

*Г.А. Пріб***ФРУСТРАЦІЯ, ЯК ЧИННИК СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ
СТРАЖДАЮЧИХ НА ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: соціальна фрустрація, реабілітація, інвалідність.

Одним із важливих напрямків сучасної соціальної та клінічної психіатрії є розробка соціально спрямованих реабілітаційних методик, які враховують суб'єктивну оцінку задоволеності пацієнта у різних сферах життєдіяльності. Відомо, що соціально-психологічні наслідки психічних захворювань призводять до виникнення „соціальної ізоляції” пацієнтів, яка зазвичай обумовлена незадоволеністю функціонуванням у суспільстві. Підґрунтям соціальної незадоволеності є соціальна фрустрація, а саме низка фрустраційна стійкість – здатність особи пристосовуватися до стресових ситуацій. У клінічному плані психічні розлади супроводжуються зниженням психічної активності, яка у поєднанні з соціальною фрустрацією призводить до соціальної дистанції – високого ступеня відчуження у межах своєї соціальної групи. Сучасні погляди на життєдіяльність пацієнтів, які страждають на психічний розлад обумовлюють розробки нових реабілітаційних підходів з обов'язковим визначенням рівня та структури соціальної фрустрації. Проведення досліджень у напрямку вивчення соціальної фрустрації пацієнтів, які страждають на психічні розлади, є частиною науково-практичної задачі – підвищення якості життя пацієнтів та відповідає Концепції комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я в м. Києві [1] та програмі удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення в місті Києві на 2005-2009 роки [2].

Концептуальні положення, які пов'язані з проблемами медико-соціальної експертизи та реабілітації пацієнтів в Україні, розробляються В.А. Абрамовим зі співав. [3], Л.М. Юр'євою зі співав. [4], В.В. Штенгеловим [5] та іншими. Так, вивчаються питання соціально-психологічної установки пацієнтів – готовності індивіда визначеним чином реагувати на ті чи інші явища соціальної дійсності. Окремі дослідження присвячені вивченню здатності до ведення незалежного спосо-

бу життя, працездатності та соціальної активності пацієнтів [6]. Основні положення більшості наукових робіт збігаються у думці, що реабілітаційні заходи повинні бути різноплановими та охоплювати усі сфери життєдіяльності пацієнтів.

Теоретичні засади проблем медико-соціальної реабілітації ґрунтуються на підході, якій обов'язково враховує прогноз відновлення функцій, соціально-психологічний та трудовий прогнози. Загальною задачею прогнозу є максимальна реадaptaція та ресоціалізація пацієнта до життя у суспільстві шляхом розробки найбільш адекватних його проблемам реабілітаційних заходів. Проте, багатогранність людського життя та нові соціальні стандарти потребують розробки заходів, які враховували б не лише здатність пацієнта виконувати соціальні ролі у суспільстві, а й більшою мірою отримання задоволення від життя в усіх сферах соціального функціонування. Таким чином, новим недостатньо розробленим та обґрунтованим у наукових дослідженнях з соціальної психіатрії є напрямок з вивчення проблеми соціальної фрустрації пацієнтів, які страждають на психічні розлади. Виникнення соціальної фрустрації у пацієнтів є показником незадоволеності їх життям у суспільстві, а для лікарів усіх ланок психіатричної служби індикатором щодо необхідності корекції індивідуальної програми реабілітації. Напрямок досліджень з визначення соціальної фрустрації при розробці реабілітаційних заходів в Україні лише започатковується, а збільшення із року в рік наукових праць, присвячених даному питанню, свідчить про його соціальну значущість та наукову актуальність. Узагальнюючи наукові погляди з даної проблеми можна зазначити, що нині психіатрична реабілітація – це багатогранне явище, кінцевою метою якої є забезпечення гідного життя пацієнта. Одним із шляхів її забезпечення є зниження загальної соціальної фрустрації в усіх сферах життєдіяльності пацієнта.

Невирішеними раніше частинами проблеми є

наступні: по-перше, у лікувальних та експертних закладах індивідуальна програма реабілітації розробляється без визначення структури та рівня соціальної фрустрації пацієнтів. По-друге, відсутність у реабілітаційних програмах заходів спрямованих на зниження та подолання соціальної фрустрації призводить до невілювання зусиль адаптувати пацієнта до життя у суспільстві. По-третє, впровадження у практичну психіатрію су-

часних міжнародних підходів, щодо підвищення якості життя не можливе без проведення досліджень спрямованих на визначення соціальної фрустрації пацієнтів в основних сферах життєдіяльності з розробкою відповідного інструктивно-методичного забезпечення.

Метою дослідження є встановити особливості соціальної фрустрації у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння), які знаходились на стаціонарному лікуванні у Центрі медико-соціальної експертизи та реабілітації (відділеннях активної реабілітації №2 та №10) Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 (КМКПЛ №1). У досліджуваній групі реабілітаційні заходи розроблялись з визначенням соціального, медичного й професійного критеріїв обмеження життєдіяльності та проводились згідно міжнародних підходів. У групі порівняння реабілітаційні заходи проводились згідно підходів, прийнятих у КМКПЛ №1. Обстежені пацієнти верифіковані за діагностичними категоріями МКХ-10 перегляду: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Згідно звітної документації КМКПЛ №1 та даних Центру медичної статистики МОЗ України контингент госпіталізованих хворих у КМКПЛ №1 у період 2004–2006 рр. дає можливість вивчати цю проблему, а результати дослідження вважати такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність. Дослідження пацієнтів на психічні розлади проводилось за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Згідно мети із загальної вибірки були виключені пацієнти з діагнозом розумова відсталість (F70–F79).

Методи дослідження: метод структурованого інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Діагностика рівня соціальної фрустрації проводилась за допомогою методики Л.І. Васермана в модифікації В.В. Бойко. Даний опитувальник дозволяє фіксувати ступінь незадоволеності соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності [5].

За кожним пунктом визначався показник рівня соціальної фрустрації. Він варіював від 0 до 4 балів. Кожен варіант відповіді оцінювався в балах: повністю задоволений - 0, скоріше задоволений - 1, важко відповісти - 2, скоріше не задоволений - 3, повністю незадоволений - 4. Інтерпретація результатів: від 3, 5 до 4 балів – дуже високий рівень; від 3,0 до 3,4 підвищений рівень; від 2,5 до 2,9 помірний рівень; від 2,0 до 2,4 невизначений рівень; від 1,5 до 1,9 знижений рівень; від 0,5 до 1,4 дуже низький рівень; від 0 до 0,5 відсутність (майже відсутність) фрустрації. Отримані дані фіксувалися у клініко-статистичній карті та реєструвалися у базі даних з використанням системи управління базами даних MS Access v.8 for Windows 9x. Аналіз, обробка результатів дослідження здійснювався за допомогою програми SPSS 10.05 for Windows 9x.

Отримані результати та їх обговорення

Першим етапом дослідження стало визначення середнього балу соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів до та після проведення індивідуальної програми реабілітації (табл. 1).

З представлених у табл. 1 даних можна стверджувати, що розробка та проведення реабілітаційних заходів на підставі визначення критеріїв, які обмежують життєдіяльність та призводять до соціальної недостатності значно покращує ефективність реабілітації. Застосування міжнародних підходів при розробці реабілітаційних заходів в цілому надає можливість знизити рівень соціаль-

ної фрустрації з підвищеного рівня (3,1 бал) до зниженого рівня (1,9 балів). У групі порівняння де реабілітаційні заходи розроблялися на загальних підходах рівень соціальної фрустрації після реабілітації склав – 2,6, що відповідає помірному рівню. Узагальнюючи задоволеність функціонування пацієнтів за окремими блоками можна стверджувати, що проблеми у сфері трудової діяльності – професійний критерій обмеження життєдіяльності (відносини з колегами по роботі, з адміністрацією, з суб'єктами професійної діяльності, зміст роботи, умови професійної діяльності) легше подаються корекції ($p < 0,05$).

Середній бал соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів

№	Запитання, щодо задоволеності	Середній бал			
		Д	Д ₁	П	П ₁
1.	Своєю освітою	2,0	1,5	2,1	2,0
2.	Взаємовідносинами з колегами по роботі	2,9	1,8	3,0	2,5
3.	Взаємовідносинами з адміністрацією на роботі	3,3	1,9	3,2	2,6
4.	Взаємовідносинами з суб'єктами професійної діяльності	3,2	1,9	3,2	2,7
5.	Змістом своєї роботи в цілому	3,1	1,8	3,2	2,7
6.	Умовами професійної діяльності в цілому	3,2	2,0	3,1	2,8
7.	Своїм становищем у суспільстві	3,5	2,1	3,4	2,6
8.	Матеріальним становищем	3,3	2,7	3,4	3,0
9.	Житлово-побутовими умовами	3,0	1,7	3,1	2,5
10.	Відношеннями з дружиною (чоловіком)	2,0	1,9	2,0	1,9
11.	Відношеннями з дітьми	2,3	2,1	2,2	2,1
12.	Відношеннями з батьками	3,2	1,7	3,3	2,3
13.	Обстановкою в суспільстві (державі)	3,3	1,8	3,3	2,8
14.	Відношеннями з друзями та знайомими	3,3	1,9	3,3	2,7
15.	Сферою послуг и побутовим обслуговуванням	3,2	1,9	3,3	2,8
16.	Сферою медичного обслуговування	3,3	2,0	3,3	2,5
17.	Проведенням дозвілля	3,4	2,0	3,3	2,7
18.	Можливістю проводити відпустку (відпочинок)	3,4	2,2	3,4	2,8
19.	Можливістю вибору міста роботи	3,3	2,3	3,3	2,8
20.	Своїм способом життя	3,4	2,1	3,4	2,6
Підсумковий середній бал		3,1	1,9	3,1	2,6

Примітки: Д – досліджувана група до проведення реабілітаційних заходів; Д₁ – досліджувана група після проведення реабілітаційних заходів; П – група порівняння до проведення реабілітаційних заходів; П₁ – група порівняння після проведення реабілітаційних заходів. Достовірна різниця між показниками до та після реабілітації від $p < 0,05$ до $p < 0,001$.

Водночас сфери, які відбивають функціонування у суспільстві – соціальний критерій обмеження життєдіяльності піддаються корекції у меншому ступені ($p < 0,05$). Така ситуація обумовлюється загальною ситуацією щодо відношенням у суспільстві до психічно хворих (низка матеріальна захищеність, недосконала соціальна підтримка тощо), що значно перешкоджає соціальній адаптації пацієнтів. Відмічено, що невілювання особистісної відповідальності пацієнта за свій соціальний стан призводить до формування стійкої рентної установки до існування ($p < 0,05$). Крім того, у пацієнтів з відносно коротким терміном захворювання та не вираженими явищами соціальної дезадаптації за аналізом усіх запитань визначено бажання гармонічно функціонувати у суспільстві, але це бажання унеможлиблювалося під впливом стигматизації суспільства по відношенню до хворих на психічні розлади ($p < 0,05$).

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення структури соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів (табл. 2).

Узагальнюючи представлені у табл. 2 данні можна стверджувати, що формування та проведення реабілітаційних заходів на принципах визначення категорій, які призводять до обмежень життєдіяльності, надає можливість підвищити якість життя (за суб'єктивною оцінкою пацієнтів) та значно знизити соціальну фрустрацію пацієнтів. Цікавим виявився той факт, що як у досліджуваній групі так і в групі порівняння після проведення реабілітаційних заходів спостерігаються підвищення кількості відповідей, які класифікуються як „Питання не можливо застосувати”. Дана ситуація є передбачуваною та обґрунтовується наступним: більшість проблемних ситуацій, які викликали підвищений рівень соціальної фрустрації (в основному за рахунок сімейно-побутової та професійної сфери) після проведення реабілітаційних заходів дезактуалізувалися. Проте, враховуючи специфіку та взаємовплив медичних, соціальних та професійних наслідків психічного розладу можна стверджувати, що соціальна фрустрація не досягає рівня суб'єктивної задоволеності.

Структура соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів

№	Відповідь	Д		Д ₁		П		П ₁	
		Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m
1	Повністю задоволений	312	4,8±2,1	813	12,4±3,2	204	4,8±2,1	346	8,2±2,7
2	Скоріше задоволений	373	5,7±2,3	882	13,4±3,4	247	5,9±2,3	419	9,9±3,0
3	Запитання не можливо застосувати	1185	18,1±3,8	3234	49,4±5,0	757	17,9±3,8	1364	32,3±4,7
4	Скоріше незадоволений	1238	18,9±3,9	900	13,7±3,4	758	18,0±3,8	686	16,3±3,7
5	Повністю незадоволений	3432	52,5±4,9	711	10,8±3,1	2254	53,4±4,9	1405	33,3±4,7
Всього		6540	100,0	6540	100,0	4220	100,0	4220	100,0

Примітка: Д – досліджувана група до проведення реабілітаційних заходів; Д₁ – досліджувана група після проведення реабілітаційних заходів; П – група порівняння до проведення реабілітаційних заходів; П₁ – група порівняння після проведення реабілітаційних заходів. Достовірна різниця між показниками до та після реабілітації від $p < 0,05$ до $p < 0,001$.

Базуючись на даних аналізу рівня та структури соціальної фрустрації пацієнтів, клініко-психопатологічної симптоматики та перебігу досліджених психічних розладів визначено основні компоненти системи обслуговування пацієнтів запропоновані ключові цінності реабілітаційного лікування. До основних компонентів системи обслуговування пацієнтів, які сприяють подоланню соціальної фрустрації віднесено:

- використання кризового „соціально-психологічного” втручання;
- розробка амбулаторних програм лікування гострих та підгострих психотичних станів (з акцентом на „негоспіталізацію”);
- підбір підтримуючої психотропної терапії з найменшим негативним впливом на соціальну активність пацієнта;
- проведення індивідуальної та групової психотерапії спрямованої на подолання соціально-психологічних наслідків хвороби;
- впровадження системи ведення випадку з відповідальним фахівцем з координацією лікування та заходів з медико-соціальної реабілітації;
- координація та інтеграція громадських організацій та служб;
- залучення соціальних служб загального профілю.

До ключових цінностей реабілітаційного процесу віднесено:

- у центрі уваги особистість з орієнтиром на потреби пацієнта;
- активне залучення пацієнта на тлі суспіль-

но-орієнтованої терапії;

- партнерство з родиною та використання усіх впливових соціальних зв'язків;
- впровадження мультідисциплінарного підходу;
- доступність та спадковість медико-соціальних заходів з врахуванням культурних особливостей та їх специфіки.

Висновки з даного дослідження. За результатами дослідження визначено, що у лікувально-профілактичних психіатричних закладах при розробці індивідуальної програми реабілітації відокремлено не проводиться оцінка рівня соціальної фрустрації пацієнтів. Застосування міжнародних підходів при розробці реабілітаційних заходів в цілому надає можливість знизити рівень соціальної фрустрації з підвищеного до зниженого рівня. Встановлено, що проблеми у сфері трудової діяльності легше подаються корекції. В свою чергу відновлення задоволеності функціонуванням у суспільстві ускладнене. Визначено, що невілювання особистісної відповідальності пацієнта за свій соціальний стан призводить до формування рентної установки до існування; більшість проблемних ситуацій сімейно-побутової та професійної сфери після проведення реабілітаційних заходів деактуалізуються. Побудова реабілітаційних заходів на запропонованих компонентах системи обслуговування пацієнтів з врахуванням ключових цінностей реабілітації надають можливість знизити загальну соціальну фрустрацію та підвищити якість життя пацієнтів.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Нині у практиці психіатричної реабілітації не повною мірою враховується рівень соціальної фрустрації пацієнтів. Розробка індивідуальної програми реабілітації з обов'язковим визначенням соціальної фрустрації надає можливість вирішувати актуальні соціально-психологічні проблеми пацієнтів. Даний напрямок дослідження у клінічній та соціальній психіатрії відповідає Постанові Кабінету Міністрів Украї-

ни від 10.01.02 р., якою затверджено програму "Здоров'я нації – стратегія розвитку охорони здоров'я". До подальших перспективних досліджень можна віднести розробку науково-методичного забезпечення щодо визначення соціальної фрустрованості при окремих психічних захворюваннях як складової комплексної диференційованої системи визначення обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Г.А. Приб

ФРУСТРАЦИЯ, КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

В статье представлен анализ социальной фрустрации у больных с психическими расстройствами. Рассматриваются вопросы установления уровня социальной фрустрации, как обязательной составной индивидуальной программы реабилитации. Указывается, что реабилитационные мероприятия должны формироваться на основании комплексной дифференцированной системы определения ограниченной жизнедеятельности у больных с психическими расстройствами. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 48-52)

G. Prib

FRUSTRATION AS THE FACTOR INFRINGEMENT SOCIAL ADAPTATION IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Ukrainian Research Institute on Social And Forensic Psychiatry and Substance Abuse Kyiv, Ukraine

The analysis of social frustration in patients with mental disorders is presented including issues of social frustration level evaluation as obligatory component of individual rehabilitation program. The need in creating complex differential system of disability evaluation of patients with mental and behavioural disorders is highlighted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 48-52)

Література

1. Рішення Київської міської ради „Про затвердження концепції комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я в м. Києві” №525/685 від 26.06.03 р. // Електронна нормативно-правова бібліотека „Експерт-Юрист”. — www.expertsoft.com.ua.
2. Рішення Київської міської ради „Про затвердження програми удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення в м. Києві на 2005-2009 рр.” № 435/3011 від 16.06.2005 р. // Електронна нормативно-правова бібліотека „Експерт-Юрист”. — www.expertsoft.com.ua.
3. Абрамов В.А., Жигулина І.В., Ряполопова Т.Л. Медико-соціальна реабілітація больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.
4. Медико-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів (навчально-методичний посібник для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів медико-соціально експертних комісій і лікарів-інтернів). Юр'єва Л.М., Пхіденко С.В., Єрчкова Н.О. та ін. / За редакцією д.мед.н., проф. Юр'євої Л.М. — Дніпропетровськ: СП „Інтертехнодрок”, 2005. — 144 с.
5. Штенгелов В.В. Приб Г.А. Медичні, соціальні та професійні критерії обмеження життєдіяльності у інвалідів, які страждають на психічні та поведінкові розлади. Актуальні проблеми медико-

- соціальної експертизи, профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів: матеріали ювілейної науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 80-річчю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності 28-29 вересня 2006 / За редакцією А.В. Іпатова. — Дніпропетровськ: „Пороги”, 2006. — С. 84-86.
6. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. — СПб.: «Фолиант», 2002. — 256 с.
7. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж.Э.Купера / Пер.с англ. Д. Полтавец — К.: Сфера, 2000. — 464 с.
8. Показники психічного здоров'я та діяльності психоневрологічних установ м. Києва та України. Інформаційно-аналітичний огляд 1990-2005 рр. — К.: МВЦ „Медінформ”, 2006. — 78 с.
9. Показники захворюваності на психіатричні розлади і діяльність психіатричних закладів в Україні у 2004 році. К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2005. — 225 с.
10. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. За редакцией Д.Я. Райгородского. — Самара: Издательский дом „БАХРАХ”, 1998. — С.157-160.

Поступила в редакцию 4.02.2007