

УДК 616.895.8

## ПРОБЛЕМЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Руженков В.А., Щербак Н.А.

*Белгородский государственный университет, Белгород*

**Обследовано 65 больных шизофренией, направленных в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Установлено, что только 16% из них госпитализируются по Постановлению суда (что составляет 0,46% от всех поступивших больных в течение года), остальные 84% дают согласие на госпитализацию в первые дни пребывания в стационаре. У большинства больных указанного контингента наблюдается выраженная социально-трудовая дезадаптация и низкая комплаентность. Приводятся рекомендации по стратегии и тактике лечения в условиях стационара и внебольничного звена психиатрической помощи, требования к преемственности и особенности диспансерного наблюдения.**

Проблема недобровольной госпитализации и последующего лечения, психически больных в психиатрическом стационаре является сложной и многогранной, включает в себя медицинский, юридический и организационный аспекты. Данный вид госпитализации неразрывно связан с профилактикой общественно - опасных действий, аутоагрессивного поведения, а также направлен на повышение уровня социально - психологической адаптации и правовой защищенности больных психическими расстройствами (Е.И. Бабушкина, 1998).

Статья 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусматривает три критерия, при наличии которых лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласие или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Среди недобровольно госпитализируемых психически больных преобладают лица, страдающие шизофренией – почти 57% (И.В. Москаль, 1994), а организационные аспекты лечения как в условиях стационара, так и внебольничном звене до настоящего времени не разработаны.

В связи с этим целью настоящего исследования являлась разработка дифференцированных методов лечения и диспансерного наблюдения больных шизофренией, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Задачами исследования были следующие:

1. Верификация причин и условий направления больных шизофренией на госпитализацию в недобровольном порядке.
2. Выявление основных погрешностей терапии и диспансерного наблюдения.
3. Разработка на основе исследования рекомендаций по дифференцированным методам лечения и диспансерного наблюдения.

### Материал и методы исследования

В течение 2004 года нами обследована сплошная выборка, состоящая из 94 больных, направленных в Белгородскую областную клиническую психоневрологическую больницу по статье 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», среди них пациентов с диагнозом «шизофрения» было 65 (69,1%) человек (23 мужчины и 42 женщины), составивших объект дальнейшего исследования. Основанием для включения больных в выборку было наличие направления участкового врача психиатра или врача психиатра психиатрической бригады ССМП с указанием на госпитализацию в недобровольном порядке.

Основными методами исследования были клиничко-анамнестический, клиничко - психопатологический и статистический (описательная статистика, критерий Стьюдента t). Верификация диагноза шизофрении проводилась в соответствии с критериями МКБ-10, глава V (F).

### Результаты исследования и обсуждение

В выборку вошли 23 (35,4%) мужчины и 42 (64,6%) женщины в возрасте от 19 до 79 лет (в

среднем  $39 \pm 2,1$  года). Из 65 пациентов с диагнозом «шизофрения» 39 (60%) дали согласие на госпитализацию и лечение уже в приемном покое, 3 (4,6%) – в первые сутки госпитализации, 3 (4,6%) – на вторые и 1 (1,5%) – на третьи (пациент, поступивший в пятницу вечером), 5 (7,7%) больных не осматривались комиссионно, и фактически пролечены без согласия. В 14 (21,5%) случаях администрация больницы обращалась в суд с заявлением о госпитализации гражданина без его согласия, или без согласия его законного представителя.

Сравнительный анализ проводился в 2 группах: первую составили 14 больных, госпитализированных в психиатрический стационар по решению суда, вторую – 51 человек (46 – давших согласие на госпитализацию и 5 – пролеченных с нарушением Закона [не давших письменного со-

гласия и без решения суда, но фактически не возражавших против пребывания в психиатрическом стационаре и лечения)],

Возраст больных на период исследования в обеих группах был от 19 до 79 ( $40,2 \pm 1,8$ ) лет; причем в первой и второй группах он оказался примерно одинаковым (соответственно  $40,4 \pm 2,5$  и  $40,1 \pm 2,1$  лет).

На период исследования в первой группе более половины 9 (64,3%) больных имели группу инвалидности по психическому заболеванию (двое из них имели случайные заработки), 4 (28,6%) были безработными. Во второй группе 42 (82,4%) имели группу инвалидности и 7 (13,7%) были безработными. Различия между группами статистически не достоверны.

По семейному положению больные распределены следующим образом (таблица 1).

**Таблица 1.** Распределение больных по семейному положению

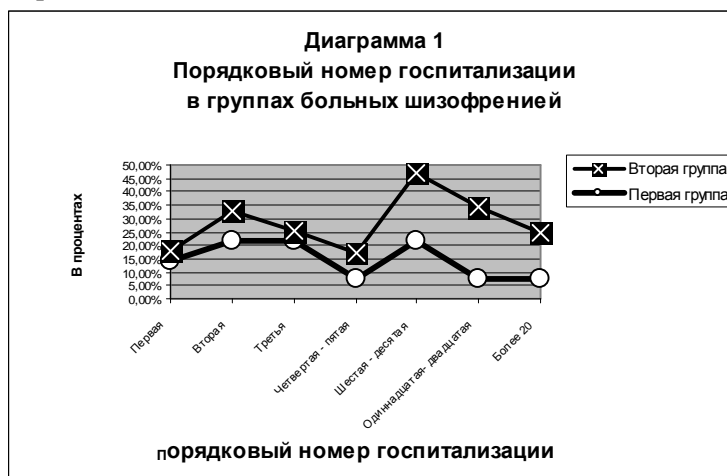
№ п/п	Семейное положение	Давшие согласие		Госпитализированные в судебном порядке		ВСЕГО	
		К-во	%	К-во	%	К-во	%
1	Женат (замужем)	8	15,7	4	28,6	12	18,5
2	Разведен	15	29,4	3	21,4	18	27,7
3	Никогда не было семьи	28	54,9	7	50	35	53,8
<b>ИТОГО</b>		<b>51</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Обращает на себя внимание высокий уровень семейной дезадаптации больных шизофренией, направляемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке – у большинства из них к моменту исследования не было собственной семьи (более чем в половине случаев никогда не было семьи и почти треть – разведены).

В первой группе возраст начала шизофрении составил от 13 до 42 ( $28,7 \pm 1,7$ ) лет, а во второй от 7 до 50 ( $21,7 \pm 1,4$ ) лет. Различия статистически достоверны ( $t > 3,1$   $p < 0,01$ ). Данное обстоя-

тельство свидетельствует в пользу того, что при более позднем начале заболевания больной не воспринимает патологически измененное состояния собственной психики как заболевание, и таких пациентов невозможно убедить в необходимости лечения, что приводит в ряде случаев к применению недобровольной госпитализации.

Длительность заболевания в первой группе составила от 1 до 31 года ( $11,2 \pm 2,2$ ), во второй от 0,5 года до 43 лет ( $21,1 \pm 2,1$  года).



**Диаграмма 1.** Количество госпитализаций в группах

В первой группе более чем в половине случаев – 57,1% госпитализация была 1 – 3 по счету, в то же время во второй группе большинство больных госпитализировались более 6 раз (70,6%). В первой группе в среднем количество госпитализаций на 1 больного в 2 раза меньше, чем во второй (соответственно 5,85 и 11,7). Более раннее начало заболевания, большая его дли-

тельность и высокая частота госпитализаций способствовали тому, что больные давали согласие на госпитализацию и лечение в психиатрическом стационаре уже в приемном покое и в первый день пребывания в стационаре.

Основания для направления в психиатрический стационар в недобровольном порядке представлены в таблице 2.

**Таблица 2.** Основания, по которым больные шизофренией направлялись в психиатрический стационар в недобровольном порядке

№ п/п	Критерий ст. 29	Давшие согласие		Госпитализированные в судебном порядке		ВСЕГО	
		К-во	%	К-во	%	К-во	%
1	а	21	41,2	7	50	28	43,1
2	в	24	47,1	3	21,4	27	41,5
	<i>В т.ч.: а+в</i>	-	-	1	6,7	1	1,5
3	Без указания	6	11,7	4	28,6	10	15,4
<b>ИТОГО</b>		<b>51</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Как видно из таблицы 1, в общей сложности в 28 (43,1%) случаях больные направлялись на госпитализацию по п. «а» ст. 29 «Закона...», когда имеющееся психическое расстройство обуславливало угрозу для самого больного или окружающих, а в 27 (41,5%) по п. «в», когда неоказание психиатрической помощи могло нанести существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния. Примечательно, что 6 (9,2%) больных поступали повторно в течение года. Анализ этих случаев показал, что после выписки из стационара больные лечение не принимали, участкового врача-психиатра не посещали. В части это было обусловлено преждевременной выпиской из стационара (до начала становления терапевтической ремиссии).

Анализ диспансерного наблюдения и преемственности со стационаром показал, что в первой группе, состояли на активном диспансерном наблюдении 9 (64,3%) и не состояли 5 (35,7%), а во второй соответственно 40 (78,4%) и 11 (21,6%). Большинство больных первой группы участкового врача-психиатра практически не посещали, лекарства не принимали, что служило причиной обострения психопатологической симптоматики. Во второй группе 22 (43,1%) больных регулярно и эпизодически посещали врача-психиатра и принимали амбулаторное лечение. В значительном числе случаев – 14 (27,5%) родственники больных контролировали посещение ими врача-психиатра и прием лекарственных препаратов; в 7 (13,7%) случаях пациенты посещали участкового психиатра нерегулярно, лечение не принимали и в 8 (15,7%) случаях больные после выписки из стационара участкового психиатра не посетили ни разу.

На период поступления у больных, давших согласие на госпитализацию под влиянием убеждения медицинского персонала в большинстве случаев наблюдалось обострение имевшей место ранее психопатологической симптоматики (галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, депрессивно-галлюцинаторной, психопатоподобной), а у больных, госпитализированных по постановлению суда, чаще встречались очередные приступы заболевания – шубы, с качественно новой симптоматикой с не критическим к ней отношением, что не позволяло убедить больных в необходимости лечения. Наиболее часто это были аффективно-бредовые и галлюцинаторно-бредовые состояния, а также маниакально-бредовые синдромы с завышенной оценкой собственной личности и парафренный синдром.

В первой группе преобладали лица с преморбидом стеничного шизоида, гипертимным и циклоидным складом характера; во второй в значительном числе случаев встречались личностные характеристики сенситивного, пассивного и диссоциированного шизоида, что оказывало существенное влияние на отношение больных к имевшейся у них психопатологической симптоматике и лечению.

В период стационарного лечения больные первой группы более длительное время негативно относились к терапии и медицинскому персоналу, старались уклоняться от приема медикаментов, что требовало повышенного контроля со стороны медицинского персонала. Больные второй группы, более легко соглашались на прием медикаментов и дружелюбно относились к медицинскому персоналу.

Исследование показало, что больные шизофренией составляют 69% от всех пациентов, на-

правленных в психиатрический стационар в недобровольном порядке и только 16% из них госпитализируются по Постановлению суда, что составляет 0,46% от всех поступлений в течение года.

У большинства больных изучаемого контингента наблюдается выраженная социально-трудовая адаптация: 64,3% имеют группу инвалидности, из них только 22% рабочую. Безработные и без группы инвалидности составляют почти одну треть (28,6%).

У всех больных, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке отмечается низкая комплаентность. Практически все они отрицательно относятся к госпитализации и лечению, отказываются от приема медикаментов в амбулаторных условиях. Все вышесказанное существенно снижает уровень их социально-психологической адаптации и требует особого подхода к лечению и диспансерному наблюдению.

Принципиальными клиническими отличиями больных, госпитализированных в судебном порядке от давших согласие на госпитализацию являются: психопатический стеничный личностный преморбид и острый приступ шизофрении (шуб), с качественно новой симптоматикой, в то время как у больных, давших согласие на госпитализацию, чаще наблюдалось обострение имеющейся ранее симптоматики и более благоприятный преморбидный личностный склад.

**Рекомендации по лечению больных шизофренией, госпитализированных по ст. 29 «Закона ...»**

1. Назначение с первых дней инъекционных препаратов, предпочтительно нейролептиков нового поколения, имеющих минимальные побочные эффекты.

2. Тщательный контроль приема пероральных форм медикаментов.

3. Планирование выписки только в состоянии становления терапевтической ремиссии.

4. Не менее чем за 3 недели до выписки перевод на препараты пролонгированного действия. При положительном эффекте возможны выписка из стационара.

**Рекомендации по диспансерному наблюдению больных шизофренией, госпитализированных по ст. 29 «Закона ...»**

1. Взятие на активное диспансерное наблюдение с момента выписки из стационара.

2. Пролонгированные формы лекарственных препаратов вводить в условиях поликлиники при четком контроле участкового врача-психиатра.

3. Четко контролировать контрольные явки и выполнение назначений.

4. Взаимодействие с родственниками больных, семейная психотерапия.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабушкина Е.И. Применение недобровольных форм психиатрической помощи в городах и сельской местности Свердловской области //Социальная и клиническая психиатрия. -1998. -№4. -С.117-120.

2. Комментарий к Законодательству Российской Федерации в области психиатрии /Колл. авторов. Под общей ред. Т.Б.Дмитриевой. -М.: Издательство «Спарк», 1997. -363 с.

3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. -СПб.: «Оверлейд», 1994. -300 с.

4. Москаль И.В. Недобровольная госпитализация психически больных (клинико - эпидемиологический и организационный аспекты): Автореф. дис. ... кандидата медицинских наук. - М., 1994. -26 с.

Работа выполнена при поддержке внутривузовского гранта БелГУ

#### THE PROBLEMS OF NON-VOLUNTARY HOSPITALIZATION AND TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

Ruzhenkov V.A., Shyerbak N.A.

*Belgorod State University, Belgorod*

65 schizophrenics sent to the psychiatric hospital against their will have been examined. It has been determined, that only 16 % of them are hospitalized according to the decision of the court (that amounts to 0,46 % of all patients sent to the hospital during the year), the rest 84 % of patients agree to be hospitalized during the first days of their stay in the hospital. Most of the patients of the above-mentioned contingent are characterized by marked social and labour disadaptation and low compliance. Recommendations concerning strategy and tactics of treatment in hospital and non-hospital section of psychiatric aid, requirements to succession and peculiarities of regular medical check-up are given here.