

Л. Н. Гуменюк

Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)

ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМЫ ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТИ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Исследования отечественных [1—3] и зарубежных [4, 5] ученых подтверждают мнение, что социальная изоляция является для психически больных без постоянного места жительства главным фактором, приводящим к ограничению способности функционирования и невозможности быть полноценно интегрированным в жизнь общества.

В современной социальной психиатрии данная проблема выделяется в отдельное малоизученное направление, что связано с трудностями выявления и наблюдения таких пациентов. Актуальность исследований в данном направлении определена как на международном уровне [6], так и в национальном правовом поле [7].

Исследования отечественных [8—10] и зарубежных [11—13] ученых показывают, что социальная изоляция и отторженность представляют для психически больных серьезную проблему. Указывается, что пациенты, страдающие психическим расстройством, часто становятся бездомными вследствие негативного влияния психического расстройства, а нарастающая изоляция является одним из факторов, приводящим к ограничению способности к интеграции в сообщество (ОСИС).

С точки зрения биопсихосоциальной модели психиатрии, на возникновение психических расстройств оказывают действие биологические, психологические и социальные факторы, которые, в свою очередь, в каждом отдельном случае могут синергировать свое действие и приводить к сложному нарушению адаптации личности. В данном случае резко изменяются не только параметры физического здоровья, психологического самочувствия, но и форма социального поведения, т. е. социально-психологическое благополучие и функционирование.

Цель работы — сформулировать принципы оценки ограниченной способности к интеграции в сообщество у психически больных.

Материалом исследования явились данные комплексного обследования 311 психически больных лиц с ОСИС в возрасте от 20 до 62 лет. Сформированная выборка включала 2 группы подпавших информированное согласие на участие в исследовании: 161 человек без определенного места жительства (бездомные) и 150 психически больных с ОСИС, находящихся на стационарном лечении в психиатрических больницах. Критериями включения пациентов в исследование являлись: отсутствие определенного места жительства или прописки, неспособность поддерживать отношения с другими людьми, неспособность деятельности в обществе, диагноз психического расстройства по МКБ-10.

Контингент обследованных был однородным по всем базовым показателям, что позволило изучить проблему, а результаты исследования считать репрезентативно отображающими генеральную совокупность.

Исследование проводилось на базах Крымского республиканского учреждения «Психиатрическая больница» (КРУ ПБ) № 1 (г. Симферополь), КРУ ПБ № 3

(с. Александровка, Белогорского района), КРУ ПБ № 4 (с. Красноярское Черноморского района) и специализированного приемника для содержания административных арестованных при СГУ ГУ МВД Украины в АРК.

Методы исследования: клинико-психопатологический, социодемографический, катamnестический, психодиагностический, математической статистики.

Для дифференциации составляющих ОСИС по результатам проведенных исследований нами выделены социальные, биологические (медицинские) и психологические характеристики (критерии) пациентов, страдающих ОСИС и психическим расстройством.

На базе выделенных составляющих ОСИС нами предложена общая схема оценки ОСИС у психически больных. Данная схема основывается на международных принципах и подходах при исследовании социального функционирования и социальной недостаточности психически больных как для исследовательской, статистической, так и клинической, медико-социальной цели.

Под *медико-социальной целью* подразумевается оценка медицинских и социальных параметров ОСИС на диагностическом, лечебном и реабилитационном этапах с установлением функционального диагноза (рис. 1), оценки жизнедеятельности больного (рис. 2) и формированием индивидуальной программы реабилитации (рис. 3, адаптировано из [14]).



Рис. 1. Схема алгоритма формирования вывода об ОСИС у психически больных

Клинический и функциональный диагноз содержит в себе сведения об основных синдромах, которые могут ограничивать жизнедеятельность пациента. Он также содержит сведения об их стойкости и степени выраженности, нозологической составляющей основного ведущего заболевания, нозологической форме сопутствующего заболевания, патопластическом фоне, стадии патологического процесса, течении заболевания, клиническом прогнозе.

Следует учитывать, что ОСИС проявляется также социально-психологическими следствиями нарушения здоровья, которые приводят к социальной дезадаптации человека. К основным составляющим, определяющим ту или иную степень ОСИС, относятся:

- стойкость симптоматики, которая приводит к ОСИС;
- степень выраженности нарушений функций вследствие психического заболевания или психического дефекта;
- степень ограничения способности вести социально приемлемый, независимый способ жизни или их совокупность;
- наличие стойкой социальной дезадаптации вследствие как нарушения психического здоровья, так и социальной изоляции.

Неотъемлемой составляющей оценивания ОСИС у больных является реабилитационный прогноз. Так, у психически больных с ОСИС реабилитационный прогноз по отношению к преодолению негативного влияния медико-социальных составляющих, приводящих к ОСИС, может быть:

- благоприятный — возможность полного восстановления (функционирования) во всех сферах жизнедеятельности на общественно принятом уровне;
- относительно благоприятной — частичное стабильное восстановление выполнения основных социальных ролей в обществе;
- неблагоприятный — невозможность функционирования в обществе — стойкая социальная изоляция.

При оценке ОСИС у психически больных, а также определении объема необходимой социальной помощи, необходимо выделить несколько принципиальных моментов, неучитывание которых может привести к ошибкам при оценке и прогнозе функционирования больных:

- а) исследование параметров только трудоспособности при игнорировании способности интеграции в общество и её степени ограничения игнорируются. В данном случае не учитываются типичные жизненные ситуации: самообслуживание, передвижение, образование, работа, ориентация и т. д.;
- б) недостаток знаний и отсутствие навыков у врачей-психиатров формирования объемного, интегрального заключения с указанием не только основных дезадаптирующих синдромов, их стойкости и степени выраженности, нозологической принадлежности, течения заболевания, а также влияния предрасполагающей основы, провоцирующих и поддерживающих факторов ОСИС;
- в) недостаточность прогностической медико-социальной и реабилитационной оценки;
- г) отсутствие подготовленных психиатров, реабилитологов, социальных работников, а также научно-методического обеспечения выявления, установления и дифференцирования ОСИС у психически больных.

Обобщая вышеизложенное, необходимо дать определение общему понятию медико-биологическо-социального прогноза по отношению к психически больным с ОСИС. Так, медико-биологическо-социальный прогноз — это предсказание «окончания болезни» не только в медицинском (биологическом) плане, а в большей степени — заключение о возможности и уровне функционирования в обществе с последствиями, оставшимися вследствие болезни. В целом, исходя из философии международной классификации функционирования, медико-биологическо-социальный прогноз можно трактовать как:

- благоприятный — возможность стабилизации или улучшения состояния психического здоровья, уменьшения степени нарушения функций, приводящих к ОСИС;
- неблагоприятный — невозможность стабилизации психической деятельности, остановки прогрессирования патологического процесса и уменьшения степени нарушения функций, которые приводят к ОСИС.

Необходимо отметить, что психически больные, живя в ситуации «болезнь», что предусматривает наличие разной степени медико-биологической, социальной и психологической дезадаптации соответственно, имеют разную степень её «практического» преодоления. В целом, больной продолжает выполнять все основные аспекты своей деятельности — социальные, психологические, биологические, делая это, однако, на недостаточном уровне, испытывая биологическую, социальную и психологическую дезадаптацию. Данный подход в оценке ОСИС базируется на самом понятии «болезнь». Так, по общепризнанному определению, «болезнь» — это расстройство биопсихосоциального гомеостаза индивида вследствие патологического процесса, с типичным изменением синдромов, их совокупностью, специфической типологией и синдромокинезом, которые приводят к ограничению жизнедеятельности индивида [14]. В данном контексте определения понятия «болезнь», необходимо понимать, что жизнедеятельность больного ограничивает не столько нозология болезни, сколько основные и сопутствующие синдромы, их стойкость и степень выраженности, комбинаторика симптоматики, течение,



Рис. 2. Схема алгоритма оценки формирования ОСИС

темп и тип развертывания болезненного процесса, наличие неблагоприятных осложнений, патопластических и сопутствующих факторов [14]. Таким образом, исходя их оценки ОСИС у психически больных, логичным является обозначить и особенности формирования индивидуальной программы реабилитации (ИПР) у данной категории больных (рис. 3, адаптировано из [14]).

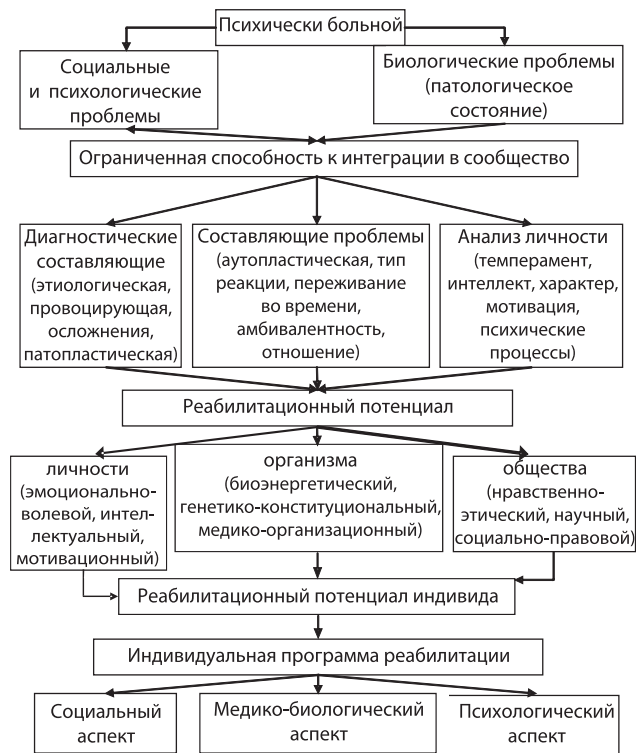


Рис. 3. Алгоритм формирования индивидуальной программы реабилитации психически больного с ОСИС

Исходя их представленной схемы формирования ИПР, можно сделать вывод, что представление о том, что психическое расстройство полностью подавляет личность, является упрощенными и не соответствует международным подходам. Между личностью и болезнью возникают сложные взаимодействия, прямая и обратная связи, формируются различные компенсаторные механизмы и структуры. Данные положения нашли свое отображение в современных представлениях в концепции последствий болезни — учение не только о дефекте, с медицинской точки зрения, а также о сложном поражении социального функционирования с формированием ОСИС.

Данный подход ориентирован на решение социальных проблем психически больного человека с выводом о необходимости социальной защиты, а не только преодоления и контроля медицинских последствий болезни (дефицитарных расстройств, а также ведущих симптомокомплексов).

При оценке ОСИС у психически больных большое значение придается анализу личности и внутренней модели отношения к проблемам. Данный этап изучения формирования ОСИС основывается на психологической, социальной диагностике, а также диагностике социально-профессионального статуса.

Под психологической диагностикой в данном случае понимается — распознавание любых отклонений от

нормального функционирования или развития личности, а также оценка состояния психических процессов. Она включает: оценку особенностей личности, нарушенных психических процессов, их степень выраженности и стойкость — т. н. «патопсихологический диагноз».

Под социальной диагностикой понимается — анализ социально-бытовых и социально-средовых условий жизнедеятельности. При анализе социальных факторов оцениваются: наличие семьи; социально-бытовые взаимоотношения; материальное положение; условия социально-бытовой адаптации личности, возможность выполнения бытовой деятельности; способность к независимому существованию, самостоятельному проживанию, в том числе к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению; способность контролировать свое поведение. Социально-профессиональный статус — часть социальной диагностики — включает исследование данных об уровне образования (общего и профессионального), основной профессии (специальности), квалификации, профессиональных знаниях и навыках, профессиональном маршруте, общем трудовом стаже, условиях и организации труда.

В целом, психологическая, социальная и социально-профессиональная диагностика заканчиваются итоговой комплексной оценкой. Под комплексной оценкой понимается оценка медико-биологической, психологической и социальной составляющих, что позволяет вынести суждение о наличии стойкости и степени ОСИС и отдельных её компонентов.

Оценка компонентов ОСИС основывается на оценке нарушений ролевого функционирования [15]:

- больные постоянно или с перерывами в течение не менее 2 лет не имеют постоянного места жительства;
- являются безработными, и обладают значительно ограниченными трудовыми навыками и неудовлетворительным трудовым анамнезом;
- не могут обходиться без финансовой поддержки для своего внебольничного содержания, не способны получить эти средства без посторонней помощи, что приводит к жизни на улице;
- демонстрируют резко выраженную неспособность к установлению и поддержанию социальных отношений;
- нуждаются в помощи в ситуациях, требующих наличия основных бытовых навыков;
- демонстрируют несоответствующее правилам социального поведения, которое приводит к вмешательству со стороны психиатрической службы или правоохранительных органов.

Исходя из вышеизложенных подходов, а также аспектов реабилитационной психиатрии, с точки зрения системной организации в оценке ОСИС, общего понимания личности пациента и его потребностей, сформулированы следующие требования в отношении реабилитации таких пациентов.

Обследование с учётом медико-социальной реабилитации включает определение: проблем, с которыми сталкивается больной, специфических нарушений, нарушений, приводящих к снижению функционирования и инвалидности, факторов устойчивости, определение семейных ресурсов и ресурсов сообщества.

При таком подходе основными целями становятся вовлечение в процесс реабилитации пациента с оценкой функционирования в настоящий момент (оцениваются и выбираются целевые виды поведения пациента),

вовлечение семьи, вовлечение лечащей мультидисциплинарной бригады.

Таким образом, **принципами оценки ОСИС у психически больных** с медико-социальной и реабилитационной целью являются следующие.

1. Отказ от сугубо биологического подхода в оценке состояния больных. Отношение к психически больным с ОСИС должно быть не как к патологическому субъекту, а прежде всего, как к личности. Соответственно, оценивание ОСИС, составление и выполнение плана преодоления ОСИС и медицинских вмешательств должно осуществляться с учетом личных нужд в полном объеме: базовых физиологических нужд, потребности в безопасности, принадлежности к социальной группе и т. д.

2. Принцип непрерывности оценивания ОСИС у психически больных с целью его профилактики. Обеспечение поддержки на всех жизненных этапах (организация схем и программ соответственно нуждам данного возрастного периода как на уровне внебольничной, так и больничной помощи). Это предусматривает координацию работы соответствующих программ, социальный патронаж с функциями куратора и передачей пациента социальному работнику соответствующей следующей службы.

3. Мультидисциплинарный подход в оценивании нужд и составлении плана вмешательства (предусматривает образование в больницах и вне её слаженной команды специалистов в составе: врач-психиатр, медицинская сестра, медицинская сестра социальной работы, психолог, трудовой терапевт, санитар).

4. Ориентация на нужды больного (семьи больного), предоставление помощи по результату оценки ее необходимости, адресная помощь.

5. Предоставление медико-социальной помощи по месту проживания. Широкий круг задач — от медицинского обслуживания до различных форм поддержки, в том числе с решением проблем обеспечения его основных базовых нужд (питание, жилье, медицинское обслуживание, целесообразная деятельность и досуг, поддержка взаимоотношений с социальным окружением).

6. Предоставление стационарной соматической помощи пациентам с психическими заболеваниями, создание психоневрологических отделений в многопрофильных соматических больницах и амбулаторной соматической помощи в специализированных консультативных поликлиниках.

7. Дестигматизация — снятие «стигмы» или клейма общественного отторжения психически больного с ОСИС как «дефектного» или «менее важного» человека. Отношение к такому человеку должно опираться

на признание в нем, прежде всего, личности, которую нужно и необходимо вернуть и приспособить к жизни в обществе.

8. Создание системы защищенного жилья при участии правоохранительных органов, социальных и других государственных служб, а также разработка мероприятий по предупреждению утраты жилья.

Список литературы

1. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполопова Т. Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и социальных работников — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.
2. Абрамов В. А., Жигулина Подкорытов В. С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. — Донецк: ООО Лебедь, 2002. — 279 с.
3. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. — Киев: Сфера, 2002. — 314 с.
4. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психиатрических заболеваниях. — Киев: Сфера, 2000. — 600 с.
5. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. — Киев: Сфера, 2001. — 298 с.
6. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Хельсинки, Финляндия, 12—15 января 2005 г. // Архив психіатрії. — 2005. — № 1. — С. 7—16.
7. Дворічна угода про співробітництво між МОЗ України та Європейським регіональним бюро ВООЗ на 2006/2007 рр. від 28.12.2005 р. // Електронна нормативно-правова бібліотека «Експерт-Юрист». — www.expertsoft.com.ua.
8. Кутько И. И., Панченко О. А. Актуальные проблемы реабилитации и абилитации на современном этапе // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2005. — № 1 (7). — С. 9—11.
9. Свінар'юв В. І., Штенгелов В. В., Дубінін І. С. Сучасні принципи медико-соціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на психічні розлади // Український вісник психоневрології. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — 2007. — С. 235.
10. Подкорытов В. С., Петрович Е. В. Социально-психологическая реабилитация психически больных в условиях стационара // Там само. — С. 225.
11. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 3. — С. 27—31.
12. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Мед., 2001. — 506 с.
13. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. — М.: Медпрактика, 2002. — 180 с.
14. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитации: Руководство для врачей и психологов. — СПб.: Фолиант, 2002. — 256 с.
15. Адаптировано из: National Institute of Mental Health. (1980) Announcement of community support system strategy development and implementation grants (pp. III, IV).

Надійшла до редакції 07.08.2008 р.

Л. М. Гуменюк

Принципи та алгоритми оцінки обмеженої здатності до інтеграції в суспільство у психічнохворих

Кримський державний медичний університет
ім. С. І. Георгієвського (м. Сімферополь)

Сформульовані принципи оцінки обмеженої здатності інтеграції в суспільство у психічнохворих, що з медико-соціальною метою повинні проводитись на діагностичному, лікувальному та реабілітаційному етапах ведення таких пацієнтів.

L. N. Gumenyuk

Principles and algorithms of estimation of the limited ability of integration in society in mentally patients

Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky
(Simferopol')

Formulated principles of estimation of the limited ability of integration in society in mentally patients, that with a medical-social purpose must be conducted on the diagnostic, medical and rehabilitation stages of conduct of such patients.