**Внебольничная помощь психически больным**

Психоневрологические диспансеры, работающие по территориальному принципу, были учреждены в 1923 г. В основу был положен участковый, территориальный принцип обслуживания населения, сохранившийся до настоящего времени, призванный обеспечить преемственность психиатрической помощи за счет тесной функциональной связи психиатрических учреждений разных ступеней. Основными звеньями психиатрической помощи являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница, как правило, прикрепленная к диспансеру по территориальному признаку. Они оказывают психиатрическую помощь населению, проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров.

В настоящее время психиатрическая помощь вне стен стационара развивается в трех направлениях: совершенствуется помощь больным в психоневрологическом диспансере; формируется новый вид консультативной психиатрической помощи без постановки больного на учет в этом учреждении; улучшается психиатрическая помощь вне диспансера, в системе общей медицинской помощи – в психотерапевтических кабинетах поликлиник – для оказания ее больным с пограничными расстройствами и раннего выявления больных с другими психическими заболеваниями.

**Основные задачи психоневрологического диспансера:**

выявление психически больных среди населения и активное наблюдение за ними

(приглашение больного на прием и посещение его на дому), проведение всех видов амбулаторного лечения, трудоустройство больных, оказание помощи в социально-бытовых и юридических вопросах, направление на стационарное лечение, оказание консультативной психиатрической помощи лечебно- профилактическим учреждениям, санитарно-просветительная и психогигиеническая работа, проведение трудовой, военной и судебно- психиатрической экспертиз.

**Структура психоневрологического диспансера:**

а) лечебно-профилактическое отделение;

б) экспертное отделение;

в) отделение социально-трудовой помощи;

г) лечебно-трудовые мастерские;

д) дневной стационар;

е) учетно-статистический кабинет;

ж) детское и подростковое отделения;

з) логопедический кабинет.

Детский психиатр осуществляет динамическое наблюдение за детьми и подростками от 5 до 15 лет. Он посещает детские сады и школы, выявляя нервных детей, детей с нарушенным поведением и умственно отсталых. Детский психиатр назначает им лечение, решает вопрос о типе школы, направляет при необходимости в больницу. Он ведет профилактическую и санитарно- просветительную работу среди родителей, педагогов и школьников. В специализированных (вспомогательных) школах для умственно отсталых детей обучаются дети со сниженным интеллектом. Обучение ведется педагогами- дефектологами по облегченной программе и по специальным учебникам. Учеба сочетается с производственным обучением (специальности столяра, швеи, картонажника, переплетчика и др.).

В эти учебные заведения больных направляет специальная комиссия: составе представителей отдела народного образования, педагогов-дефектологов и детского врача-психиатра.

Лечебно-трудовые мастерские - это одно из важных звеньев в структуре психиатрических учреждений. Они имеют не только непосредственно лечебное значение (трудотерапия), но и являются этапом широкой реабилитационных мероприятий, которым в последние годы уделяется все большее внимание.

Усложняющаяся система трудовых заданий позволяет значительно повысить уровень реадаптации больного.

Дневной стационар - новая форма амбулаторного лечения психически больных. В дневном стационаре находятся больные с не резко выраженными психическими нарушениями и пограничными состояниями. В течение дня больные получают лечение, питание, отдыхают, а вечером возвращаются в семью. Лечение больных без отрыва от обычной социальной среды способствует предупреждению социальной дезадаптации и явлений госпитализма.

В диспансере проводятся различные формы амбулаторной психиатрической экспертизы:

а) Трудовая экспертиза (ВК и МСЭ). Если больной по состоянию здоровья нуждается в некотором облегчении условий труда (освобождение от работы в ночную смену, дополнительных нагрузок, командировок и др.) или в переводе на другую работу с использованием прежней квалификации и сохранением зарплаты, такие заключения даются ВК диспансера. При наличии стойкой утраты трудоспособности, когда психические нарушения, несмотря на активное лечение, приобретают длительный затяжной характер и препятствуют выполнению профессионального труда, больной направляется на МСЭ, которая определяет степень утраты трудоспособности и причину инвалидности (в зависимости от тяжести психического состояния, типа дефекта психики и уровня сохранившихся компенсаторных возможностей).

б) Военно-психиатрическая экспертиза определяет годность к военной службе гражданских лиц, призываемых на действительную военную службу, и военнослужащих, если в процессе медицинского наблюдения за ними обнаружены такие нарушения в состоянии их психического здоровья, которые могут явиться препятствием для пребывания в Вооруженных Силах. Вопрос о годности к воинской службе решается в соответствии со специальным расписанием болезней и физических недостатков, утвержденным приказом МО СССР.

в) Судебно-психиатрическая экспертиза решает вопрос о вменяемости или невменяемости психически больных при совершении ими уголовно- наказуемых деяний, а также определяет дееспособность. Критерии вменяемости:

1)Медицинский - наличие хронической психической болезни или временного расстройства психической деятельности;

2) Юридический- неспособность в силу болезненного состояния отдавать себе отчет в совершаемых действиях или руководить ими.

Экспертиза проводится по постановлению органов расследования, определению суда, и в отношении осужденных - по направлению администрации мест лишения свободы. К лицам, признанным невменяемыми, могут быть применены лишь меры социальной защиты медицинского характера:

1) Принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях (особо опасные больные);

2) Лечение в психиатрической больнице на общих основаниях;

3) Отдача на попечение родных или опекунов и одновременно под наблюдение диспансера.

Назначение принудительного лечения и его прекращение (при наличии соответствующего медицинского заключения) производится только судом.

Необходимость установления дееспособности истцов и ответчиков возникает при решении вопроса о защите гражданских прав психически больных (вопросы об опеке, правах на наследство, расторжении брака, лишении родительских прав и т. д.).

Данные судебно-психиатрической экспертизы оформляются в виде акта, в заключительной части которого даются ответы на все вопросы, которые поставлены перед экспертизой следственными органами или судом.

Кроме того, в последнее время стали практиковать лечение в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют в трудовых процессах, развлечениях, а вечером возвращаются домой. Существуют также ночные стационары, где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например курс внутривенных вливаний, иглорефлексотерапия, лечебный массаж, а утром больные возвращаются на работу.

Для детей с различными невротическими состояниями существуют санаторные, так называемые лесные школы, в которых ослабленные дети получают соответствующую терапию и обучаются в течение одной четверти.

В профилактике и лечении психических заболеваний большое значение имеют создание режима труда и отдыха, длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой. Больные, страдающие хроническими психическими заболеваниями, находятся в психоневрологических интернатах, где получают необходимое лечение.

В состав психоневрологического диспансера, кроме кабинетов, в которых оказывается необходимая медицинская помощь, входят лечебно-трудовые мастерские, где работают инвалиды по психическому заболеванию. Нахождение в лечебно-трудовых мастерских дает возможность проводить систематическое лечение, обеспечивать пациентов питанием, а также самим больным зарабатывать небольшое количество денег.

В последние годы в связи с участившимися случаями самоубийств получила развитие специальная служба по борьбе с суицидами, в основном представленная «Телефоном доверия», по которому в любое время суток может обратиться любой человек, находящийся в тяжелом психическом состоянии, обусловленном жизненными неудачами. Квалифицированную психологическую помощь по телефону оказывают психиатры и психологи, прошедшие специальную подготовку.

В общесоматических поликлиниках для оказания психотерапевтической и психологической помощи взрослым и подросткам имеются специальные кабинеты. В большинстве крупных городов существуют специальные кризисные отделения, работа в которых направлена на профилактику суицидального поведения.

**Диспансеризация в психиатрии**

Больным, не нуждающимся в диспансерном наблюдении, оказывается консультативно - лечебная помощь. Решение об оказании больному консультативно - лечебной помощи принимается врачом самостоятельно и оформляется в виде записи в медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у-87). При этом в пункте 11 Карты следует проставить букву "К" и дату начала оказания помощи.

Консультативно - лечебная помощь оказывается лицам, страдающим психическими расстройствами, со следующими состояниями:

1) с изменениями личности вследствие сосудистых и органических

заболеваний центральной нервной системы при невыраженном

интеллектуальном дефекте без психотических, психопатоподобных и

аффективных расстройств, препятствующих социально - трудовой

адаптации;

2) перенесшим острый психоз или психотический приступ с

наступлением выздоровления или полноценной ремиссии;

3) перенесшим выраженное непсихотическое расстройство с

последующей компенсацией клинических проявлений;

4) с невротическими расстройствами, психогенными нарушениями

физиологических функций, острыми реакциями на стресс или

адаптивными реакциями;

5) с расстройствами личности при компенсации клинических

проявлений и отсутствии выраженной социально - трудовой

дезадаптации; с половыми расстройствами;

6) с гиперкинетическим синдромом, специфическими задержками

развития в детском возрасте, если они нерезко выражены и не

препятствуют процессу обучения и социальной адаптации, а также с

легкой умственной отсталостью;

7) с эпилепсией - при отсутствии психотических расстройств и

выраженных изменений личности.

Данный перечень носит примерный характер. Границы его могут

быть расширены при индивидуальном рассмотрении каждого случая.

Диспансерное наблюдение за психически больными осуществляется в соответствии с "Системой динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных" (утвержденной МЗ СССР 17 июня 1988 г. N 10-III/СП88-9/ОП)

**Первую группу** (больные с частыми госпитализациями) составляют пациенты с частыми и выраженными обострениями симптоматики, которые обычно сопровождаются госпитализациями. Именно частота последних - от одного до 4-5 и более раз в год - является четким и объективным признаком, определяющим принадлежность больного к

данной группе наблюдения (кодируется в Карте "Д-1").

**Ко второй группе** наблюдения (амбулаторное купирование обострений и декомпенсаций) относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях (код "Д-2").

**В третью группу** (группа профилактического лечения) включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями (код "Д-3").

**Четвертую группу** составляют больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально - трудовой реабилитации. К этой группе следует относить больных на переходных этапах различных ступеней социально - трудовой реабилитации: намеченные для направления в лечебно - трудовые мастерские, для перевода со второй на третью группу инвалидности и дальнейшего трудоустройства, больные с нестойкой социально – трудовой адаптацией, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, решении семейных проблем и пр. (код "Д-4").

**Пятая группа** (нуждающихся в эпизодическом или контрольном наблюдении) (код "Д-5") формируется из больных, находящихся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально – трудовой адаптацией, которые, однако, в связи с тяжестью перенесенных

расстройств не могут быть на данном этапе переведены в группу консультативно - лечебной помощи. Значительная часть этих больных нуждается лишь в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации. Эта категория больных должна ежегодно пересматриваться с целью определения пациентов, подлежащих переводу в группу консультативно - лечебной помощи либо прекращению диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или значительным и стойким улучшением состояния и устойчивой социальной адаптацией.

**Отдельную группу по интенсивности и особенностям наблюдения составляют больные с социально опасными тенденциями.**

Лица,страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами стяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненнымипроявлениями, склонные к общественно - опасным действиям, а такжелица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдениеи лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдениюв психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях,кабинетах). Решение о включении больного в группу активногодиспансерного наблюдения принимается комиссией врачей – психиатров(ВК) и оформляется записью в медицинской карте амбулаторногобольного. При этом в Карте обратившегося за психиатрической(наркологической) помощью следует указать обозначение группы

активного диспансерного наблюдения - АДН или АПЛ (последнее в случае, если больной находится на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении) с указанием даты начала наблюдения.

Интенсивность наблюдения в группе активного диспансерного наблюдения составляет не менее 1 раза в месяц.