

М.В. Шейко¹, В.Д. Мішиєв^{1,2}, Г.Я. Пилягіна²

Напрямки вирішення соціальних проблем пацієнтів із виразним дефектом та кінцевими станами внаслідок перебігу шизофренії

¹Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» у м. Києві²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Серед хворих на шизофренію (Шф) до 90% з безперервним перебігом хвороби (F20.x0) та з епізодичним перебігом і наростаючим дефектом (F20.x1) мають виразний псевдоорганічний чи апато-абулічний дефект (Едельштейн, 1938; Мелехов, 1963; Фаворина, 1965; Штерн-берг, 1981; Воробьев, 1988), тобто характеризуються виразним дефектом внаслідок перебігу Шф (ВДШ). До 45% серед них належать до тих станів, котрі кваліфікуються як шизофренічне слабоумство або кінцеві стани при шизофренії (КСШ). Таким чином, абсолютна більшість хворих на Шф має виразні та вкрай виразні прояви негативної дефіцитарної симптоматики, аж до повного руйнування психічної діяльності особистості. Посилання на літературні джерела демонструють, що питання ВДШ і КСШ вивчаються психіатрами багато десятиріч. На жаль, зараз спостерігається тенденція до скорочення наукових досліджень у цієї галузі шизофренології як відлуння основних проблем даної категорії хворих.

Патогенез ВДШ і КСШ обумовлює їх клінічні прояви, котрі стають підґрунтям того, що більшість таких хворих є основним контингентом психіатричних стаціонарів. Це більш ранній дебют хвороби, більша тривалість та високий ступінь прогресивності клінічного перебігу Шф із частими загостреннями психотичних розладів, котрі потребують стаціонарного лікування, високим рівнем інвалідизації і більш молодим віком виходу на інвалідність (Гелда, Обьедков, 2009). Тобто всі пацієнти з ВДШ і КСШ є особами, що майже постійно потребують великого обсягу медико-соціальної допомоги, мають часткову або повну втрату працездатності й багаторічну інвалідність, а також, у багатьох випадках, протягом тривалого часу (іноді більшу частину свого життя) перебувають у психіатричних стаціонарах або в інтернат-

них закладах для осіб з важкими хронічними психічними розладами (ВХПР).

Можна стверджувати, що проблеми хворих з ВДШ та КСШ не вирішені в нашій країні. Це стосується не стільки методів їх лікування, скільки вирішення медико-соціальних питань утримання та догляду за такими пацієнтами, бо ці хворі потребують переважно паліативної медичної допомоги, постійного догляду з боку оточуючих та вирішення купи соціальних питань, що більшою мірою лягають на медичних працівників.

Метою роботи є привернути увагу до основних напрямків щодо поліпшення надання медико-соціальної допомоги хворим з ВДШ та КСШ, котрі потребують поступового, але якомога швидшого, вирішення. Обговорення цього питання потрібно розпочати з визначення акцентованих питань. Медико-соціальні проблеми пацієнтів з ВДШ та КСШ можна поділити на дві основні групи: ті, що стосуються безпосередньо самих пацієнтів та їхніх родичів, і ті, що зумовлені існуючою системою надання медико-соціальної допомоги хворим. Найбільш складні питання, які можна віднести до першої групи, такі:

1. Проблеми з працевлаштуванням хворих з ВДШ.

Такі пацієнти часто лише частково втрачають працездатність, попри те, що більшість з них мають інвалідність. Багато з них можуть виконувати свої професійні обов'язки чи займатися працею низької кваліфікації. Але наявність інвалідності, а частіше – прояви захворювання, що безпосередньо не впливають на бажання та можливість хворих працювати, відлякують працевлаштувачів від прийому таких осіб на роботу. Якщо раніше вони мали змогу працювати у лікувально-трудових майстернях, котрі були частиною реабілітації хворих в умовах психіатричних лікарень, то зараз такі

майстерні не фінансуються державою та не функціонують. Вирішенню питань працевлаштування хворих осіб на даний час не допомагають ні соціальні служби за місцем їх проживання, ні центри зайнятості. Таким чином, ця проблема лягає на плечі самих пацієнтів або їх родини. Внаслідок цього пацієнти нічого не роблять, що додатково посилює прогредієнтність ВДШ і стає приводом для погіршення стосунків у родині з подальшим, певною мірою, безпідставним спрямуванням хворих до психіатричного стаціонару або інтернату для осіб з ВХІР.

2. Проблема статусу та подальшого утримання пацієнта при відмові від нього родичів.

На жаль родини хворих осіб з ВДШ, особливо з КСШ, що протягом тривалого часу отримують лікування та перебувають у психіатричних стаціонарах, часто перестають підтримувати стосунки з пацієнтами. Найчастіше це відбувається після смерті батьків хворого, котрі піклувалися про нього, а інші родичі, перериваючи стосунки з ним, намагаються уникнути родинних обов'язків або заволодіти майном пацієнта.

3. Проблеми з житлом для пацієнтів з точки зору захисту їхніх прав.

Наслідком попередньої проблеми є незахищеність хворого щодо утримання власного житла та самостійного життя, особливо для пацієнтів з КСШ. Досить часто вони не можуть повернутися до свого житла з декількох причин. По-перше, персонал лікарні не може виписати без супроводу хворого, котрий дезорієнтований у повсякденному житті і втратив здатність задовольняти повсякденні потреби та обслуговувати себе, а родичів чи опікунів він не має, при цьому відсутня можливість переводу цих хворих до інтернатних закладів. По-друге, самотні пацієнти з ВДШ, що мешкають без родичів, дуже часто стають жертвами кримінальних дій, коли їх шляхом обману позбавляють власного житла й майна.

Друга група проблем, що належать до недоліків надання медико-соціальної допомоги хворим, включає наступні питання:

1. Проблема малої чисельності інтернатних закладів для хворих з важкими хронічними психічними розладами.

Мабуть, це найгостріша проблема медико-соціального догляду за хворими з ВДШ та КСШ, бо черги на місце для пацієнта до інтернатних закладів для хворих з ВХІР розтягуються на роки. При тому, що на утриманні у таких закладах перебувають хворі з іншими розповсюдженими ВХІР – деменцією, важкою розумовою відсталістю тощо. Наприклад, у м. Києві з населенням понад 4 млн та приблизно з 25 тис. хворих з ШФ, з котрих до 75% – це пацієнти з ВДШ та КСШ, працює лише три чоловічі та один

жіночий інтернатні заклади для хворих з ВХІР із загальною потужністю до 1000 ліжок.

2. Проблеми розширення форм тимчасового опікунства для хворих з ВДШ та КСШ.

Ця проблема тісно пов'язана з вищезазначеним питанням. Перебування хворих у психіатричному стаціонарі без наявних ознак загострення психотичного стану не є не обхідним, бо вони не потребують активної терапії, але воно є коштовним для бюджету громади. Але ж іноді хворі з ВДШ, особливо з КСШ, без загострення психотичного стану можуть тривалий час перебувати в психіатричному стаціонарі, роками чекаючи можливості оформлення до інтернатного закладу для хворих з ВХІР. Це ті пацієнти, що не мають місця для проживання або родичів чи опікунів. Вони найчастіше перебувають у психіатричному стаціонарі завдяки постійним повторним госпіталізаціям, але отримують лише паліативну допомогу та догляд. Цю проблему у більшій мірі має можливість вирішити фостерне, тимчасове, опікунство, але воно не має законодавчої бази, тому не поширено у суспільстві. Відповідно стаціонарні ліжка використовуються не за прямим призначенням, а хворі не мають можливості реабілітуватися в більш кращих умовах – у колі осіб, що можуть опікуватися ними.

3. Проблеми надання соціальної допомоги у психіатричних стаціонарах.

У хворих осіб з ВДШ, особливо з КСШ, що протягом тривалого часу перебувають у психіатричних стаціонарах, виникає купа соціальних проблем, котрі потребують вирішення: наприклад, своєчасне отримання пенсії, можливість брати участь у культурних заходах поза лікарнею тощо. Допомагає хворим у задоволенні цих потреб медичний персонал. Але існуюча система соціальної підтримки хворих, які перебувають у психіатричному стаціонарі, вкрай недосконала. По-перше, це суттєва недостатність працівників, що можуть виконувати цю роботу. У штатному розписі психіатричних стаціонарів немає окремої посади соціального працівника, а медичні сестри, що додатково виконують ці завдання, не встигають задовольняти усі соціальні потреби хворих. Окрім того, великою проблемою для хворих є відновлення особистих документів, наприклад паспорту, у зв'язку з недосконалістю юридичної процедури. Особливо це стосується хворих з КСШ, котрі не мають родичів чи опікунів, а також не можуть самостійно свідчити у суді.

Таким чином, визначення основних проблемних питань, котрі потребують поступового та якомога швидшого вирішення, детермінує напрямки удосконалення системи надання медико-соціальної допомоги хворим з ВДШ та КСШ.