

образовательного центра. В этом центре можно будет проводить обучение врачей-интернов, проходящих стажировку в РНПЦ психического здоровья и практикующих врачей, находящихся на курсах повышения квалификации на кафедре психиатрии и наркологии БелМАПО по оказанию медицинской помощи и психо-социальным интервенциям для наркозависимых, а также в центре возможно проведение тематических тренингов и семинаров разного уровня.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Всемирная Организация Здравоохранения, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, ЮНЭЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Совместная позиция».
- Ward J., Mattick R., Hall W., editors. Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1998.
- Hubbard R. L., Craddock S. G., Flynn P., Anderson J., Etheridge R. Overview of 1-year outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychol Addict Behav 1997; 11: 279–93.
- WHO/UNODC/UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Position Paper. 2004.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО**

**Гуменюк Л.Н.**

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»  
г. Симферополь, Украина

Проблема ограниченной способности к интеграции в сообщество (ОСИС) у психически больных остается одной из наименее изученных в современной социальной и клинической психиатрии [1,2]. Медицинское, социальное и экономическое значение данной проблемы обусловлено актуальностью оказания медико-социальной помощи специальным целевым группам психически больных, с «деформацией» социального статуса [3]. Основной из таких групп являются психически больные бездомные. Проведенные исследования свидетельствуют, что решение данной проблемы возможно только в условиях усовершенствования системы оказания специализированной медико-социальной помощи [4].

На основании комплексного исследования клинических, психосоциальных, психологических и социальных особенностей 311

психически больных лиц с ОСИС (основная группа – 128 человек без определенного места жительства, которые приняли участие в разработанной системе реабилитации; контрольная – 33 бездомных, которые были исключены из участия в реабилитации; группа сравнения – 150 психически больных без определенного места жительства, находившихся на стационарном лечении в психиатрических больницах) в возрасте от 20 до 62 лет разработана система реабилитационных мероприятий (РМ) для данного контингента [5]. Исследование проводилось на базах психиатрических больниц АР Крым и специализированного приемника для содержания административных арестованных при СГУ ГУ МВД Украины в АРК. Также материалом исследования послужило изучение структуры и механизма взаимосвязи между различными учреждениями, участвующими в организации реабилитационной помощи пациентам с ОСИС, а именно: медицинские, социальные АРК Украины, а также учреждения МВД Украины в АРК. По результатам собственных исследований установлено, что психически больные с ОСИС в большинстве случаев являются социально незащищенной категорией граждан, то есть, не признаны инвалидами, что не дает им возможности воспользоваться гарантированным государством правом на достойное медицинское и социальное обслуживание. Это объясняется тем, что большинство больных частично или полностью утратили родственные связи, не имеют постоянного места жительства, а также в силу особенности психического расстройства не могут получить медико-социальную помощь.

С учетом международных критериев и принципов доказательной медицины на основании объективных данных с помощью «Психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности – DAS» (2-й раздел), рекомендованной ВОЗ, проведена оценка эффективности РМ у психически больных с ОСИС. Одной из основных целей проведения РМ было максимальное нивелирование ОСИС у больных, а также формирование установки не только на необходимость дальнейшего лечения, но и на достижение его эффективности. Нивелирование дезадаптирующих установок на свой образ жизни выдвигалось в качестве основных задач реабилитации. Пациентов нацеливали и на необходимость соблюдения комплексности мероприятий: медицинских, психологических, социальных и трудовых. Мишенями психофармакотерапии, соответственно, стали ведущие психопатологические синдромы, которые в большой степени приводили к ОСИС с учетом патогенетических механизмов их формирования. Психотерапевтическая тактика целиком зависела от типа ОСИС, выраженности социальной дезадаптации и способности больного воспринимать психотерапевтическое влияние. Целью психотерапевтической интервенции стало преодоление преимущественно психосоциальных проблем независимого существования и формирование установки социальной интеграции пациентов в общество. По результатам оценки способности к интеграции у психически больных по предложенной системе

реабилитации данной категории лиц установлено, что пациенты основной группы, которым проводились РМ, базировавшиеся на разработанном реабилитационном подходе, имели значительно лучшие результаты по всем оцениваемым показателям, чем больные контрольной группы. Выявлено, что основные показатели, которые отражают социальное функционирование (СФ) больных с ОСИС, а именно, социальные взаимосвязи, изоляция, степень взаимоотношений в меньшей степени поддаются коррекции у больных без семьи ( $p < 0,05$ ), что обусловлено отношением к психически больным без постоянного места жительства в обществе. После проведения РМ у больных основной группы значительно снизился общий уровень дисфункции в обществе ( $p < 0,05$ ), повысился уровень функционирования ( $p < 0,05$ ), а в группе сравнения по показателям самообслуживания (после участия в соответствующем тренинге) у  $56,0 \pm 1,1\%$  больных наблюдалось восстановление самообслуживания ( $p < 0,05$ ). При сравнении распределения обследованных по уровню выполнения социальных ролей до и после проведения РМ необходимо отметить, что среди пациентов основной группы имел место очевидный прогресс по показателям семейного взаимодействия – если до начала реабилитационной работы уровень участия этих больных (как и пациентов остальных групп) в семейных делах, выполнение супружеской, брачной и родительской ролей оценить было невозможно по причине отсутствия связи с семьей и полного невыполнения указанных функций, то после проведения РМ, у всех больных основной группы наблюдалось наличие той или иной степени дисфункции (от минимальной до очень серьезной), что свидетельствовало о возвращении данных социальных ролей в жизнь пациентов. Также заметная положительная динамика отмечена у больных основной группы по таким параметрам, как «выполнение трудовых обязанностей» и «заинтересованность в получении работы» – до начала реабилитации основное количество ( $74,2 \pm 4,4\%$ ) пациентов категорически отрицали возможность выполнения ими трудовых обязанностей, а после проведения РМ –  $8,6 \pm 2,8\%$  вообще не имели дисфункции в выполнении данной социальной роли, а степень дисфункции остальных колебалась от минимальной ( $20,3 \pm 4,0\%$ ) и очевидной ( $36,7 \pm 4,8\%$ ) до серьезной ( $29,7 \pm 4,6\%$ ) и очень серьезной ( $4,7 \pm 2,1\%$ ). Что касается заинтересованности в получении работы – до проведения РМ у основной части обследованных –  $77,3 \pm 4,2\%$  – имела место максимальная дисфункция, которая после реабилитации трансформировалась в очень серьезную – у  $22,7 \pm 4,2\%$ , серьезную – у  $14,8 \pm 3,6\%$ , очевидную –  $14,1 \pm 3,5\%$ , минимальную – у  $13,3 \pm 3,4\%$ . Необходимо отметить, что у трети пациентов основной группы –  $29,7 \pm 4,6\%$  – после проведения РМ не выявлено дисфункции в выполнении данной социальной роли. Установлено, что у большинства больных с ОСИС основной группы до проведения РМ социальный статус классифицировался как с «максимальной дисфункцией». После проведения реабилитации максимальная дисфункция у пациентов не установлена ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения процесс восстановления утраченных функций был

значительно медленнее и был менее эффективным ( $p < 0,05$ ). Определение ОСИС, возникающей вследствие психических расстройств, и учет ее удельной значимости в каждом конкретном случае при реализации реабилитационной программы, привели к повышению эффективности всего реабилитационного процесса. Так, у больных с ОСИС основной группы выполнение социальных ролей с уровнем максимальной дисфункции в обществе после проведения РМ достигло уровня очевидной дисфункции ( $p < 0,05$ ). Данная динамика стала следствием улучшения как психического, так и социального статусов больных, которые имели очевидный и серьезный уровень дисфункции, а также у тех больных, у которых ОСИС только начала формироваться. В свою очередь, в группе сравнения очевидная дисфункция диагностирована только у 21,0% пациентов. Оценивая эффективность реализации системы РМ у обследованных, можно утверждать, что конечный результат реабилитации был значительно выше в основной группе, чем в группе сравнения, относительно всех социальных ролей ( $p < 0,05$ ). При анализе эффективности РМ доказано, что при формировании реабилитационных программ для данного контингента акцент должен делаться на «сильные» – сохраненные сферы. В свою очередь, «разрушенные сферы функционирования» требуют длительного, индивидуального, специального тренинга по их восстановлению. Общая стратегия реабилитационного подхода дает положительный результат только в случае комплексного влияния на все нарушенные аспекты жизнедеятельности ( $p < 0,05$ ), где целью должна быть полная или частичная реабилитация ( $p < 0,05$ ), а не адаптация пациента. Полученные результаты позволили сделать вывод об эффективности применения предложенной системы реабилитации больных с ОСИС как на лечебном, так и на реабилитационном этапах. Основным результатом проведения РМ стало улучшение СФ (возврат в сообщество) ( $p < 0,05$ ) и снижение влияния факторов, которые приводили к изоляции и ограничивали способность к интеграции в общество ( $p < 0,05$ ). РМ, разработанные на предложенных принципах, позволили переориентировать больных с ОСИС на ответственное поведение как за выполнение самих РМ, так и перенести акцент ответственности за свое состояние на себя. Принятие пациентом ответственности за своё настоящее и будущее позволило сформировать ответственное поведение с осознанием необходимости участвовать в жизни общества и выполнять в нем свои социальные роли. Внедрение системного подхода в реабилитацию больных с ОСИС позволило разработать целенаправленную, адекватную систему психотерапевтической помощи, которая направлена на преодоление отрицательного жизненного опыта и нивелирование психосоциального дезадаптирующего поведенческого регистра в социуме. Исследование позволило разработать и применить индивидуальные схемы помощи психически больным с ОСИС. Доказана необходимость использования комбинации реабилитационных вмешательств как на медицинские, так и на немедицинские факторы, которые приводят к углублению ОСИС.

Комплексность системы с привлечением всех звеньев лечебных и реабилитационных учреждений, а также государственных учреждений из управления здравоохранения предоставляет возможность организовать реабилитационную помощь при выявлении больных с ОСИС, своевременно проводить ее коррекцию и контроль эффективности РМ. Предложенные принципы организации системы реабилитации включают определение инфраструктуры реабилитационных учреждений, стандартизацию их функций и возможную координацию деятельности учреждений разной ведомственной подчиненности. Разработанная система учитывает влияние на больных с ОСИС их социального окружения, а все структурные компоненты подчинены решению проблемы восстановления способности интеграции в сообщество. Анализ содержания и структуры процесса реабилитации больных с ОСИС без постоянного места жительства свидетельствует о том, что процесс реабилитации данной категории пациентов должен быть комплексным и целостным. Отсутствие или выпадение отдельного направления, элементов или формы реабилитации приводит к невозможности достичь полноценного СФ и восстановить сниженную способность к интеграции в общество. Предложенная система РМ является клинически и социально обоснованной как наиболее адекватный и эффективный вариант оказания специализированной медико-социальной помощи на этапе лечения и реабилитации. Совершенствование навыков независимого существования больных и формирование поддержки со стороны окружающего социума возможно только с учётом влияния «коморбидности стигматизации».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. – Донецк, 2004. – 271 с.
2. Гуменюк Л. Н. Проблемы формирования феномена ограниченной способности к интеграции в сообщество у психически больных / Л. Н. Гуменюк // Укр. вісн. психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 4. – С. 25–27.
3. Гуменюк Л. Н. Ограниченная способность к интеграции в сообщество у психически больных: пути возникновения и преодоления / Л. Н. Гуменюк // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2008. – № 2. – С. 52–56.
4. Гуменюк Л. Н. Характеристика социальной составляющей ограниченной способности к интеграции в сообщество / Л. Н. Гуменюк // Актуальні питання мед. науки та практики : зб. наук. праць. – Запоріжжя, 2008. – Вип. 74, кн. 1. – С. 42–46.
5. Гуменюк Л. Н. Структура реабилитационных мероприятий у психически больных с ограниченной способностью к интеграции в сообщество / Л. Н. Гуменюк // Арх. психіатрії. – 2008. – № 1. – С. 20–24.