

УДК 616/89-08-039.76

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, И.В. Жигулина, А.В. Абрамов, Г.Г. Пуятин***ОСНОВНЫЕ СФЕРЫ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, реабилитация, эффективность

Основополагающей концепцией и смыслом социальной политики в отношении больных с психическими расстройствами, особенно инвалидов, является их медико-социальная реабилитация. Ее следует рассматривать не как совокупность определенных «техник», а как общую стратегию, сфера которой охватывает не только здравоохранение, но также законодательство, социальные службы и экономику (WHO, 1996).

Реабилитационная методология в психиатрии советского периода формировалась в условиях приоритета институционализированной психиатрической помощи, длительной социальной изоляции больных и крайне ограниченных возможностей социальной экстрамуральной помощи.

Практическое отсутствие клинических психологов и социальных работников, несовершенство структуры, организации и методических приемов превратили гуманную и глобальную цель реабилитации (восстановление социальной и личностной значимости пациента) в лозунг или спорадические попытки энтузиастов «соединить хорошую теорию с малопродуктивной практикой». По существу, реабилитация как «система разносторонних усилий», требующая разделения полномочий между различными специалистами, была монополизирована психiatрами, которые занялись выполнением несвойственных (непрофессиональных) функций социальной реинтеграции пациентов, создавая иллюзию решения проблемы.

Произвольно происходил отбор методов реабилитации. Так называемые «социотерапия», «терапия средой», «терапия занятостью» и т.д. (спорные понятия, так как социум не лечит, а создает условия для оптимального социального восстановления) на самом деле представляли совокупность микросоциальных факторов, использовавшихся для предотвращения депривационных влияний больничной среды. Скорее

здесь речь шла о мероприятиях, обеспечивающих активирующий режим и профилаксирующий «сползание» пациента к изоляции, чем о научно обоснованных методах социальной реабилитации. К тому же, социальная реабилитация в условиях изоляции (особенно длительной) в общепсихиатрическом отделении невозможна в принципе. Напротив, реабилитационный потенциал пациента гаснет пропорционально длительности и частоте госпитализаций. С другой стороны, интегрировать больного в общество – это не просто выписать его из больницы под наблюдение участкового психиатра. «Вхождение» в общество или восстановление социальных связей и социального функционирования пациента – задача, выходящая за рамки компетенции и возможностей медицинской помощи [1].

Существующие в настоящее время организационные формы психиатрической помощи, ее кадровый потенциал, менталитет медицинского персонала, ориентированного на биомедицинские модели болезни, а также реальные возможности социальных служб не гарантируют использование научно обоснованных методов реабилитации больных с психическими расстройствами. Реабилитационная деятельность, как правило, носит локально-произвольный характер и не сопровождается объективной оценкой ее эффективности.

В то же время, современная медицина, в том числе психиатрия, все больше обращается к доказательной базе, к объективным данным об эффективности и безопасности методов лечения. Это обусловило пересмотр многих лечебных подходов, дало возможность постоянно совершенствовать тактику ведения пациентов. Все это в полной мере справедливо и в отношении методов медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами и крите-

риев оценки их эффективности [2].

В качестве критериев эффективности психосоциальной реабилитации чаще всего рассматривается длительность и качество ремиссий [3]. Однако концепция реабилитации предполагает интегративный (биопсихосоциальный) подход к пациенту [4, 5]. Поэтому основные критерии оценки качества медико-социальной реабилитации должны включать не только позитивные изменения в состоянии психического здоровья пациента, но и достигнутый уровень его социального восстановления (социальной реинтеграции). Другими словами, речь идет об оценке физического, психологического и социального благополучия пациента, уровня его жизнедеятельности и качества жизни.

На современном этапе качество и эффективность психиатрической помощи должны оцениваться по соответствию различных ее компонентов определенным научно обоснованным стандартам [6], позволяющим достичь конечных целей – удовлетворения потребностей обслуживаемого населения в дифференцированных видах психиатрической помощи и социальной интеграции пациентов. Стандарт – это всегда наиболее эффективная форма вмешательства или типовых видов помощи. Стандартизация на различных уровнях – диагностическом [7], терапевтическом [8, 9], морально-этическом [10], медико-экономическом и организационно-управленческом – основа действенного обеспечения высокого уровня психиатрической помощи [11, 12, 13].

В конечном счете, концептуальный смысл стандартизации (клинических протоколов) психиатрической помощи должен заключаться не только в улучшении психического состояния пациентов, но и в достижении оптимально возможного уровня их социального функционирования и качества жизни. Такая ориентация вытекает из требований Закона Украины «О психиатрической помощи», необходимости использования биопсихосоциального подхода к решению различных психиатрических проблем (14), конечных целей реабилитации пациентов с психическими расстройствами (15), а также многоосевой версии МКБ-10 [16].

Исходя из системного «видения» пациента, его многоосевых диагностических характеристик, интегративной сути реабилитационного процесса и социального контекста, как важнейшей его составляющей, основными сферами оценки эффективности медико-социальной реабилитации, по-нашему мнению, должны быть:

1. Приспособительное поведение пациента.

2. Реабилитационный потенциал или адаптивные ресурсы личности.

3. Качество медицинской (психиатрической) помощи.

4. Уровень жизнедеятельности или социального функционирования пациента (физического, психологического и социального благополучия).

5. Уровень социальной поддержки (поддержки пациента в сообществе).

6. Качество жизни пациента, обусловленное болезнью.

Приспособительное поведение больных складывается как результат взаимодействия личности и болезни в конкретных условиях жизни и представляет биографически сложившийся и видоизмененный болезнью модус взаимоотношений с социальной действительностью. Чем ниже прогрессивность болезни, тем выше значение личностных и ситуационных факторов в формировании приспособительного поведения больных [17]. Однако уже первый психотический эпизод несет в себе угрозу эффективному социальному функционированию пациента и способствует формированию регрессивных и дезадаптивных типов приспособительного поведения, предопределяющих, в конечном счете, его социальную несостоятельность и социальную некомпетентность [4, 18]. Последующая динамика болезни позволяет более чем у 50% пациентов (страдающих шизофренией) констатировать грубые нарушения приспособительного поведения [19].

Так, в тщательно выполненном исследовании [20] было показано, что само обращение к психиатру, признание им факта психического нездоровья и, особенно, предложение госпитализации в психиатрическую больницу представляют цепочку обстоятельств, вызывающих у больных шизофренией разнообразные ситуационные реакции, которые проявляются лабильно-диссоциированными установками и долговременным изменением поведения. Первая госпитализация в больницу при наличии выраженной негативной установки предопределяет в дальнейшем активное избегание помощи и дезадаптивные формы поведения больных на протяжении значительного отрезка времени.

Нами [21] было выделено и описано три варианта дезадаптивного приспособительного поведения у больных шизофренией (регрессивное, дезорганизованное и амбивалентное). Регрессивный тип приспособительного поведения (52% больных) отличается аутистической направленностью, интроверсией, высокой степе-

нию отрицания реальности, индифферентным отношением к окружающему, зависимой жизненной позицией и низким уровнем собственной продуктивной активности, негативистическим поведением.

Дезорганизованный тип приспособительного поведения (22% больных) характеризуется утратой мотивосообразности, целевой ориентации, ситуативной детерминированности, беспорядочностью и стереотипностью поступков.

Амбигентный тип приспособительного поведения (26% больных) проявляется психомоторными нарушениями в виде амбигентной нерешительности, кататоноподобных проявлений в мимике, жестах, позах и поступках, моторной импульсивности, противоречивыми инстинктивными порывами, сочетанием пассивной сопротивляемости с нелепой подчиняемостью, парадоксальными и алогичными действиями, причудливой манерностью.

Адаптивные ресурсы личности отражают объективные возможности восстановления личности и социального функционирования пациента. Их оценка определяет клинический и социально-трудовой прогноз и особенности реабилитационной тактики. Клинический прогноз базируется на индивидуальной динамике функциональной недостаточности больного. Социально-трудовой прогноз часто не соответствует клиническому. Такое несоответствие в значительной мере обусловлено механизмами личностно-психологической компенсации больных, в одних случаях способствующих реабилитации, несмотря на наличие психопатологических расстройств, в других – существенно затрудняющих этот процесс даже при благоприятных клинических условиях. Поэтому оценка приспособительных ресурсов личности отражает важнейший спектр реабилитационного потенциала и функциональной диагностики в целом. Уровень адаптивных ресурсов, являясь системообразующим фактором, ориентирует на использование комплексного психодиагностического исследования.

Качество психиатрической помощи. По определению исследовательской группы экспертов ВОЗ [22], гарантией качества медицинской, в том числе психиатрической помощи, является обеспечение каждого пациента таким комплексом диагностической и терапевтической помощи, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам. В соответствии с международными стандартами, современная модель обеспечения качества психиатрической помощи должна включать три основных компонента:

1. Системный подход, предполагающий, что

методы управления и оценки деятельности психиатрического учреждения направлены на достижение четких, конкретных и проверяемых качественных результатов лечения.

2. Содержание психиатрической помощи должно быть ориентировано на максимально возможное удовлетворение потребностей пациента и соответствовать современным достижениям в области психиатрии и смежных дисциплин.

3. Критерии оценки качества психиатрической помощи и механизмы контроля должны охватывать все составляющие этого процесса, быть максимально объективными и опираться на нормативную базу.

Основными векторами качественной психиатрической практики являются:

- Соблюдение Закона Украины «О психиатрической помощи» и действующих нормативных требований.

- Диагностика психического расстройства в контексте многоосевого (полного клинического) диагноза и рациональной организации стандартизованного клинического исследования.

- Лечение в соответствии с клиническими протоколами, включающими результаты рандомизированных, плацебоконтролируемых исследований психофармакологических средств и других терапевтических методов.

- Медико-социальная экспертиза, ориентированная на объективную оценку уровня жизнедеятельности и реабилитационного потенциала пациента.

- Реабилитационная технология, основанная на биосоциальных характеристиках пациента, удовлетворении его потребностей и максимально возможном использовании ресурсов поддержки.

В рамках указанных направлений оцениваются три основных компонента качества психиатрической помощи: а) адекватность; б) экономичность; в) научно-технический уровень. Понятие «адекватность» предполагает доступность и результативность психиатрической помощи, которая должна быть оказана своевременно, в соответствии с установленной технологией и в объеме, достаточном для достижения положительного клинического результата. Под «экономичностью» понимается достижение максимальных результатов при минимальных финансовых затратах (соотношение затрат и достигнутых результатов). Наконец, «научно-технический уровень» отражает уровень использования при оказании психиатрической помощи современных достижений в области медицинских знаний и

технологий.

Качество жизни. Уровень качества жизни и социального функционирования пациента является универсальным и системообразующим фактором, позволяющим объективно оценить конечный результат психиатрической и медико-социальной помощи, и служит прерогативой ее реформирования. Использование «профиля качества жизни» [23] позволяет наглядно представить зоны и объем субъективного неблагополучия пациента. Проведенное нами исследование [21] показало, что качество жизни «среднестатистического» пациента общепсихиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью. Популяционный профиль дефицитарности качества жизни (субъективного неблагополучия) пациентов общепсихиатрических отделений затрагивает такие сферы как сексуальное здоровье, материальное положение, психическое здоровье, семейное положение, социальная перспектива, общее здоровье, положение в обществе, сфера общения, реальные социальные возможности, социальная полезность, бытовые домашние условия, жизнь в целом.

Социальная поддержка (поддержка пациента в сообществе). Службы, оказывающие медико-реабилитационную помощь пациентам по месту жительства, принято делить на сеть государственной поддержки (региональные отделения Фонда Украины социальной защиты инвалидов, региональные органы самоуправления, общемедицинские учреждения, кризисная психиатрическая служба, реабилитационные центры, психиатрические учреждения амбулаторного типа, МСЭК) и сеть общественной поддержки (благотворительные фонды, общественные организации пациентов, семейные группы поддержки, клубы пациентов). Критерием успешности поддержки пациента в сообществе является уровень его социальной интеграции, реальных полномочий и приспособления к требованиям реального окружения.

Мониторинг качества медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами возможен при установлении адекватных индикаторов. Разработка таких индикаторов с учетом биопсихосоциальной модели реабилитации предполагает использование мультимодального подхода. Такой подход имеет свои специфические особенности в зависимости от этапа реабилитации. Таким образом, индикаторы эффективности и качества оказываемой помощи различаются на этапах медицинской, психологичес-

кой и социальной реабилитации больных.

Клинические индикаторы качества медицинского (госпитального) этапа медико-социальной реабилитации:

- Полнота обследования пациента.
- Обоснованность диагностического заключения.
- Использование многоосевого диагностического подхода.
- Время между выявлением психического расстройства и началом лечения.
- Длительность госпитализации.
- Длительность обследования пациента.
- Адекватность выбора психотропного средства.
- Адекватность режима приема и способа введения медикаментозных препаратов.
- Адекватность дозы и способов наращивания (снижения) дозы психотропного препарата.
- Неблагоприятные явления в процессе лечения.
- Соблюдение этико-правовых норм медицинского вмешательства (добровольное согласие, информированность о правах, конфиденциальность и т.п.).
- Взаимоотношения медперсонала с больным и его родственниками.
- Наличие комплаенса.
- Адекватность лечения выявленной сопутствующей соматической патологии.
- Наличие симптомов госпитализма.
- Удовлетворенность пациента объемом и качеством оказанной помощи.
- Удовлетворенность родственников пациента качеством оказанной помощи.

Индикаторы качества помощи на этапе психологической реабилитации:

- Улучшение когнитивных и коммуникативных возможностей пациента.
- Восстановление утраченных в результате болезни эмоциональных и мотивационных ресурсов личности.
- Формирование навыков и умений, необходимых для повышения уровня социального функционирования пациента.
- Нормализация реакции семьи на психическое заболевание родственника; усиление семейного сопротивления болезни; снижение семейной нагрузки.

Индикаторы качества помощи на этапе социальной (экстрагоспитальной) реабилитации (цель – социальная интеграция (реинтеграция) пациента:

- Правовая защищенность пациента.

- Адекватный уровень социальной поддержки.
- Создание реальных возможностей для участия пациента в деятельности, обогащающей жизнь, и реализации социально-ценимых ролей.
- Обогащение сети социальных связей пациента, расширение доступа к различным формам деятельности, потенциально возможным социальным отношениям.
- Достижение социальной компетентности и автономии пациента, а также независимого функционирования его в обществе.

- Предупреждение повторных обострений и регоспитализаций.

Приведенные клинические и социально-психологические критерии эффективности психиатрической и медико-социальной помощи должны быть положены в основу стандартизации различных этапов медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами. Широкий спектр этих критериев повышает вероятность гармонизации лечебно-реабилитационной тактики и восстановления физического, психического и социального благополучия пациентов.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, І.В. Жігуліна, О.В. Абрамов, Г.Г. Путятін

ОСНОВНИ СФЕРИ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Донецький медичний університет ім. М. Горького

В статті представлено сучасні погляди на концепцію медико-соціальної реабілітації хворих на психічні розлади. Вони передбачають інтегративний (біопсихосоціальний) підхід до пацієнта. Авторами виділено основні сфери для оцінки ефективності медико-соціальної реабілітації. Розроблено індикатори ефективності та якості допомоги на етапах медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Вони повинні бути покладені в основу стандартизації різних етапів медико-соціальної реабілітації хворих на психічні розлади. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 3-7).

V. Abramov, T. Ryapolova, I. Zhygulina, A. Abramov, G. Putiatin

THE BASIC SPHERES AND CRITERIA OF THE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF THE MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

Donetsk State medical university

The modern views at the concept of medical and social rehabilitation of the patients with mental disorders are presented in the article. They are based on the integrative (biopsychosocial) approach to the patient. Authors select the basic spheres for the assessment of the effectiveness of the medical and social rehabilitation. The indicators of the effectiveness and quality of the help on the stages of the medical, psychological and social rehabilitation are devised. They should be put in the basis of the standardization of the different stages of medical and social rehabilitation of patients with mental disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 3-7).

Литература

1. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. Донецк. — 2000. — 129с.
2. Абрамов В.А., Бабюк И.А., Бурцев А.К., Студзинский О.Г. Доказательная медицина – новый этап реформирования психиатрии в Украине // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2004, 4 (14). — С. 3-7.
3. Юр'єва Л.М., Підлубний В.Л. Ефективність психосоціальної реабілітації хворих на епілепсію // Український вісник психоневрології. — 2006. — 14, 1 (46). — С. 104-107.
4. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк, Каштан, 2006. — 268с.
5. Михайлов Б.В., Чугунов В.В. Реабилитационная стратегия в психотерапии. Архив психиатрии. 2005, 11, 2 (41). — С. 157-159.
6. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. Київ, 2000. — 28с.
7. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк, 2004. — 271с.
8. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. М., 1999. — 224с.
9. Підкоритов В.С., Букрєєв В.І., Міщанова М.К. та ін. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків. Харків, 2001. — 272с.
10. Блох С., Чоддоф П. — Этика психиатрии. Киев, Сфера, 1998. — 391с.
11. Кучеренко В.З. Информационные технологии и экспертиза качества медицинской помощи // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998, 2. — С.46-50.
12. Хану В. Вуора. Обеспечение качества медицинского обслуживания. — ВОЗ: Копенгаген. — 1985. — 177с.
13. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи. Вопросы теории и практики. Хабаровск, 1996. — 183с.
14. Engel G.L. The need for a new medical model: a college for biomedicine. Science. 1997, 196. — p. 129-136.
15. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л., Медицина, 1978. — 233с.
16. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Карманный справочник. — К., 1997. — 104с.
17. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией // Реабилитация больных психозами. - Л., 1981. — С.62-71.
18. Воловик В.М. Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути ее практического решения // Ранняя реабилитация психически больных. - Л., 1984. — С. 5-16.
19. Годзенко О.М. Принципы побудови реабілітаційних заходів у хворих на залишкову шизофренію // Архив психиатрии. 2002, 3(30). — С.114-116.
20. Саткевичюте Р.Э. Реакция больных малопрогредиентной шизофренией на первичную госпитализацию. Автореф.дисс. канд. - Л., 1979.
21. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов.- Донецк: ООО «Лебедь», 2002. - 279с.
22. Black N. Research, audit and education. Br. Med. J., 1992, 34. — P. 698-700.
23. Billinger M. Indices versus profiles – advantages and disadvantage. In Quality of life assessment: key issues in the 1990-s. Edited by Walker SR, Rosser RM. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1993. — P.209-220.

Поступила в редакцию 3.06.2006