

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008-02-058-083

*А.В. Абрамов***ГУМАНИЗМ И СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛЮДЕЙ С ПСИХИАТРИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова : гуманизм, социальное благополучие, ценностно-центрированный подход, качество жизни, больные с психиатрическим диагнозом.

Качественно новая система психиатрической помощи в Украине предполагает замену традиционно устоявшихся, но мало эффективных форм на научно признанные и этически обоснованные модели, которые, помимо структурной реорганизации, включают новые подходы к условиям оказания и содержанию лечебно-диагностического процесса, реально влияющие на качество жизни пациентов. В основе таких подходов к оказанию психиатрической помощи надлежащего качества лежит гуманное отношение к больному. В то же время, реальная клиническая практика на всех её этапах сопровождается стигматизирующими больного эффектами, снижающими качество его жизни, затрудняющими процесс выздоровления и сохранения идентичности личности.

Гуманизация и стигматизация - взаимоисключающие понятия: стигматизация - прямое следствие дегуманизирующих аспектов психиатрической помощи, а использование ценностно-гуманистических подходов к психиатрическому вмешательству является надёжной преградой стигматизации. Вывод очевиден: недеklarативный путь предупреждения стигмы - это адекватное этико-правовое сопровождение в рамках личностно-ориентированного лечения больного. Такой подход, по нашему мнению, должен быть определяющим элементом функционирования системы психиатрической помощи на всех уровнях её оказания. Поэтому в системе реформирования психиатрической помощи должны быть представлены дестигматизирующие механизмы тех или иных нововведений.

Область ценностей - это вся область человеческого существования. В свете гуманистического мировоззрения главным признаком ценности является наличие в ней благотворных для человека качеств, свойств, возможности исполь-

зовать эту ценность во благо человека, или способность соединиться с положительными качествами индивида. Благотворным же для человека, соответственно его положительными свойствами считается всё то, что способствует жизнедеятельности индивида, его гармоничной жизни. Общей чертой ценности гуманизма является заключенная в них человечность, связанная с утверждением жизни, положительными качествами людей, отношениями добра.

В этой связи возникает вопрос, можно ли рассматривать традиционную для Украины медицинскую модель психиатрической помощи, ориентированную на клинико-биологические особенности психического заболевания и медикаментозное лечение в качестве модели помощи благотворной для жизни человека, а, следовательно, соответствующей его интересам и ценностям? Естественно, что ни психическое расстройство, ни психиатрическая помощь не могут считаться ценностью для пациента. Значимым для него остаётся внутренний мир с его свободами, достоинством, предпочтениями, потребностями, целями и другими человеческими качествами. Однако именно эти качества оказываются наиболее уязвимыми при осуществлении психиатрического вмешательства в его традиционной форме.

С этой точки зрения традиционная психиатрическая помощь, включающая в себя изоляционно-ограничительные атрибуты, такие феномены как стигматизация, патернализм, дискриминация не может оцениваться как благотворная для человека и соответствующая гуманистическому мировоззрению. Это относится и к диагностическим заключениям, не учитывающим индивидуальных особенностей пациента, и к различным формам психиатрического вмешательства, игнорирующим личностный подход к

пациенту и его лечению.

И фактически, и по субъективному впечатлению многих пациентов, психиатрическая помощь содержит крайне мало компонентов, которые могли бы рассматриваться с позиций человечности или ценности. Напротив, начиная с первых контактов с психиатрической службой, в сознании больного формируется система псевдо- или антиценностей, связанных с тотальной их стигматизацией и многочисленными рисками психиатрического вмешательства для последующей жизнедеятельности больного и его личностного функционирования. В частности, использование в качестве диагностической конструкции категориального (нозо-синдромального) диагноза, хотя бы по причине его обезличивающего содержания, не является ценностью, так как он не содержит благотворных для человека качеств и возможности использовать эту конструкцию во благо человека. Псевдоценными являются виртуальные государственные гарантии защиты прав, свобод и интересов пациентов, клинические протоколы оказания психиатрической помощи с приоритетной ориентацией на биологическое лечение, процедуры недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу, патерналистические и манипулятивные отношения к пациентам, декларированные, но не реализуемые на практике рекомендации психосоциальных подходов к лечению.

Такому положению способствует не только содержание самой психиатрической помощи, но и довольно распространенные взгляды на психиатрию как на сферу деятельности, не приносящую положительных результатов. Однако, главным препятствием на пути реализации ценностно-гуманистических подходов к оказанию психиатрической помощи в Украине, на наш взгляд, является её неприоритетность в системе наук и медицинских практик, методологическая и концептуальная неопределенность представлений о сущности психических расстройств и соотношении биологических, психологических, личностных и социальных факторов в их возникновении, а также отсутствие у медицинского персонала психиатрических учреждений желания и способности воспринимать пациента как личность, субъекта переживаний, а не как объекта вмешательства (субъект-объектная позиция между врачом и пациентом).

В то же время ценностный подход к пациенту является базовым принципом, позволяющим реализовать на практике терапевтически правильное взаимодействие (сотрудничество, парт-

нерские отношения) с пациентом, направленное не только на защиту его прав и законных интересов, но и на оптимальное восстановление жизнедеятельности. Ценности пациента, обратившегося за психиатрической помощью, это то, что при сложившихся обстоятельствах является для него субъективно важным, приоритетным. От системы его ценностей зависит как он воспринимает факт установления психиатрического диагноза, госпитализацию в больницу, социальные риски и т.п., а также какие стратегии совладания с болезнью он изберет. При этом терапевтический ресурс врача, уровень его понимания проблем пациента непосредственно определяется тем, насколько совпадают их системы ценностей.

При возникновении психического расстройства с прогнозируемой неблагоприятной его динамикой и социальными ограничениями у пациента возникает конфликт между доболезненным спектром и иерархией жизненных ценностей - целей и ценностями, отражающими вхождение в период «жизни с болезнью» (конфликт ценностей). Этот конфликт, как правило, затрагивает такие ценности человека как активную, деятельную жизнь, здоровье, любовь, материальную обеспеченность, наличие хороших и верных друзей, общественное признание, сферу развлечений, свободу, семейную жизнь, уверенность в себе.

При оказании психиатрической помощи в традиционно стигматизирующих условиях, способствующих постепенному формированию кризиса идентичности личности, у больных происходит пересмотр («ломка») всей системы ценностей. От многих позитивных, приоритетных до болезни ценностей им приходится (они вынуждены) отказаться из-за трудностей их реализации по причине изменившихся возможностей, жизненных обстоятельств и низкой самооценки. Совокупность этих факторов способствует существенной коррекции выборов пациента, его жизненного пути в направлении формирования зависимости от окружающих, вынужденной социальной отгороженности, утраты ролевых функций.

Формирование новых ценностей (как правило, на сниженном уровне функционирования) происходит через этапы надежды, поиска виновного, паники. Основная терапевтическая задача здесь заключается в противодействии полному разочарования, утрате жизненных стимулов и в поиске новых ценностных ориентиров, позволяющих приспособиться к изменившимся услови-

ям, преодолеть кризис и сохранить приемлемый уровень качества жизни.

Эта задача не может быть решена в рамках традиционной медицинской модели психиатрической помощи, ориентированной не на больного, а на болезнь. В то же время она становится вполне реальной для выполнения при лично-центрированном ценностном подходе к диагностике психического расстройства и непосредственному психиатрическому вмешательству. Его базисными принципами, на наш взгляд, являются:

- информированность (осведомленность) медперсонала о значении ценностей в жизнедеятельности человека.

- признание существенной роли ценностей конкретного пациента, наряду с научными фактами во всех сферах оказания психиатрической помощи.

- включение многообразных ценностей конкретного пациента в качестве ключевого фактора для всех лечебно-диагностических действий при оказании психиатрической помощи:

- центрированность на пациенте, признание его ценностей как важнейшей составляющей психиатрической диагностики и лечебно-реабилитационного вмешательства;

- ориентация на выздоровление как на процесс, опирающийся на сильные стороны личности и положительные ценности пациента и его жизненные ресурсы;

- взаимодействие на личностном уровне между пациентами, членами их семей, микросоциальным окружением и теми, кто оказывает помощь с полным исключением дискриминации;

- использование форм помощи, основанных на многопрофильной бригадной работе.

Практическая реализация такого методологического подхода определяется использованием системных представлений о содержании понятий «здоровье» и «цель психиатрической помощи». Исходя из классического определения здоровья, предложенного ВОЗ (состояние полного физического, психологического и социального благополучия человека, а не только отсутствие болезней и физических дефектов), основополагающей целью медицины (в том числе психиатрической помощи) является биопсихосоциальное восстановление больного. Только при такой ориентации лечебной тактики возможно возвращение пациента к доболезненному уровню жизнедеятельности и реализации привычных ролевых функций. В контексте такого подхода представляется целесообразным проанализировать

особенности социального положения (социального благополучия) пациентов, подвергающихся психиатрическому вмешательству и некоторые причины, затрудняющие процесс социального восстановления, связанные с организацией, условиями и содержанием психиатрической помощи.

Как известно, сущность современных тенденций реформирования психиатрической помощи в значительной степени заключается в парадигме « лечение больных в сообществе » или в развитии общественно – ориентированной психиатрии (1) и поддерживает мировую тенденцию деинституционализации психиатрической помощи, эмансипации и социальной интеграции больных (2). Социальный аспект психиатрической помощи базируется на утверждении, что жизнь с психической болезнью – это еще и жизнь с сопровождающими эту болезнь серьезными социальными потерями и невозможным дефицитом социальных возможностей и перспектив (3). Попытки улучшения социальной жизни пациентов в рамках действующей системы оказания психиатрической помощи оказываются непродуманными и неэффективными. Продолжает иметь место и усиливается диссонанс между возможностью пациентов участвовать в социально значимых проектах и нарастанием различных форм социального исключения пациентов, разрыве и сокращении числа их социальных связей, кризисе идентичности. ведущих к закреплению неравных возможностей социального участия (4).

Эти изменения социального функционирования психически больных в наибольшей мере фокусируются при их инвалидизации с приписыванием больным статуса некомпетентных, безнадежных, девиантов. Выделяя эту группу пациентов как наиболее социально незащищенную, акценты помощи смещаются в сторону предоставления специфических (чаще всего патерналистических) услуг, материальной компенсации и льгот. При этом не предполагается, что само общество должно изменить доминирующее представление о психической болезни и как-либо трансформироваться, учитывая их присутствие.

Важнейшим критерием социального благополучия, объемов, и качества психосоциального восстановления больных является уровень их инвалидизации. За последние 10 лет этот показатель вырос на 17,4 %. Удельный вес инвалидов в следствии психических расстройств среди всех больных в Украине является наиболее

высоким среди стран СНГ и Восточной Европы (4,59%) [5].

По данным, полученным нами при анкетировании этого контингента больных, от 62 до 87% респондентов не удовлетворены различными аспектами своей жизни: положением в обществе, сферой общения, реальными социальными возможностями и социальной перспективой. Крайне низку оценку они дают своей социальной полезности, материальному положению, социальной сети и социальной поддержке. Таким образом, низкая удовлетворенность качеством своей жизни, низкий уровень комфорта свидетельствуют о значительной дефицитности по всему диапазону их субъективного благополучия.

Общепризнанным является утверждение что неблагоприятные социальные последствия психиатрической помощи (ПП) связаны не столько с тяжестью болезни, сколько с медицинской практикой оказания ПП, где центральным институтом является психиатрическая больница. Более того, понятие «психически больной» обеспечивает свой социальный и социологический контекст только тогда, когда пациент подвергается госпитализации. При этом считается, что госпитализация не только обеспечивает идентификацию и стигматизацию больного, но и в значительной мере обуславливает его самостигматизацию, сведение всего многообразия социальных ролей индивида к единственной роли – роли пациента с формированием искаженной негативной я-концепции (б). А это не приближает пациента к жизни в соответствии с нормами внешнего социума, что предполагается в связи с идеей нормализации и ресоциализации, а, напротив, отдаляет от него. Ключевым аспектом здесь является радикальная реконструкция прежней идентичности пациента, частично ассоциирующего себя с больничным сообществом и живущим по его правилам (б).

В частности, единообразие и «тусклость» жизненных событий в изолирующих условиях психиатрического стационара, патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы и стратегии преодоления (coping strategies). Для многих, особенно хронически инвалидизированных пациентов, среда их длительного обитания и жизненное пространство с которым они постоянно соприкасаются приобретают черты агрессивности. Об этом наглядно

свидетельствует высокий удельный вес больных, негативно оценивающих как интерьер отделения (56,0%), так и бытовые условия (49,0%). 34% больных считают, что условия психиатрического отделения закрытого типа не соответствуют условиям нормальной жизни, а 81% полагает, что они не способствуют восстановлению социальных навыков и реинтеграции их в сообщество. Для этих пациентов окружающая среда приобретает черты агрессивности, что в сочетании с хроническими социальными трудностями и ролевыми ограничениями способствует закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делает их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Таким образом, понятие «длительно существующая агрессивная среда» применительно к условиям психиатрического стационара и качеству жизни пациентов, подразумевает 3 вектора: а) невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей больных; б) отсутствие социальной поддержки и в) отсутствие системы преодоления. Можно также выделить 3 группы взаимосвязанных характеристик психиатрических стационаров, негативно оцениваемых пациентами: а) пространственная организация стационара; б) больничные практики; в) социальная организация жизни в отделении.

Среди факторов, неблагоприятно влияющих на уровень последующей социальной адаптации больных, на первый план выступают факторы изоляции, ограничения контактов с другими людьми и длительность госпитализаций. 56,0% пациентов считает, что пребывание в «закрытом» отделении психиатрической больницы содержит значительно больше вредных для здоровья и жизнедеятельности аспектов, чем полезных и считают более предпочтительными амбулаторные формы лечения.

Переживание изоляции в замкнутом, лишенном выхода пространстве – одно из самых сильных неприятных ощущений пациента даже в условиях его добровольной госпитализации. Отсутствие возможности покинуть территорию отделения, ограничение физического перемещения воспринимается как крайняя форма потери самостоятельности и возможности контролировать свою жизнь. Особый порядок, не позволяющий пациенту поддерживать свою социальную идентичность, предполагает локализацию пациентов внутри традиционного психиатрического стационара. Организация дисциплинарного пространства определяет неизбежность концентрации индивидов в отведенных местах, их груп-

повое (в противовес индивидуально – автономному) существование, групповую траекторию перемещений в пространстве стационара.

Атрибутами психиатрического стационара являются так же жесткие распорядок дня, регламентация деятельности пациентов, иерархическая система властных полномочий в больнице. Существенно влияет на уровень последующей социальной жизни пациентов и содержание традиционных медицинских фармакологически ориентированных практик, и законодательно разрешенные формы принуждения, социального контроля и физического сдерживания с «непрерывной постоянной регуляцией времени, деятельности и поступков пациентов» (7).

Приведенные данные о неблагоприятной социальной жизни больных с психическими расстройствами и дегуманизирующих эффектах психиатрической помощи свидетельствуют о необходимости трансформации больничного уклада в направлении ликвидации обстоя-

тельств, формирующих переживание больными социального исключения. Однако «недостаточно развернуться в обратную сторону от ошибки, что бы прийти к истине» (8). Никакие реформы системы психиатрической помощи не будут социально эффективными, пока не трансформируется более широкий социокультурный контекст и социальная политика государства по отношению к проблемам психического здоровья и организации психиатрической помощи. При этом ключевым основанием для определения своего социального положения для пациентов должны стать не факт госпитализации и пребывание в психиатрической больнице, а жизненная ситуация за ее пределами с реальной, а не декларируемой возможностью самореализации и социального участия. Именно это означает подлинное возвращение пациента в сообщество и наличие восстановления его социального благополучия как важнейшей составляющей здоровья человека.

О.В. Абрамов

ГУМАНІЗМ ТА СОЦІАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЛЮДЕЙ З ПСИХІАТРИЧНИМ ДІАГНОЗОМ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Автор розглядає традиційну психіатричну допомогу, що включає ізоляційно-обмежувальні атрибути, такі феномени як стигматизація, патерналізм, дискримінація. Дані анкетування психічно хворих свідчать про несприятливе соціальне життя хворих на психічні розлади та дегуманізуючі ефекти психіатричної допомоги. Автор робить висновок про необхідність трансформації лікарняного укладу у напрямку ліквідації обставин, що формують переживання хворим соціального виключення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 5-9).

O. V. Abramov

HUMANISM AND SOCIAL WELL-BEING OF THE PEOPLE WITH PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

Donetsk National medical university named after M. Gorky

The author considers the traditional psychiatric help with the insulation-restrictive attributes and stigmatization, paternalism, discrimination phenomena. The data of the mental patients questionnaire are evidence of the unfavorable social life of the patients with mental disorders and dehumanistic effects of the psychiatric help. The author put a conclusion about necessity of the transformation of the hospital organization in the direction of the situation which from the patient's experience of the social exclusion. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 5-9).

Литература

1. Марута Н.О. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України / Н.О. Марута, В.А. Демченко, В.В. Домбровська – Київ – Харків. 2012 - 136с.
2. Абрамов В.А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов – ООО «Лебедь». Донецк, 2002 - 279с.
3. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе : проблема стигмы / Н.А. Польская // Социологический журнал - №31/2 с. 145-158
4. Литвинова А.С. Вернуть «психически больного» в общество : путь социальных трансформаций или реформ в психиатрии / А.С.

- Литвинова // Журнал исследований социальной политики. №8 – 2010 – т.8. - №2. – с.185-201.
5. Хобзей М.К. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2001 – 2010 рр.) М.К. Хобзей та ін. – Київ – Харків - 2011 – 173 с.
6. Goffman E. Essays on the social situation of mental patients and other inmates / E. Goffman – N.Y. – Anchor Books. – 1961
7. Фуко, М. Психиатрическая власть / М. Фуко – М. СПб. : Наука. 2007
8. Бурдые П. Социология политики/ П. Бурдые – ЛЛ - Socio – Logos-1993

Поступила в редакцию 03.05.2012