группы по завершении занятий указывали в списке названных лиц других участников

программы, что показывает эффективность проводимых мероприятий в плане создания новых знакомств. В 29,4% случаев эти знакомства сохранялись и по прошествии года, существенное значение при этом имели поддерживающие занятия (1 раз в 2 недели). Но снижение частоты мероприятий отразилось на сужении круга общения – средний размер сети снизился до 4,88 на одного пациента ($p < 0,001$). Интенсивность общения в основной группе возросла на треть с 10,04 до 14 баллов ($p < 0,001$) по завершении программы, но вернулась на прежний уровень спустя год – 10,5 ($p > 0,05$) (табл. 3). Это отражает необходимость постоянной и регулярной психосоциальной работы с больными и поддержания мотивации к активности и общению.

Групповая и в ряде случаев индивидуальная психосоциальная работа, существенно повлияла на внутрисемейные отношения пациентов основной группы. Целенаправленная программа по улучшению коммуникативного стиля и взаимодействию в конфликтных ситуациях проводилась с группой лиц, имеющих дисгармоничные семейные отношения и в отдельных случаях включала семейную терапию. Следствием этого вмешательства стали качественные изменения поведения больных в общении с родственниками. По завершении программы (через год) в основной группе доля гармоничных отношений больного с членами его семьи выросла почти вдвое (с 23,1% до 42,3%), а доля конфликтных семей вдвое снизилась (с 23,1% до 11,5%); количество подчиненно-зависимых отношений уменьшилось на 5,8%. Улучшилось взаимопонимание между членами семьи, смягчились отношения в ряде случаев находившиеся на грани разрыва.

Групповые занятия позволили пациентам приобрести новые знания и навыки, разделить с другими свои опасения, получить реальную помощь в том числе и материальную. В результате этого, в основной группе значительно изменились показатели эмоциональной поддержки – от начальных 19,58 [16;24] до 30,62 [26,5;37] баллов ($p < 0,001$); и социальной интеграции – от начальных 14,65 [11,5;18] до 22,0 [18;25] баллов ($p < 0,001$). При этом удовлетворенность социальной поддержкой по субъективной оценке пациентов по окончании программы возросла почти в 2 раза – с 3,65 баллов до 6,88 ($p < 0,001$). Катамнестически отмечено значимое снижение этих показателей, достоверно не достигающее уровня, имевшегося до включения в программу ($p < 0,001$), за

исключением параметра инструментальной поддержки ($p>0,05$), что подтверждает эффективность проведенных мероприятий в течение годового периода и достаточную стабильность достигнутого эффекта при условии поддерживающих мер. В контрольной группе по завершении программы по большинству показателей статистически значимых изменений не отмечалось, однако катamnестически все параметры были достоверно снижены ($p<0,001$) (табл. 2).

По завершению программы психосоциальной реабилитации у пациентов основной группы определялся позитивный сдвиг в освоении навыков независимого проживания и активности. Более чем в два раза выросло число больных, самостоятельно убирающих и стирающих, свыше трети больных стали самостоятельно распоряжаться денежными средствами, 50% пациентов стали самостоятельно готовить более двух видов блюд, возросла частота использования общественного транспорта.

В целом, применение комплексной психосоциальной программы позволило повысить качество обслуживания больных шизофренией и шизофренического спектра на уровне амбулаторного звена психиатрической помощи. Это способствовало снижению количества обострений и госпитализаций, уменьшению социальной дезадаптации и повышению качества жизни пациентов.

Таблица 2

Выраженность психопатологической симптоматики и нарушений социального функционирования пациентов основной и контрольной групп

Признаки	Основная группа									Контрольная группа								
	До программы	Квартиль верхний	Квартиль нижний	По завершении	Квартиль верхний	Квартиль нижний	Катамнез	Квартиль верхний	Квартиль нижний	До программы	Квартиль верхний	Квартиль нижний	По завершении	Квартиль верхний	Квартиль нижний	Катамнез	Квартиль верхний	Квартиль нижний
Позитивные симптомы	12,31	10,5	14	12,29	10	14	12,37	10	14	12,56	11	15	12,21	10	14	12,38	11	15
Негативные симптомы	19,73	18	22	19,6*	17,5	20,5	20,48*	18	22	20,19	18	23	20,81	18	23	22,32#	19	26
Общие симптомы	26,00	25	29	23,42&	20	24	25,46	22	29	24,85	21	26	24,52	21	28	24,08	20	28
PANSS	58,04	56	64	55,33&	50	56	58,06	52	66	57,60	51	65	57,56	50	63	58,79	51	67
Физическая работоспособность	1,54	1	2	1,21&*	1	2	1,37	1	2	1,48	1	2	1,54	2	1	1,63	1	2
Интеллектуальная работоспособность	1,85	1	3	1,44&	1	2	1,6#	1	2	1,75	1	3	1,71	3	2	1,73	1	2,5
Ведение домашнего хозяйства	1,44	1	3	0,96&***	0,5	1	1,06#***	0,5	1,5	1,50	1	3	1,56	2	1	1,71	1	2
Круг общения	2,71	1,5	4	1,84&***	1	3	2,15&**	1	3	2,65	1,5	4	2,77	4	2	2,80	2	4
Отношения с окружающими	1,96	1	3	1,40&***	1	2	1,48&**	1	2	2,03	1	3	2,00	3	2	2,17	1	3
Размер сети	4,83	3	6	5,31&	4	7	4,88&	3	7	4,62	3	6	4,79	4	6	4,25	3	5
Плотность сети	0,68	0,45	1	0,79&***	0,6	1	0,70	0,5	1	0,69	0,4	1	0,63	0,4	0,7	0,71	0,4	1
Интенсивность общения	10,04	6	13	14,0&***	11,5	16	10,5&	6	14	9,60	6	13	10,08	8	12,5	9,40	7	12
Эмоциональная поддержка	19,58	16	24	30,61&***	26,5	37	23,85&***	20	27,5	20,35	17	24	20,10	17	24	18,23&	16	20,5
Инструментальная поддержка	12,69	9	16	13,75&**	11	17	12,85	9	16	12,54	10	15	12,37	10	15	12,06&	9	15
Социальная интеграция	14,65	11,5	18	22,0&***	18	25	18,63&**	15	22	15,02	11,5	18	14,88"	12	18	11,4&	8	15
Доверительные связи	5,9	3	7	6,40#*	4	9	5,83&***	3	8	4,67	3	6	4,56	3,5	5,5	4,17&	3	5
Удовлетворенность социальной поддержкой	3,65	2	5	6,88&***	4,5	9	4,65&***	3	6,5	3,33	1,5	5	3,12"	2	4,5	3,12&	2	4,5

Примечания: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$; сравнение основной и контрольной групп; # - $p < 0,01$, & - $p < 0,001$, " - $p < 0,05$ внутригрупповые сравнения в разные периоды времени.

Выводы

1. Среди больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, состоящих под наблюдением психоневрологического диспансера, выделяются наиболее уязвимые группы пациентов, имеющих комплекс специфических проблем социальной адаптации, решение которых требует осуществления целевых подходов к оказанию психиатрической помощи.

2. К уязвимым категориям больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, нуждающихся в направленной психосоциальной помощи в условиях психоневрологического диспансера, относятся пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией (11,0%), требующие помощи в социально-бытовой сфере (30,9%), с тяжелым (57,6%) или бедственным (3,2%) материальным положением, нуждающиеся в социально-правовой помощи (7,8%), с дисфункциональными семейными отношениями (68,7%), с дефицитом социальных контактов (63,8%); 73,8% пациентов частично или полностью не комплаентны.

3. Комплексная психосоциальная работа способствует снижению госпитализаций ($p < 0,001$), помещений в дневной стационар ($p < 0,001$) и уменьшению частоты обострений в целом ($p < 0,001$).

4. Увеличение доли пациентов с высокой и средней информированностью о симптомах обострения, методах лечения и собственной роли в этом процессе соотносится со снижением частоты обострений ($R = -0,364 \div -0,508$; $p < 0,001$) и госпитализаций ($R = -0,305 \div -0,546$; $p < 0,001$).

5. В результате осуществления психосоциальных мероприятий в условиях психоневрологического диспансера статистически значимо улучшаются показатели социального функционирования ($p < 0,001$), удовлетворенности социальной поддержкой ($p < 0,001$), расширяется круг общения ($p < 0,001$), интересов и поведенческий репертуар больных, улучшаются внутрисемейные отношения. Достигнутые результаты способствуют повышению качества жизни пациентов ($p < 0,001$) и увеличивают возможности трудоустройства, позволяя более 1/4 больным найти работу или пройти профессиональную переподготовку.

6. Для сохранения положительной динамики клинико-социальных показателей больных необходима длительная системная поддерживающая психосоциальная терапия, осуществляемая с учетом целевых клинико-социальных задач и потребностей уязвимых групп пациентов.

7. Разработанная программа комплексной психосоциальной реабилитации является эффективной и способствует клинико-социальному восстановлению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Практические рекомендации

Комплексная психосоциальная терапия и реабилитация больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на участке психоневрологического диспансера позволяет улучшить качество оказания психиатрической помощи, способствует социальной и трудовой адаптации пациентов, их интеграции в общество. Рекомендуется включить групповую психосоциальную работу в повседневную практику психоневрологических диспансеров с применением бригадного взаимодействия медицинских и социальных работников, привлечением общественных организаций и родственников пациентов. Психосоциальные вмешательства должны предусматривать дифференцированный подход в отношении целевых групп пациентов (не комплаентных, с неустойчивой трудовой адаптацией, с нарушенными внутрисемейными отношениями, с материальными и бытовыми проблемами, дефицитом социальной сети). Необходима длительная непрерывная психосоциальная реабилитация (не менее 6 месяцев - основной курс занятий и не менее 1 года - поддерживающий) с возможностью организации досуговых мероприятий и образования сообщества пациентов и их родственников.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. **Чуканова Е.К. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации / Шевченко В. А., Загиев В. В.,**

Шмуклер А. Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16 № 4. С. 10-14.

2. Чуканова Е.К. Амбулаторные больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и основные направления их психосоциальной терапии и реабилитации / В. А. Шевченко, Л. Я. Висневская, А. Б. Шмуклер // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под. ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельдта. – М.:ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – С. 115–122.

3. **Чуканова Е.К. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи / Шевченко В. А., Шмуклер А. Б., Папсуев О. О., Шендеров К. В. // Российский психиатрический журнал. 2008. №5. С. 70-74.**

4. Чуканова Е.К. Потребность в психосоциальной реабилитации на различных этапах оказания психиатрической помощи. / Шмуклер А. Б. , Папсуев О. О., Шевченко В. А., Шендеров К. В. // Пособие для врачей. Москва, 2008.

5. **Чуканова Е.К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера // Социальная и клиническая психиатрия. 2014 . Т. 24 № 1 . С. 21 – 27.**