

На правах рукописи

ЗАМЯТИНА

Инна Игоревна

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ ВРАЧА-ПСИХИАТРА
В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
НЕДЕЕСПОСОБНЫМ ГРАЖДАНAM**

14.02.05 – социология медицины

14.01.06 - психиатрия

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

доктор медицинских наук
профессор Н.Я. ОРУДЖЕВ

НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ:

Заслуженный деятель науки РФ
доктор философских наук
доктор юридических наук
профессор Н.Н. СЕДОВА

Волгоград – 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11
1.1. Проблема недееспособности: клинический аспект	11
1.2. Проблема недееспособности: социальный аспект	31
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	46
Глава 3. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ	51
3.1. Медико-социальный портрет пациента, признанного недееспособным	51
3.1.1. Клинические и социальные процедуры признания недееспособности	51
3.1.2. Характеристика недееспособных пациентов, страдающих шизофренией	56
3.1.3. Результаты исследования в группе больных, страдающих умственной отсталостью	65
3.1.4. Характеристика недееспособных пациентов с приобретенным слабоумием	76
3.2. Клинико-социальные возможности повышения качества жизни недееспособных пациентов (на материале опроса врачей-психиатров)	92
3.3. Взаимодействие врача-психиатра и других социальных агентов в работе с недееспособными пациентами (на материале кейс-стади)	104
3.4. Системообразующая роль врача-психиатра в организации деятельности агентов опеки недееспособных пациентов	126
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	156
ВЫВОДЫ	159
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	161
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	163
ПРИЛОЖЕНИЯ	190

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

РФ – Российская Федерация

ФЗ – федеральный закон

МЗ РФ – министерство здравоохранения Российской Федерации

ГК РФ – гражданский кодекс Российской Федерации

ГПК РФ – гражданско-процессуальный кодекс Российской Федерации

СПЭ – судебно-психиатрическая экспертиза

ООД – общественно-опасные действия

ЭСТ – электросудорожная терапия

ВТЭК – врачебно-трудовая экспертная комиссия

ПНД – психоневрологический диспансер

ДН – диспансерное наблюдение

ИОЗС – ингибиторы обратного захвата серотонина

БАР – биполярное аффективное расстройство

МКБ-10 – международная классификация болезней десятого пересмотра

ИОЗС – ингибиторы обратного захвата серотонина

мин. – минут

др. – другие

ч. – часть

ст. – статья

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В последние годы отмечается тенденция к прогрессирующему увеличению числа лиц, которые вследствие психического расстройства признаются судом недееспособными, все более актуальными становятся вопросы их социально-правовой защищенности и качества оказываемой медицинской помощи (А.В. Мишин, 2009; А.Р. Мохонько, Л.А. Муганцова, 2011, 2013; Э.В. Эльтекова, Н.Л. Овсянникова, 2010; Ю.Н. Аргунова, 2013).

Недееспособные пациенты психоневрологических диспансеров сталкиваются со значительным количеством нерешенных проблем в социально-бытовой сфере (ведение домашнего хозяйства, организация занятости и досуга, одиночество, неразвитость социальных сетей и другие), для решения которых они чаще обращаются за помощью к врачу-психиатру, хотя оказание социальной поддержки, помощь в решении семейных, жилищных проблем далеко выходит за рамки компетенции врача. Доказано, что качество психиатрической помощи выше, если она оказывается комплексно, бригадой специалистов: психиатрами, психологами, социальными работниками, социальными педагогами (О.О. Папсуев, 2010; С.А. Трущелёв, 2010; Л.М. Мухарямова, И.Б. Кузнецова-Моренко, 2011; И.Я. Гурович, 2012). В то же время, координация усилий всех этих социальных агентов оставляет желать лучшего. Дело в том, что системообразующим фактором, влияющим на качество оказания психиатрической помощи недееспособным вследствие психического расстройства гражданам, является работа врача-психиатра. Его функции хорошо известны, но вопросы координации его усилий с другими службами во многом остаются невыясненными.

Цель исследования:

Определить параметры профессиональной роли врача-психиатра в системе обеспечения жизнедеятельности недееспособных граждан,

особенности социального взаимодействия всех агентов медико-социальной помощи недееспособным больным и пути его оптимизации.

Для реализации этой цели необходимо было решить следующие **исследовательские задачи:**

1. Провести дескриптивный анализ клинико-социальных аспектов недееспособности;
2. Раскрыть проблематику комплементарности оказания психиатрической и социальной помощи недееспособным вследствие психического расстройства гражданам;
3. Разработать медико-социальный портрет пациента, признанного недееспособным;
4. На материале кейс-стади типологизировать конфликтные ситуации в работе с недееспособными пациентами и способы их разрешения;
5. Определить и описать параметры профессиональной роли врача-психиатра в структуре социальных ролей агентов опеки недееспособных пациентов;
6. Разработать рекомендации по оптимизации социального взаимодействия врачей-психиатров, служб опеки, опекунов и органов правосудия в повышении качества жизни недееспособных пациентов.

Объект исследования - система медико-социальной помощи недееспособным в РФ.

Предмет исследования – профессиональная роль врача-психиатра в организации медико-социальной помощи недееспособным гражданам.

Рабочая гипотеза исследования. Недееспособные лица являются наиболее уязвимой категорией граждан, нуждающейся в особой социально-правовой защите. Существует набор социальных ролей агентов обеспечения жизнедеятельности данного контингента, центральной из которых является роль врача-психиатра. Характер его взаимодействия с другими агентами опеки недееспособных граждан определяется клиническими позициями,

предписанными профессиональной ролью. Повышение эффективности медицинских, юридических и социальных действий в поддержке недееспособного пациента возможно и желательно на основе реализации системообразующего статуса врача-психиатра в данном процессе. Отклонения от требований профессиональной роли в данном случае могут иметь как позитивные, так и негативные последствия. Оптимизация взаимодействия социальных агентов жизнеобеспечения недееспособного пациента должна осуществляться на основе принципа комплементарности при ведущей роли врача-психиатра.

Научная новизна состоит в обосновании модели социального взаимодействия в системе медико-социальной помощи недееспособным на основе единого системообразующего фактора – профессиональной роли врача-психиатра. Это позволило разработать рекомендации по оптимизации клинических и социальных мероприятий по повышению качества жизни недееспособных пациентов.

В диссертации проведен дескриптивный анализ клинико-социальных аспектов недееспособности, обусловленной клиническими причинами и эксплицирована динамика признания недееспособности. В этой связи доказана актуальность оказания психиатрической и социальной помощи недееспособным вследствие психического расстройства гражданам на основе принципа комплементарности.

Диссертантом разработана типология групп недееспособных пациентов по критерию клинической картины болезни, разработан медико-социальный портрет пациента каждой из этих групп и определена степень участия агентов жизнеобеспечения в работе с данными группами, доказана ведущая роль врача-психиатра в организации такой работы.

В результате проведенного исследования дифференцированы конфликтные ситуации в работе с недееспособными пациентами и предложены способы их разрешения путем жесткого структурирования

профессиональных ролей агентов реабилитации и опеки. Определены параметры профессиональной роли врача-психиатра в структуре социальных ролей агентов опеки недееспособных пациентов, и на этой основе разработаны рекомендации по оптимизации социального взаимодействия врачей-психиатров, служб опеки, опекунов и органов правосудия в повышении качества жизни недееспособных пациентов.

Научная новизна работы раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. Наиболее частые клинические причины, приводящие к признанию недееспособности вследствие психического расстройства можно типологизировать по трем основным наиболее значимым группам: умственная отсталость, шизофрения, деменция.
2. Характеристика недееспособных пациентов, разделенных на 3 группы (шизофрения, умственная отсталость и деменция), позволяет проиллюстрировать комплементарность клинических и социальных факторов, определить степень участия социальных агентов охраны здоровья недееспособного вследствие психического расстройства пациента в выделенных группах следующим образом (таблица 1).

Таблица 1.

Степень участия социальных агентов охраны здоровья недееспособного вследствие психического расстройства пациента.

	1 группа	2 группа	3 группа
Врач-психиатр	Высокая	средняя	низкая
Опекун	Низкая	средняя	высокая
Социальный работник	Низкая	средняя	высокая
Органы опеки	Средняя	средняя	высокая
Правоохранительные органы	Низкая	низкая	низкая
Органы здравоохранения	Средняя	высокая	средняя

3. Наиболее часто в работе с недееспособными пациентами происходят конфликты в связи с неправильной оценкой одним из социальных агентов состояния больного. При этом как ошибочную можно оценить

позицию того социального агента, который выходит за рамки своей профессиональной роли. В этой связи необходимо четко определить предмет профессиональной деятельности всех участников конфликта: врач дает клиническую оценку ситуации, суд – юридическую, органы опеки определяют совокупность мер социальной помощи и контролируют деятельность опекуна, социальные работники определяют потребности пациента в системах жизнеобеспечения и реализуют мероприятия по удовлетворению этих потребностей. Роль опекуна нельзя описать как профессиональную, поэтому требования к ней носят достаточно общий характер.

4. Роль врача-психиатра является системообразующей в структуре медико-социальной помощи недееспособным лицам. Этот статус выражен на всех этапах ведения недееспособного, первым из которых является этап признания недееспособности и назначения опекуна. Здесь врач-психиатр обозначает вопрос о необходимости лишения дееспособности. Вторым этапом ведения недееспособного является взаимодействие врача-психиатра с назначенным опекуном. Здесь задача врача - на доступном языке объяснить и разъяснить опекуну особенности течения психических расстройств. Врач выступает и как консультант в отношениях между опекуном и органами социальной поддержки.

5. Органы правосудия, как правило, ориентируются на экспертную оценку врача при признании недееспособности. Однако бывают случаи расхождения мнений между врачами-экспертами и судьями о достаточности оснований для лишения пациента дееспособности. В этих ситуациях решение суда является окончательным. Предельно малое число подобных случаев свидетельствует о том, что экспертная роль врача остается ведущей и в отношениях с органами правосудия.

Методологическую базу исследования составили эпидемиологические и клинические методы в области психиатрии (А.С.

Тиганов, 1999; Т.Б. Дмитриева 2009), теоретические разработки социальных проблем психиатрической практики в области социологии медицины (В.А. Ядов, 1995; И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, 1998; А.В. Решетников, 2001, 2007; Н.Н. Седова, 2012; В.В. Деларю 2005, 2010, 2013). Комплементарное применение клинических и социологических методов исследования основывалось на концепции Т. Парсонса о роли больного. Для классификации групп недееспособных пациентов применялись клинические методы исследования, диагноз устанавливался на основании критериев МКБ-10 (А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов, 2010). Социальное взаимодействие агентов реабилитации и опеки изучалось при помощи качественных методов социологии медицины (кейс-стади, фокус-группы). Использовался также метод простого интервью (врачи-психиатры) и анкетирования (пациенты и опекуны).

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в разработке модели взаимодействия социальных агентов жизнеобеспечения недееспособных пациентов, основанной на ведущей роли врача-психиатра.

Результаты исследования могут быть использованы для оптимизации работы амбулаторной психиатрической службы, органов опеки и попечительства на региональном уровне, при совершенствовании нормативных актов, регламентирующих деятельность врачей-психиатров, специалистов органов опеки и попечительства.

Материалы и выводы работы целесообразно использовать в учебных курсах «Психиатрия», «Медицинское право», «Социальная работа в здравоохранении» в высших учебных и средних специальных заведениях МЗ РФ.

Апробация работы. Материалы диссертации обсуждались на научных форумах разных уровней (Москва, 2013; Волгоград, 2010, 2013; Санкт-Петербург, 2013; Ростов-на-Дону, 2013). Диссертантом проведена оптимизация деятельности областного психоневрологического диспансера, в

ходе которой проводилась клинико-экспертная работа по анализу медицинских амбулаторных карт лиц, признанных недееспособными, на предмет соблюдения действующего законодательства при оказании психиатрической помощи (вид амбулаторной помощи, соблюдение кратности посещения психоневрологического диспансера, наличие информации о решении социальных вопросов и т.п.), что позволило повысить качество оказываемой специализированной помощи недееспособным. Результаты закреплены актами внедрения.

По материалам работы опубликовано 15 научных статей, из них 5 в журналах Перечня ВАК.

Структура работы. Диссертация состоит из Введения, трех глав, Заключение, Списка литературы (216 источников) и трех Приложений. Объем работы – 162 стр.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Существующая в последние два десятилетия тенденция роста количества судебно-психиатрических экспертиз по признанию гражданина недееспособным предопределяет необходимость более глубокого изучения клинико-социальных характеристик граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, а также поиска новых, эффективных путей сотрудничества между социальными агентами, участвующими в жизнеобеспечении данного контингента граждан.

1.1. Проблема недееспособности: клинический аспект

Подробному изучению клинических критериев дееспособности в нашей стране посвящены многочисленные работы: Сербский В.П. (1900); Фрейеров О.Е. (1955, 1957); Холодковская Е.М. (1967, 1971, 1972); Шостакович Б.В. (1973-2004); Лунц Д.Р. (1966, 1969, 1976); Горинов В.В. (1979-1995); Василевский В.Г. (1979, 1981); Котов В.П. и соавт. (1980); Печерникова Т.П. (1993); Васюков С.А. (1989); Шостакович Б.В., Ревенок А.Д. (1992); Харитонов Н.К. и соавт. (1998, 1999); Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. (1997). В исследованиях этих авторов постулировалось, что понятие дееспособности психически больных вытекает из единства медицинского и юридического критериев и диагноз психического заболевания (медицинский критерий) сам по себе не детерминирует экспертную оценку, а имеет значение степень изменения психических функций, тяжесть и выраженность психических расстройств.

В последние годы формулировка медицинского критерия недееспособности определяется как психическое расстройство. Дмитриева Т.Б. (2008) отметила, что медицинский критерий недееспособности – психическое расстройство – обобщенное понятие, суммарно объединяющее многообразные по своей клинической картине формы психических заболеваний. Однако симптоматика болезненных психических расстройств может быть различной по выраженности, глубине и тяжести, разнообразны

варианты течения психических заболеваний. Возможно как постепенное, так и быстрое формирование глубоких и стойких личностных изменений, которые определяют нарушения социальной адаптации и невозможность таких больных самостоятельно осуществлять свои гражданские права. Поэтому установление только диагноза психического заболевания еще не определяет решение о невозможности понимать значение своих действий или руководить ими. Решающее значение имеет установление степени, глубины и тяжести диагностированных психических расстройств, определяемых юридическим критерием, необходимо совпадение медицинского и юридического критериев.

Многие исследователи Холодковская Е.М. (1967, 1972); Бережная Н.И. (1985); Мишин А.В. (2009); Ситчихин П.В. (2013); Руженков В.А. и соавт. (2013); Гажа А.К. с соавт. (2013); Бойко Е.О. с соавт. (2013); Astell H., et al. (2013) – выделяют ряд нозологий, обуславливающих недееспособность: тяжелые формы умственной отсталости, слабоумие, непрерывно текущая параноидная шизофрения, резистентная к терапии, глубокий шизофренический эмоционально-волевой дефект личности, апато-абулического типа.

Руженковым В.А. и соавт. (2013) при изучении на материале Белгородской области распространенности и клинической структуры психических расстройств у лиц, признанных судом недееспособными, установлено, что недееспособные составляют 0,16% от числа всего населения и 4,6% от числа зарегистрированных лиц с психическими расстройствами. По данным этих авторов, в клинической структуре недееспособных преобладают пациенты с умственной отсталостью, составившие 49,9%, почти треть недееспособных (31,8%) составили больные шизофренией, на третьем месте — лица с органическими психическими расстройствами (18,3%).

Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. (1997) все нозологические формы, приводящие к недееспособности, условно разделили

на слабоумие (включающее как врожденное, так и приобретенное снижение интеллекта) и хроническое бредовое состояние.

Шостаковичем Б.В. (1973-1992); Василевским В.Г., Гориновым В.В., Горовым М.М., Холодковской Е.М. (1981) было подтверждено, что признание больных недееспособными целесообразно в случае диагностики непрерывно текущей шизофрении со стойкими бредовыми расстройствами, выраженными чертами эмоционально-волевого дефекта с преобладанием апато-абулических расстройств.

По данным Акопова Л.М. (2001), Климова В.А. (2007), Мишина А.В. (2009), Любова Е.Б. (2010); Стрижева В.А. и соавт. (2012), Ситчихина П.В. (2013), Минакова Ю.С. с соавт. (2013), больные с данными расстройствами составляют контингент недееспособных граждан, наблюдаемых как амбулаторно в психоневрологическом диспансере, так и стационарно, в том числе в специализированных психиатрических больницах и в условиях социальных учреждений.

Некоторыми авторами были выделены случаи лишения дееспособности пациентов, страдающих параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения с ведущей параноидной или аффективной бредовой симптоматикой и с шизоаффективным расстройством, больных паранойяльной и психопатоподобной шизофренией. При данных расстройствах, как правило, больные признаются недееспособными, за счет нарастания дефицитарных расстройств, сопровождающихся социальной дезадаптацией и разрушением социальных связей (Н.К. Харитонов, 2011; Н.Ю. Рукина, О.А. Макушкина, 2011; Е.Б. Любков, 2012).

Холодковская Е.М. (1967,1972) отмечала, что в большинстве случаев недееспособными признаются больные непрерывнотекущей формой шизофрении (проявляющие неадекватное поведение, нежелание принимать лекарственные препараты, переосвидетельствоваться на ВТЭК и получать социальные выплаты), приступообразно-прогредиентное течение процесса

приводит к недееспособности при параноидных, парафренных и кататонических приступах. При нахождении больного в ремиссии эксперты прежде всего оценивают тяжесть и глубину дефекта личности.

Сравнив две группы больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией, признанных, по заключению экспертизы, дееспособными, Василевский В.Г. (1979) выяснил, что группа недееспособных в преморбиде отличалась от дееспособных наличием выраженных личностных особенностей шизофренического спектра, более ранним началом заболевания, отсутствием собственной семьи и неудовлетворительной трудовой адаптацией, тяжелым течением психотических приступов и низким качеством ремиссий. Клиническими критериями признания больных недееспособными, таким образом, предложено было считать течение болезни с ранним началом, нестойкими и некачественными ремиссиями, преимущественно параноидного и апато-абулического типа, с отсутствием критики к своему состоянию. При исследовании приступообразных и вялотекущих форм особенно остро стоял вопрос о несоответствии состояния больного ни критериям тотальной недееспособности, ни возможности полного осуществления больным гражданских прав. В связи с исследованиями этих форм заболевания поднимался вопрос о необходимости введения нормы об ограниченной дееспособности (Б.Г. Василевский с соавт. 1981; М.И. Затуловский, 1957; Г.В. Морозов, 1975; Н.К. Харитонов с соавт., 1998, 1999; Е.М. Холодковская, 1967; Б.В. Шостакович, 1987; В.А. Климов, 2007; Ю.Н. Аргунова, 2010, 2013).

Харитонов Н.К. с соавт., (2003, 2011), Мишин А.В. с соавт. (2009) отмечают, что в последнее время наблюдается патоморфоз клиники и течения шизофрении, часто отмечается более легкое течение, изменение тяжести и глубины специфического дефекта, что приводит к более

благоприятному прогнозу и отражается на оценке дееспособности, затрудняя экспертную оценку.

В качестве примера можно отметить статью Эльтековой Э.В. и соавт. (2011), в которой описывается клинический случай пациента, страдающего шизофренией. Через три года после лишения дееспособности на фоне лечения состояние больного позволило восстановить гражданско-правовой статус по всем предусмотренным законом правилам. Авторы делают акцент на необходимости учитывать терапевтическую динамику и возможную редукцию болезненных переживаний пациента, что имеет значение при инициации вопроса о восстановлении дееспособности.

Palmer B.W., Savla G.N., Roesch S.C., Jeste D.V. (2013) проводили исследование изменения дееспособности в отношении возможности принять компетентное решение - дать согласие на участие в клиническом исследовании (по поводу ранних и отсроченных побочных эффектов антипсихотической терапии) - у больных шизофренией и биполярным аффективным расстройством на протяжении времени (промежутки времени - через 1 неделю, 3 месяца, 1 год и 2 года) обследовали больных шизофренией и БАР среднего и пожилого возраста. За основной инструмент оценки способности к принятию компетентного решения была принята модификация протокола MacArthur (MacArthur Treatment Competence Assessment Tool for Clinical Research – MacCAT-CR) - полуструктурированное интервью, занимающее, как указывают авторы, 15-20 мин. времени. Оценки производились по четырем шкалам: понимание, оценка, обоснование, выбор, для определения тяжести основной психопатологии использовали PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) и шкалу депрессии Гамильтона, помимо этого, у респондентов изучали нейропсихологические показатели (когнитивные функции) - память, внимание, интеллект, способность к обучению и др. Обнаружена относительная стабильность в показателях дееспособности у одного

больного на протяжении времени, однако выявлена значительная вариабельность в способности к принятию осознанного решения у различных респондентов. Позитивные симптомы не влияли ни на один из аспектов способности принять компетентное решение, но тяжесть общей психопатологии, негативная симптоматика и депрессия обнаруживали связь с определенными сферами дееспособности.

В случае наличия в клинике психического расстройства паранойяльного синдрома в рамках шизофрении, психопатий, органических поражений головного мозга недееспособность, как правило, обусловлена стойким бредом, приводящим к социальной дезадаптации (С.А. Васюков, 1989; Л.А. Яхимович, 1990).

В последние годы, соответственно старению населения, растет число пожилых людей с различными психическими отклонениями разной степени выраженность, вплоть до развития деменции. Деменция квалифицируется как приобретенное нарушение когнитивных функций, которое оказывает клинически значимое влияние на поведение и повседневную активность пациентов, клинически проявляется нарушениями памяти, внимания, пространственной ориентации, трудностями в принятии решений, расстройствами личности. Проведенные популяционные исследования показывают, что в экономически развитых странах почти у половины лиц в возрасте 85 лет и старше развивается деменция. В мире ежегодно примерно у 6 миллионов пациентов диагностируется деменция и предполагается увеличение числа лиц страдающих ею в будущем, поэтому в последние годы ведется интенсивная научная работа, направленная на формирование нового подхода к экспертной оценке психических расстройств у данной категории лиц с нарушениями мышления, речи, потерей социальных и профессиональных навыков, адекватной оценки своего состояния (Л.Е. Киселевская, С.С. Назаров, 2013; Cairns R. et al., 2005; Brown et al., 2013; Emmett C. et al, 2013).

Для сосудистой деменции характерным является флюктуирующий тип течения заболевания, которому присущи длительные периоды стабилизации и даже обратимость развития некоторых симптомов интеллектуально-мнестических нарушений. Поэтому степень выраженности деменции может колебаться, что часто коррелирует с состоянием мозгового кровотока.

Ряд авторов отметили наибольшие сложности при решении экспертных вопросов, касающихся дееспособности у пациентов с органическими поражениями головного мозга, когда имеющиеся нарушения в интеллектуально-мнестической сфере не достигают уровня деменции и не носят тотальный характер (W.M.I. Suto et al., 2005; D.S. Yadav, et al., 2011; H.R. Griffith, et al., 2003; P. Filakovic, et al., 2011). Большинство авторов считали, что даже при лакунарных формах слабоумия пациенты должны признаваться недееспособными при имеющихся достаточно выраженных афатических расстройствах, сопровождающихся аграфией и алексией (Л.А. Яхимович, 1975, 1990; Н.Н. Яхно, 2010; А.В. Семке и соавт., 2010; Е.Б. Любов, 2010; D.C. Marson, 2013, 2009, 2006).

Особую группу больных, по мнению Нигматуллина И.Д. и соавт. (1994), представляют пациенты с сосудистыми заболеваниями головного мозга, когда в структуре расстройств имеются переживания параноидного регистра (так называемый бред малого размаха), при этом отмечается относительная социальная адаптация и поведение больных не выглядит неправильным.

О невозможности осуществления больным с выраженной умственной отсталостью своих прав писали Сербский В.П. (1900), Корсаков С.С. (1901), Фрейеров О.Е. (1957, 1962), Холодковская Е.М. (1967), Фельдман Э.С., Штиллер Л.Я. (1962), Герасимов С.В. и соавт. (1982), Носова С.К. (1987), Горинов В.В. (1990), по мнению которых, идиотия, имбецильность и глубокая степень дебильности не совместимы с дееспособностью. Экспертную сложность представляют лишь легкие и умеренные степени

дебильности. Большинство исследователей также полагали, что легкие степени врожденного умственного недоразвития совместимы с дееспособностью. Сложность определения критериев недееспособности при оценке состояния умственно отсталых со слабой выраженностью расстройства требует тщательного изучения степени недоразвития интеллекта с учетом не только экспериментально-психологического обследования, но и особенностей клинической картины, степени аффективно-волевых нарушений и компенсаторных возможностей. Часто признаются недееспособными лица страдающие легкой умственной отсталостью с нарушениями аффективно-волевой сферы, неупорядоченным поведением, склонные к подражанию и подчиненности случайным явлениям вследствие повышенной внушаемости.

Особое значение эмоционально-волевых изменений при неглубокой степени нарушений интеллекта отмечал Герасимов С.В. и соавт. (1982), которые выделили три варианта: гипердинамический, гиподинамический и тип с психопатоподобным поведением. Лица с гипердинамическим типом чаще признаются дееспособными в зависимости от частоты декомпенсации имеющихся эмоционально-волевых расстройств. При решении вопроса о дееспособности у больных с гиподинамическим типом нарушений экспертное значение приобретали отсутствие либо наличие социально-трудовой адаптации. При наличии клинически значимых психопатоподобных нарушений поведения пациент, как правило, признавался недееспособным. Отдельную группу представляют собой пациенты с неглубоким интеллектуальным недоразвитием, которые воспитывались в микросоциальной среде в условиях гиперопеки, когда близкое окружение оказывало больному чрезмерное внимание, родные постоянно удерживали его около себя, защищая даже при отсутствии реальной опасности, что привело к выученной беспомощности (реакции на любое препятствие как на непреодолимое). После смерти родителей такие пациенты быстро теряли

способность ориентироваться в жизненных ситуациях, утрачивая прежнюю относительную социальную адаптацию. К таким больным целесообразно было бы применение статуса ограниченной дееспособности.

Горинов В.В. (1990) также отмечал, что для принятия экспертного решения особое значение у лиц с интеллектуальной недостаточностью и эмоционально-волевыми нарушениями приобретают повышенная внушаемость, пассивная подчиняемость, отсутствие критического отношения к исходу гражданского дела.

Яхимович Л.А. (1990), Горинов В.В. и соавт. (1993); Горинов В.В., Васюков С.А. (1995) описали три ранга признаков, влияющих на вынесение экспертного заключения при определении недееспособности. К первой группе признаков отнесены клинические (психопатологические) проявления, с учетом их динамики, глубины и тяжести продуктивных и негативных расстройств. При оценке клиники психических расстройств Харитонов Н.К. и соавт. (1998, 2011) независимо от нозологической принадлежности больных уделяли особое внимание продолжительности и прогрессивности заболевания, тенденции к безремиссионному течению с нарастанием признаков дефекта или интеллектуального снижения с изменениями личности.

Вторую группу составили социальные факторы (образование, трудоспособность, семейное положение, система социальных связей с микросредой, степень социальной адаптации). Критерии третьего ранга – психологические факторы (оценка ориентированности в совершаемых юридически значимых действиях). Субъективному отношению больного к совершаемому юридическому акту придавал особое значение и Нигматуллин И.Д. и соавт. (1994).

Исследование, проведенное Мохонько А.Р. и Муганцевой Л.А. в 2013 году, показало, что, несмотря на значительный рост числа лиц, проходивших СПЭ в связи с признанием сделки недействительной (в 2 раза), их

нозологический состав за последние 10 лет не изменился. Органические психические расстройства составили 56,9% у лиц, признанных недееспособными, и 62,4% у лиц, признанных неспособными к совершению сделки. Шизофрения диагностирована у 14,8% недееспособных больных и у 20,2% неспособных лиц. Умственная отсталость занимает значительный удельный вес (27,6%) лишь у недееспособных лиц. Что касается динамики приведенных показателей, в отношении недееспособных лиц, следует отметить рост органических психических расстройств (с 37 до 56,9%), уменьшение умственной отсталости (40% в 2002г. и 27,6% в 2012г.) и шизофрении (соответственно 22,5 и 14,8%).

Детальный анализ работ, посвященных экспертной деятельности, нашел свое отображение в монографиях (Б.В. Шостакович, А.Д. Ревенок, 1992; Н.К. Харитонов и соавт., 1998, 2011; Т.Б. Дмитриева и соавт., 2003). В работах Корзун Д.Н. (2004, 2009), Малкина Д.А. (2004) поднималась проблема дееспособности пациентов. Яхимович Л.А. (1975, 1990, 1994, 2005), Бутылин Н.В. (1999), Яхимович Л.А., Горинов В.В. (2005) изучали вопросы дееспособности при составлении завещаний. Холодковская Е.М. (1967), Шостакович Б.В. (1973-1992), Горинов В.В. (1990) и многие др. занимались изучением вопросов, связанных с возможностью недееспособного вступать в брачные отношения и прекращать их. Работы Шишкова С.Н. (1995), Черного В.А. (1996, 1999), Черного В.А. с соавт. (1998), Горинова В.В., Королевой Е.В., Харитоновой Н.К. (1997), Осокиной Г. (1997), Харитонova Н.К., Иммерман К.Л., Черного В.А. (1998); Михайловой Е.В. (2003, 2011); Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. (2013) касаются вопросов дееспособности пациентов при совершении процессуальных действий.

Харитонova Н.К. с соавт. (1998) писали, что признание лица недееспособным связано со значительным изменением его правового положения, необоснованно широкое применение опеки в отношении лиц с

психическими расстройствами приводит к нарушению социальных связей, возможностей трудоустройства и создания семьи, может являться фактором, нарушающим адаптационные способности, и привести к утяжелению течения заболевания в создавшейся психотравмирующей ситуации. Для того, чтобы защитить права душевнобольных при совершении ими имущественных сделок, совсем необязательно лишать их дееспособности. Лицо, находившееся в определенный период времени, при совершении имущественной сделки в "таком состоянии", которое лишало его возможности понимать значение своих действий и руководить ими, не может быть признано судом недееспособным с наложением опеки, т.к. в случае периодически возникающих психотических расстройств указанное заключение распространяется лишь на исследуемый период. Подобные лица, по мере улучшения состояния, могут принимать участие в судебных заседаниях, самостоятельно защищать свои интересы, т.е. в законодательстве предусматривается полное сохранение гражданских прав лиц с приступообразным течением заболевания.

Некоторыми авторами проблема недееспособности рассматривается в свете меняющейся социально-экономической ситуации, с учетом совершенствования правовых норм (Н.В. Трофимова и соавт., 1997, Т.В. Зозуля, 1998). Проведя клинико-психопатологический анализ психических расстройств при экспертной оценке дееспособности, Мишин А.В. (2008, 2009) отметил необходимость дополнения анализа клинических категорий социальными показателями, которые существенно различаются при продуктивных и негативных психопатологических синдромах. Автором установлено, что доминирование дефицитарной симптоматики со снижением поведенческой и социальной активности сопровождается стойким снижением социальной адаптации с утратой трудоспособности, распадом микросоциальных связей, расстройством прогностических функций в социальном функционировании, что определяет недееспособность этих лиц.

Появляются научные труды, посвященные изучению клинико-социальных характеристик, качества жизни и социального функционирования психически больных (И.Я. Гурович и соавт., 1994; И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, 1998; А.Б. Шмуклер, 1999; И.В. Белоус, 2011), признанных судом недееспособными (В.А. Климов, 2007; А.В. Мишин, 2009, С.А. Безнос и соавт., 2010; В.А. Руженков и соавт., 2013). Исследователи обосновывают необходимость разграниченного подхода к гражданам, страдающим психическими расстройствами в отношении дееспособности. Выделяют клинико-социальные критерии, руководствуясь которыми, врачи-психиатры могут обоснованно инициировать судебные процессы по лишению граждан дееспособности, равно как и по восстановлению дееспособности. Акопов Л.М. (2001), изучал клинико-социальные характеристики недееспособных больных, находящихся в специализированных психоневрологических интернатах. Климов В.А. (2007) выдвинул ряд критериев, которыми необходимо руководствоваться в работе с психически больными пациентами. Если пациент, страдающий психическим заболеванием, нуждается в полном уходе, в том числе и бытовом обеспечении, необходимо инициировать вопрос о признании его недееспособным в установленном порядке. Также признанными судом недееспособными могут быть больные, нуждающиеся в частичном бытовом и физическом уходе при нарастании болезненных изменений, что неуклонно приводит к снижению адаптации. Вопрос о лишении дееспособности у так называемых «сохранных» психически больных граждан должен возникать при наличии устойчивого характера, обусловленного болезненными переживаниями поведения, влекущего за собой вред собственному здоровью и имуществу, а также здоровью и имуществу членов семьи. В случае стойкого улучшения психического здоровья, хорошей социальной адаптации у недееспособного гражданина, по мнению большинства авторов,

необходимо инициировать вопрос о восстановлении его дееспособности в установленном законом порядке.

Минакова Ю.С., Руженков В.А. (2013) указывали на значимость образовательного уровня и преморбидной социальной адаптации для прогноза уровня социального функционирования недееспособного.

Marson D.C. (2013, 2009, 2006) изучал клинические, юридические и этические аспекты финансовой дееспособности у больных с нейродегенеративными заболеваниями. Среди заболеваний, которые могут влиять на финансовую дееспособность, были выделены деменции, инсульты, черепно-мозговые травмы, шизофрения и нейродегенеративные заболевания. Приводились данные, что даже при легких когнитивных нарушениях, при минимальной мозговой дисфункции на ранних стадиях болезни Альцгеймера снижаются возможности выполнения финансовых операций. Часто трудности с финансовыми операциями являются первым признаком начинающейся деменции. С юридической точки зрения авторы подразделяют финансовую дееспособность на дееспособность в составлении договоров, дарственных и завещаний. Рассматривая вопросы опеки и попечительства в данной сфере, многие авторы обсуждают принципиальные различия между дееспособностью в принятии решений о лечении (участии в клиническом исследовании) и финансовой дееспособностью (последняя, по мнению авторов, охватывает гораздо больший круг когнитивных способностей). Приводятся критерии для клинической оценки нарушения финансовой дееспособности (M.G. Sherod, H.R. Griffith, J. Copeland, et al, 2009; G.S. Owen, 2009; H.R. Griffith, K. Belue, A. Sicola, et al., 2003; V.G. Wadley, L.E. Harrell, D.C. Marson, 2003).

Jovanovic A.A., Jovovic S., Milovanovic S., Jasovic-Gasic M.(2008) изучали медицинские причины недееспособности на основе анализа судебных запросов с целью признания недееспособным больного после смерти, когда проводилась посмертная судебно-медицинская экспертиза и

выносилось заключение о недееспособности лица. Ретроспективное исследование показало, что в 73 случаях из 156 эксперты дали заключение о недееспособности. Авторы привели данные о нозологии всех подэкспертных (в основном они страдали психическими расстройствами и заболеваниями сердечно-сосудистой системы) и определили статистически значимую связь относительно заболеваний и вероятности быть недееспособным. Достоверной такая связь была только при психических расстройствах, которые разделились на 3 группы диагнозов, кодируемых в МКБ-10 как F00-F09, F10-19, F20-F99. Для 1-ой группы риск признания недееспособным составил 94%, во 2-ой 83%, а в 3-ей только 20%.

Kenneth I. Shulman, et al. (2007) рассматривали проблемы оценки завещательной дееспособности в аспекте взаимосвязи юридической и медицинской стороны вопроса. Наиболее частой причиной утраты дееспособности в отношении составления завещания, по результатам их исследования, явились такие клинические формы психических расстройств, как деменция, шизофрения, бредовые расстройства, расстройства настроения, алкогольная зависимость. Авторы применяли общепринятые критерии завещательной дееспособности, а также скрининговые тесты для оценки когнитивных способностей обследуемых.

Palmer B.W., Jeste D.V. (2006) исследовали дееспособность больных шизофренией в отношении возможности дать компетентное согласие на участие в клиническом исследовании и обнаружили, что наибольшая зависимость существует между недееспособностью (в отношении принятия решения об участии в исследовании) и когнитивным дефицитом. Вопреки гипотезам, выявлена незначительная зависимость между индивидуальными познавательными способностями в различных сферах (понимание, оценка, обоснование, выбор) и уровнем компетентности (дееспособности) в принятии решений. Помимо этого, значимой для установления недееспособности признана тяжесть негативных симптомов. Возраст,

уровень образования, выраженность позитивных симптомов и симптомов депрессии не коррелировали с уровнем дееспособности. Авторы сделали вывод, что при оценке дееспособности следует опираться не на возраст или диагноз пациента, а на уровень когнитивного дефицита и выраженность негативной симптоматики психического расстройства.

Karlawish J.H. et al. (2005) с помощью полуструктурированного интервью исследовали пациентов с болезнью Альцгеймера (с легкой и умеренной степенью деменции). Оценивалась способность больных принимать компетентные решения на примере согласия на лечение, в частности такие составляющие этого процесса, как осмысление (понимание), оценка, способность к рассуждению и способность к выбору. Авторы изучали способность к принятию решения по лечению, используя протокол MacArthur для оценки когнитивных способностей, краткую шкалу оценки психического статуса – MMSE (Mini-mental State Examination), помимо этого, учитывалось субъективное мнение пациентов о своих когнитивных нарушениях в сравнении с объективной оценкой, даваемой их сиделками. Выявлялась корреляция между суммой баллов по MMSE и конечному заключению о дееспособности. По экспертным оценкам, 18 из 48 респондентов были признаны компетентными, в отношении принятия решений (40%). Пациенты с умеренной деменцией в большей части были неспособны принять решение по лечению. В отношении MMSE чувствительность показаний выявлена только при сумме баллов ниже 19 (в большой вероятности такой пациент будет недееспособным) и выше 23 (соответственно дееспособным). В зоне 20-22 балла по MMSE оказались одинаково вероятными как дееспособность, так и недееспособность. В качестве диагностического инструмента, большая чувствительность в отношении дефиниции – недееспособность – выявлена у подшкал протокола MacArthur. Помимо этого, авторы описывают прямую зависимость между осознанием пациентом своих симптомов и признанием его дееспособным.

Calcedo-Barba A. et al. (2007) рассматривая клинико-правовые и этические вопросы недееспособности, представили данные обзора зарубежной литературы по вопросам дееспособности психических больных в различных сферах жизни, таких как способность принять решение в отношении лечения, финансовых операций, участия в клиническом исследовании, голосовании на выборах и других. Также авторы изучили возможность применения различных диагностических инструментов для оценки дееспособности, нейropsychологические предикторы недееспособности.

Интересное исследование проводили Burton C.Z., Twamley E.W., Lee L.C., Palmer B.W., Jeste D.V., Dunn L.B., Irwin S.A. (2012). Авторы исследовали распространенность когнитивных нарушений и их влияние на способность к принятию решений у пациентов хосписов, у которых ранее не было диагностировано когнитивное расстройство и которые не обнаруживают явных клинических признаков когнитивного дефицита в обыденной жизни. Выявлено, что, несмотря на отсутствие документального или клинически выраженного нарушения, более половины респондентов обнаружили значительные когнитивные расстройства. Между пациентами с когнитивным дефицитом и без него, не обнаружено различий ни в демографических, ни в клинических показателях, ни в профиле лекарственной терапии. Выявлена корреляция между уровнем когнитивного нарушения и дееспособностью. Опираясь на полученные данные, авторы делают вывод об оправданности исследования когнитивных способностей у больных, получающих паллиативную помощь ввиду оценки их дееспособности (особенно учитывая необходимость решения важных вопросов, встающих перед окончанием жизни, — имущественного планирования, предварительных распоряжений, внутрисемейных отношений).

В настоящее время, несмотря на обновление гражданского законодательства, изменившуюся социально-экономическую ситуацию, остаются во многом не затронутыми вопросы взаимодействия социальных агентов, участвующих в жизнеобеспечении недееспособных граждан: врачи-психиатры, опекуны, сотрудники отделов опеки, правоохранительные органы (М.И. Шеденко и соавт., 2011).

Процесс признания гражданина недееспособным относится к полномочиям судебного органа (Л.Я. Данилова, 2012). Для признания лица недееспособным необходимо сочетание медицинского критерия (психическое расстройство) с юридическим, включающим два признака: интеллектуальный (невозможность отдавать отчет в своих действиях) и волевой (невозможность руководить своими действиями). Таким образом, для установления недееспособности необходимо два факта – наличие у гражданина психического заболевания и неспособность понимать значения своих действий или руководить ими. Между двумя этими фактами должна быть причинно-следственная связь (В.Р. Илейко, 2006; Ю.Н. Аргунова, 2010, 2013).

Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства рассматривается в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер), независимо от совместного с ним проживания, а также органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения. Согласно ст. 282 ГПК РФ, в заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие которого он не может понимать значение своих действий или руководить ими. Судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела о признании гражданина недееспособным, при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения

его психического состояния, судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ). При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело, от прохождения экспертизы суд судебным заседанием с участием прокурора и психиатра на основании статьи 283 Гражданского процессуального кодекса РФ может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу. Особенностью судебно-психиатрической экспертизы при решении вопросов о дееспособности является необходимость прогностической оценки психического состояния лица с учетом особенностей психического расстройства. При этом диагноз заболевания автоматически не определяет экспертное заключение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими (Т.Б. Дмитриева в соавт., 2003; Д.Н. Корзун, 2004, 2009; А.В. Мишин, 2008).

Если человек с психическим заболеванием признается недееспособным, его гражданские права от его имени должен реализовать опекун. Таким образом, в жизни недееспособных лиц опекун, назначаемый органом опеки и попечительства, играет ведущую роль. Требования к опекуну определены статьей 35 Гражданского кодекса Российской Федерации. Опекунами и попечителями могут назначаться только совершеннолетние дееспособные граждане. Не могут быть назначены опекунами и попечителями граждане, лишенные родительских прав, а также граждане, имеющие на момент установления опеки или попечительства судимость за умышленное преступление против жизни или здоровья граждан. При этом должны учитываться его нравственные и иные личные качества, способность к выполнению обязанностей опекуна или попечителя, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве, а если это возможно - и желание подопечного (ГК РФ; А.А. Клепикова, 2013).

Так же важную роль в жизни недееспособного гражданина играет такой социальный агент как органы опеки и попечительства. В настоящее

время, благодаря широкой доступности сети Интернет, для удобства граждан во многих городах разработаны сайты предоставляющие информацию о местных органах опеки и попечительства с указанием адреса, контактных телефонов, функций вышеуказанного отдела, перечни необходимых документов для инициации вопроса о признании гражданина недееспособным для формирования личного дела и иная необходимая информация; предоставляется помощь социального работника. В Волгограде структура социальной помощи недееспособным гражданам координируется отделами опеки и попечительства, представленными в каждом районе муниципального образования, каждый отдел имеет соответствующую страницу на официальном сайте администрации района Волгограда, где размещена подробная информация о структуре и функциях подразделения.

Органы опеки и попечительства в рамках действующего законодательства выполняют следующие функции: выявляют и регистрируют граждан, которым требуется опекун или попечитель; проводят процедуру установления опеки или попечительства; иницируют вопросы, связанные с признанием дееспособности, ограниченной дееспособности; проводят подбор, учет, консультирование граждан, желающих стать опекунами или попечителями; осуществляют контрольно-надзорную деятельность в отношении опекунов и попечителей (при необходимости освобождают их от исполнения обязанностей), а также организаций, в которые помещены недееспособные и ограниченно дееспособные граждане; представляют законные интересы недееспособных граждан, несовершеннолетних граждан; осуществляют процедуру заключения договоров доверительного управления имуществом подопечных, при необходимости выдают разрешение на совершение сделок с имуществом подопечных, на раздельное проживание попечителей и их несовершеннолетних подопечных, а также иные необходимые мероприятия, определенные законодательством в сфере опеки и попечительства (ФЗ№48).

Медицинское наблюдение за гражданами, признанными судом недееспособными, осуществляет психоневрологический диспансер. В диспансере предусмотрены ставки специалистов по социальной работе и социальных работников, которые также должны оказывать социальную помощь недееспособным лицам и их опекунам. Следует отметить отсутствие какого-либо законодательно утвержденного нормативного акта, регулирующего взаимодействие между вышеуказанными службами. Ежегодно между районным психоневрологическим диспансером и районными отделами опеки и попечительства согласовывается план совместной работы. В него входят такие мероприятия, как проведение ежемесячных (ежеквартальных) сверок реестра совершеннолетних недееспособных граждан; предоставление информации о бездействии опекуна; участие в совместных совещаниях по опеке и попечительству, по решению организационных вопросов.

Согласно статье 36 ГК РФ («Исполнение опекунами и попечителями своих обязанностей»), опекуны обязаны заботиться о содержании своих подопечных, обеспечивать им надлежащий уход и лечение, отстаивать их права и интересы. При этом недееспособные граждане продолжают оставаться одной из самых незащищенных категорий лиц, жизнь которых зависит от добросовестности, ответственности и порядочности опекуна, контроль за деятельностью которого необходим со стороны органов опеки (В.А. Климов, 2007; А.В. Мишин, 2009; П.В. Ситчихин, 2013; Yuval Melamed et al., 2010).

В современной литературе вопрос о необходимости контроля за деятельностью опекуна остается одним из дискуссионных. Ю. Навроцкий в статье «Только психиатр вникнет в нужды недееспособных»¹ высказывал мнение, что психиатрия — наиболее социализированная отрасль медицины, врачи-психиатры участвуют во всех сторонах жизни своего пациента,

¹http://medvestnik.by/ru/issues/a_5878.html?_print=1

поэтому участковый психиатр в первую очередь оценит качество выполнения опекуном его обязанностей. При этом мы не согласны с автором статьи о полном возложении обязанностей по контролю за деятельностью опекуна на медицинское учреждение. Мы считаем, что контроль за деятельностью опекунов — сложный, ответственный и объемный участок работы, и возложение обязанностей контроля за опекунами только на врача недопустимо. Доктора, которые занимаются лечением больных, не имеют возможности тратить время на согласование документов. Поручение медикам несвойственной им работы является нарушением прав незащищенной категории населения — недееспособных, которые могут недополучить должного внимания и заботы, предусмотренных законом. При всем старании медработники не могут выполнить в полном объеме административные и юридические процедуры по опеке и попечительству. А дополнительная нагрузка «не по профилю» наносит ущерб основной врачебной деятельности (Е. Клещенок, 2010).²

Вопрос совместного подхода психиатрических служб и органов опеки и попечительства к организации работы с недееспособными гражданами и их опекунами недостаточно изучен в современной научной литературе.

1.2. Проблема недееспособности: социальный аспект

Особенности контингента больных, специфика медико-биологических основ психических болезней и тесная сопряженность психического заболевания с социальными ограничениями в отношении больного человека, в совокупности определяют круг вопросов, постоянно поднимающихся в дискуссии между врачами-психиатрами и другими членами общества (Н.Я. Оруджев с соавт., 2013).

В соответствии с ГК РФ правовое положение лиц определяется категориями правоспособности и дееспособности. Правоспособность

²http://medvestnik.by/ru/issues/a_5584.html.

(способность иметь гражданские права, исполнять обязанности), которая признается в равной мере за всеми гражданами, возникает в момент рождения и прекращается со смертью, предполагает, что граждане могут иметь имущество на праве собственности, наследовать и завещать имущество, заниматься предпринимательской и любой иной не запрещенной законом деятельностью, совершать любые не противоречащие закону сделки (ГК РФ). Социальным содержанием правоспособности являются политическая, экономическая, культурная, личная и иные социальные свободы и соответствующие им обязанности лица в обществе (Н.К. Харитонов с соавт., 2003, 2011; Ю.Н. Аргунова, 2013; А.А. Клепикова, 2013).

Согласно статье 21 ГК РФ, дееспособность гражданина расценивается как способность своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их, при этом отмечается, что дееспособность возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия. Лицо может быть ограничено в дееспособности только в случаях и в порядке, установленных законом (статья 22 ГК РФ).

В случаях, установленных ГК РФ, граждане могут иметь ограниченную дееспособность в силу закона (малолетние и несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет), дееспособность гражданина может быть ограничена по решению суда (по причине пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами), или гражданин может быть признан недееспособным (вследствие психического заболевания). Над гражданами, признанными недееспособными устанавливается опека. Принято считать, что лицо, признанное недееспособным, утрачивает только свою дееспособность, в действительности такое лицо лишается и многих составляющих правоспособности. Недееспособный не имеет права ни сам, ни через опекуна

завещать свое имущество, заниматься избранным им видом деятельности, вступать в брак и т.д. (Ю.Н. Аргунова, 2011, 2012, 2013).

Вопросы, связанные с признанием лица недееспособным в связи с психическим расстройством, сформулированы в статье 29 ГК РФ. Согласно пункту 1 данной статьи, гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Дееспособность состоит из трех элементов: способности человека самостоятельно осуществлять принадлежащие ему права и нести обязанности; возможности самостоятельного заключения сделок (делкоспособность); возможности нести гражданскую ответственность за вред, причиненный его противоправными действиями (деликтоспособность).

В отличие, например, от правоспособности, дееспособность связана с совершением гражданином волевых действий, что предполагает достижение определенного уровня психической зрелости и наличие психического здоровья (Н.К. Харитонов с соавт., 1998, 1999, 2011).

Каждый совершеннолетний гражданин общества в течение своей жизни вступает в те или иные правовые отношения, совершает юридически значимые действия. Это касается и здоровых лиц, и лиц с различными психическими расстройствами. В отношении последних изучение вопросов дееспособности особенно значимо, так как служит обеспечению прав и интересов лиц с психическими расстройствами и требует в связи с этим критериев оценки влияния тех или иных психических расстройств на способность гражданина осознавать свои действия, поступки, критически оценивать юридически значимые ситуации и прогнозировать их последствия (В.Р. Илейко, В.Б. Первомайский, 2006).

Вероятность конфликта интересов лица с психическим расстройством и лица, ставящего вопрос о его дееспособности, обусловлена тем, что

признание гражданина недееспособным неизбежно сопряжено с принудительным изменением его правового статуса, установлением опеки. Имущественные сделки, совершенные недееспособными лицами, в соответствии со ст. 171 ГК РФ признаются недействительными. Также недействительным считается брак, заключенный недееспособным. Признание гражданина недееспособным может быть сопряжено с его помещением в дом – интернат психоневрологического профиля, в том числе и помимо его желания. Тяжесть правовых последствий признания гражданина недееспособным, ограниченность возможностей лиц, страдающих психическими расстройствами, самостоятельно осуществлять право на судебную защиту, вытекающая из самого рода заболевания, возможность конфликта интересов психиатрического пациента и потенциального опекуна определяют необходимость обеспечения максимальных гарантий защиты прав и интересов данного контингента больных (Ю.Н. Аргунова, 2013; Э.В. Эльтекова, 2010).

Мотивами признания лица недееспособным являются: необходимость получения и расходования в интересах больного начисленных ему пенсий и пособий; превенция растраты им денежных средств (кредиты, займы), превенция отчуждения имущества (преимущественно недвижимого) и последующего оспаривания заключенного им гражданско-правового договора (купли-продажи, мены, дарения, ренты); превенция оформления завещания на случайных лиц (А.Б. Бабаев, 2002, 2003; Ю.Н. Аргунова, 2010, 2013).

Анализ, проведенный Корзун Д.Н. (2009), показал, что в подавляющем большинстве случаев – 83,6% причины обращения в суд с заявлением о признании гражданина недееспособным являются социальными (невозможность больным самостоятельно получать пенсию, оформлять льготы, неспособность к самообслуживанию, необходимость перевода в учреждение социального обслуживания). В 6,6% случаев причина –

стремление исключить возможность распоряжения больным его имуществом, в 9,8% – рассмотрение гражданского дела в суде о признании сделки недействительной.

Ситчихин П.В. (2011, 2012), акцентируя внимание на таких причинах инициирования родственниками судебного процесса лишения дееспособности лиц с психическими расстройствами, как наследование, управление движимым или недвижимым имуществом, отмечает, что на первом месте остается необходимость рационального расходования доходов лиц с психическими расстройствами (до 66,7% случаев), так как недееспособное лицо часто не имеет иных доходов, кроме пенсии по инвалидности.

Ранее некоторые авторы (С.П. Позднякова, А.И. Абросимов, 1980; Л.А. Яхимович, 1994) отмечали, что своевременное назначение опеки приводит к снижению повторных ООД, совершаемых недееспособными. Позднее было обращено внимание на тот факт, что «опекун нередко не может оказать существенного влияния на поведение больного, а психиатрическая служба, в свою очередь, не может воздействовать на качество выполнения опекуном его обязанностей» (П.В. Ситчихин, 2012).

По данным Минаковой Ю.С. и Руженкова В.А. (2013), после выписки из стационара почти половина недееспособных пациентов (46,7%) не принимали регулярно поддерживающую терапию, большинство (73,2%) злоупотребляли алкоголем, у 62,4% больных социальное окружение составляли лица с криминальным прошлым, злоупотребляющие алкоголем и психоактивными веществами, религиозные фанатики, судимые за мошенничество, у части были близкие родственники, страдающие психическими заболеваниями. Многие недееспособные пациенты (21,3%) сами употребляли алкоголь для уменьшения симптомов депрессии и тревоги, ослабления побочного действия нейрорептиков. Другие использовали алкоголь как коммуникативный допинг, чтобы «влиться в компанию».

Нередко на употребление спиртных напитков их провоцировали родственники (родители, в основном отцы, супруги). Высокий удельный вес (33,7%) занимают случаи, когда родственники не желают ухаживать за пациентами. Причинами этого были следующие: нежелание обременять себя лишними хлопотами, плохое материальное положение и стесненные жилищные условия, агрессивное и антисоциальное поведение пациентов (сексуальная распушенность, склонность к воровству), страх подвергнуться общественному неодобрению, если станет известно, что в семье есть психически больной, наличие тяжелого соматического заболевания у пациента или у самого родственника. Способность к самообслуживанию снижена почти у всех лиц мужского пола (97,8%), в то время как у лиц женского пола этот показатель составляет 71,4%. В то же время только 2,2% мужчин считают, что нуждаются в посторонней помощи, тогда как среди женщин это число составляет 28,5%. По данным авторов родственники более охотно брали на себя ответственность за ослабленных больных женского пола, а от больных мужского пола старались избавиться. Это было связано с тем, что женщины реже злоупотребляли психоактивными веществами и родственникам проще справиться с агрессивно настроенной женщиной. Кроме того, лица мужского пола быстрее теряли социальные связи (не участвовали в воспитании детей, поэтому лишились заботы с их стороны).

Многими авторами подтверждено, что количество психических расстройств в Российской Федерации увеличивается ежегодно так же, как, соответственно, число инвалидов по психическому заболеванию и недееспособных вследствие психического расстройства граждан (А.Р. Мохонько, Л.А. Муганцева, 2004-20123; В.И. Петров, Н.Н. Седова, 2008; Н.Ф. Дементьева, 2013). По данным статистической отчетности за десятилетний период 1997—2007гг., число судебно-психиатрических экспертиз на предмет признания гражданина недееспособным удвоилось, а по сравнению с 1994г. выросло в четыре раза. По России за 2007г. проведено

34 тысячи таких экспертиз. Процент судебно-психиатрических экспертиз, по которым эксперты рекомендуют признать гражданина недееспособным, остается стабильным и составляет 94% от общего количества судебно-психиатрических экспертиз по делам о признании гражданина недееспособным. Отмечены регионы, в которых данный показатель достигает 100% (Томская область, Республики Тыва, Калмыкия) (Т.Б. Дмитриева с соавт., 2008; С. Курбанов, 2010).

Мишин А.В. (2009) отмечал, что в последнее время наблюдается неуклонный рост судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам: с 1996г. по 2006г. их количество увеличилось в 2,3 раза, среднегодовой прирост составил +9,1%. Этот рост в основном обусловлен увеличивающимся числом экспертиз на предмет признания гражданина недееспособным.

Ситчихиным П.В. (2011, 2013) выявлен существенный рост абсолютных и относительных показателей количества недееспособных лиц и инвалидов вследствие психического расстройства в возрасте 18 лет и старше на местном, региональном и общероссийском уровнях в 2000-2010 гг.

По данным исследования, проведенного Э.В. Эльтековой и соавт. (2010) за период 1994-2004гг., число СПЭ по делам о признании гражданина недееспособным возросло в 3,5 раза. И в последующие годы отмечалась устойчивая тенденция к росту количества СПЭ по делам о признании гражданина недееспособным (в интервале 2003-2007гг. количество СПЭ данного вида возросло на 25,8%).

Как видно из аналитического обзора «Основные показатели деятельности судебно-психиатрической службы РФ за 2006г.», составленного Мохонько А.Р. и Муганцевой Л.А., число экспертиз о признании лица недееспособным увеличилось с 14070 в 1996г. до 33308 в 2006г. (в 2,4 раза). В 2006г. данный вид экспертиз осуществлялся в 94,1% случаев от общего числа освидетельствованных в гражданском процессе,

недееспособными были признаны 93,4% подэкспертных. Эти же авторы сообщают, что в 2012г. амбулаторными и стационарными отделениями СПЭ по гражданским делам во всех субъектах РФ было проведено 31180 освидетельствований, 16,9% всех СПЭ. После стабильного роста этого контингента лиц до 2009 г., с 2010г. отмечается отрицательный прирост – почти на 20% за последние 3 года. Если в отношении лиц, прошедших СПЭ в связи с признанием сделки недействительной, в 2010 и 2011 гг. сохранялся положительный прирост (соответственно +10,2% и +20,4%), то в 2012 г. их число уменьшилось на 13,6%. Недееспособными были признаны в 2012 г. 88,1% подэкспертных, неспособными к совершению сделок – 40,1%. Это самые низкие значения показателей за последние 10 лет. В 2002г. данные показатели составили соответственно 99,5% и 55%. Учитывая, что снижение значений показателей идет параллельно снижению числа СПЭ по данным контингентам, это требует особого внимания и специального анализа (А.Р. Мохонько, Л.А. Муганцева, Е.Я. Щукина 2004-2013).

Эльтекова Э.В. и соавт. (2010) выделяли группы факторов, влияющих на рост количества СПЭ по делам о признании гражданина недееспособным, подразделяя их на 3 основные группы:

1. Социально – правовые факторы:

а) расширение сферы имущественных правоотношений – увеличение количества вариантов отчуждения собственности (различные виды ренты, купли – продажи, перераспределения собственности и т.п.);

б) сопряженность помещения в учреждения социального обеспечения специализированного типа с процедурой лишения дееспособности;

в) использование процедуры лишения дееспособности для превенции отчуждения собственности.

2. Демографический фактор – «постарение» населения с ростом доли лиц пожилого и старческого возраста в общей популяции.

3. Семейный фактор – трансформация «большой» патриархальной семьи в нуклеарную семейную ячейку, что сопровождается:

- а) внутрисемейными имущественными спорами;
- б) отказом родственников от поддержки лиц с психическими расстройствами;
- в) одиночеством лиц пожилого и старческого возраста, включая психически больных.

Ученые государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, также одной из причин роста СПЭ по признанию гражданина недееспособным считают возрастание роли имущественных взаимоотношений в обществе (С. Курбанов, 2010).

Рост числа находящихся под опекой Безнос С.А. и соавт. (2010) также связывают с социальными причинами, среди которых преобладают вопросы недвижимости, когда родственники инициируют признание недееспособными больных для решения своих жилищных проблем.

В современной научной литературе освещаются многие проблемные и спорные вопросы, связанные с лишением дееспособности граждан, страдающих психическими расстройствами (А. Деменева, 2005; Ю.Н. Аргунова, 2007, 2009, 2011, 2012; С.Н. Котарев, 2006-2009; Д.Г. Бартенев, 2009; А.Р. Мохонько, Л.А. Муганцева, 2011; Д.Г. Устинов, 2011; Т.В. Шепель, 2011; Л.Е. Киселевская, С.С. Назаров, 2013; С.М. Перепадя, О.А. Ризик, 2013; P.S. Appelbaum, et al., 2005).

В целом же анализ отечественной литературы указывает на дефицит обобщающих, системных исследований, касающихся взаимодействия служб, оказывающих помощь недееспособным гражданам, несовершенство законодательного обеспечения работы с недееспособными.

Существующая в настоящее время в России система опеки над недееспособными гражданами исходит из той модели, что если человек признан недееспособным, то считается, что никакие решения самостоятельно

он принимать не может, и все решения за него принимает его опекун. То есть происходит полное замещение решений больного решениями другого человека либо другого учреждения (интернат, психиатрическая больница или иное стационарное учреждение). Такая модель до недавнего времени не вызывала ни у кого сомнений, поскольку считалось, что это единственная возможная модель защиты людей, неспособных принимать самостоятельные решения или способных принять такие решения, которые могут этим людям навредить. В последние годы было высказано много критики в адрес такой системы защиты людей с нарушениями психического здоровья. Она прозвучала не только со стороны родственников и организаций, оказывающих поддержку недееспособным гражданам, но и со стороны высших судебных инстанций и международных органов, осуществляющих защиту прав человека (Э. Пилт, Д.Г. Бартенев, 2011; О.О. Салагай, 2010, 2012; И.А. Михайлова, 2011; Ю.Н. Аргунова, 2013).

Многие исследователи затрагивают тему низкой правовой защищенности недееспособных граждан (Ю.С. Савенко, 2010; Ю.Н. Аргунова, 2007-2013). Н. Чернова в статье «Россия примет наследие доктора Менгеле»³ писала, что в нашей стране существует предусмотренная законом возможность проводить опыты на больных людях без их согласия, о том же писали Ю.Н. Аргунова (2009), В. Лукин в «Докладе уполномоченного по правам человека в РФ за 2010 год».⁴

Мелконян М. (2010) в статье «Закон неполной дееспособности»⁵, Губенко М.И., Каргин М.В. (2009) в статье «Некоторые проблемы социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами» рассматривали проблемы социально-правовой защищенности лиц, страдающих психическими заболеваниями, поддерживали идею создания

³ <http://www.novayagazeta.ru/society/2829.html>

⁴ <http://www.rg.ru/2011/05/13/doklad-lukin-dok.html>

⁵ [http://www.alppp.ru/law/socialnoe-obespechenie-i-socialnoe-strahovanie / 81 / statja--zakon-nepolnoj-deesposobnosti.pdf](http://www.alppp.ru/law/socialnoe-obespechenie-i-socialnoe-strahovanie/81/statja--zakon-nepolnoj-deesposobnosti.pdf)

независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. А. Гашкин (2009) изучал правовое положение лиц, страдающих психическими заболеваниями, в сфере трудового права. Ю.М. Аргунова (2010) исследовала вопрос, может ли недееспособный гражданин заключить трудовой договор.

Помимо национального законодательства, в России действуют нормы международного права — Европейская конвенция по правам человека, Конвенция ООН о правах инвалидов. В основе Конвенции о правах инвалидов лежит социальная модель инвалидности, согласно которой инвалидность, неполноценность, недееспособность являются социально сконструированными понятиями, следствием ограничений, накладываемых на людей не столько их нарушениями, сколько окружающей социальной средой. На практике к этим международным документам апеллирует лишь Конституционный суд (КС), но не суды общей юрисдикции. В то же время ратификация в 2012г. Конвенции о правах инвалидов предоставила благотворительным организациям, заинтересованным в защите прав людей с психическими нарушениями, больше оснований для лоббирования изменений в российском законодательстве (А.А. Клепикова, 2013).

Обеспокоенность правовых защитников вызывает факт отсутствия института частичной дееспособности (Ю.Н. Аргунова, 2013, 2012, 2011; И.А. Михайлова, 2011; М. Мелконян, 2010; В.Р. Илейко, В.Б. Первомайский, 2006).

В январе 2010 года в г. Москве по инициативе Независимой психиатрической ассоциации и Психиатрического правозащитного центра состоялся круглый стол «Введение института частичной дееспособности в России: обсуждение теоретических и практических проблем»⁶. Участники круглого стола отметили безусловное ограничение личных прав недееспособных граждан в отношении выбора врача, места жительства,

⁶ <http://www.npar.ru/news/resol-100129.htm>

возможности воспитывать детей и общаться в социуме, принимать участие в выборах, судебных заседаниях. Рекомендовали провести реформу института недееспособности, в частности, усилить процессуальные гарантии при рассмотрении дел о признании гражданина недееспособным, утвердить ограничение продолжительности лишения дееспособности, не ограничивать недееспособного в реализации основных личных прав.

Немалый резонанс в современных средствах массовой информации вызвало так называемое «Дело Штукатурова» (Н.А. Гречишкина, 2010; А.И. Ковлер, 2011). Житель Санкт-Петербурга Павел Штукатуров обратился в Европейский Суд по правам человека с жалобой на незаконное признание его недееспособным, вследствие чего он был помещен в психиатрический стационар, что позволило завладеть его имуществом, унаследованным после смерти матери. Афанасьев Д.В. (2010) в статье «Участие адвоката при разбирательстве в Европейском Суде по правам человека» рассказывает, как в деле "Штукатуров против России" Европейский Суд установил, что органы власти государства-ответчика препятствовали встречам и общению адвоката с заявителем. При этом власти отказались исполнить предварительную меру, указанную Европейским Судом, предписывающую устранить препятствия при общении адвоката с заявителем.

Н. Чернова в статье «Лечим галоперидолом. Под ключ»⁷ высказала беспокойство по поводу того, что каждый из нас может стать жертвой карательной психиатрии на том лишь основании, что кому-то понадобятся наши квадратные метры.

Актуальность темы, касающейся организации работы в отношении совершеннолетних недееспособных и не полностью дееспособных граждан, прослеживается в докладах и научных исследованиях многих авторов. Неоднократно отмечалось, что на сегодняшний день отсутствует количественный учет граждан, выразивших желание стать опекунами и

⁷ <http://www.novayagazeta.ru/society/5366.html>

попечителями, отсутствие материального стимулирования и моральная и физическая тяжесть ухода за человеком с психическим расстройством приводят к отсутствию таких желающих, невозможности создать реестр предполагаемых опекунов.

До сегодняшнего дня не во всех регионах ведется учет совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан (реестр), хотя опыт работы по созданию информационного программного обеспечения по учету недееспособных граждан существует во многих странах (И.Ф. Серегина, М.В. Козлова, 2009; С.Б. Даутов, 2010). Программа позволяет оперативно получать необходимую информацию по недееспособным гражданам: сведения о подопечном и опекуне, виды социальных выплат, сведения о социальном статусе и прочее. Реестры недееспособных лиц создаются судебными органами в Италии, во Франции и других странах. В Израиле имена недееспособных лиц фиксируются в центральном реестре, который может быть доступен широкой общественности, в Турции информация о реестре недееспособных публикуется в СМИ. О недостаточной организованности, бюрократизации вопроса отчетов опекуна в отношении его деятельности пишут как отечественные, так и зарубежные авторы (Ю.Н. Аргунова, 2013; Y. Melamed et al., 2010).

Filakovic P. et al. (2011) поднимают вопросы недееспособности у дементных больных с акцентом на защиту прав и интересов данной категории пациентов. Авторы делают акцент на предпочтительности использования дискретной оценки дееспособности (при которой бы рассматривались отдельные ее аспекты и выносилось заключение о частичной недееспособности) взамен существующего бинарного подхода «дееспособность (недееспособность)». Опираясь на презумпцию дееспособности, в том числе и у психически больных, авторы аргументируют необходимость тщательного обследования больных для выявления у них

снижения дееспособности в конкретной сфере их жизни. В статье подчеркивается, что вся процедура оценки дееспособности, назначения опекуна направлена на государственную поддержку и защиту прав больных, а не на ограждение общества от их действий. Обсуждаются причины утраты дееспособности с позиции отдельных психических функций, которые поражаются при деменции (сознание и внимание, память, мышление, эмоции). Описывается процедура лишения дееспособности, рассматриваются этические и правовые вопросы данной проблемы. Приводится правовая практика в разных странах. Обсуждаются такие вопросы, как возможность этих больных управлять автомобилем, вступать в брак, голосовать, заключать договора, составлять завещания, давать распоряжения по поводу своей смерти или похорон (последняя воля). Поднимается проблема о целесообразности сообщения больным информации о прогнозе их заболевания и их когнитивных нарушениях на ранней стадии заболевания с той целью, чтобы они могли выбрать себе опекуна на будущее или составить завещание, высказать свою волю в отношении важных вопросов. Например, Lewis P. (2002) исследуя возможность участия недееспособных в процедурах донорства органов и тканей, сделал предположение, что если недееспособный был ранее дееспособным, то следует учитывать его предыдущие личные решения. Благополучная трансплантация повышает чувство собственного достоинства у недееспособного, улучшает статус в семье, рождает позитивные чувства, включая убеждение, что недееспособный подарил новую жизнь другому человеку.

Мишарин В.Ю. с соавт. (2012) отмечают, что организация работы с недееспособными гражданами должна осуществляться на основе взаимодействия заинтересованных структур, постоянного обмена информацией между ними. Отмечается важность такого направления работы, как проведение врачами-психиатрами обучающих семинаров для

специалистов органов опеки и попечительства, специалистов по социальной работе, консультаций для родственников, кандидатов в опекуны.

Таким образом, основополагающим фактором, влияющим на качество оказания психиатрической помощи недееспособным лицам, является эффективное взаимодействие медицинских и социальных служб, задействованных в работе с данной категорией граждан, определяемое нормативным регулированием. В то же время комплементарный подход к процессу интеграции усилий врачей, правоохранителей, опекунов и специалистов службы опеки, социальных работников в заботе о недееспособных не может быть осуществлен в рамках одного какого-то направления. Он может быть разработан в исследовательском поле социологии медицины.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характер исследования предполагал использование эпидемиологических, клинических методов в области психиатрии, теоретических разработок социальных проблем психиатрической практики и социологических методов исследования.

На первом этапе нами изучались клинико-эпидемиологические показатели количества лиц, признанных в установленном порядке недееспособными в г. Волгограде за период с 1991 по 2010гг. Источниками информации явились «Журналы учета лиц, страдающих психическими расстройствами и признанных судом недееспособными» (приложение №2 к приказу КЗО АВО №349 от 10.02.2010г.) и «Медицинские карты амбулаторных больных» (форма №025/у-04, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России №255 от 22.11.2004г.). Всего было изучено 580 амбулаторных карт больных, лишённых судом в установленном порядке дееспособности и получавших амбулаторную психиатрическую помощь в государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Волгоградский областной клинический психоневрологический диспансер" (ГБУЗ "ВОКПНД").

Из изученных нами 580 медицинских карт амбулаторных больных, являющихся недееспособными лицами, 52% карт были оформлены на мужчин (299 человек) и 48% (281 человек) – на женщин. Больные наблюдались и обследовались в динамике в ГБУЗ «Волгоградском областном клиническом психоневрологическом диспансере» по месту жительства. Диагноз психического расстройства устанавливался на основании клинической картины, данных психологического обследования, объективных методов исследования (МРТ, КТ головного мозга, ЭЭГ, Эхо-ЭГ) в соответствии с критериями Класа V МКБ-10 (Психические расстройства и расстройства поведения), адаптированного для использования в Российской Федерации.

На втором этапе исследования, на приеме в психоневрологическом диспансере или на дому, проводилось анкетирование 95 недееспособных пациентов в присутствии их опекунов. Все проживали в городе Волгограде и являлись пациентами областного клинического психоневрологического диспансера. Отбор пациентов производился в случайном порядке, однако учитывался шифр диагноза заболевания (шизофрения, умственная отсталость, приобретенное слабоумие) и достижение совершеннолетнего возраста. В рамках представленного исследования изучение недееспособных пациентов с иными диагнозами не проводилось.

Клиническое наблюдение за больным включало в себя выяснение анамнеза заболевания, анамнеза жизни, эпидемиологических данных, клинический осмотр, оценку психического статуса в динамике, оценку выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания. Все недееспособные пациенты имели опекунов. В течение проводимого исследования в случае неисполнения опекуном своих обязанностей были проведены мероприятия по лишению статуса опекуна и помещению недееспособного лица в психоневрологический интернат. Данный случай описан в работе как наблюдение 1.

Практически все недееспособные лица находились на диспансерном наблюдении в соответствии с Федеральным Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», учитывая наличие тяжелого хронического психического расстройства.

Для изучения социального функционирования недееспособных пациентов на основе стандартизированного опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, предложенного И.Я. Гуровичем, А.Б. Шмуклером (1999) был составлен сокращенный вариант опросника.

Учитывая действующее законодательство в области психиатрии, сферы опеки и попечительства, психическое состояние недееспособных пациентов,

опрос недееспособных проводился в присутствии опекунов. Перед опросом во всех случаях было получено согласие как опекуна, так и самого недееспособного пациента. Так как часть пациентов в связи с психическим расстройством испытывали значительные затруднения при опросе и заполнении опросника, при необходимости опекун помогал отвечать на вопросы анкеты. Степень участия в опросе опекуна также отражена в настоящей работе. Данные опроса фиксировались исследователем.

Информация, полученная после опроса, для объективности полученных данных сопоставлялась с врачебными записями в медицинских амбулаторных картах. В процессе интервьюирования уточнялась информация о реальном восприятии пациентом собственного статуса, его ориентировка.

Третий этап исследования включал в себя изучение вопросов медико-социального взаимодействия опекунов, врачей-психиатров и сотрудников отдела опеки и попечительства. В опросник для опекунов были дополнительно включены вопросы, касающиеся социального статуса опекуна (возраст, образование, социальное положение и т.п.) (Приложение 1).

В анкетировании приняли участие: 127 и 33 опекуна (первая группа опекунов – 127 человек приняли участие в анкетировании по вопросам социального статуса опекуна, степени родства, отношения к посещению психоневрологического диспансера, вторая группа – 33 опекуна отвечали на вопросы в качестве агентов медико-социального взаимодействия опекунов, врачей-психиатров и сотрудников отдела опеки и попечительства), 40 врачей-психиатров Волгоградского областного клинического психоневрологического диспансера, 25 сотрудников отделов опеки и попечительства, опросники заполнялись анонимно, самостоятельно. С профессиональной группой интервьюируемых также проводилось устное обсуждение темы, касающейся работы с недееспособными лицами и их опекунами. Также мы изучали мнение врачей-психиатров в отношении

применения стандартов оказания амбулаторной психиатрической помощи в лечении недееспособных пациентов. Анкетирование проводилось с помощью авторских опросников (Приложение 2).

Социологическое исследование проводилось на базе ГБУЗ «Волгоградского областного клинического психоневрологического диспансера» и районных отделов опеки и попечительства.

Полученные сведения заносились в компьютерную базу данных первичных показателей, что давало возможность многократного обращения к цифровому материалу, одновременно удалялась идентифицирующая персональная информация, обработка данных производилась с помощью программных продуктов MicrosoftExcel2013 и включала анализ встречаемости изучаемых признаков.

В исследовании так же применялись качественные методы социологии медицины - кейс-стади и фокус-группа. Метод кейс-стади относится к эффективным качественным методам социологии медицины. Его применение позволяет оценить и классифицировать те медико-социальные процессы и явления, которые нельзя достоверно изучить при помощи количественных методов. Для медицины это особенно важно, поскольку каждый случай здесь – уникальный. Целью применения метода кейс-стади является вычленение ситуативного инварианта в каждом таком индивидуальном случае.

Из проанализированных 580 медицинских карт нами было отобрано 73 конфликтных случая, из которых проанализировано методом кейс-стади 18 типичных ситуаций. В §3.3. диссертации приведены примеры проведенного анализа, частные выводы к отдельным случаям и общий вывод по результатам кейс-стади.

С целью выяснения мнения экспертов о путях оптимизации помощи недееспособным пациентам была проведена фокус-группа. Фокус-группа проводилась на базе Отдела этической, правовой и социологической экспертизы Волгоградского Медицинского научного центра 17.04.2014.

Монитор прошел специальную подготовку. В работе группы приняли участие:

М – монитор (диссертант)

А – ассистент кафедры психиатрии ВолгГМУ

П – зав. кафедрой психиатрии ВолгГМУ, профессор

Ч – ответственный секретарь Регионального этического комитета, доцент

В – преподаватель права ВолгГМУ

Л – врач-психиатр психоневрологического диспансера

Е – врач-психиатр психоневрологического диспансера

ВБ – опекун

К – ответственный работник органов опеки

Ю – юрист психоневрологического диспансера

С – зав. отделом этической, правовой и социологической экспертизы в медицине, профессор

Ключевые фрагменты протокола фокус-группы представлены в §3.4 диссертации

В работе также использовался метод интервью и включенного наблюдения, но их результаты обобщались при сборе первичной документации и в работе не обсуждались, т.к. использованы для формулировки проблемы и разработки дизайна исследования.

Глава III. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Медико-социальный портрет пациента, признанного недееспособным

3.1.1. Клинические и социальные процедуры признания недееспособности

На первом этапе исследования мы изучили общие статистические показатели за десятилетний период на основании амбулаторных медицинских карт пациентов, признанных судом недееспособными и данных «Журналов учета лиц, страдающих психическими расстройствами и признанных судом недееспособными».

За период с 1991 по 2010гг. в пяти административных районах (Тракторозаводском, Краснооктябрьском, Центральном, Ворошиловском, Дзержинском) г. Волгограда были признаны в установленном порядке недееспособными в связи с психическим заболеванием 672 человека. Общая численность жителей этих районов составляет 500 тысяч человек, что условно является половиной населения города. При этом 36 человек были лишены дееспособности с 1991 по 1995гг. (5,35% от общего количества), 159 человек — с 1996 по 2000гг. (23,66%), с 2001 по 2005гг. — 171 человек (25,44%), а с 2006 по 2010гг. уже 306 граждан (45,53%).

Из представленных данных видно, что в интервале 1991-2010гг. отмечается устойчивая тенденция к росту количества лиц, страдающих хроническими психическими расстройствами, признанных судом в установленном порядке недееспособными, число недееспособных граждан возросло в 8,5 раз. Это было связано, на наш взгляд, как с ростом числа имущественных сделок в последние годы, так и с беспрецедентным демографическим сдвигом в общей популяции, который привел к резкому увеличению абсолютного и относительного числа лиц пожилого и старческого возраста с явным возрастанием частоты тяжелых психических расстройств органического генеза.

Из изученных нами 580 медицинских карт амбулаторных больных, являющихся недееспособными лицами, 52% карт были оформлены на мужчин (299 человек) и 48% (281 человек) – на женщин. Возраст больных на момент проведения исследования был от 18 до 90 полных лет, средний возраст составил $56,1 \pm 19,6$ лет. По возрастному показателю пациенты были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли больные, признанные недееспособными которых происходило на момент достижения ими возраста от 18 до 24 лет – 161 человек (28%), из них 104 человека (65%) составили мужчины, а 57 (35%) – женщины.

В возрасте от 25 до 55 лет были признаны недееспособными 239 человек (41%), из них 131 мужчина (55%) и 108 женщин (45%).

В третью группу были отнесены пациенты, возраст которых на момент решения суда о признании недееспособными был старше 56 лет – 179 человек (31%), из которых мужчин было 64 человека (36%), а женщин 116 (64%).

Разделение на три возрастные группы было связано с социальными характеристиками. Так, с 18 до 24 лет человек становится совершеннолетним, активно планирует дальнейший жизненный путь, а около трети общего количества недееспособных граждан утрачивают такую возможность в самом начале активного жизненного пути. Обращает на себя внимание, что в данной возрастной группе 65% недееспособных лиц составляют мужчины.

Во второй, наиболее многочисленной возрастной группе больных активного трудоспособного периода, возраст которых был 25-55 лет, гендерное соотношение осталось примерно одинаковым, однако на 10% количество мужчин, признанных в этот период жизни недееспособными, оказалось больше. Третью группу, которую составили граждане от 56 лет и старше, можно охарактеризовать как возраст спада жизненной активности. В

данном случае отчетливо видно, что количество женщин 116 (64%), признанных в установленном порядке недееспособными, значительно больше, чем мужчин 64 (36%) (Таблица 2).

Таблица 2.

Возрастные и гендерные характеристики пациентов, признанных судом недееспособными за период 1991-2010гг. в г. Волгограде

Возраст	Мужчины	Женщины	% от общего количества
18-24 лет	104чел	57 чел	28
25-55 лет	131 чел	108 чел	41
старше 56 лет	64 чел	116 чел	31
Всего:	299 чел	281 чел	100

Длительность психического заболевания до момента исследования у 0,68% больных (4 человека) составляла менее одного года. У 6,89% (40 человек) недееспособных заболевание длилось от 1 года до 3 лет, у 10,8% (63 человека) – от 3 до 5 лет, 14% (81) – 5-10 лет, 6,2% (36) – 10-15 лет, 8,27% (48) – 16-20 лет, большая часть 53,1% (308 недееспособных) пациентов болели более 20 лет.

По нозологическим формам заболеваний, описанным в исследованных амбулаторных картах, недееспособные пациенты относились к 4 основным группам: больные с диагнозом — деменция (приобретенное слабоумие), умственная отсталость, шизофрения, психические расстройства вследствие дисфункции или повреждения головного мозга.

С установленным в соответствии с МКБ-10 диагнозом сосудистая деменция (F01) судом были признаны недееспособными 119 человек (6 мужчин, 1 женщина в возрасте от 25 до 55 лет; 82 женщины, 30 мужчин – в возрасте от 56 лет и старше). Психические расстройства, кодированные шифром F02 – деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах (в подавляющем большинстве случаев в связи с эпилепсией), послужили причиной лишения дееспособности у 65 больных. Половозрастная структура этой подгруппы выглядела следующим образом: 13 мужчин и 10 женщин в возрасте 18-24 года, 16 мужчин и 5 женщин в

возрасте 25-55, 12 мужчин и 9 женщин – от 56 лет и старше. С диагнозом F03 (деменция неуточненная) - недееспособным был признан 1 мужчина в возрасте от 25 до 55 лет. Диагноз (F00) наблюдался у трех человек: 1 мужчина – старше 56 лет и 2 женщины возраста 56 лет и старше. В связи с психическими расстройствами вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06), а также расстройствами личности и поведения вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F07) в установленном судом порядке недееспособными были признаны 68 пациентов. Среди них было 8 мужчин и 1 женщина в возрасте 18-24 лет, 23 мужчины и 11 женщин в возрасте 25-55 лет, 11 мужчин и 14 женщин, достигших 56 лет и старше. Максимальное количество лиц (194) оказалось в подгруппе лишенных дееспособности в связи с умственной отсталостью (олигофренией) от легкой до глубокой степени (F70, F71, F72, F73, F79 - неуточненная). По полу и возрасту они распределялись следующим образом: 64 мужчины и 33 женщины в возрасте от 18 до 24 лет, 48 мужчин и 40 женщин в возрасте от 25 до 55 лет, 5 мужчин и 4 женщины в возрасте от 56 лет и старше.

Вторую по численности группу составили пациенты, страдающие шизофренией (F20) – всего 130 человек. 19 мужчин и 7 женщин были признаны недееспособными в возрасте 18-24 лет, 37 мужчин и 57 женщин в возрасте 25-55 лет и по 5 человек мужского и женского пола, достигших 56 лет и старше. Среди больных с данным диагнозом, признанных недееспособными, преобладали пациенты самой социально активной возрастной группы 25-55 лет, женщин среди них было больше - 57 (мужчин 37).

Пациенты третьей по значимости группы имели диагноз деменция (F01) – 119 человек, большую часть из них составляли женщины 83, принадлежащие к возрастной группе старше 56 лет, что может объясняться большей средней продолжительностью жизни женщин, по сравнению с

мужчинами. Указанные особенности возрастного состава соответствуют уровню распространенности соответствующих психических расстройств в различных возрастных группах (Таблица 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов, признанных судом недееспособными за период 1991-2010гг по нозологическим группам, полу и возрасту

Диагноз	Мужчины			женщины		
	18-24	25-55	старше 56	18-24	25-55	старше 56
Сосудистая деменция (F01)		6	30		1	82
Деменция при болезни Альцгеймера (F00), Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах (F02)	13	16	12	10	5	9
Деменция неуточненная (F03)		1	1			2
Расстройства личности и поведения вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06 и F07)	8	23	11	1	11	14
Врожденное слабоумие (F70, F71, F72, F73)	64	48	5	39	40	4
Шизофрения (F20)	19	37	5	7	57	5

Таким образом, мы можем утверждать, что в городе Волгограде количество недееспособных граждан возросло за период с 1991 по 2010 гг. в 8,5 раз, мужчин и женщин среди них практически равное количество. По возрастному составу основное количество недееспособных лиц (69%) относятся к самой социально активной части населения. Большинство (53%) недееспособных пациентов к моменту обследования болели более 20 лет.

Чаще всего причиной установления недееспособности являлась умственная отсталость, преобладали по количеству в этой нозологической группе молодые мужчины 18-25 лет. Второй по частоте нозологией, явившейся причиной лишения граждан дееспособности, была шизофрения, причем, среди этих больных преобладали пациенты самой социально активной возрастной группы 25-55 лет, женщин среди них было больше. Третьей нозологией по причинам лишения дееспособности можно отнести

сосудистую деменцию (F01), большинство пациентов этой группы – женщины старше 65 лет.

На следующем этапе исследования нами были опрошены 95 недееспособных лиц в присутствии (при разрешении) законных представителей (опекунов), параллельно изучалась медицинская амбулаторная документация. Обследованные распределились по следующим нозологическим формам заболеваний на три группы: 1) шизофрения, 2) умственная отсталость, 3) деменция.

3.1.2. Характеристика недееспособных пациентов, страдающих шизофренией

В первую группу обследованных пациентов вошли 30 человек, страдающих шизофренией, на момент анкетирования все имели статус недееспособных лиц. Пациенты данной группы исследования в основном страдали параноидной шизофренией с непрерывным типом течения – 80% (24 человека). Параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом, с ведущей параноидной и парафренной симптоматикой в периоды обострения психического заболевания – 13,3% (4 человека). Простой тип шизофрении, непрерывный тип течения наблюдался у 6,7% (2 человека).

Все находились на диспансерном наблюдении в психоневрологическом диспансере. Проводимое лечение определялось психическим состоянием, стандарт первичной медико-санитарной помощи больным шизофренией в амбулаторных условиях отсутствует.

На момент исследования состояние больных расценивалось как неполная медикаментозная ремиссия, симптоматика носила резидуальный характер, тяжесть состояния определялась наличием дефицитарных расстройств в эмоционально-волевой сфере. Психический статус обследуемых больных характеризовался наличием продуктивного контакта. 40% обследуемых были ориентированы всесторонне верно, 60%

ориентированы не полностью: затруднялись назвать текущую дату, день недели, при этом точно знали, где находятся в настоящий момент и могли ответить на дополнительные вопросы, характеризующие социально-бытовую ориентировку, например: «На каком транспорте вы добрались до диспансера?», «Сколько стоит хлеб?». Обследованные пациенты легко вступали в контакт с исследователем. Мышление без формальных расстройств, могли присутствовать элементы резонерства, соскальзывания, искажение процессов обобщения с актуализацией латентных признаков предметов и понятий. Эмоционально-волевая сфера характеризовалась маловыразительностью, бедностью эмоций. Выраженных нарушений памяти и внимания не наблюдалось. Интеллектуальная продуктивность снижена за счет дефекта в эмоционально-волевой сфере.

По полу разделение в группе получилось примерно пополам – 53,3% женщин и 46,7% мужчин.

По возрасту пациенты распределились следующим образом. В группу старше 60 лет были отнесены 30% опрошенных (9 человек), 56-60 лет – составили 20% (6), 51-55 лет – 6,6% (2), от 46 до 50 лет – 16,6% (5), от 41 до 45 лет – 13,3% (4), 36-40 лет – 10% (3), 26-30 лет – 3,3% .

Следующий вопрос касался наследственности. Ответы респондентов указывали, что большая часть отрицает наличие наследственности по психическому заболеванию. Таким образом, 76,66% опрошенных (23 недееспособных пациента), страдающих шизофренией, отрицают наличие психических заболеваний у родственников, у 3,33% (1) мать или отец страдали душевными заболеваниями, тетя или дядя у 6,66% (2) опрошенных также имели психиатрический диагноз, на заболевания дальних родственников указали 3,33% (1%) опрошенных и 10% (3) отметили вариант «прочее».

Свое состояние как «очень плохое» оценили 20% респондентов (6 человек), по 40% опрошенных (12) отметили свое состояние как «хорошее

(скорее хорошее, чем плохое)» и «плохое (скорее плохое, чем хорошее) соответственно.

По уровню образования среди опрошенных у 13,33% (4 человека) было высшее образование, незаконченное высшее - у 3,33%, 53,33% недееспособных лиц (16) получили среднее специальное образование, среднее образование отмечено у 20% (6), 10% (3) имели неполное среднее образование.

Удовлетворенность полученным образованием отметили 53,33% опрошенных (16 человек), 23,33% (7) считают, что скорее удовлетворены полученным образованием, при этом 13,33% (4) скорее не удовлетворены и 10% (3) не удовлетворены полученным образованием.

60% обследованных (18 человек) на момент опроса не работали и не учились, 3,33% - учатся, в эту группу попал один человек, который на момент опроса посещал коммерческие компьютерные курсы, 13,33% (4) по профессиональной группе отнесли себя к пенсионерам и 23,33% (7) отметили, что работают без официального оформления (как правило, помогают своим родственникам – разносить почтовую продукцию, выполняют функции дворников и т.п.).

В процессе анкетирования выяснили, что у 66,6% (20 человек) опрашиваемых установка на трудоустройство отсутствует, однако 6,66% (2) указали, что желают работать на общих основаниях (в беседе обосновали свою позицию тем, что считают себя способными выполнять определенные виды труда, к которым отнесли уход за цветами в оранжереях, работу на дому и т.д.), 3,33% (1) хотели бы работать на щадящих условиях труда, в домашних условиях желают работать 23,33% (7) респондентов.

Считают себя не нуждающимися в помощи по трудоустройству 93,3% опрошенных (28 человек), по 3,33% нуждаются в трудоустройстве на щадящих условиях и на дому соответственно.

Вопрос о физической работоспособности показал, что 6,66% опрошенных (2 человека) ничем не могут заниматься, 3,33% с трудом, но выполняют самые простые виды домашнего труда, 40% (12) занимаются домашним трудом «через силу», при этом продуктивность труда снижена, у 43,33% (13) отсутствует принуждение к труду, но продуктивность снижена, 6,66% (2) недееспособных пациентов отнесли свою работоспособность к разделу «прочее».

Удовлетворенность физической работоспособностью присутствует у 6,66% (2 человека) опрошенных, скорее удовлетворены своей физической работоспособностью 70% респондентов (21), 16,66% (5) выразили неудовлетворенность и 6,66% (2) скорее не удовлетворены, чем удовлетворены своей работоспособностью.

Интеллектуальные возможности данной группы пациентов показали следующий результат: 13,33% опрошенных (4 человека) ничем не могут заниматься, у 50% (15) – интеллектуальные возможности ограничены способностью выполнять элементарные действия – читать «легкую» литературу, смотреть телевизор. С трудом, через силу выполняют действия 23,33% (7), возможность интеллектуальной деятельности восстановлена, но снижена продуктивность у 6,66% (2) опрошенных, к прочему относится 6,66% (2) ответов.

Интеллектуальной продуктивностью недовольны 63,3% опрошенных (19 человек), 23,33% (7) скорее не удовлетворены, чем удовлетворены, но 13,33% (4) опрошенных выразили удовлетворенность интеллектуальной продуктивностью.

В ходе опроса выяснилось, что 23,33% опрошенных (7 человек) прогулки совершают ежедневно, один-два раза в неделю на прогулку выходят 53,33% недееспособных пациентов (16 человек), всего несколько раз в месяц прогулки совершают 23,33% (7) респондентов.

Несколько раз в неделю посещают магазин 20% опрошенных (6 человек), один раз в неделю – 26,66% пациентов (8) первой группы, 1-2 раза в месяц в магазине бывают 36,66% пациентов (11). При этом опрашиваемые отметили, что магазины посещают практически всегда в сопровождении опекуна, родственника или какого-либо иного знакомого человека. Никогда не посещают магазин 16,66% респондентов (5).

Очередной вопрос касался использования общественного транспорта. 10% опрошенных (3 человека) отмечают, что ежедневно пользуются общественным транспортом, 33,33% (10) опрошенных пользуются транспортом 1-2 раза в неделю, несколько раз в неделю совершают поездку 43,33% респондентов (13 человек), и 13,33% (4) никогда не пользуются общественным транспортом.

Опрос показал, что 36,66% (11) пациентов читают (устное обсуждение данного вопроса выявило, что чтение в основном православной литературы, несколько пациентов отметили, что любят читать стихи). Никогда или практически никогда не читают 63,33% опрошенных (19 человек).

Просмотр телепередач занимает большую часть дня у 16,66% (5 человек) пациентов. Ежедневно отдельные телепередачи просматривают 78% респондентов, изредка, только любимые передачи просматривают 7% недееспособных лиц.

Вопрос о посещении театров, музеев, показал, что практически никто из пациентов данной группы не имеет возможности культурного времяпрепровождения. Таким образом, 93,33% (28 человек) опрошенных не посещают ни театры, ни музеи, по 3,33% отметили, что отмечают один раз в полгода и в год соответственно.

Опрос показал, что практически все недееспособные пациенты не имеют хобби. Так, 80% (24 человека) опрошенных данной группы полностью отрицают наличие любимого занятия, 13,33% (4) отметили, что занимаются любимым делом несколько раз в неделю и 6,66% (2) занимаются несколько

раз в месяц. В устной беседе пациенты уточняли, что к хобби относят уход за домашними растениями, животными, рыбалку.

Вопрос общения с друзьями выявил, что 30% опрошенных (9 человек) не общаются с друзьями, также 30% (9) отмечают, что общаются каждый день, при этом в качестве друзей они подразумевают соседей, близких и дальних родственников, с которыми совместно не проживают, 13,33% (4 человека) общаются один раз в месяц, раз в три месяца и полгода общаются соответственно 20% (6) и 6,66% респондентов(2).

По возможностям заниматься домашним хозяйством пациенты первой группы были отнесены к нескольким категориям: по 13,33% недееспособных (4 человека) нуждаются в полном уходе со стороны родственников или выполняют только самые необходимые действия для поддержания жизнедеятельности, «через силу», с трудом, при первой возможности перекладывают работу на кого-либо другого, больше половины – 53,33% (16) отметили, что самостоятельно либо по инициативе окружающих выполняют несложные виды домашнего труда, 20% (6) считают, что помогают в обслуживании и окружающим (домашним), но не в полном объеме.

Оценка дневной активности в 63,33% (19) является удовлетворительной, у 13,33% (4) является хорошей, очень плохая у 6,66% (2) опрошенных, у 16,66% (5) недееспособных лиц дневная активность очень хорошая.

Ситуация с материальным положением недееспособных пациентов выглядит следующим образом: 25 человек – 83,33% отметили, что материальных средств хватает на удовлетворительное питание, периодическое приобретение недорогой одежды, 13,33% (4) отметили, что средств с трудом хватает на питание, дополнительные расходы невозможны, а 3,33% недееспособных пациентов имеют возможность приобретения хорошей одежды и обеспечения разнообразным полноценным питанием.

Свой доход как средний определили 60% опрошенных (18 человек), 26,66% респондентов (8) считают свой доход низким и 13,33% (4) - крайне низким.

По 36,66% (11 человек) опрошенных в качестве источника доходов указали иждивение и пенсию по инвалидности, 6,66% (2) отметили в качестве источника дохода работу (дополнительный источник, помимо пенсии), 20% (6 человек) указали на иной источник средств для существования.

Данные опроса показали, что 70% (21 человек) имеют отдельную комнату в квартире, 3,33% (один пациент) проживает один в доме, не имеют отдельной комнаты 10% (3) респондентов, 3,33% живут в перенаселенной квартире, ни один из предложенных вариантов ни отметили 13,33% (4) - «прочее». У 13,33% (4) недееспособных пациентов жилищные условия оцениваются как «плохие», 70% (21) имеют удовлетворительные условия проживания и очень хорошие у 16,66% (5) опрошенных.

Удовлетворительное качество питания отмечено у 76,66% (23 человека) недееспособных пациентов, полноценное, разнообразное питание у 6,66% (2) опрошенных, у 16,66% (5) респондентов питание скудное, продукты дешевые. Умеренные затраты на питание практически у всех пациентов первой группы – 80% (24 человека), у 16,66% (5) респондентов низкие затраты и 3,33% позволяют высокие затраты на питание. 60% (18 человек) имеют в гардеробе необходимые вещи среднего стандарта, ассортимент не богат, в основном старые вещи, но есть самое необходимое у 40% (12) респондентов.

Следующие вопросы касались семейного положения и состава семьи. В ходе опроса мы получили следующие данные. Поровну, по 36,66% (11 человек) недееспособных пациентов имеют статус холостых, либо разведенных, 10% (3) являются вдовцами и 16,66% (5) имеют супруга. По составу семьи к одиноким отнесли себя 3,33% опрошенных (1 недееспособный пациент, в процессе исследования, опекун которого был

лишен статуса), 20% (6) отметили, что проживают с родителями, 30% (9) - с детьми, 6,66% (2) живут и с родителями, и с детьми, состав семьи у 30% (9) - пациент и другие родственники, 3,33% проживают с супругом и детьми, и 6,66% (2) опрошенных отметили вариант «прочее».

Учитывая определенные сложности в понимании некоторых вопросов, необходимость дополнительного разъяснения по некоторым пунктам, следующий вопрос по определению «удовлетворенности» мы объединили в «удовлетворенность семейным положением, жилищными условиями, характером питания, возможностью приобретения одежды». Были получены следующие результаты. Больше половины опрошенных «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены» - 56,66% (17 человек), «не удовлетворены» и «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены» перечисленными позициями 10% (3) и 20% (6) соответственно. Также 10% (3) отметили, что удовлетворены полностью, 3,33% - не смогли оценить уровень удовлетворенности. Свое положение в семье недееспособные пациенты характеризуют следующим образом: 66,66% (20 человек) опрошенных, хотя и не считают себя главой семьи, но отмечают, что с их мнением считаются и они могут распоряжаться домашним бюджетом, 3,33% опрошенных отводят себе место главы семьи (в данном случае речь идет о мужчине, проживающем вдвоем с женой, помогающем в работе дворником), подчиненное, целиком зависящее от родственников положение в семье у 20% (6) недееспособных лиц, 3,33% отметили, что семьи нет, 6,66% (2) отнесли свой статус к разделу «прочее». Хорошими свои взаимоотношения с родственниками считают 20% (6 человек) недееспособных лиц, 46,66% (14) оценивают взаимоотношения как нейтральные, неустойчивые отношения с родственниками у 23,33% (7) опрошенных, у 10% (3) случаются конфликты (рис. 1).

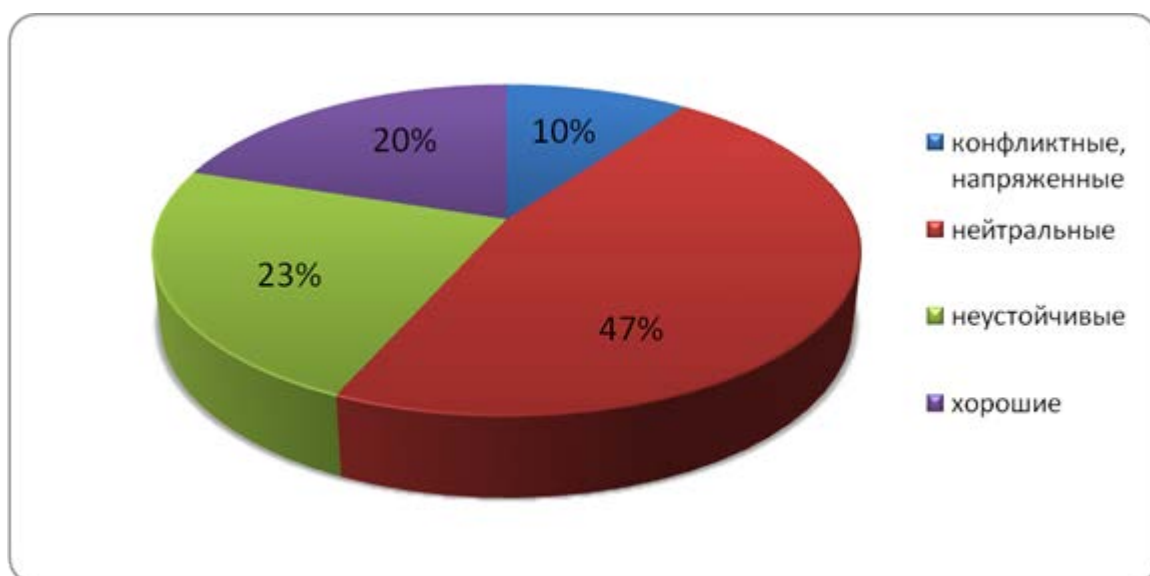


Рис.1. Взаимоотношения недееспособных пациентов с родственниками.

Потребность иметь друзей у 63,33 (19 человек) недееспособных пациентов первой группы исследования отмечалась слабо выраженной, у 23,33% (7) такая потребность отсутствовала, и 13,33% (4) имели средне выраженную потребность в друзьях. Характеристика круга общения недееспособных пациентов, страдающих шизофренией, выглядела следующим образом: общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе, носит эпизодический характер у 16,66% (5 человек) опрошенных, общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного – у 36,66% (11) респондентов, и разнообразный круг общения в значительной степени по инициативе больного у 46,66% (14) пациентов.

Последний вопрос данного блока исследования касался удовлетворенности жизнью в целом: 66,66% (20 человек) опрошенных недееспособных пациентов данной группы отметили, что скорее удовлетворены, чем не удовлетворены жизнью в целом, и 33,33% (10) опрошенных скорее не удовлетворены, чем удовлетворены (рис.2).

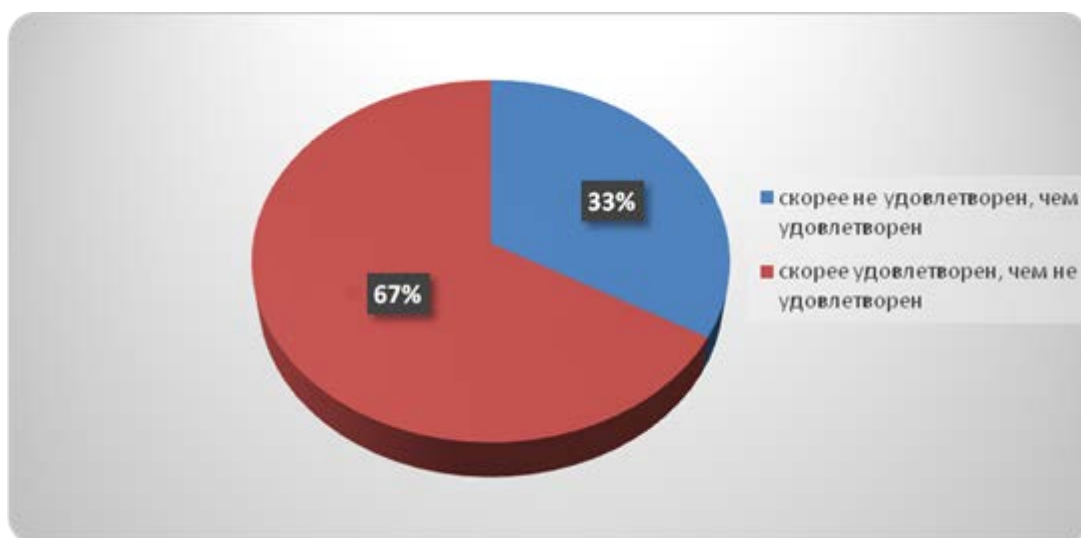


Рис.2. Удовлетворенность недееспособных пациентов жизнью в целом.

Следует отметить, что категоричных ответов «не удовлетворен», как и «удовлетворен полностью» респонденты первой группы не высказали.

3.1.3. Результаты исследования в группе больных, страдающих умственной отсталостью

Вторую группу недееспособных пациентов составили лица, страдающие умственной отсталостью легкой степени – 66,6 %, (20 человек), умеренной – 10 человек – 33,4%. Респонденты с легкой степенью умственной отсталости на вопросы отвечали полностью самостоятельно. При учете ответов лиц с умеренной умственной отсталостью принималась помощь опекуна в плане более доступного разъяснения сути вопросов и подтверждении ответов. В приведенных ответах не наблюдалось расхождения в информации, сообщаемой недееспособным и его опекуном. Все пациенты находились в сознании, с сохранностью ориентировки на примитивно-бытовом уровне. Половина опрошенных больных охотно вступали в контакт, остальные были пассивны в беседе. Речь олигофазична. Ответы давались по существу заданного вопроса. Сфера мышления характеризовалась тугоподвижностью, абстрактные связи не развиты. Память – легкие нарушения оперативной памяти. Неустойчивость произвольного внимания, отвлекаемость. Запас школьных знаний крайне мал, кругозор

узок. Круг интересов ограничен бытом. Мотивация поступков направлена на удовлетворение бытовых потребностей. Снижение способности к волевой регуляции поведения. Низкая социальная компетенция резко ограничивает социальный ролевой репертуар. На момент беседы психопродуктивная симптоматика отсутствовала у всех опрошенных, у 46,66% (14 человек) отмечалась неустойчивость эмоционально-волевой сферы (возбудимость, раздражительность).

Лечение в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера пациентов с указанной нозологией в настоящее время осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 20 декабря 2012г. №1231н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при умственной отсталости в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».

Группу обследования для составления социального портрета составили 30 человек, 60% (18) из которых были мужского, а 40% (12) женского пола. В анкетировании приняли участие пациенты разных возрастов: 20% (6 человек) составили лица в возрасте от 36 до 40 лет, по 16,66% (5) - от 31-35 и 46-50 лет, в возрасте 41-45 и 56-60 лет по 10% (3), количество недееспособных пациентов возрастом 51-55 лет составило 13,33% (4), 26-30 и лиц, старше 60ти лет было по 3,33% и 10% (3) пациентов возрастом 21-25 лет.

Вопрос, касающийся наличия в роду родственников, страдающих психическим заболеванием, показал следующие результаты: 46,66% (14 человек) пациентов, страдающих умственной отсталостью, отрицали наличие психических расстройств у родственников, 23,33% (7) опрошенных отметили, что у отца или матери имеются психические расстройства,отягощенный анамнез по линии дальних родственников и психические заболевания у детей имеется у 10% (3) недееспособных лиц, по 10% (3) составляют душевные болезни у тетей, дядей, бабушек или дедушек пациентов второй группы. Свое состояние здоровья 70% (21 человек)

респондентов оценили, как «скорее плохое, чем хорошее», 30% (9) - как плохое.

Уровень образования среди недееспособных пациентов второй группы носил разнообразный характер: по 3,33% имели среднее и неполное среднее образование, 6,66% (2) опрошенных получили среднее специальное образование, у 10% (3) образование соответствовало начальному уровню, 36,66% (11) опрошенных только смогли окончить специализированную школу и 40% (12) нигде не учились (рис. 3).

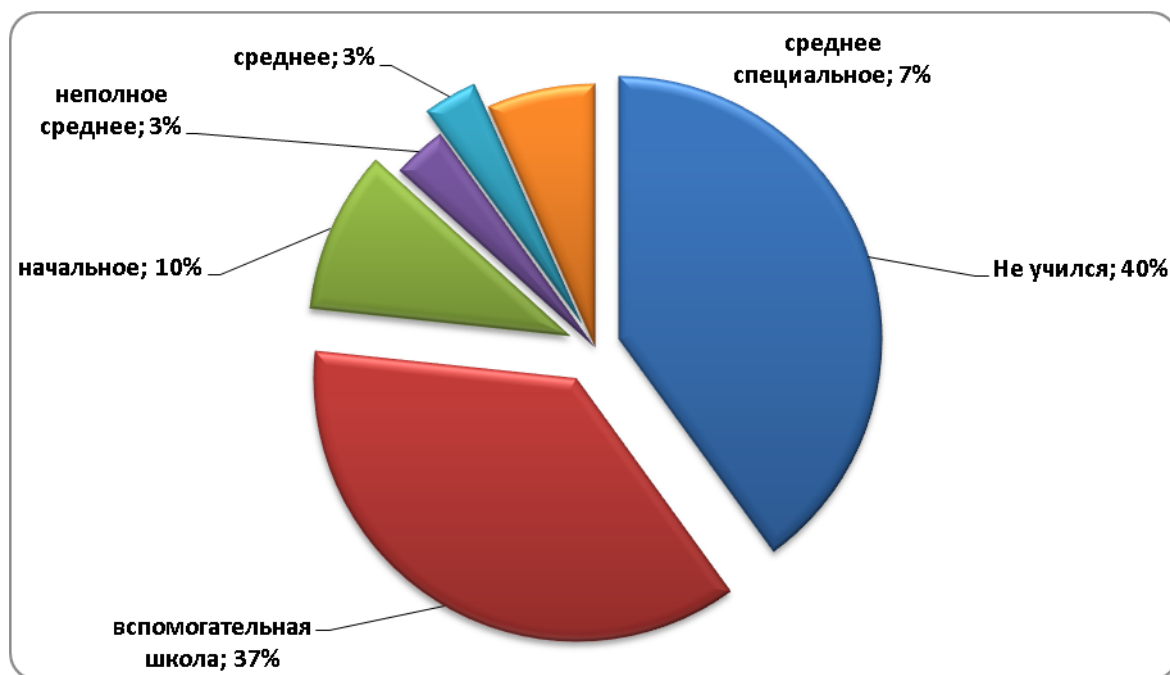


Рис. 3. Образование недееспособных пациентов второй группы

Удовлетворенность полученным образованием выразили 13,33% (4 человека) опрошенных, 50% (15) - половина пациентов второй группы - определили свой ответ как «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен», 36,66% (11) не удовлетворены полученным образованием.

На момент проведения исследования 73,33% (22 человека) пациентов второй группы нигде не работали, отнесли себя к группе неквалифицированных рабочих 16,66% (5) опрошенных и 10% (3) работают без официального оформления. Определяя себя в «работающую» группу,

пациенты подразумевали наличие хотя бы одного эпизода трудовой деятельности в течение жизни. Во время проведения анкетирования установка на трудоустройство отсутствовала у 73,33% (22) опрошенных, 6,66% (2) высказались, что желают работать на общих условиях, желают работать на дому 20% (6) респондентов. 93,33% (28 человек) респондентов не нуждаются в помощи по трудоустройству, 6,66% (2) нуждаются в трудовой занятости на дому.

Очередной вопрос анкетирования касался физической работоспособности. Ничем не могут заниматься 33,33% (10 человек) респондентов, с трудом, «через силу» справляются с трудовой деятельностью, продуктивность снижена у 36,66% (11) опрошенных, работают без принуждения, но снижена продуктивность в 20% (6) случаях, свое состояние как «прочее» определили 10% (3) респондентов. Удовлетворенность физической работоспособностью была отмечена у 6,66% (2) опрошенных, более не удовлетворены, чем удовлетворены физической работоспособностью 56,66% (17) пациентов, и 36,66% (11) не удовлетворены.

Следующий вопрос касался интеллектуальной продуктивности, нами были получены следующие результаты: ничем не могут заниматься 14 человек, что составило 46,66%, у 53,33% (16) интеллектуальная продуктивность ограничена возможностью смотреть телевизор. Не удовлетворены и скорее не удовлетворены, чем удовлетворены интеллектуальной продуктивностью 30% (9 человек) и 46,66% (14) опрошенных соответственно. Скорее удовлетворены 23,33% (7), в этой подгруппе отмечались некоторые улучшения когнитивных функций в динамике состояния.

По 30% (9 человек) опрошенных недееспособных совершают прогулки 1-2 раза в неделю или по несколько раз в месяц, а 40% (12) указали, что практически ежедневно совершают прогулки. На вопрос, касающийся

посещения магазинов, ответы носили разнообразный характер: 10% - трое опрошенных посещали магазин ежедневно, несколько раз в неделю – 20% (6), а 6,66% (2) ответили, что 1-2 раза в неделю, 1-2 раза в месяц посещают 23,33% (7), и 40% (12) никогда не бывают в магазинах (рис.4).

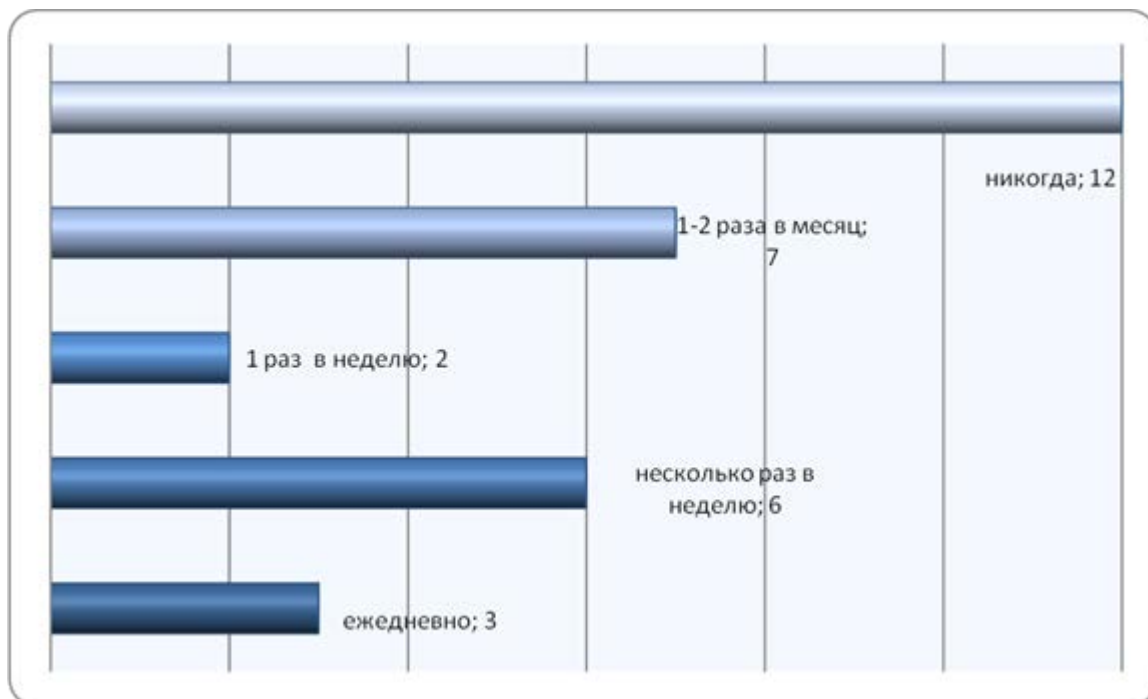


Рис.4. Посещение магазинов пациентами, страдающими умственной отсталостью.

10% (3 человека) отметили, что ежедневно пользуются общественным транспортом, 1-2 раза в неделю – 26,66% (8), 36,66% (11) совершают поездки несколько раз в месяц, 26,66% (8) никогда не пользуются общественным транспортом.

Практически все недееспособные пациенты второй группы не читают – 93,33% (28 человек) отрицательно ответили на вопрос о чтении, 6,66% (2) отметили, что читают иногда. Чаще всего чтение ограничивается просмотром статей популярных глянцевого журналов. Просмотр телепередач занимает у 26,66% (8 человек) большую часть, ежедневно, но отдельные телепередачи смотрят 53,33% (16) опрошенных, изредка, только любимые передачи

смотрят 16,66% (5) недееспособных лиц, и 3,33% вообще не смотрят телевизор (рис. 5).

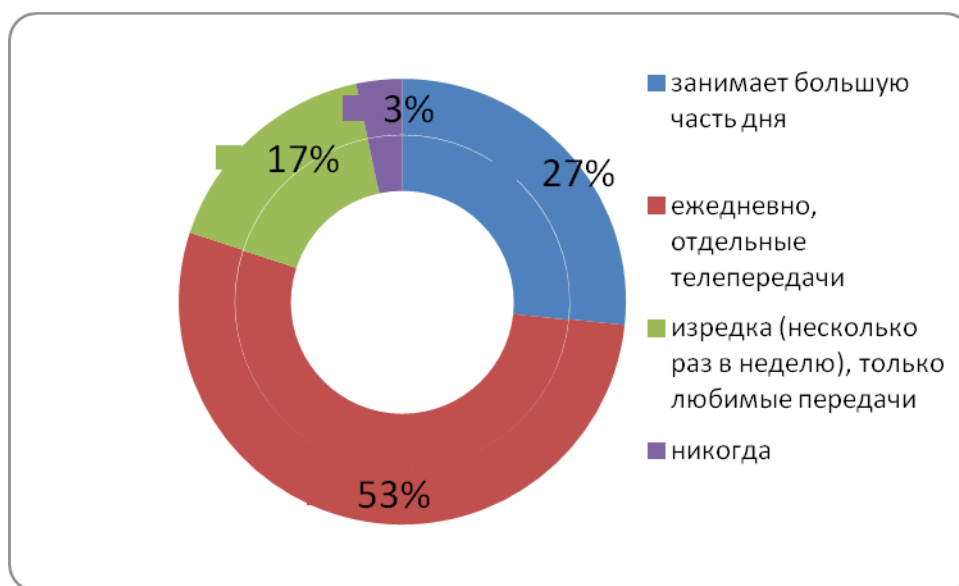


Рис. 5. Просмотр телепередач пациентами второй группы.

Ежемесячно посещают театр, музей или выставку – 6,66% - 2 из опрошенных, 13,33% (4) отметили, что один раз в полгода бывают на каком-либо из вышеперечисленных мероприятий, 3,33% респондентов - один раз в год, и 76,66% (23) опрошенных никогда не посещают указанные мероприятия.

По-разному распредели ответы на вопрос об общении с друзьями (знакомыми). Так, 3,33% опрошенных отметили, что общаются каждый день, еженедельно – 13,33% (4 человек), один раз в месяц общение происходит у 7 – 23,33% (7) опрошенных, один раз в три месяца общаются 20% (6) пациентов данной группы, примерно раз в полгода с друзьями общаются 10% (3), и 30% (9) никогда не общаются с друзьями и знакомыми (рис. 6).

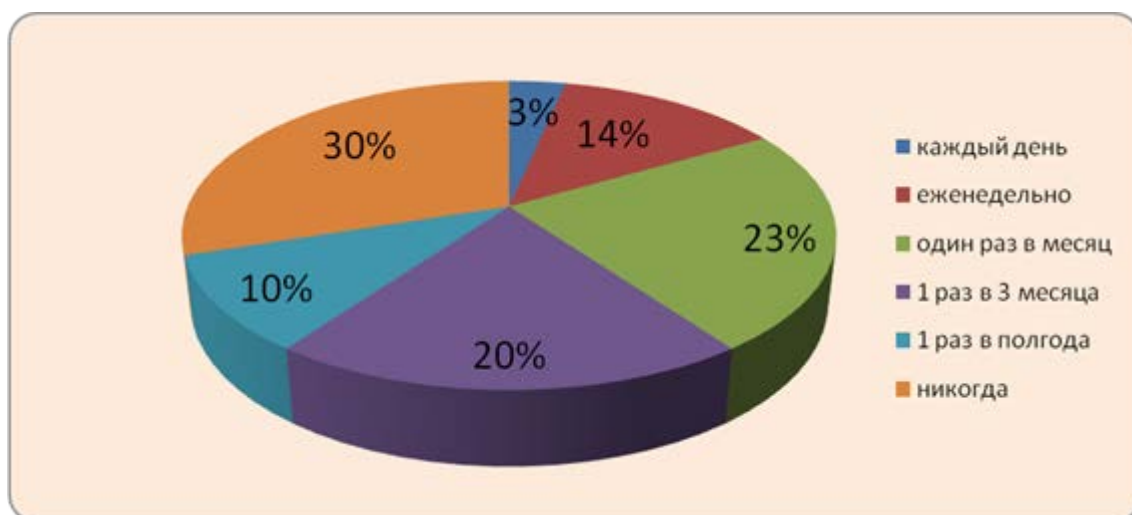


Рис.6. Общение пациентов с умственной отсталостью с друзьями.

Большинство пациентов группы недееспособных лиц, страдающих умственной отсталостью, не имеют хобби – 73,33% (22 человека), при этом ежедневное хобби имеется у 3,33% опрошенных, несколько раз в неделю и несколько раз в месяц своему хобби отводят время 10% (3) и 13,33% (4) опрошенных соответственно.

Вопрос о возможности заниматься домашним хозяйством показал следующие результаты: 16,66% (5 человек) полностью нуждаются в стороннем уходе; самые необходимые действия, «через силу», при первой возможности перекладывая на другого, выполняют работу 30% (9) опрошенных, самостоятельно либо по инициативе окружающих выполняют несложные виды домашнего труда 43,33% (13) опрошенных, могут обслужить себя и помочь окружающим, но не в полном объеме – 10% (3) респондентов (рис. 7).

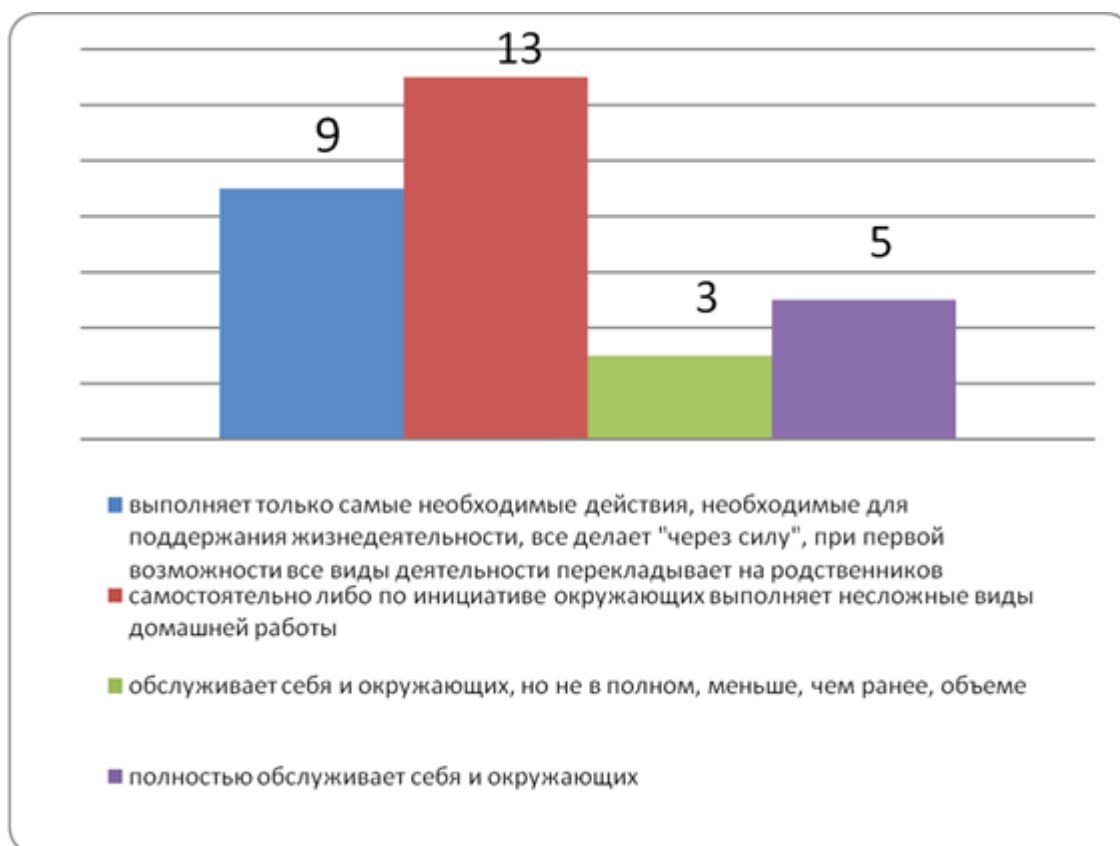


Рис.7. Занятия домашним хозяйством пациентами второй группы.

Очень плохая дневная активность у 10% - 3 опрошенных, у 36,66% (11) - плохая, удовлетворительная - у 40% (12) и очень хорошая - у 13,33% (4) опрошенных.

Чуть более половины опрошенных, 53,33% (16 человек), свое материальное положение характеризовали как удовлетворительное, когда денежных средств хватает на питание, одежду, иногда позволяют недорогой отдых, у 6,66% (2) средств хватает на хорошее питание, приобретение хорошей одежды, а вот 40% (12) респондентов отметили, что денежных средств хватает в основном только на питание. Оценка дохода как крайне низкого получилась у 10% - троих опрошенных, низкий – у 30% (9), более половины – 56,66% (17) имеют средний доход, и у 3,33% доход был оценен как высокий. Респонденты по-разному оценили источник средств для существования. У 10% (3 человека) это работа, у 20% (6) - пенсия по инвалидности, 60% (18) находятся на иждивении у других лиц, 10% (3)

опрошенных свой доход определили из иных источников. Примечательно, что все недееспособные лица имеют группу инвалидности и получают пенсию, поэтому на данный вопрос опрашиваемые отвечали следующим образом: если, кроме пенсии, иные источники отсутствовали, указывали только пенсию, а если еще какие-либо другие, то в графе «пенсия» отметок не ставили.

Очередной вопрос касался характеристики жилищных условий: 10% - трое опрошенных указали, что проживают в перенаселенной квартире, коммунальная квартира у 3,33% недееспособных пациентов, 83,33% (25) имеют отдельную комнату в квартире, и в 3,33% случаев размер квартиры превышает общепринятые нормы. Очень плохие жилищные условия у 3,33% опрошенных, плохие – у 20% (6), в удовлетворительных условиях проживания находятся 56,66% (17) недееспособных лиц второй группы, и у 20% (6) жилищные условия хорошие. Питание скудное, в ограниченном количестве у 23,33% (7) респондентов, питание удовлетворительное у 60% - 18 пациентов, хорошее питание у 16,66% (5) опрошенных. У более половины опрошенных отмечаются умеренные затраты на питание – 53,33% (16 человек), значительные траты могут позволить 20% (6) опрошенных, и низкие у 26,66% (8) респондентов. Свой ассортимент одежды как небогатый, со старыми, но всеми необходимыми вещами определяют 43,33% (13) недееспособных лиц второй группы, у 56,66% (17) качество соответствует среднему стандарту, есть все необходимое.

Оценка удовлетворенностью семейным положением, жилищными условиями, характером питания, возможностью приобретения одежды показала следующие результаты: 76,66% (23) опрошенных второй группы были холосты, 6,66% (2) - разведены, 3,33% на момент анкетирования являлись вдовцами и 13,33% (4) имели супруга. Изучая вопрос о составе семьи, мы получили следующие результаты. В 40% (12 человек) случаев состав семьи был большой и его родители, в 6,66% (2) - пациенты проживали

с детьми, пациент – родители – дети – в 3,33% случаев, 20% (6) отметили, что проживают с другими родственниками, 3,33% проживают с супругами, больной – супруг – дети – также составляет 6,66% (2) случаев, «прочее» отметили 20% (6) респондентов (рис.8).

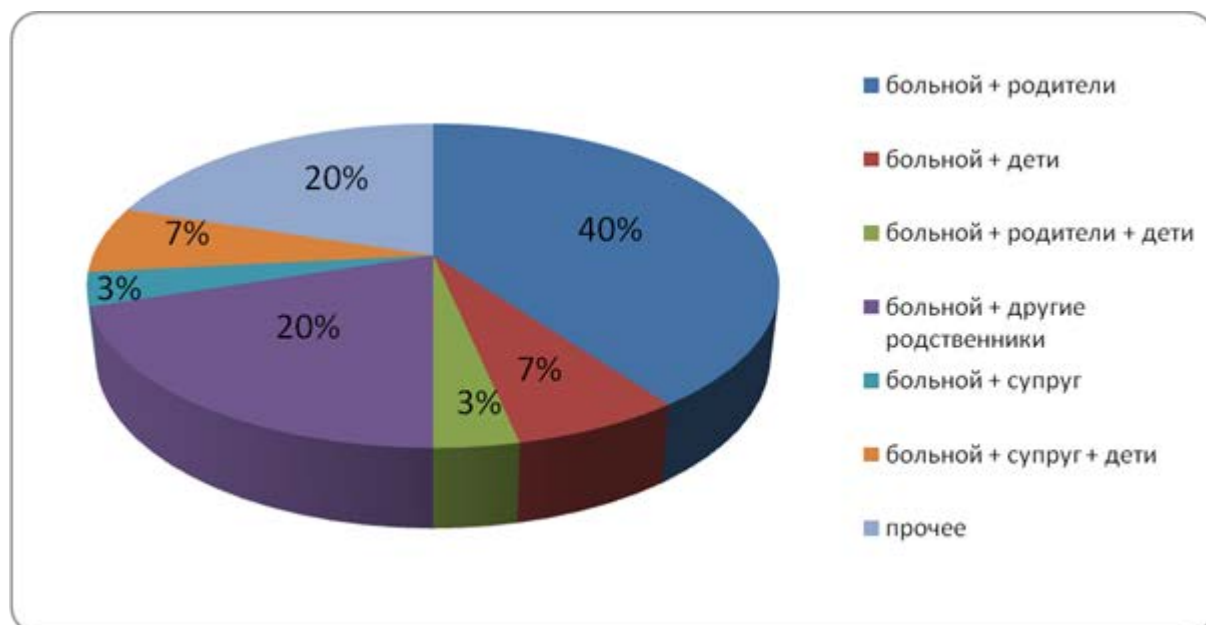


Рис.8. Состав семьи недееспособных лиц с умственной отсталостью.

«Скорее удовлетворены» семейным положением 56,66% (17) опрошенных, не удовлетворены и «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены» - 10% (3) и 33,33% (10) соответственно. Подчиненное положение в семье у 60% (18 человек) недееспособных лиц второй группы, 36,66% (11) высказывают свое мнение, участвуют в распоряжении домашним бюджетом, 3,33% определили свое положение как «прочее». Взаимоотношения с родственниками у пациентов носят разнообразный характер: 70% (21) опрошенных определяют как хорошие взаимоотношения, 6,66% (2) считают их неустойчивыми, по мнению 20% (6), взаимоотношения нейтральные, и конфликтные у 3,33% респондентов (рис.9).



Рис.9. Взаимоотношения с родственниками пациентов второй группы.

Отсутствие потребности иметь друзей отмечается у 56,66% - 17 респондентов, слабо выражена у 6,66% (2) и средне выражена - у 36,66% (11) пациентов. Практически ни с кем не общаются 3,33% опрошенных, 33,33% (10) общаются в основном только с членами семьи, общение носит эпизодический характер, общение в том числе и по инициативе больного, не только с родственниками у 43,33% (13) пациентов, и по 10% (3) отмечают разнообразность общения, столько же отметили раздел «прочее». Последний вопрос анкеты – удовлетворенность жизнью «в целом» - показал следующие результаты. 6,66% (2) - не удовлетворены, 50% (15) - скорее не удовлетворены, 40% - 12 опрошенных - скорее удовлетворены, и 3,33% - удовлетворены жизнью «в целом» (рис.10).

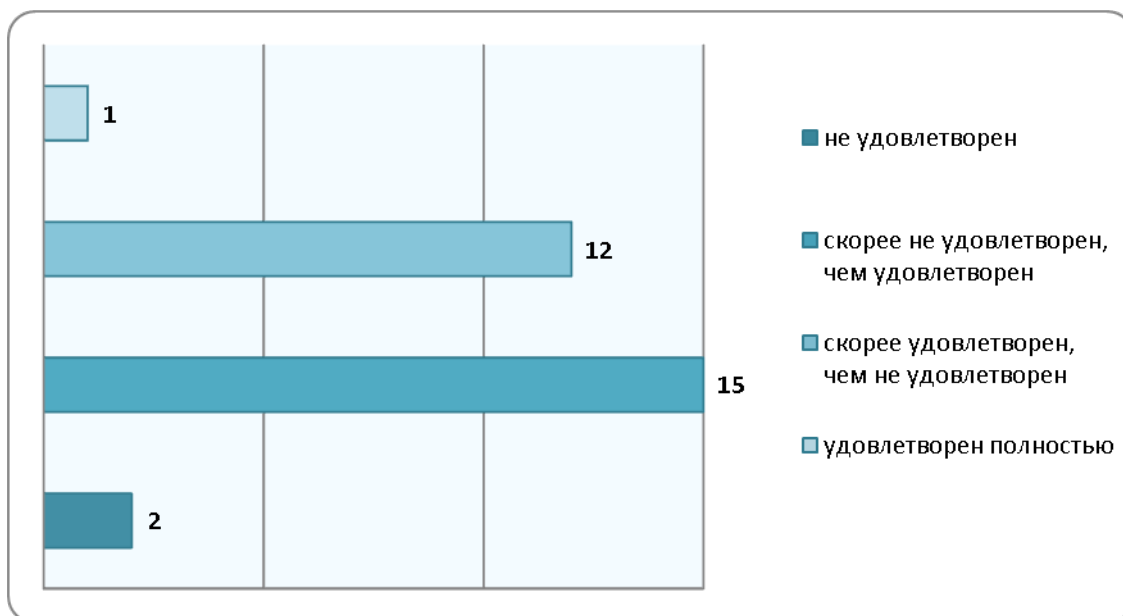


Рис.10. Удовлетворенность жизнью в целом.

3.1.4. Характеристика недееспособных пациентов, страдающих приобретенным слабоумием

В третью группу диспансерных пациентов вошли пациенты с приобретенным слабоумием (35 человек).

Пациенты данной группы страдали сосудистой деменцией в 42,9% (15 человек), посттравматической деменцией 22,9% (8 человек), деменцией в связи со смешанными заболеваниями 34,2% (12 человек).

В 65,7% (23 человека) случаев слабоумие возникало после острых нарушений мозгового кровообращения, у 25,7% больных деменция прогрессировала при отсутствии явных клинических признаков инсультов, в остальных случаях можно было отметить смешанный вариант, когда прогрессирование заболевания наблюдалось в условиях сочетания этих вариантов течения.

В зависимости от выступающих на первый план в клинике симптомов мнестико-интеллектуального снижения у 85,7% больных наблюдался дисмнестический вариант слабоумия, у остальных амнестический вариант.

Больные данной группы периодически предъявляли жалобы на частые головные боли, головокружения, слабость, нарушения сна, снижение памяти, повышенную утомляемость, на первый план в клинике расстройства выходили неравномерно выраженное прогрессирующее снижение отдельных когнитивных функций, наличие очаговых неврологических изменений, эмоциональная лабильность. На момент проведения опроса никто из обследуемых не имел психотических симптомов.

В беседе пациенты, как правило, были пассивны, отвечали на задаваемые вопросы односложно, иногда после паузы, иногда после длительного обдумывания. Память на жизненную хронологию нарушена. Все опрашиваемые больные были ориентированы в собственной личности. Во времени или месте нахождения иногда ориентировка была нарушена. Мышление тугоподвижное, конкретное, утрачен пассивный багаж знаний, и отмечается невозможность усвоения новых знаний.

При проведении экспериментально-психологического исследования, как правило, отмечалось выраженное снижение всех видов памяти, выраженные нарушения внимания: сужен объем, отмечаются трудности распределения, переключения, заметна истощаемость на фоне резко замедленного темпа работоспособности. Путали последовательность цифр при отыскивании чисел по таблице Шульте. Счетные операции недоступны. Переносный смысл метафор объяснить не могут. Логический перенос отсутствовал не только на вербальном уровне, но и на конкретном. Отмечается несамостоятельность в быту, не могут распределять бюджет, не понимают ценности денежных купюр. Не критичны, затруднений в процессе обследования не осознают, подчиняемы без учета ситуации.

Клинически больные с травматической и смешанной формами деменции значимо не отличались от больных с сосудистой деменцией.

Часть больных, по психическому состоянию, не была доступна для обследования по опроснику для оценки социального функционирования и

качества жизни психически больных И.Я.Гуровича, А.Б. Шмуклера в связи с отсутствием продуктивного контакта. Для определения социального функционирования недееспособных больных, страдающих деменцией, необходим исключительный подход в связи с невозможностью получения полного субъективного мнения. Поэтому для достижения цели написания социального портрета мы использовали информацию, полученную от опекунов и родственников, постоянно ухаживающих за недееспособным гражданином. Результаты опроса заносились в документацию на основании сопоставления всех полученных сведений и отсутствия в них противоречий. Сведения, полученные при опросах, сопоставлялись с материалами амбулаторных карт.

Лечение пациентов с деменциями осуществляется в соответствии с Приказами

- от 24 декабря 2012 года №1515н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».
- от 28 декабря 2012 года №1621н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках».
- от 20 декабря 2012 года №1222н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».

В группе больных с деменцией 54,28% (19) респондентов были женского пола и 45,71% (16) мужского. По возрасту опрошенные были распределены следующим образом. Практически всю группу составили

пациенты старше 60ти лет -74,28% (26 человек), по 2,85% составили лица от 36-40 лет, 41-45 лет и 56-60 лет, возраст 8,57% (3) опрошенных – 26-30 и 51-55лет.

Более половины 68,57% (24) опрошенных отрицали наличие наследственности в отношении психических заболеваний, 2,85% отметили, что заболевание психиатрического профиля имелось у тети или дяди, 17,14% (6) респондентов указали на наличие заболевания у дальних родственников, и 11,42% (4) отметили пункт «прочее» в указанном вопросе (рис. 11).

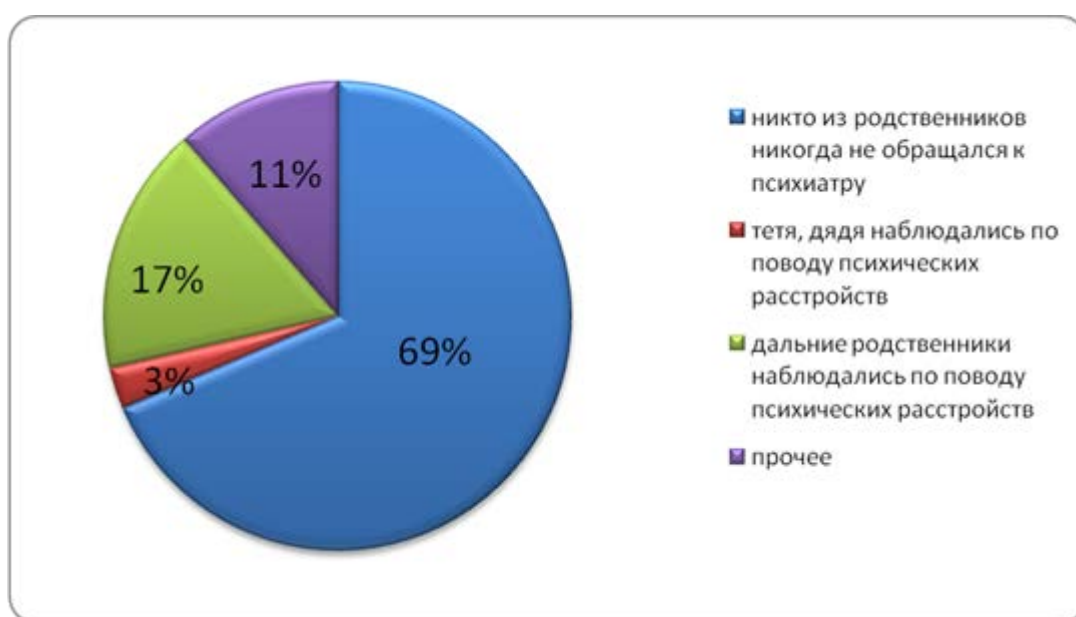


Рис. 11. Наследственность опрошенных больных с деменцией в отношении психических заболеваний.

Чуть более половины опрошенных – 51,42% (18) определили свое состояние здоровья как очень плохое, 48,57% (17) оценили как «скорее плохое, чем хорошее».

Очередной вопрос касался уровня полученного образования: 11,42% (4) опрошенных имели высшее образование, незаконченное высшее -5,71% (2), у 40% (14) образование было среднееспециальное, среднее - у 14,28% (5), неполное среднее – у 5,71% (2), начальное - у 8,57% (3), вспомогательную

школу окончили 5,71% (2) респондентов, и нигде не учились 8,57% (3) (рис. 12).

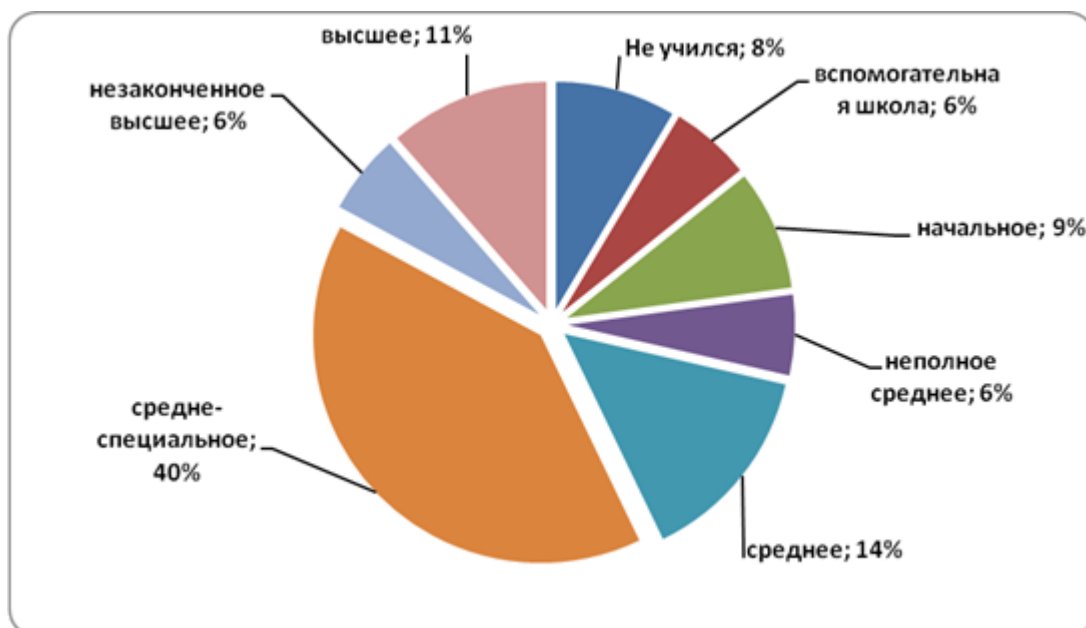


Рис. 12. Уровень образования опрошенных больных с деменцией.

Результаты показали, что 57,14% (20) удовлетворены полученным образованием, 22,85% (8) ответили, что «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены», и 20% (7) не удовлетворены полученным образованием.

На вопрос о профессиональной группе на момент анкетирования мы получили следующие результаты: 97,14% (34) опрошенных не работали и не учились, а 2,85% опрошенных отметили, что работают без официального оформления. Установка на трудоустройство также отсутствует практически у всех недееспособных пациентов данной группы – 91,42% (32), а 8,57% (3) отметили, что желали бы работать на дому. В помощи по трудоустройству пациенты данной группы не нуждаются.

На вопрос о физической работоспособности 62,85% (22) респондентов ответили, что «ничем не могут заниматься», с трудом, простейшими видами домашнего труда занимаются 2,85% недееспособных лиц данной группы, с трудом, через силу, со сниженной продуктивностью справляются с физической нагрузкой 17,14% (6) респондентов, что работают «без

принуждения», указали 5,71% (2), и 11,42% (4) отнесли свою физическую работоспособность к разделу «прочее». При этом 48,57% (17) не удовлетворены физической работоспособностью, 51,42% (18) опрошенных отметили, «что скорее не удовлетворены, чем удовлетворены».

Следующий вопрос касался интеллектуальной продуктивности. Ничем не могут заниматься 77,14% (27) опрошенных, ограничена возможностью элементарных действий – смотреть телевизор, просматривать «легкую» литературу – у 14,28% (5), выполняют действия со сниженной продуктивностью 2,85% опрошенных, и 5,71% (2) отнесли свои интеллектуальные возможности к разделу «прочее». Не удовлетворены своей интеллектуальной продуктивностью – 51,42% (18) респондентов, менее категорично ответили 48,57% (17) - «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены». Практически ежедневно совершают прогулки 5,71% (2) опрошенных, 1-2 раза в неделю гуляют 40% (14) недееспособных лиц, несколько раз в месяц – 28,57% (10), а никогда не гуляют 25,71% (9) пациентов (рис. 13).

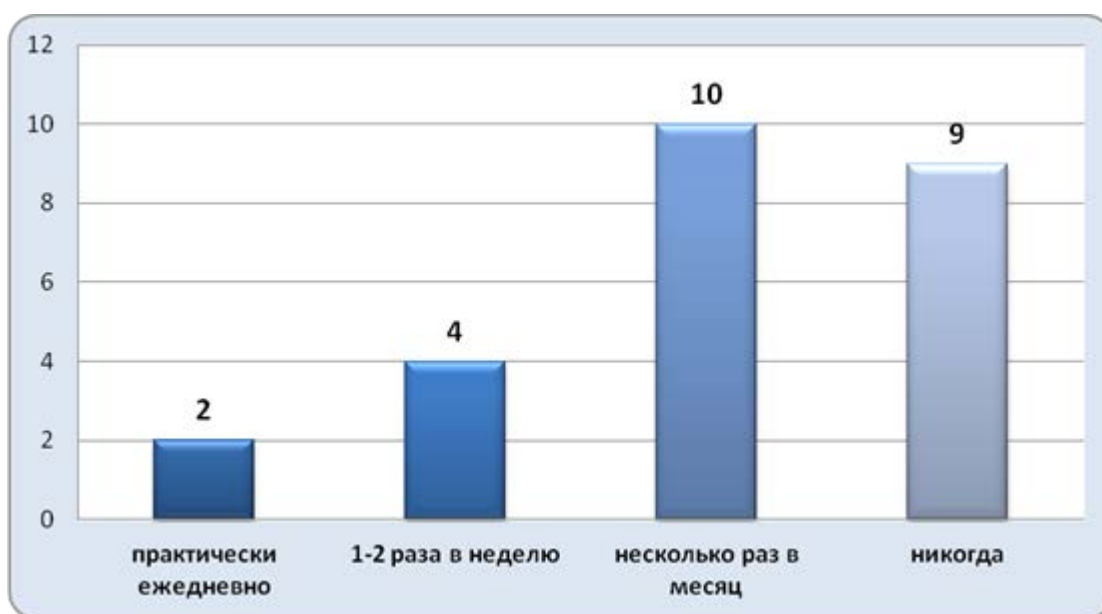


Рис. 13. Частота прогулок недееспособных пациентов с деменцией.

Опрос показал, что 77,14% (27) данной группы никогда не ходят в магазин, 1-2 раза в месяц выходы в магазин совершают 17,14% (6) респондентов, несколько раз в неделю магазин посещают 5,71% (2) недееспособных лиц. 25,71% (9) недееспособных пациентов с приобретенным слабоумием никогда не пользуются общественным транспортом, более половины – 62,85% (22) - имеют возможность пользоваться транспортом 1-2 раза в месяц, 11,42% (4) отмечают, что пользуются транспортом еженедельно. Никогда не читают 94,28% (33) пациентов, 5,71% (2) «иногда» читают. Большую часть дня занимаются просмотром телевизора – 42,85% (15) опрошенных, также ежедневно отдельные телепередачи смотрят 25,71% (9) пациентов, изредка, несколько раз в неделю, просматривают телевизор 25,71% (9), никогда не смотрят – 5,71% (2) респондентов. По 2,85% опрошенных указали, что раз в полгода-год посещают музеи, выставки, при этом 97,14% (34) отрицают посещение указанных мест. Чуть более половины опрошенных 51,42% (18) - никогда не общаются с друзьями и знакомыми, один раз в полгода – 14,28% (5), один раз в месяц имеют возможность общения - 2,85% респондентов, один раз в три месяца – 20% (7), еженедельно – 8,57% (3), а 2,85% отметили, что общаются ежедневно (рис. 14).

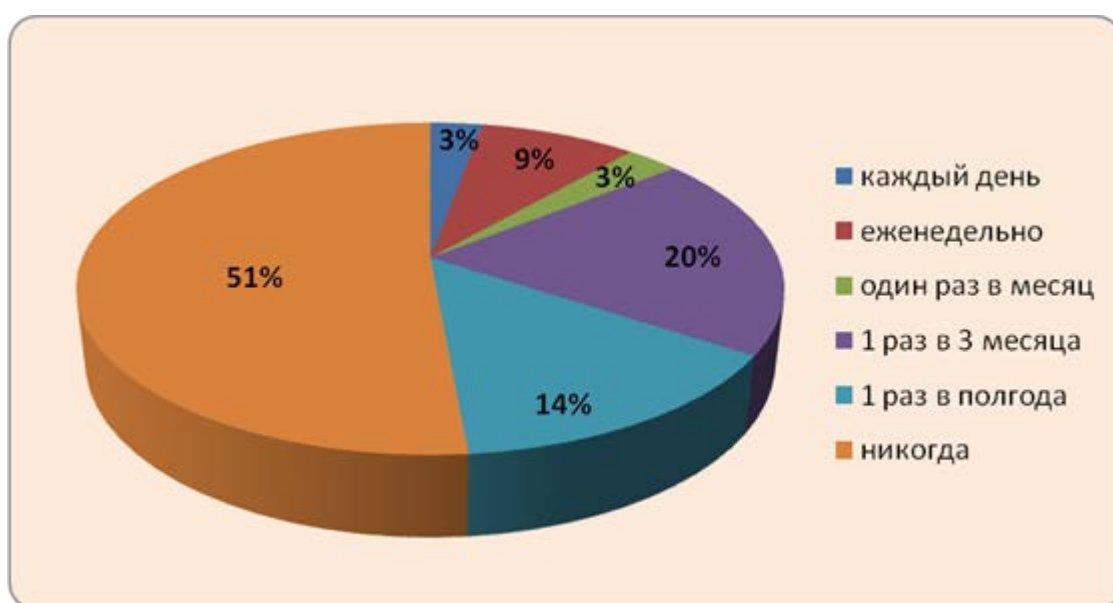


Рис.14. Общение с друзьями пациентов третьей группы.

Не имеют хобби 88,57% (31) недееспособных лиц третьей группы, несколько раз в неделю уделяют время любимому занятию 11,42% (4) респондентов.

Нуждаются в уходе и обслуживаются родственниками 40% (14) респондентов, самые необходимые действия, «через силу» выполняют 34,28% (12) опрошенных, могут самостоятельно либо по инициативе окружающих выполнять несложные виды домашней работы 20% (7), а считают, что могут себя полностью обслужить и помочь окружающим 5,71% (2) пациентов. Очень плохая оценка дневной активности у 37,14% (13) опрошенных, по 31,42% (11) оценка дневной активности определена как «плохая» и «удовлетворительная».

62,85% (22) участников опроса указали, что материальных средств хватает на удовлетворительное питание, приобретение недорогой одежды, - «с трудом сводят концы с концами», практически все средства уходят на питание у 31,42% (11) опрошенных, и 5,71% (2) отметили, что материальных средств достаточно на разнообразное питание, приобретение одежды, необходимой утвари. Всего 5,71% (2) анкетизируемых определили свой доход как крайне низкий, 45,71% (16) считают свой доход низким, и 48,57% (17) - удовлетворительным. Единственным источником дохода пенсию по инвалидности указали 8,57% (3) интервьюируемых. При этом мы учитывали, что каждый недееспособный пациент получает пенсию по инвалидности, и, если имеется какой-либо дополнительный доход, пенсия по инвалидности не указывалась. Таким образом, 48,57% (17) указали, что находятся на иждивении у других лиц, а 42,85% (15) указали на иные источники дохода. Из устных расспросов мы выяснили, что дополнительным источником может быть, например, продажа сезонных овощей с дачного участка.

Характеристика жилищных условий имела следующие особенности: у 82,85% (29) участников опроса имеется отдельная комната, 8,57% (3) отдельной комнаты не имели, 5,71% (2) на момент анкетирования проживали

в перенаселенной квартире, и 2,85% - респондентов проживал в квартире один (рис. 15).

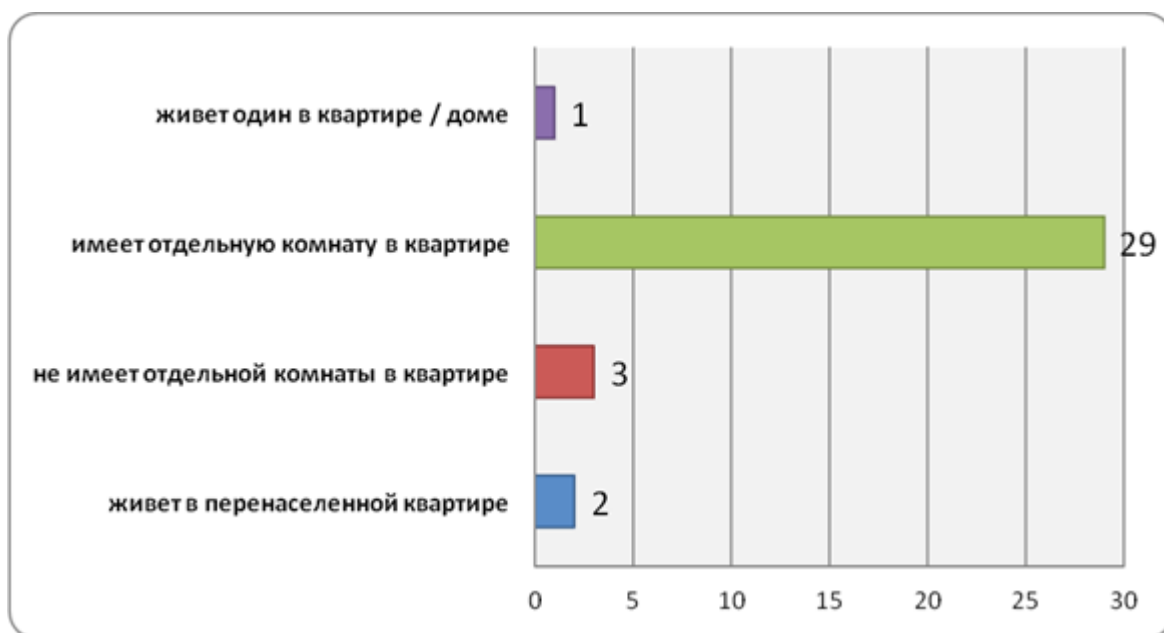


Рис.15. Характеристика жилищных условий пациентов с деменцией.

Оценка жилищных условий показала, что 85,71% (30) опрашиваемых живут в удовлетворительных условиях, 8,57% (3) недееспособных лиц имеют хорошие жилищные условия, также 5,71% (2) имеют плохие жилищные условия. Удовлетворительное качество питания, по результатам опроса, у 74,28% (26) опрошенных, полноценное, разнообразное – у 8,57% (3) недееспособных пациентов, питание скудное, дешевые продукты в рационе у 17,14% (6) респондентов данной группы. Аналогичные ответы мы получили на очередной вопрос про затраты на питание. То есть 74,28% (26) респондентов отмечают умеренные затраты на питание, 8,57% (3) могут позволить значительные затраты, и у 17,14% (6) затраты являются скудными. Вопрос об обеспеченности одеждой выявил, что у 71,42% (25) респондентов на момент опроса в гардеробе имеются все необходимые вещи удовлетворительного качества, а 28,57% (10) отметили, что необходимые вещи имеют в полном объеме, но хотели бы улучшить или обновить гардероб.

Всего 20% (7) пациентов данной группы по семейному положению являлись состоящими в браке, 40% (14) уже потеряли супруга и являлись вдовцами, 25,71% (9) находились в разводе, и 14,28% (5) на момент опроса были холосты (рис. 16).

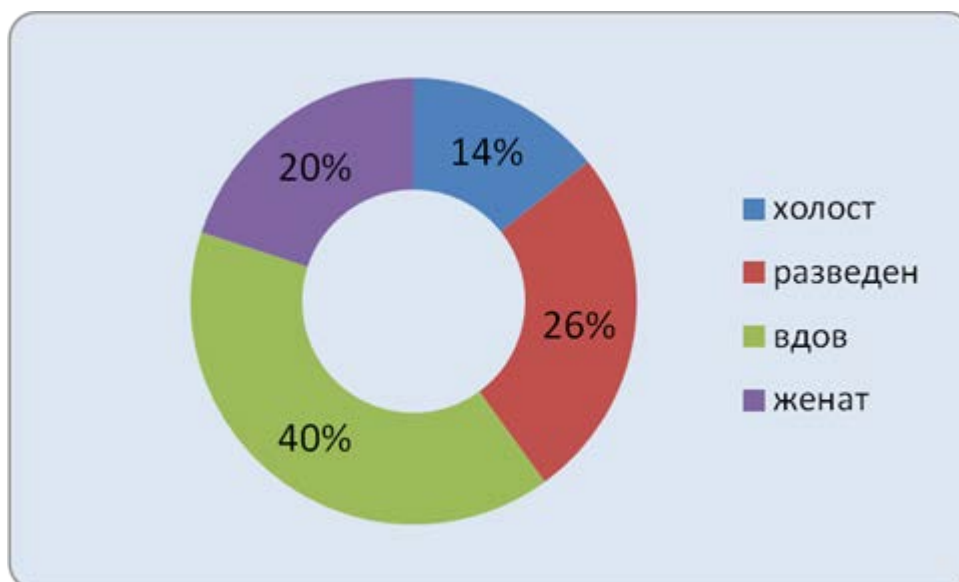


Рис.16. Семейное положение пациентов с деменцией.

Состав семьи, в которой проживал недееспособный пациент третьей группы, отличался разнообразием. Так, в 14,28% (5) случаев пациент проживал с родителями, с детьми – в 34,28% (12), с родителями и детьми проживали 2,85% респондентов, указали, что проживают с другими родственниками, 20% (7) опрошенных, вдвоем с супругом проживают 17,14% (6) опрошенных, 2,85% - с супругом и детьми, и 8,57% (3) указали «прочий» состав семьи (рис. 17).

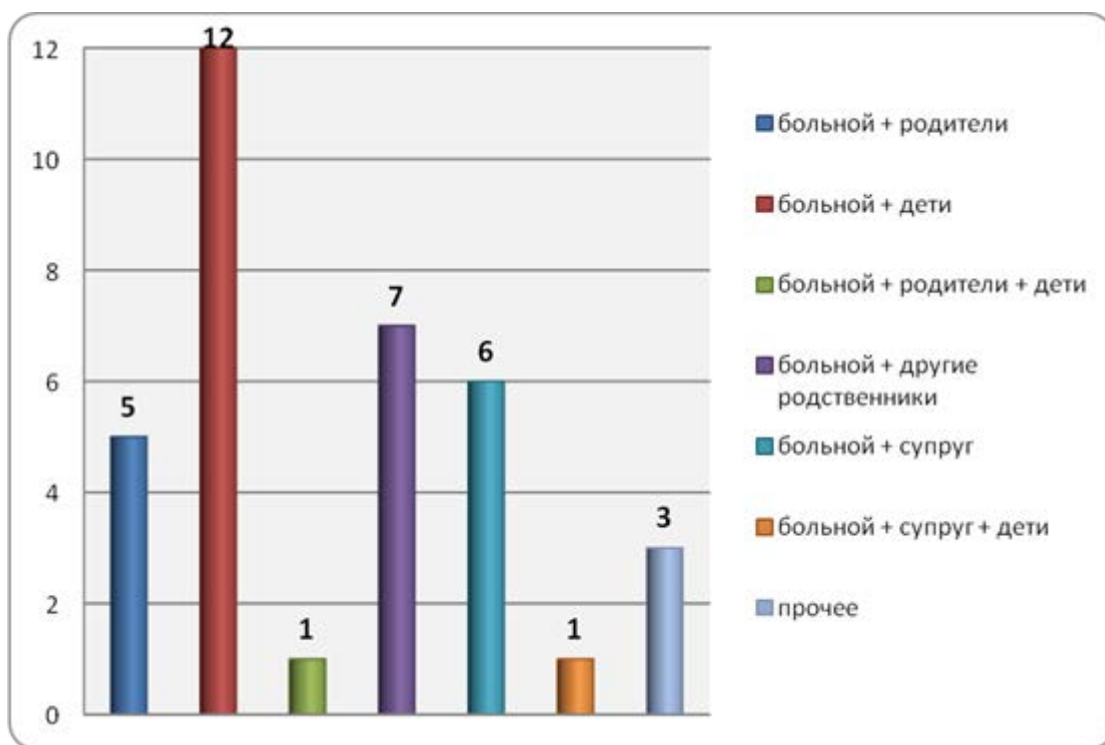


Рис. 17. Состав семьи недееспособных пациентов с деменцией.

Практически половина участников опроса – 48,57% (17), ответили, что удовлетворены семейным положением, жилищными условиями, характером питания, возможностью приобретения одежды, 37,14% (13) определили свою позицию как «скорее удовлетворены», «скорее не удовлетворены» 8,57% (3), и 5,71% (2) респондентов не удовлетворены указанным. Свое положение в семье как подчиненное определили 54,28% (19) респондентов, считают, что хотя и не являются главой семьи, но с их мнением считаются – 17,14% (6) участников опроса, а 28,57% (10) отметили «прочее» положение в семье. В устной беседе отмечали, что ответ «прочее» подразумевает отсутствие какого-либо четкого постоянного положения в семье, чаще оно зависит от психического и физического состояния, некоторые респонденты отметили, что положение резко изменилось в связи с перенесенным заболеванием, повлекшим ухудшение состояния психического здоровья и, как следствие, – лишение дееспособности. Всего 42,85% (15) интервьюируемых на вопрос о взаимоотношениях в семье высказались положительно, отметив как

«хорошие», «нейтральные» у 35,28% (12), как «неустойчивые» определили 20% (7), и наличие конфликтов, напряженных отношений в семье определили 2,85%. Примечательно, что в подгруппу 2,85% вошел один пациент, которому в процессе проводимого исследования был инициирован процесс смены опекуна. 77,14% (27) недееспособных лиц данной группы отрицали потребность иметь друзей, слабо выражена потребность у 22,85% (8) респондентов. 28,57% (10) респондентов общаются с членами семьи, общение в основном по инициативе домашних, 31,42% (11) общаются по собственной инициативе, круг общения составляют члены семьи, знакомые, 40% (14) определили свой круг общения в разделе «прочее».

Последний вопрос касался удовлетворенности жизнью «в целом». Мы получили следующие результаты: 5,71% (2) участников опроса полностью удовлетворены, «скорее удовлетворены» большинство опрошенных – 62,85% (22), «скорее не удовлетворены» - 22,85% (8), 8,57% (3) отметили, что не удовлетворены жизнью в целом (рис. 18).



Рис.18. Удовлетворенность жизнью в целом пациентов третьей группы.

Вывод

Социальный портрет недееспособного пациента

Пациент первой группы – это чаще всего женщина старше 60 лет,

хотя гендерное распределение в группе соответствует общему гендерному распределению населения страны и региона.

Пациент не считает свое заболевание наследственным, поскольку никто из родственников никогда не обращался к психиатру. Чаще всего нигде не работает и не учится, при этом установка на трудоустройство отсутствует, соответственно, в помощи по трудоустройству не нуждается. Если работает, то без принуждения, хотя продуктивность снижена. Самостоятельно либо по инициативе окружающих выполняет несложные виды домашней работы, при этом удовлетворен своей дневной активностью. Физической работоспособностью скорее удовлетворен, чем не удовлетворен.

Возможности интеллектуальной продуктивности ограничены, по этому поводу испытывает неудовлетворенность. Имеет среднее специальное образование, которым полностью удовлетворен. Практически ничего не читает, хотя ежедневно смотрит отдельные телепередачи и (или) слушает радио. Никогда не посещает театров, музеев. Хобби не имеет. 1-2 раза в неделю совершает прогулки и посещает магазины. Пользуется общественным транспортом, но не чаще 1-2 раза в неделю. Потребность иметь друзей выражена слабо, хотя считает, что имеет разнообразный круг общения в значительной степени по собственной инициативе. Либо общается с друзьями ежедневно, либо не общается вообще.

В подавляющем большинстве случаев холост или разведен, проживает вместе с детьми или другими родственниками. При этом семейным положением, жилищными условиями, характером питания, возможностью приобретения одежды, скорее удовлетворен, чем не удовлетворен. Взаимоотношения с родственниками оценивает как нейтральные. Признает, что не является главой семьи, но с его мнением считаются, может распоряжаться домашним бюджетом.

Свой доход оценивает как средний. Его источником чаще, в основном является пенсия по инвалидности либо помощь тех лиц, на иждивении

которых он находится. Удовлетворен своими жилищными условиями (имеет отдельную комнату в квартире) и питанием (необходимый набор продуктов без излишеств). Затраты на питание умеренные. В гардеробе имеются все необходимые вещи, качество соответствует среднему стандарту.

Жизнью в целом скорее удовлетворен.

Типичный представитель второй группы – мужчина в возрасте 36 - 40 лет. В отличие от представителей первой группы, чаще отмечает наличие психических заболеваний у близких и дальних родственников. Образования не имеет и испытывает в связи с этим неудовлетворенность. Нигде не работает, не учится и не испытывает желания работать или учиться, поэтому в помощи по трудоустройству не нуждается. Чаще всего с трудом справляется с трудовой деятельностью, «через силу», продуктивность снижена, испытывает дискомфорт по этому поводу. Самостоятельно либо по инициативе окружающих выполняет несложные виды домашней работы, при этом удовлетворен своей дневной активностью.

Интеллектуальной продуктивностью скорее не удовлетворен - ничем не может заниматься. Практически никогда не читает, хотя ежедневно смотрит отдельные телепередачи. Не посещает театры, музеи, кинотеатры. Не общается с друзьями и знакомыми. Потребность иметь друзей отсутствует, вполне достаточным считает общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по своей инициативе. Не имеет хобби. Прогулки совершает практически ежедневно, но в магазины не заходит. Хотя 1-2 раза в неделю пользуется общественным транспортом.

Типичный представитель данной группы – холостяк, проживает с родителями, отношения с которыми оценивает как хорошие. Он удовлетворен семейным положением, жилищными условиями, характером питания, возможностью приобретения одежды, но в то же время считает, что занимает подчиненное положение в семье, целиком зависит от

родственников, с его мнением не считаются, и это часто вызывает недовольство.

Находится на иждивении других лиц, но в целом считает свой доход средним. Материальных средств хватает на удовлетворительное питание, периодически приобретает одежду, возможен недорогой отдых. В то же время бывают периоды, когда с трудом «сводит концы с концами», средств хватает только на питание, другие расходы недоступны. Проживая в отдельной комнате, находит жилищные условия удовлетворительными. Также удовлетворен питанием (необходимый набор продуктов без излишеств), считая расходы на него умеренными. В гардеробе имеются все необходимые вещи, качество соответствует среднему стандарту.

Жизнью в целом скорее не удовлетворен.

Типичный представитель третьей группы – женщина старше 60 лет, родственники которой не страдали психическими заболеваниями. Имеет среднее специальное образование, которым удовлетворена полностью. Не работает, не учится и потребности в работе или учебе не испытывает, а потому в помощи в трудоустройстве не нуждается. Физическая работоспособность низкая – ничем не может заниматься, испытывает некоторый дискомфорт в связи с этим. Обслуживается родственниками, нуждается в уходе. Своей дневной активностью крайне не довольна.

Интеллектуальная составляющая низкая (ничем не может заниматься), что ее скорее не удовлетворяет. Ничего никогда не читает, но просмотр телепередач занимает большую часть дня. В театрах, музеях, кинотеатрах не бывает. Хобби не имеет. С друзьями и знакомыми не общается, потребности в общении не испытывает и свой круг общения охарактеризовать затрудняется. Гуляет редко (1-2 раза в неделю), в магазины заходит 1-2 раза в месяц. Несколько раз в месяц может использовать общественный транспорт.

Типичная представительница данной группы - вдова, проживает с детьми или другими родственниками, полностью удовлетворена семейным

положением. Считает, что занимает подчиненное положение в семье, целиком зависит от родственников, с ее мнением не считаются, тем не менее характеризует отношения с родственниками как хорошие.

Чаще всего находится на иждивении других лиц. Доход оценивает как низкий. Средств хватает на удовлетворительное питание, периодически приобретает одежду, возможен недорогой отдых. Имеет отдельную комнату в квартире и оценивает свои жилищные условия как очень хорошие. При умеренных затратах на питание считает его удовлетворительным (необходимый набор продуктов без излишеств). В гардеробе имеются все необходимые вещи, качество соответствует среднему стандарту. Жизнь в целом скорее удовлетворен.

Соответственно степень участия социальных агентов охраны здоровья недееспособного пациента в выделенных группах может характеризоваться следующим образом (таблица 4):

Таблица 4.

**Степень участие социальных агентов охраны здоровья
недееспособного вследствие психического расстройства пациента**

	1 группа	2 группа	3 группа
Врач-психиатр	высокая	средняя	низкая
Опекун	Низкая	средняя	высокая
Социальный работник	Низкая	низкая	высокая
Органы опеки	Средняя	высокая	высокая
Правоохранительные органы	Низкая	низкая	низкая
Органы здравоохранения	Средняя	высокая	средняя

3.2. Клинико-социальные возможности повышения качества жизни недееспособных пациентов (на материале опроса врачей-психиатров)

На следующем этапе исследования мы изучали мнение врачей амбулаторной психиатрической службы о возможности влиять на качество жизни недееспособных пациентов с помощью клинических методов. В течение последнего года амбулаторное лечение психических больных по ряду нозологий, в том числе лиц, признанных недееспособными, осуществляется в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи. На сегодняшний день разработаны стандарты для амбулаторного лечения больных с деменциями и умственной отсталостью.

Лечение пациентов с деменциями осуществляется в соответствии с Приказами МЗ РФ:

- от 24 декабря 2012 года №1515н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
- от 28 декабря 2012 года №1621н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках»;
- от 20 декабря 2012 года №1222н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».

Лечение в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера пациентов с умственной отсталостью в настоящее время осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 20 декабря 2012г. №1231н «Об

утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при умственной отсталости в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».

Для лечения больных шизофренией в амбулаторных условиях стандарты не утверждены.

В опросе приняли участие 40 врачей-психиатров амбулаторной службы. Первые вопросы касались использования в работе стандартов оказания амбулаторной психиатрической помощи. По поводу использования при лечении недееспособных пациентов, страдающих умственной отсталостью, стандартов 90% (36 человек) дали положительный ответ, 10% (4) отметили, что наряду со стандартом руководствуются национальным руководством по психиатрии, различными методическими пособиями и рекомендациями. На вопрос о применении стандартов оказания амбулаторной помощи при шизофрении 80% (32 человека) ответили, что не используют в связи с их отсутствием, 20% (8) пользуются методическими рекомендациями, учебными пособиями. Стандарты первичной медико-санитарной помощи больным с деменцией в амбулаторных условиях используют 95% (38), 5% (2) используют, помимо стандартов, иные источники (Таблица 5).

Таблица 5.

Использование врачами-психиатрами стандартов первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при умственной отсталости, шизофрении и деменции

Использование стандартов (%)	Шизофрения	Умственная отсталость	Деменция
Да	-	90	95
Нет	80	-	-
Иное	20	10	2

При изучении мнения врачей-психиатров по изменению (совершенствованию) стандартов оказания помощи, мы получили следующие результаты. Все 100% опрошенных врачей указали на необходимость дополнения стандартов первичной медико-санитарной

помощи в амбулаторных условиях при умственной отсталости перечнем лекарственных препаратов. Лекарственная терапия необходима для коррекции сопутствующих эмоциональных или поведенческих нарушений (агрессивные действия, аутоагрессии, депрессии, стереотипии и т.д.). Среди необходимых лекарственных препаратов опрошенные врачи отметили следующие группы: нейролептики (аминазин (хлорпромазин), сонапакс (тиоридазин), рисперидон (рисполепт); нормотимические средства (препараты лития, карбамазепин (финлепсин), вальпроевая кислота (депакин)); антидепрессанты (флуоксетин (прозак), кломипрамин (анафранил).

Больше половины врачей - 60% (24 человека) отметили, что некорректно определена частота повторных осмотров, консультаций врачом психиатром (так как недееспособные пациенты с умственной отсталостью далеко не все нуждаются в ежемесячной консультации врача-психиатра). Ежемесячное наблюдение предполагает диспансерное наблюдение по группе Д2. Даже учитывая, что недееспособные пациенты подлежат диспансерному наблюдению, частота визитов раз в месяц необоснованна, приводит к излишней стигматизации пациентов и нерациональному расходованию рабочего времени врача.

Несколько респондентов – 10% (4) обратили внимание на отсутствие в штатном расписании психоневрологического диспансера врача-генетика, консультации которого предусмотрены для составления родословной всем пациентам с умственной отсталостью, вместе с тем цель проведения данного исследования не определена. При отсутствии достоверных сведений о психическом здоровье родственников при их отказе от освидетельствования будет страдать объективность полученных результатов при составлении родословной. Таким образом, для ведения больных с умственной отсталостью проведение подобной медицинской услуги не имеет значения и не влияет на определение тактики лечения больного (рис.19).



Рис.19. Мнение врачей психиатров по изменению (улучшению) стандартов при оказании медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью.

Также 35% (14 врачей) отметили, что, на их взгляд, частота предоставления обязательных исследований для пациентов, страдающих деменцией, клинически не обоснована. Частота назначения МРТ, КТ у больных с болезнью Альцгеймера составляет 100%, что не всегда необходимо, так как в поле зрения психиатра пациент попадает уже с результатами этих исследований, проведенных в общеполитической сети.

Обращает на себя внимание мнение 27,5% (11) опрошенных врачей, которые не считают, что 58% пациентов с деменцией, согласно стандартам, нуждаются в назначении антидепрессантов группы СИОЗС. Отмечена нецелесообразность такой частоты назначения антидепрессантов ввиду того, что аффективные расстройства не являются облигатным при деменции.

Высказывалось мнение о необходимости дополнения консультацией врача-физиотерапевта пациентов, страдающих деменцией в связи с наличием в стандарте перечня физиотерапевтических процедур, дополнить стандарт описанием методологии проведения психологической адаптации – 20% (8).

С точки зрения 77,5% (31) опрошенных нами врачей, необходимо расширить перечень лекарственных препаратов при деменции медикаментами этиопатогенетической направленности (Рис.20).

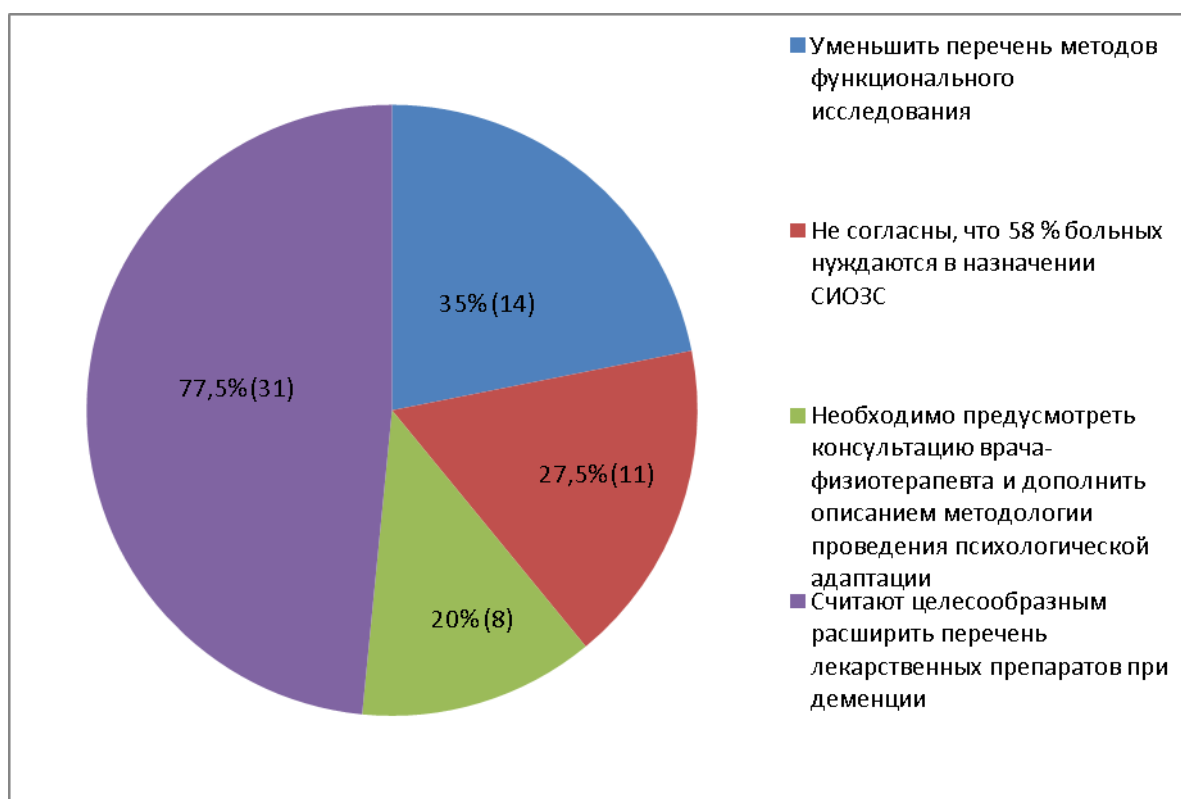


Рис. 20. Мнение врачей-психиатров по изменению (улучшению) стандартов при оказании медицинской помощи пациентам с деменцией.

Отсутствует необходимость внедрения стандартов оказания психиатрической помощи, по мнению 7,5% (3) опрошенных врачей; 72,5% (29) психиатров считают целесообразным внедрение стандартов оказания психиатрической помощи по всем нозологиям с указанием групп препаратов, перечня необходимых методов функционального обследования, при этом необходимый объем и кратность назначения препаратов должны оставаться на усмотрение лечащего врача (Рис.21).



Рис. 21. Мнение врачей-психиатров по изменению (улучшению) стандартов при оказании медицинской помощи.

Очередной вопрос касался мнения врачей-психиатров о необходимости разработки отдельных стандартов оказания психиатрической помощи недееспособным пациентам. Более половины респондентов – 65% (26) считают, что недееспособные пациенты – отдельная категория, которые в зависимости от состояния нуждаются в большей степени либо в медицинской, либо в социальной помощи. Поэтому сложно отдельно стандартизировать работу с недееспособными пациентами, однако 20% (8) врачей отметили возможность дополнения раздела медицинских услуг в части психообразовательной работы с недееспособными пациентами и их опекунами. 15% (6) респондентов отрицают необходимость разработки отдельных стандартов, исходя из критерия дееспособности пациента.

Следующим вопросом мы предложили оценить роль врача-психиатра в формировании комплаентности недееспособного пациента к лечению. 77,5% (31) врачей считают, что возможность врача повлиять на пациента в этом направлении высокая, 17,5% (7) возможность врача оценили на среднем

уровне, 5% (2) - как низкую. В профилактике повторных госпитализаций 67,5% (27) врачей оценили свою роль как высокую; 32,5% (13) респондентов определили как среднюю (Таблица 6).

Таблица 6

Роль врача-психиатра в повышении комплаентности недееспособного пациента к лечению

Роль врача-психиатра	Высокая %	Средняя %	Низкая %
В комплаентности недееспособного пациента к лечению	77,5	17,5	5
В профилактике повторных госпитализаций	67,5	32,5	

Мы выяснили, какие мероприятия проводят врачи-психиатры для улучшения качества жизни недееспособных пациентов. Все 100% (40) респондентов отметили санитарно-просветительскую и психообразовательную работу с пациентом и его социальным окружением. Во время приема в диспансере (или посещения на дому) недееспособного пациента врачи регулярно проводят беседы об обязательном прохождении диспансеризации в районных поликлиниках как самим пациентом, так и опекуном (иными членами семьи), необходимости своевременного флюорографического обследования. Разъясняют приоритеты сохранения возможности бесплатного получения лекарственных препаратов при наличии необходимого наименования в льготном перечне. Убеждают в необходимости соблюдения здорового образа жизни (профилактика злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, табакокурения).

С точки зрения 72,5% (29) врачей-психиатров, к дополнительным мероприятиям, позволяющим улучшить качество жизни недееспособных пациентов, можно отнести расширение перечня льготных лекарственных препаратов, в том числе так называемых дорогостоящих. Например, для

пациентов с органическим поражением ЦНС дополнить список препаратами мемантин, эксилон, реминил; для пациентов с шизофренией внести в перечень оланзапин; для умственно отсталых недееспособных пациентов организовать возможность бесплатного получения (при необходимости) неуплетила. Необходимость улучшения досуга недееспособных пациентов отметили 27,5% (11) человек – клубы, кружки.

Последний вопрос данного блока касался выяснения отношения врачей-психиатров к включению в клинко-функциональный диагноз критерия степени социальной адаптации при решении медико-социальных и экспертных вопросов. Например, диагноз: параноидная шизофрения, эпизодический тип течения, параноидный синдром, неполная медикаментозная ремиссия на фоне нарастающего дефекта в эмоционально-волевой сфере с грубой социальной дезадаптацией. Чуть больше половины - 52,5% (21) отметили необходимость индивидуального подхода в каждом случае, 45% (18) врачей считают важным и необходимым указанный критерий, 2,5% посчитали критерий степени социальной адаптации не важным.

В дополнение к предложенным вопросам устно обсуждался вопрос о возможности введения частичного ограничения дееспособности для лиц, страдающих психическими заболеваниями. Врачи-психиатры согласны, что есть группа недееспособных пациентов, которым было бы целесообразно частично восстановить дееспособность.

Ч., 1985г. рождения, является инвалидом II группы, решением районного суда в 2007г. признана недееспособной. Опекуном назначена ее мать.

Наследственность психопатологически не отягощена. С раннего детства отмечались различные фобические расстройства и навязчивости. Всегда была объектом насмешек со стороны других детей. В детском саду не удерживалась из-за страхов, конфликтов со сверстниками. В школу пошла в

срок, училась слабо из-за неустойчивости внимания, боялась сверстников, сторонилась окружающих. В школьные годы почти перестала выходить из дома из-за «боязни собак», боялась зажигать газ, спала с включенным светом, нарастала аутизация с социальной дезадаптацией. С 8-го класса была переведена на индивидуальное обучение. Время проводила в одиночестве, наблюдалась интенсивная и непродуктивная сосредоточенность на эзотерических, метафизических, религиозных идеях.

С 2000г. Ч. наблюдается в ПНД по месту жительства с диагнозом: Шизофрения. Рекомендовалось амбулаторное лечение, однако рекомендации врача не выполнялись. Вследствие текущего непрерывно-прогредиентного эндогенного процесса психическое состояние постепенно ухудшалось: прекратила выходить из дома, стала испытывать слуховые галлюцинации комментирующего и императивного характера, высказывала бредовые идеи отношения и воздействия.

При патопсихологическом исследовании отмечалась многословность, парамимия, дисморфофобические переживания носили амбивалентный характер (часто смотрела в зеркало, комментировала: «жирная, а может нет, я даже счастливая, меня за угол не утянут, пусть худенькую ищут»). Подменяет логический анализ простым рассуждением, оперирует несущественными признаками, легко привлекает латентные свойства, отмечаются патологические особенности мышления, эмоционально-волевой сферы.

Врачи-психиатры ПНД неоднократно предлагали стационарное лечение, но получали категорический отказ пациентки и ее матери.

В 2005г. Ч. была впервые госпитализирована в стационар в связи с тем что слышала «голос библейского человека, который постоянно что-то говорит, из-за этого опасно выходить из дома», «необходимо держать балконную дверь открытой, иначе могут выпасть глаза», была агрессивной, подозрительной. Находилась на лечении 549 дней с диагнозом: Шизофрения,

параноидная, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-параноидный синдром. Пациентке проводилось лечение различными психотропными средствами: азалептином до 450 мг в сутки, галоперидолом до 75 мг в сутки, рисполептом до 12 мг в сутки, зипрексой до 20 мг в сутки, циклодолом. С декабря 2006г. Ч. получала сероквель до 700 мг в сутки. Состояние пациентки длительное время оставалось неустойчивым, улучшение наступило только в конце мая 2007г., и она была выписана на амбулаторное лечение.

После выписки Ч. наблюдалась в ПНД по месту жительства. В начале октября 2007г., несмотря на проводимое лечение сероквелом до 800 мг в сутки, состояние Ч. ухудшилось. 22.10.2007г. она была госпитализирована в стационар, где, несмотря на проводимое первое время лечение сероквелом в дозе до 800 мг в сутки, улучшения не было. Проводилась комбинированная терапия с азалептином и модитен-депо, затем принимала инвего, в мае 2008г. сероквель был отменен в связи с отсутствием эффекта, с июня 2008г. больная была переведена на прием этаперазина до 90мг в сутки, а с августа 2008г. получала зипрексу до 30 мг в сутки.

Учитывая, что Ч. была лишена дееспособности, то в соответствии со ст. 31 Закона РФ от 02.07.1992г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» она ежемесячно освидетельствовалась врачебной комиссией с целью обоснованности дальнейшего пребывания в условиях стационара и для решения вопросов о тактике ведения. В психическом состоянии Ч. преобладала галлюцинаторно-параноидная симптоматика, нарастали дефицитарные расстройства комбинированного характера. Отмечалась выраженная резистентность к терапии. Больной проводилось лечение клопиксолом, атипичными нейролептиками новых поколений: сердолектом, сероквелом. В связи с отсутствием должного терапевтического эффекта от указанных препаратов назначались традиционные антипсихотические препараты: трифтазин до

45мг в сутки, хлорпротиксен, дополнительно больная получала нормотимики (карбамазепин), амитриптилин. Проводились противорезистентные мероприятия.

Лечение Ч. проводилось в соответствии с приказом МЗ РФ от 06.08.1999г. № 311 «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» и было направлено на редукцию психотического уровня переживаний, замедление темпа прогрессивности заболевания. Нивелирование галлюцинаторно-параноидной симптоматики в период данной госпитализации было достигнуто при проведении терапии трифтазином 30 мг в сутки, циклодолом 0,006 мг в сутки, хлорпротиксеном до 200 мг в сутки.

В последующем Ч. ежегодно госпитализировалась в психиатрические больницы г. Волгограда, госпитализации длительные (722 к/д в 2008г.-2010г.), повторные в течение года: по 3 госпитализации в 2011г., в 2012г., 2013г. В 2013г. Ч. провела в психиатрическом стационаре в общей сложности 160 койко-дней.

Ремиссии медикаментозные, кратковременные, низкого качества, отмечается выраженная резистентность к терапии. После выписки лечением пренебрегала, по своему усмотрению применяла периодически феназепам. Ухудшение состояния сопровождалось появлением агрессии в адрес матери, кричала, кидалась драться, угрожала расправой.

В амбулаторных условиях получала поддерживающую терапию кветиапином 400 мг в сутки, бромдигидрохлорфенилбензодиазепином 1 мг 1 раз в сутки, с сентября 2013 года - клозапином 200 мг в сутки.

Во время последней госпитализации в связи с резистентностью к проводимому лечению была переведена на оланзапин. На фоне лечения состояние улучшилось, «голоса» приобрели отрывочный характер, нейтральное содержание, не определяли поведение пациентки. Поведение стало упорядоченное, пациентка подчиняема, доброжелательна к матери. В

настоящее время ее психическое состояние характеризуется в основном дефицитарной и резидуальной галлюцинаторной симптоматикой. Состояние Ч. остается стабильным в течение шести месяцев.

Действующее в РФ законодательство, регулирующее деятельность, связанную с недееспособностью, предусматривает исключительно полную недееспособность лица в связи с психическим заболеванием. Зарубежное законодательство, как мы отмечали ранее, предусматривает ограниченную дееспособность для указанной категории граждан. В рассматриваемом клиническом случае мы могли бы предложить инициировать вопрос для Ч. в плане восстановления дееспособности в рамках дачи самостоятельного согласия на лечение и госпитализацию в психиатрический стационар.

Таким образом, при опросе врачей выяснилось, что большинство психиатров считают целесообразным внедрение стандартов оказания психиатрической помощи с указанием групп препаратов, перечня необходимых методов функционального обследования, при этом частота визитов к врачу, необходимый объем исследования, дозы и кратность назначения препаратов должны оставаться на усмотрение лечащего врача. Основная масса психиатров в первую очередь ориентируются в работе на стандарты оказания амбулаторной помощи, но ограниченный перечень препаратов (а также отсутствие перечня лекарственных препаратов в стандарте первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при умственной отсталости) вызывает затруднение в работе врачей. Также вызывает вопросы у врачей-психиатров необходимость составления родословной при ведении больных с умственной отсталостью, так как проведение подобной медицинской услуги не влияет на определение тактики лечения больного, целесообразность проведения дорогостоящих функциональных исследований с частотой, определенной стандартами, необходимость обязательного назначения антидепрессантов больным с деменцией. Создание отдельных стандартов для недееспособных больных, по

мнению врачей, нецелесообразно, возможно дополнение раздела медицинских услуг в части психообразовательной работы с недееспособными пациентами и их опекунами.

3.3. Взаимодействие врача-психиатра и других социальных агентов в работе с недееспособными пациентами (на материале кейс-стади)

Метод кейс-стади относится к эффективным качественным методам социологии медицины. Его применение позволяет оценить и классифицировать те медико-социальные процессы и явления, которые нельзя достоверно изучить при помощи количественных методов. Для медицины это особенно важно, поскольку каждый случай здесь – уникальный. Целью применения метода кейс-стади является вычленение ситуативного инварианта в каждом таком индивидуальном случае.

Нами проанализированы 580 медицинских карт, из них отобраны 73 конфликтных случая. Из данных случаев были выделены 18 типичных и проанализированы методом кейс-стади. Ниже приведены примеры проведенного анализа, частные выводы к отдельным случаям и общий вывод по результатам кейс-стади.

Случай 1.

Пациент К., 39 лет, находится на диспансерном наблюдении в психоневрологическом диспансере с диагнозом: Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, медикаментозная ремиссия, дефект в эмоционально-волевой сфере. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел с семи лет, окончил 9 классов. Больным себя считает с 18 лет, когда во время службы в армии, появились мысли «об особом предназначении в жизни», казалось, что «люди узнают в нем особенного человека», было предчувствие «вот-вот что-то случится по месту прохождения службы»,

совершил побег из воинской части. В связи с описанным состоянием был доставлен на обследование в волгоградскую психиатрическую больницу, где находился на лечении в течение шести месяцев и был выписан в удовлетворительном состоянии. После выписки посещал психоневрологический диспансер, решением врачебной комиссии был определен в диспансерную группу пациентов. Является инвалидом III группы, поддерживающую лекарственную терапию принимал регулярно (препараты из группы нейролептиков). Получил профессию слесаря. Постоянного места работы не имел. В связи с ухудшением психического состояния, связанного с прекращением приема лекарственных препаратов, несколько раз госпитализировался в психиатрический стационар. В клинической картине преобладала параноидная симптоматика. При последнем патопсихологическом исследовании заключение психолога: выраженная истощаемость внимания в деятельности. Умеренно нарушена механическая память. Логическая память – норма. Уровень интеллекта не снижен, но выражено нарушение мышления по шизоидному типу (нецеленаправленность, искажение процесса обобщения). Возможен паранойяльный тип переживаний и поведения.

В настоящее время находится на диспансерном наблюдении, врача-психиатра посещает регулярно, лекарственную терапию принимает в полном объеме.

В течение трех лет К. работал дежурным по гаражному кооперативу (сторожем) с официальным оформлением. В ноябре 2013 года К. обратился в психоневрологический диспансер с заявлением о выдаче справки, что он может работать дежурным по гаражному кооперативу. К своему заявлению К. приложил ксерокопию страницы трудовой книжки, где было оформлено увольнение по 84 статье Трудового Кодекса РФ: «Прекращение трудового договора вследствие нарушения установленных настоящим Кодексом или иным федеральным законом правил заключения трудового договора».

Участковому врачу он рассказал, что, когда руководство гаражным кооперативом узнало о наличии у него психического заболевания, К. уволили с работы, при этом каких-либо нареканий у него не было, с обязанностями справлялся. К. обратился в районный суд с целью восстановления на работе. Участковый врач подробно разъяснил пациенту устно и в письменной форме порядок прохождения медицинских осмотров (предварительных и периодических) в соответствии с действующим законодательством.

Примерно в этот же период времени на прием к заместителю главного врача диспансера обращается гражданин М., директор этого гаражного кооператива, который предлагает ознакомиться с трудовым распорядком дежурных по гаражному кооперативу и, учитывая наличие психического заболевания К., выступить в суде о невозможности последнего трудиться в данной должности: «Если у него психическое заболевание, значит, он недееспособный, как же он может работать». Заместитель главного врача по медицинской части психоневрологического диспансера провела беседу с М., разъяснила понятие «недееспособность», основные положения Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ и Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 года N 3185-I. Таким образом, директор гаражного кооператива не получил сведений относительно пациента К. (составляющих врачебную тайну), был информирован о вступившем в законную силу Приказе МЗ и СР РФ №302н «Об утверждении перечней и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

В течение ноября 2013 года в диспансер поступил запрос от федерального судьи с требованием предоставить информацию о наличии или

отсутствии психического заболевания К., сведений о диагнозе, наличии инвалидности по психическому заболеванию. В соответствии с действующим законодательством психоневрологическим диспансером был подготовлен исчерпывающий ответ на указанные запросы.

В декабре 2013 года К. на приеме у участкового врача-психиатра сообщил, что суд вынес решение в его пользу, обязав работодателя восстановить его на работе с выплатой заработной платы с момента увольнения.

Комментарий. Данный пример иллюстрирует характер социальных отношений в системах «больной-работодатель», «врач-работодатель», «больной - органы государственной юрисдикции», «работодатель - органы государственной юрисдикции».

Центральным вопросом в приведенном случае, на наш взгляд, является социальная дискриминация лица, страдающего психическим расстройством. Очередной пример стигматизации, который отразил отношение к пациентам психоневрологических диспансеров. До настоящего времени в обществе существует категория людей, для которых понятие «психически больной» и «недееспособный» равнозначны. Директор гаражного кооператива, случайно узнав о работающем у него душевно больном человеке, в один момент изменил к нему отношение, только на основании наличия психического заболевания решил, что он недееспособен. В трудовом распорядке дня для дежурных по кооперативу гаражей, представленному в психоневрологический диспансер, перечислены такие функции, как уборка прилегающей территории, сортировка мусора, обход территории. Директор кооператива М. высказывал свое мнение о невозможности выполнять указанные функции в случае наличия у человека психического расстройства, хотя до момента выяснения факта наличия психического заболевания гражданин К. добросовестно выполнял работу. Можно говорить о

предвзятом отношении к душевно больному человеку как к заведомо социально дезадаптированной группе лиц.

Этот пример демонстрирует необходимость повышения грамотности населения в вопросах психиатрии, важность борьбы со стигматизацией лиц с психическими расстройствами.

М. боялся полагаться на сотрудника, имеющего психическое расстройство, и хотел получить в психоневрологическом диспансере подтверждение, что наличие психического заболевания у К. является медицинским противопоказанием для заключения с ним трудового договора. Но в результате получил ответ о необходимости сохранения врачебной тайны и какой-либо иной информации о пациенте. Заместитель главного врача психоневрологического диспансера постаралась объяснить, что душевно больные лица являются такими же гражданами с правами и обязанностями, закрепленными действующими нормативными документами. Директор гаражного кооператива должен был при приеме на работу руководствоваться указанным выше Приказом №302н, в случае, если работы, выполняемые в гаражном кооперативе, попадают под перечень вредных и (или) опасных, направить кандидата в соответствующем порядке на предварительный медицинский осмотр и организовать ежегодные периодические медицинские осмотры для своих работников. Если виды работ не входят в указанный перечень, директор гаражного кооператива М. не вправе требовать заключения от психиатра при приеме на работу сотрудников. Останется вопрос, смогут ли в дальнейшем наладить рабочие и межличностные отношения между собой К. и М.?

Для решения этого вопроса необходимо привлекать специалиста по социальной работе, прошедшего специальную подготовку по психиатрии, который разъяснит работодателю, что получающий специальное лечение пациент с психическим расстройством может полноценно выполнять работу данного уровня, не представляя опасности как для окружающих людей, так и

для дела. Сохранение трудовой адаптации - очень важный вопрос социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, и, если К. не имел замечаний, справлялся с работой, необходимо приложить все усилия для поддержания его трудовой деятельности.

С другой стороны, понятны опасения работодателя, которому нужны гарантии, что состояние больного с психическим заболеванием останется стабильным. На наш взгляд, в данной ситуации решение конфликта подразумевает активное взаимодействие между собой систем «больной-работодатель», «врач - социальный работник - работодатель». Привлечение специалиста по социальной работе к разъяснению организационных, правовых и социальных аспектов наиболее часто встречающихся конфликтных ситуаций в работе амбулаторной психиатрической службы поможет врачу-психиатру и администрации психоневрологического диспансера сохранить, наиболее рационально распределить рабочее время.

Для улучшения трудовой адаптации больных с психическими заболеваниями можно предложить расширение роли социальной поддержки государства, в частности выделения денежных средств из федерального бюджета на страхование данной категории работников от несчастных случаев и их ответственности перед работодателями и потребителями конечного продукта их труда при приеме на работу в учреждения различной формы собственности.

Случай 2.

В психоневрологическом диспансере более 30 лет наблюдается пациентка А. 63 лет с диагнозом: Шизофрения параноидная, непрерывно-прогредиентный тип течения, параноидный синдром на фоне эмоционально-волевого дефекта. Из анамнеза известно, что наследственность не отягощена. Развитие без особенностей. Окончила училище искусств, факультет иностранных языков университета. Работала концертмейстером. Проживает с

матерью и 20-тилетней дочерью. Впервые обратилась в психоневрологический диспансер в возрасте 25 лет с жалобами на излишнюю впечатлительность, раздражительность, быструю утомляемость. Пациентка была консультирована, установлен диагноз: Неврастения, назначено лечение. Состояние изменилось через семь лет. На стационарное лечение впервые попала в 32 года, перед госпитализацией пациентка была крайне негативна к матери, беспричинно ревновала мужа, посещала экстрасенсов, сама считала, что наделена экстрасенсорными способностями, утверждала, что мужа «сглазили, навели порчу, порча распространяется на нее, родственников», отказывалась от еды, разговаривала в пространство. В дальнейшем многократно, по несколько раз в год попадала в психиатрический стационар, в текущем году была 30-ая госпитализация. Обострение состояния выражалось в крайне негативном отношении к матери – «она, биологическая мать, заинтересована, чтобы все люди были хилыми, слабыми, я, сильная и уверенная, ей не нужна». Занималась «поиском новых способов укрепления сердца», рекламировала «методы задержки дыхания».

В связи с наличием тяжелого, хронического, часто обостряющегося психического расстройства, которое лишало А. способности понимать значение своих действий и руководить ими, решением суда была лишена дееспособности. Опекуном назначили мать пациентки.

Ремиссии кратковременные низкого качества. Ухудшение психического состояния сопровождается сменой настроения, пациентка становится напряженной, многоречивой, раздражительной. Пытается «командовать» врачом с указанием, какими препаратами лечить, какие отменить. Становится крайне негативной к матери-опекуну. Привлекая внимание соседей, прохожих, А. эмоционально, многоречиво рассказывает о «насилованном лишении ее дееспособности, произволе врачей-психиатров», несколько раз обращалась к корреспондентам различных печатных изданий. Вызывает своими рассказами обывательский интерес,

возмущение, любопытство. Сотрудникам психоневрологического диспансера каждый раз необходимо лаконично и в то же время доступно объяснять сопровождающим пациентку сложившуюся ситуацию.

Комментарий. Данный случай демонстрирует особенности социальных отношений в системе «больной (недееспособный пациент) – родственники больного (иные доверенные лица) – врач». Когда больной не согласен с психиатрическим диагнозом и статусом «недееспособного» гражданина, он индуцирует на возмущение сложившейся ситуацией окружающих лиц, которые, пытаясь разобраться со сложившейся ситуацией, отвлекают врача от лечебной работы. В данном случае необходимо разъяснение лицам, сопровождающим пациента порядка, рассмотрения дел о признании гражданина дееспособным. Это может сделать врач или иное лицо (социальный работник, клинический психолог, этический консультант).

Российское законодательство, регламентирующее работу амбулаторной психиатрической службы, не предусматривает периодического пересмотра вопроса о целесообразности дальнейшего сохранения статуса «недееспособный». В этой части российское законодательство не соответствует международно-правовым стандартам. Например, в соответствии с Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденными резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991г. №46/119 «решения, касающиеся дееспособности лица и его потребности в личном представителе, подлежат пересмотру через разумные промежутки времени в соответствии с внутригосударственным законодательством». Аналогичный подход закреплен в ст. 12 Конвенции о правах инвалидов, а также в заключительных замечаниях Комитета ООН по правам человека (2009г.), который отметил, что России следует обеспечить лицам, которые были лишены дееспособности, быстрый доступ к механизму эффективного судебного пересмотра изначального решения.

Случай 3.

В психоневрологическом диспансере на диспансерном наблюдении находится пациентка Е., 21 год. Наблюдается с 1г.11мес. с диагнозом: Тяжелая умственная отсталость без нарушений поведения. Эписиндром. В это же время появились кратковременные состояния напряжения, застывания, частотой 1 раз в неделю. В дальнейшем появились приступы с потерей сознания. Пациентка никогда не училась, росла с родителями. Когда ей было 16 лет, умерла мать. Диспансер посещают с отцом редко. Состояние без динамики. При достижении совершеннолетия была осмотрена участковым врачом-психиатром с последующим инициированием вопроса о признании Е. недееспособной. При осмотре самостоятельно жалоб не предъявляет. Внешне опрятна, ухожена. Обращенную к ней речь практически не понимает, реагирует при произношении ее имени. Речь состоит из нескольких простейших слов, навыков самообслуживания нет. Полностью обслуживается отцом. Самостоятельно передвигается с трудом, с помощью отца. В поведении отмечаются периоды однообразного двигательного возбуждения со стереотипными движениями, агрессивные тенденции отсутствуют. В связи с наличием тяжелого психического расстройства и неспособностью Е. понимать и контролировать свои действия районным судом была признана недееспособной, опекуном назначили отца. До настоящего времени состояние остается без динамики. В связи с частыми эпилептическими приступами пациентке выписывают релиум. Отец-опекун постоянно конфликтует с участковым доктором, не понимая необходимость периодического посещения Е. диспансера либо осмотра на дому.

Комментарий. Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается прежде всего в соответствии с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 года N 3185-I. Одним из видов наблюдения является диспансерное наблюдение, которое в соответствии с 27 статьей означает следующее:

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей - психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде.

Таким образом, данный вид наблюдения устанавливается за пациентами, страдающими хроническими психическими расстройствами со стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Комментарии к данной статье под ред. академика Т.Б. Дмитриевой определяют, что тяжелые болезненные проявления следует считать стойкими, если к моменту осмотра больного они существуют не менее года и (или) если прогностические признаки течения психического расстройства с высокой вероятностью свидетельствуют об их существовании в будущем на протяжении года и более. Под частыми обострениями обычно понимают

возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более одного раза в год. Частота обострений определяется путем анализа клинической картины заболевания в прошлом и (или) на основании прогноза его течения.

Диспансерное наблюдение включает в себя несколько групп. В зависимости от психического состояния пациента комиссия врачей определяет его в соответствующую группу для динамического наблюдения. "Системой динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных" рекомендуется выделять пять групп: первую группу (Д1) (больные с частыми госпитализациями) составляют пациенты с частыми и выраженными обострениями симптоматики, которые обычно сопровождаются госпитализациями. Именно частота последних - от одного до 4-5 и более раз в год - является четким и объективным признаком, определяющим принадлежность больного к данной группе наблюдения; вторую группу наблюдения (Д2) (амбулаторное купирование обострений и декомпенсаций) составляют больные с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях, в третью группу (Д3) (группа профилактического лечения) определяют пациентов со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями; по четвертой группе (Д4) наблюдаются пациенты, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально - трудовой реабилитации. К этой группе следует относить больных на переходных этапах различных ступеней социально - трудовой реабилитации: для перевода со второй на третью группу инвалидности и дальнейшего трудоустройства, больные с нестойкой социально – трудовой адаптацией, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, решении семейных проблем и пр. Пятая группа (Д5) образуется из больных, которые находятся в состоянии ремиссии или компенсации, но, учитывая тяжесть перенесенных расстройств, не могут быть переведены в консультативную группу.

Участковый психиатр, осуществляя диспансерное динамическое наблюдение, должен контролировать визиты пациентов согласно установленным явкам. В процессе работы врач достаточно часто сталкивается с необходимостью принудительного вызова пациента на прием, а также с оформлением запросов в миграционную службу для получения сведений о проживании по указанному адресу. По факту они не нуждаются в осмотрах, но по закону врач их должен осматривать. Т.е. помочь врач ничем не может, но вынужден все время принуждать к осмотру недееспособного и опекуна. С одной стороны, можно понять опекуна, у которого и так много проблем, а тут ещё надо ходить в ПНД, с другой стороны, нужен врачебный надзор за состоянием здоровья недееспособного.

Случай. 4.

Пациентка Ч. 1947 г.р. наблюдается в психоневрологическом диспансере с 1985 года, является инвалидом II гр. по психическому заболеванию, бессрочно. Психическими расстройствами страдает с 1977 года, ведущая симптоматика параноидная, с бредом отношения. До 2000 года многократно лечилась в психиатрических стационарах города. Проживала с родной сестрой, которая также страдает хроническим психическим расстройством, отношения в семье напряженные, конфликтные. Последняя госпитализация в 2010 году, ухудшение состояния отмечалось в течение двух месяцев: была беспокойной, по несколько раз в день звонила участковому врачу-психиатру и врачу психиатрической больницы, говорила о преследовании, прослушивании квартиры: «действуют дистанционными лучами, манипулируют сознанием, претендует на квартиру, вы содействуете. Поубивали всех больных, кому-то это нужно». Ругалась с сестрой, била ее костью (пациентка оперирована по поводу заболевания сосудов – ампутирована правая нога на уровне н/3 бедра). Постоянно конфликтовала с соседями, считала, что ей специально установлен диагноз, так как все хотят отобрать квартиру. Выбрасывала из окна вещи, продукты, бутылки. Каретой

скорой помощи в больницу доставили Ч. вместе с сестрой, госпитализировали в разные отделения. В процессе лечения отмечалось улучшение: стала спокойная, упорядоченная в поведении, настроение выравнивалось. Выписана с диагнозом: Шизофрения параноидная, непрерывно-прогредиентное течение. Параноидный синдром на фоне эмоционально-волевого дефекта.

После выписки больная проживала одна, так как в отношении родной сестры решались социальные вопросы, связанные с оформлением в интернат. Учитывая наличие тяжелого хронического психического расстройства, наличие группы инвалидности по психическому заболеванию, а также в связи с тем, что Ч. проживала одна, районные органы опеки и попечительства по ходатайству психоневрологического диспансера обратились в районный суд с целью признания Ч. недееспособной. Однако пациентка была категорически против лишения дееспособности, считая себя психически здоровым человеком. В 2010 году Ч. не была признана недееспособной. Так как по своему физическому состоянию пациентка не имела возможности активно передвигаться, посещать магазин, производить оплату по обязательным платежам, Ч. обращалась в центры социального обслуживания. Социальные работники после первого же визита к Ч. в последующем категорически отказывались работать с ней. Отмечали крайне негативное и подозрительное отношение, которое выражалось в тщательном изучении документов, удостоверяющих личность, с обязательной проверкой телефонным звонком в кадровую службу социального центра. Отмечали случаи вызова полиции, когда Ч. казалось, что «социальный работник подозрительно тщательно проводит уборку, видимо, что-то задумала». Также могла подолгу их задерживать, поминутно выверяя затраченное время на приготовление пищи, посещения магазина. Проводя все время дома, Ч. занималась изучением правовых вопросов оказания социальной и медицинской помощи, активно изучала вопросы опеки и попечительства, выписывала журналы по

адвокатской деятельности. Из-за нарушенного в связи с психическим заболеванием мышления, по-своему, витиевато, ошибочно трактовала прочитанное и по много раз в день обзванивала различные инстанции: медицинские, социальные, органы прокуратуры, законодательной и исполнительной власти. Навязчиво высказывала свои ошибочные умозаключения, требовала комментариев, защиты против «произвола медицинских и социальных структур», рассказывала, что осталась одинокой, является инвалидом: «у меня очень легко отобрать квартиру, сейчас подобные случаи бывают». При этом конкретных требований и пожеланий не предъявляла. Соответственно, в адрес психоневрологического диспансера поступали запросы о подтверждении наличия психического заболевания у Ч., мероприятиях медицинского и социального характера, направленных на улучшение жизни пациентки.

Необходимо отметить, что Ч. находилась на диспансерном наблюдении в психоневрологическом диспансере и регулярно посещалась врачом, но дверь всегда категорически отказывалась открывать. Заставляя позвонить в дверь соседке, чтобы ей подтвердили, проверив удостоверение личности, что пришел действительно врач, заявляла, что в психиатрической помощи не нуждается, лекарства принимать не будет, так как психически здорова, а инвалидом ее «сделали, чтобы отобрать жилье».

После нескольких увольнений социальных работников, связанных с боязнью и нежеланием обслуживать Ч., комплексный центр социального обслуживания населения в очередной раз обратился в психоневрологический диспансер с вопросом о необходимости очередного психиатрического освидетельствования и заключения в отношении Ч. о возможности ее дальнейшего социального обслуживания. В устной беседе сотрудники центра настаивали на необходимости отрицательного заключения. В своем письме указывали на агрессивное поведение Ч., отмечали, что она выхватывала документы, подолгу не выпускала из дома работников. Вела себя

настороженно, недоверчиво, записывала паспортные данные, говорила, что документы поддельные, обращалась с заявлением в администрацию центра социального обслуживания, что к ней пришли мошенники. Навязчиво задерживает сотрудников одними и теми же разговорами. При последнем посещении на дому Ч. был оставлен бланк для заключения врачебной комиссии для обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов на дому. Участковым врачом-терапевтом было предоставлено направление на консультацию врача-психиатра.

После телефонной беседы пациентка согласилась на беседу с врачом-психиатром, однако заявила, что для «объективности оценки» пригласит адвоката и соседку. При посещении врачом психоневрологического диспансера пройти в квартиру пригласила спокойно, отметила, «почему не взяли с собой медицинскую сестру». «Я много раз в жизни сталкивалась с бюрократизмом и произволом в свой адрес, поэтому позвала свидетелей, иначе мне будет сложно доказать достоверность сведений, если Вы будете утверждать противоположное». Жалоб на состояние здоровья не предъявляла. Со слов, в быту справляется самостоятельно практически полностью, иногда приглашает соседку. С ее же помощью осуществляет коммунальные платежи, покупки продуктов питания. Отмечает, что с соседями не конфликтует (соседка наедине врачу сообщила, что «конечно, тяжело с ней, навязчива, постоянно что-то говорит, но привыкла»). Внешне выглядит опрятно. Причесана, со слов, сама перед зеркалом подстриглась перед приходом комиссии. Одежда чистая. В комнате прибрано. Много литературы правового характера, медицинской тематики, ксерокопии статей «Как пациенту отстоять свои права», «Психическое заболевание – не приговор». В беседе словоохотлива. Оперировать множеством юридических и медицинских терминов, цитирует Конституцию РФ, статьи Закона «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». Термины часто использует не по существу, в ложной интерпретации. Считает,

что нарушаются ее права в получении социальной помощи на дому, считает незаконными приходы к ней врача психоневрологического диспансера (осуществляющиеся с целью диспансерного динамического наблюдения). Вопросы врача осмысливает, отвечает через паузу, витиевато выстраивая предложения. Последнюю госпитализацию в психиатрический стационар объясняет тем, что «сестра спровоцировала конфликтную ситуацию на бытовой почве». Рассказывает, что, благодаря своему высшему образованию, осведомленности в правовом поле, помощи наемного адвоката, «осталась дееспособной в суде». В ходе беседы несколько раз высказывала опасения «лишиться квартиры». Поведение без агрессивных тенденций. Эмоционально однообразна. Острой психотической продукции не выявлено. По результатам психиатрического освидетельствования врач написала заключение об отсутствии психиатрических показаний для обслуживания данной пациентки на дому.

В течение 2011-2012 годов пациентка продолжала оставаться в состоянии немедикаментозной ремиссии. При этом остается напряженной ситуация с организацией социальной помощи Ч., в связи с чем в адрес психоневрологического диспансера поступало очередное обращение с целью принятия иных мер медицинского и социального характера (госпитализация пациентки с последующими мероприятиями по лишению дееспособности). Однако на ходатайство психоневрологического диспансера в адрес районных органов опеки и попечительства об инициации вопроса о лишении Ч. дееспособности был получен отказ в связи с недостаточностью оснований для обращения в суд (отсутствие сведений об ухудшении психического состояния, о невозможности самостоятельно себя обслуживать и руководить своими действиями).

Комментарий. В этом примере бросается в глаза то, что соседка поддерживает с больной отношения, значит, это возможно, но у социальных работников нет желания и умения это делать, значит, их нужно научить и

доплатить им за затраченные усилия надбавку за работу в тяжелых условиях труда. Пациенты, получающие качественную социальную помощь, становятся более комплаентными, и, как следствие, уменьшается выраженность психопатологической симптоматики и необходимость в госпитализациях, что позволяет ресоциализировать больных, смягчить развитие обострений заболевания, включить пациентов в жизнь сообщества.

Действующим законодательством не предусмотрено эффективного механизма взаимодействия психоневрологических диспансеров и служб социального обслуживания населения при оказании социальных услуг лицам, страдающим психическими расстройствами. Так, согласно статье 18 Федерального закона от 2 августа 1995 N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", порядок и условия социально-медицинского обслуживания на дому определяются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Во исполнение указанной нормы на территории Волгоградской области был издан совместный Приказ Управления социальной защиты населения Администрации Волгоградской области и Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области от 21 сентября 2007 г. NN 942, 464 "Об организации совместной работы амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения и государственных учреждений социального обслуживания населения по совершенствованию медико-социальной помощи престарелым гражданам и инвалидам на дому". Однако данный приказ не устанавливает механизма взаимодействия между медицинскими учреждениями и социальными службами по данному вопросу, ограничиваясь лишь отдельными общими положениями, связанными с содействием одной службы другой. Отсутствует такой механизм и в государственном стандарте социального обслуживания населения Волгоградской области «Социально-медицинская реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов в нестационарных условиях», утвержденных Приказом министерства

социальной защиты населения Волгоградской области от 4 июня 2012 N 343. Кроме того, действующее законодательство оставляет без ответов еще некоторые вопросы, связанные с оказанием гражданам, страдающим психическими расстройствами, социальных услуг на дому. Например, статьей 18 Федерального закона №122-ФЗ предусмотрена возможность социально-медицинского обслуживания на дому, которое может осуществляться в отношении граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в надомных социальных услугах, в том числе, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), за исключением заболеваний, указанных в части четвертой статьи 15 Федерального закона №122-ФЗ. При этом ч. 4 ст. 15 указанного Федерального закона установлено, что гражданам пожилого возраста и инвалидам, при наличии у них тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, может быть отказано в предоставлении социальных услуг на дому. Таким образом, законом установлено, что социально-медицинское обслуживание на дому граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих психическими расстройствами, может осуществляться только при нахождении их в стадии ремиссии. Более того, действующее законодательство устанавливает, что гражданам пожилого возраста и инвалидам может быть отказано в социально-медицинском обслуживании на дому при наличии у них тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения вне зависимости от нахождения их в стадии ремиссии. Однако следует учитывать, что закон не запрещает оказание услуг таким гражданам, а предоставляет право отказать им в предоставлении услуг по социально-медицинскому обслуживанию, оставляя реализацию такого права на усмотрение органов социального обслуживания. Применение указанных норм на практике прямо влияет на права граждан, страдающих психическими расстройствами, так как данные нормы устанавливают саму возможность

обслуживания на дому граждан, страдающих психическими расстройствами. При этом, если статья 15 рассматриваемого Федерального закона определяет, что отказ в предоставлении социальных услуг на дому гражданам пожилого возраста и инвалидам, страдающим психическими расстройствами, подтверждается совместным заключением органа социальной защиты населения и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения, то на основании какого документа или каким образом определяется нахождение гражданина, страдающего психическим расстройством, в стадии ремиссии, действующее законодательство не устанавливает. В то же время нахождение гражданина в стадии ремиссии или в подостром состоянии психического расстройства может иметь значение для предоставления или отказа в предоставлении социальных услуг на дому гражданам, страдающим психическими расстройствами.

Приведенный случай – один из примеров, когда наличие психического расстройства не может являться автоматическим противопоказанием к социальному обслуживанию на дому. И хотя пациентка и является инвалидом по психическому заболеванию, в настоящее время нельзя расценивать ее психическое расстройство как тяжелое и требующее лечения в специализированном учреждении. В то же время понятны затруднения, возникающие у специалиста социальной службы, не имеющего достаточных знаний и навыков общения с больными психиатрического профиля. Вследствие незнания закономерностей развития и проявлений психических расстройств, многие работники социальной службы испытывают страх перед больным, ожидая от него любой неадекватной реакции, в том числе и противоправных действий. Специалист по социальной работе или социальный работник, прошедший соответствующее обучение, получивший теоретические и практические навыки работы с лицами, имеющими психические расстройства, которому разъяснены особенности медицинских и этико-правовых аспектов оказания помощи душевно больным, испытывал бы

меньше затруднений в работе с данной пациенткой. Обученный специалист может осуществлять дополнительные специальные психосоциальные мероприятия (тренинг навыков независимого проживания, психообразовательные программы с элементами когнитивного тренинга, тренинг социальных и коммуникативных навыков), которые позволяют значительно расширить возможности оказания помощи психически больным с инвалидностью.

К проблемам, связанным с вопросами взаимодействия амбулаторной психиатрической службы и социальной службы, можно отнести отсутствие четкого правового механизма взаимодействия медицинских учреждений и социальных служб, недостаточную подготовку, просвещенность и предвзятое отношение специалистов социальной службы к работе с лицами, имеющими психические заболевания. Это указывает на необходимость совершенствования действующего законодательства, например, включение в Федеральный закон №122 специальных норм, четко определяющих условия и регулирующих особенности предоставления социальной помощи на дому гражданам, страдающим психическими расстройствами. Кроме того, на уровне Волгоградской области необходимо принятие правового акта, регулирующего порядок и условия социально-медицинского обслуживания на дому. Такой порядок должен содержать четкий механизм взаимодействия сотрудников медицинских учреждений и социальных служб с указанием конкретных мер взаимодействия, сроков осуществления тех или иных действий в рамках такого взаимодействия и содержащего особенности оказания социально-медицинского обслуживания на дому лиц, страдающих психическими заболеваниями, или граждан, проживающих совместно с лицами, имеющими психические расстройства.

Необходимо создание отдельной специализированной службы или нового подразделения существующей социальной службы, состоящее из медицинских работников (врачей-психиатров), соответственно обученных

специалистов по социальной работе и социальных работников, функционирующее по территориальному принципу. Следовательно, нужно наладить систему целевой подготовки и переподготовки кадров социальных работников для сферы охраны психического здоровья. Также существующее правовое регулирование социальной помощи больным психическими расстройствами необходимо дополнить нормами, регламентирующими деятельность организаций, созданных на основе частной формы собственности.

Приверженность партнерскому полипрофессиональному подходу при оказании психиатрической и социальной помощи лицам, страдающим психическими заболеваниями, с созданием широкой коалиции, включающей пациентов, членов их семей, врачей и социальных работников, понимание первостепенного значения потребностей самих пациентов и их окружения, разработка четких методов взаимодействия между различными участниками процесса, возможность своевременного принятия необходимых изменений станет залогом улучшения качества жизни одной из самых незащищенных категорий людей – психически больных инвалидов.

Вывод.

По материалам кейс-стади можно выделить структуру взаимоотношений врача-психиатра и других социальных агентов при работе с недееспособными пациентами (схема 1.)



Схема 1. Взаимоотношения врача-психиатра и других социальных агентов при работе с недееспособными пациентами.

Медико-социологический анализ, типологизация сложных ситуаций при оказании медицинской помощи недееспособным лицам, изучение характера социальных отношений в этих системах позволяет выявить преобладание конфликтных ситуаций, когда родственники или социальные институты (органы опеки, соц. служба, психиатрическая амбулаторная служба) считают, что больного необходимо лишить дееспособности, а врач не видит для этого оснований.

Наиболее часто в работе с недееспособными пациентами происходят конфликты в связи с неправильной оценкой одной из сторон состояния больного. При этом как ошибочную можно оценить позицию того социального агента, который выходит за рамки своей профессиональной роли. В этой связи необходимо четко определить предмет профессиональной деятельности всех участников конфликта: врач дает клиническую оценку ситуации, суд – юридическую, органы опеки определяют совокупность мер социальной помощи и контролируют деятельность опекуна, социальные работники определяют потребности пациента в системах жизнеобеспечения

и реализуют мероприятия по удовлетворению этих потребностей. Роль опекуна нельзя описать как профессиональную, поэтому требования к ней носят достаточно общий характер.

Особое место занимают конфликты с лицами и организациями, которые не являются участниками системы жизнеобеспечения недееспособного пациента – соседями, коллегами по работе, работодателями. Запретить стигматизацию можно на основе юридических актов, но тогда она примет латентный характер и может проявиться в более агрессивной форме. Поэтому главная роль в снижении риска стигматизации принадлежит врачу-психиатру, который проводит профессиональную просветительную работу с лицами, недоброжелательными к его пациенту.

Таким образом, наш анализ показал, что врач является центральной фигурой при реализации взаимодействия всех социальных агентов работы с недееспособными пациентами. Но мы еще раз проверили этот тезис на материале социологического опроса и фокус-группы, представленных в следующем параграфе диссертации.

3.4. Системообразующая роль врача-психиатра в организации деятельности агентов опеки недееспособных пациентов

С целью защиты законных прав и интересов, а также для обеспечения социального функционирования после признания лица в установленном порядке недееспособным ему назначается опекун. В случае, если психически больной человек одинок и нет кандидатов для назначения опекуном, такие недееспособные лица, как правило, оформляются в психоневрологический интернат. В рамках реализации поставленной в работе цели, нами был проведен анонимный опрос 127 опекунов с помощью авторской анкеты.

По степени родства с подопечными опекуны распределились следующим образом: в 88,18% случаев опекунами являлись родственники первой линии, как правило, это родители, дети, супруг, родные братья или

сестры, в 9,44% случаев – родственники второй линии - племянники, тети, дяди, двоюродные братья и сестры, бабушки и дедушки, 2,36% случаев составили родственники или иные близкие люди недееспособного лица (рис.22).

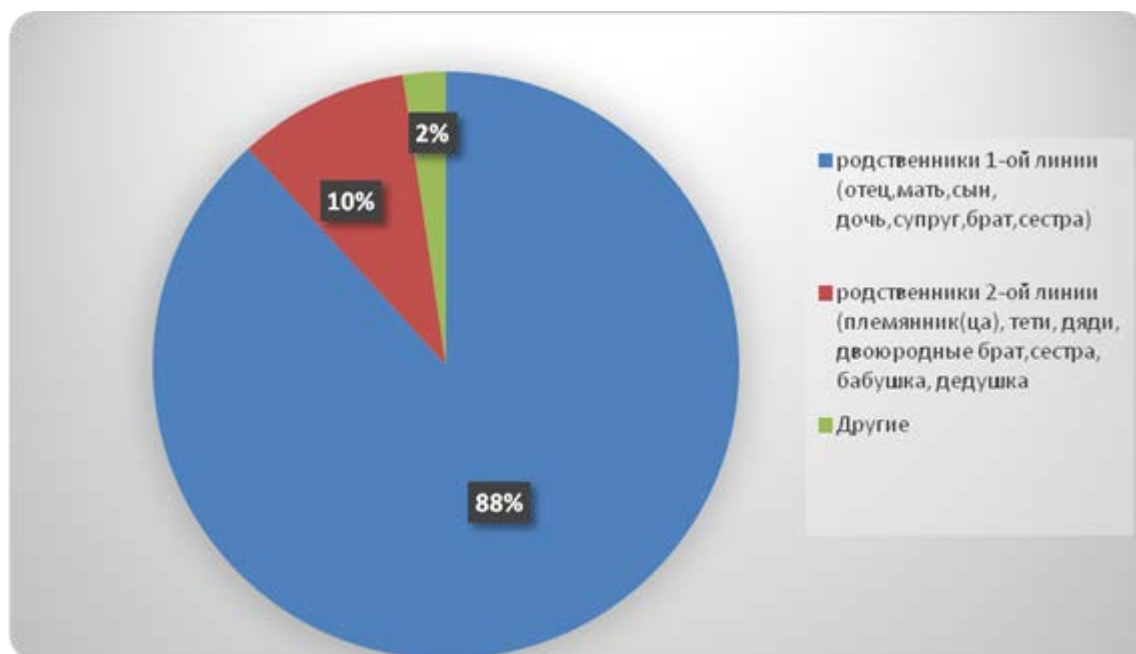


Рис. 22. Степень родства с опекуном.

Высокий процент опекунов, являющихся родственниками первой линии, объясняется отсутствием каких-либо поощрений и личной выгоды для опекуна, самые близкие родственники недееспособного гражданина чаще всего берут на себя исполнение обязанностей по опеке, при этом их забота о больном родственнике продиктована искренними, бескорыстными намерениями. При этом не выделялись гендерные соответствия – 48,81% опекунов одного пола с подопечными, соответственно в 51,18% случаев пол не совпадал.

Клиренс возраста опекуна с подопечным в большинстве случаев составил более 10 лет (29,13% опекунов были на 10 лет моложе своих подопечных, а 37,79% - старше), в 14,96% случаев разница в возрасте составила от 10 до 5 лет, и только в 18,11% случаев клиренс возраста опекуна и подопечного был менее 5 лет.

Совместно с подопечным проживали 81,10% опекунов, в 15,74% случаев недееспособный проживал с другими родственниками (или лицами, не являющимися родственниками), а опекун навещал своего подопечного. В 3,14% случаев недееспособный гражданин проживал один, а опекун его навещал.

Раздельное проживание отмечено в 6 случаях, при этом квартира опекуна находилась либо в этом же доме, что и у недееспособного лица, либо проживание по типу «финского дома», а психическое состояние пациента позволяло оставаться без круглосуточного наблюдения стороннего лица.

Опекуны в 46,45% случаев отмечали, что их отношение к подопечному не изменилось после официального назначения опекуном, 39,37% опекунов отметили, что отношение изменилось (респонденты отмечали, что «усилилось чувство ответственности»), 14,17% опрошиваемых затруднились ответить.

Мнение опекунов по вопросу о причинах посещения психоневрологического диспансера разделилось следующим образом: 30,70% опрошиваемых связывали посещение диспансера с необходимостью исполнения кратности визитов согласно диспансерному наблюдению, 14,96% опекунов причину посещения с недееспособным пациентом диспансера видели при изменении психического состояния подопечного, визит в диспансер осуществляли после приглашения врача 11,02% опрошиваемых, 17,32% опекунов определяли необходимость посещения диспансера как решение прежде всего социальных вопросов, 25,98% опекунов связывали необходимость посещения недееспособным психически больным диспансера с «иными» целями, в том числе необходимость выписки лекарственных препаратов.

Привлекают внимание данные опроса о мнении опекуна о необходимости посещения психоневрологического диспансера «в целом»: 28,34% опрошиваемых опекунов считают необходимым посещение

психоневрологического диспансера, 26,77% высказали мнение об отсутствии необходимости, а 44,88% опекунов считают, что посещать диспансер нужно, при этом кратность посещения желали бы определять самостоятельно (рис.23).



Рис. 23. Причина посещения психоневрологического диспансера.

Мнение об отсутствии необходимости посещения диспансера и желание самостоятельно определять кратность визитов высказали опекуны лиц с глубокой умственной отсталостью и сосудистой деменцией (в основном после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения). Такая категория пациентов, как правило, не нуждается в регулярном приеме лекарственных препаратов ввиду стойкости и необратимости психического расстройства.

В 70,07% случаев первое место по причине лишения дееспособности и установления опеки опекуны отдают необходимости решения социально-бытовых вопросов, в 14,96% - необходимости решения медицинских вопросов, 14,96% случаев причины определены, как «иные».

Следует отметить, что в 39,37% случаев факт признания пациента недееспособным и назначение опекуна привел к повышению количества визитов в психоневрологический диспансер, при этом в 15,74% случаев

произошло снижение числа посещений диспансера (в основном связано с ухудшением соматического состояния пациента), в 45,56% вышеуказанный факт не повлиял на визиты.

Причины смены опекуна имели место в следующих случаях: в 4,37% - неисполнение опекуном своих непосредственных обязанностей, 10,23% - болезнь (смерть) опекуна, 1,57% - иные причины (например, случаи необходимости смены места жительства опекуна), в 82,67% случаев опекун не менялся (Рис.24).



Рис. 24. Причины смены опекуна.

Выявление фактов недолжного исполнения опекунских обязанностей в 4,37% наблюдений подтверждает актуальность поднимаемых вопросов, требует более внимательного отношения к данной категории больных со стороны врачей-психиатров, сотрудников опеки и специалистов по социальной работе.

Один из примеров недобросовестного исполнения опекуном своих обязанностей приведен в наблюдении 1.

Пациент Т., 1937 г.р., с 28 лет страдает эндогенным психическим заболеванием, наблюдался в диспансере с 1974 года. Диагноз: Шизофрения

параноидная. Непрерывно-прогредиентное течение. Течение заболевания носило непрерывный характер, и частые обострения состояния приводили к многочисленным и длительным госпитализациям в психиатрический стационар. Эндогенный процесс привел к формированию дефицитарной симптоматики преимущественно в эмоционально-волевой сфере пациента. С целью защиты интересов и прав Т., который вследствие прогредиентности психического заболевания был признан инвалидом II группы, врачом психоневрологического диспансера в 2002 году был инициирован вопрос о лишении дееспособности. В этом же году пациент был признан судом в установленном порядке недееспособным. Опекуном обязанности опекуна были возложены на сестру пациента, гражданку И. С началом исполнения опекунских обязанностей над пациентом, находящимся на диспансерном наблюдении, ввиду тяжести психического заболевания, которое определяло необходимость периодического посещения психоневрологического диспансера, стало заметным ухудшение состояние здоровья пациента, резкое увеличение интервалов между посещениями пациентом диспансера. Выяснилось, что Т. практически постоянно находился в психиатрическом стационаре, выписка из которого сопровождалась конфликтами с опекуном, использовавшим формальные предлоги для пролонгирования госпитализации. После выписки пациента периоды пребывания его дома ограничивались неделями, в период которой рекомендации врачей в продлении приема лекарственных препаратов не соблюдались и служили поводом для госпитализации вновь в стационар с ухудшением психического состояния. Участковым врачом-психиатром отмечалось нежелание опекуна пользоваться льготным лекарственным обеспечением в соответствии с федеральной программой поддержки инвалидов, отказы в получении рецептов у врача для приобретения лекарственных препаратов в аптеке за денежные средства, препятствия посещения пациентом диспансера, а при посещении врачом на дому опекун

не открывала дверь. При этом в соответствии с Федеральным законом №48 «Об опеке и попечительстве» опекун продолжала регулярно отчитываться в районный отдел опеки и попечительства о якобы добросовестном исполнении своих обязанностей. В результате совместной работы органов опеки и попечительства и психоневрологического диспансера выяснилось, что в квартире, принадлежавшей недееспособному Т., проживают посторонние люди, а в квартире опекуна И., проживающей со своей семьей, фактически отсутствуют условия для возможного проживания недееспособного гражданина.

Таким образом, сдавая внаем квартиру недееспособного брата, способствуя его практически постоянному пребыванию в психиатрическом стационаре, экономя денежные средства на питание и обеспечение социального функционирования человека, опекун И. преследовала исключительно личные корыстные цели. Учитывая все обстоятельства, принимая во внимания тот факт, что при беседе с врачом-психиатром пациент Т. выразил желание проживать в психоневрологическом интернате, его негативное отношение к сестре, администрация психоневрологического диспансера ходатайствовала перед органами опеки и попечительства о снятии с гражданки И. опекунских обязанностей. Впоследствии опекун И. пыталась через судебные органы восстановить свои права, но информирование суда психоневрологическим диспансером о продолжающемся неисполнении обязанностей опекуна способствовало оставить решение неизменным. В настоящее время пациент Т., проживая в государственном психоневрологическом интернате, уже не вспоминает, как его родная сестра «не давала ему одежду», чтобы он не «пошел в диспансер», не разрешала «звонить по телефону», угрожая немедленным вызовом психиатрической врачебной бригады, о чем в телефонном разговоре сообщил своему бывшему участковому врачу-психиатру.

Таким образом, наблюдение за взаимоотношениями опекуна (исполнением обязанностей) и недееспособного лица должно производиться при тесном взаимодействии органов опеки с амбулаторной психиатрической службой.

Учитывая данные проведенного анкетирования, ввиду бесспорно большой значимости опекуна в жизни недееспособного психически больного лица, следующий этап нашего исследования посвящен дальнейшему изучению социального статуса опекуна и вопросам медико-социального взаимодействия структуры опекунов – врач-психиатр – сотрудник отдела опеки и попечительства.

В данном анкетировании приняли участие 33 опекуна, из них 33% мужского пола и 67% женского пола.

Уровень образования распределен следующим образом: 21,21% опрошенных опекунов имели высшее образование, 2,36% - незаконченное высшее, 39,49% имели среднее специальное образование, 33,33% - среднее образование, и 2,36% опекунов определяли свое образование как начальное или неполное среднее.



Рис. 25. Уровень образования опекунов.

По роду занятий 12,12% респондентов определили свой статус как служащие, 24,24% - рабочие, 3,03% опекунов не работали временно, 12,12% - не работали, 45,45% являлись пенсионерами, 3,03% опекунов имели иной род занятий.

Таким образом, в настоящее время опекунами чаще становятся лица со средним, либо средним специальным образованием, по роду занятий большая часть являются пенсионерами, на втором месте – представители рабочих профессий.

На момент интервьюирования 9,09% опрашиваемых опекунами являлись менее года, 33,33% - от 1 года до 3-х лет, 24,24% - от 3-х до 5 лет и функции опекуна более 5 лет исполняют 33,33% опекунов.

Анализ вопроса о наименовании услуг, объем которых необходимо увеличить для опекуна и его подопечного, показал следующие результаты: 15,15% опекунов считает необходимым увеличение количества медицинских услуг, 18,18% отмечает актуальность юридических (правовых) услуг, для 36,36% опрашиваемых актуальными являются социально-бытовые услуги, 12,12% отметили нужность психологических услуг, и 18,18% опекунов считают, что им и их подопечным никакие услуги увеличивать не нужно, все устраивает (Таблица 6).

Таблица 6.

Необходимые услуги для недееспособных и опекунов.

Наименование услуги	% от общего количества ответов
Медицинские	15,15
Правовые (юридические)	18,18
Социально-бытовые	36,36
Психологические	12,12
Все устраивает	18,18
Иные	-

Таким образом, пожелание увеличения объема социально-бытовых услуг, по мнению опекунов, является наиболее значимым (36,36%), медицинские и правовые услуги занимают второе место (по 18,18% соответственно), психологические услуги также являются актуальными (12,12%). При этом достаточно высокий процент опрошенных считают, что получают услуги в достаточном объеме (18,18%).

Утверждение «На Ваш взгляд, в последнее время увеличивается количество трудностей, неудобств, связанных с медицинскими, социальными вопросами» распределило мнение опекунов следующим образом. 30,30% согласились с данным высказыванием, «скорее согласен» - отметили 33,33% опекунов, 24,24% - «скорее не согласны», 12,12% опекунов не согласны (Рис.26).

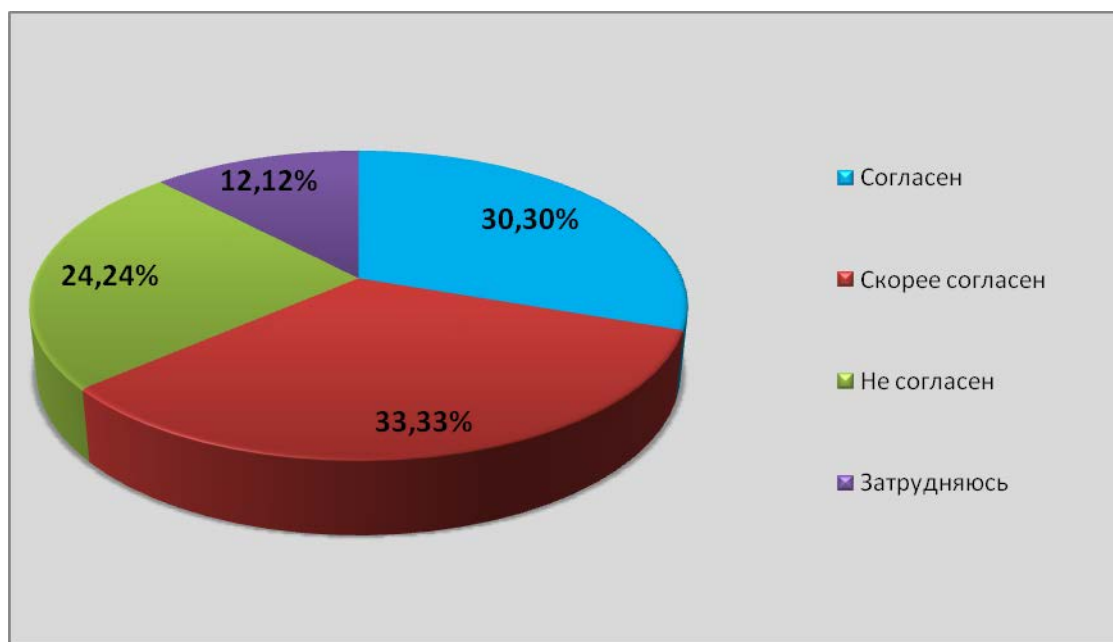


Рис. 26. Мнение опекунов об увеличении трудностей, связанных с медицинскими, социальными вопросами.

По совокупности положительных ответов «согласен» и «скорее согласен», опекуны отмечают, что в настоящее время увеличиваются определенные жизненные затруднения, связанные с социальными и медицинскими аспектами, однако в беседе в основном указывают на

увеличение значимости документарного оборота (справки, доверенности, рецепты и т.п.). На наш взгляд, указанные трудности более связаны с нормативными особенностями регуляции деятельности медицинских и социальных служб. Очередной вопрос анкеты касался мнения опекунов о необходимости посещения отдела опеки и попечительства. 15,15% респондентов согласились с необходимостью посещения, ответив «безусловно, да», 33,33% опекунов также склонны полагать, что нужно посещать вышеуказанное учреждение, ответили «скорее да», 42,42% определили свое отношение к посещению отдела опеки как «скорее нет», и 9,09% опрошиваемых отметили, что «безусловно, нет».

Ранее мы проводили анализ ответов опекунов на вопрос о необходимости посещения психоневрологического диспансера. В настоящем случае также прослеживается наличие категории опекунов, которые любое, даже самое осторожное, тактичное вторжение в их жизнь воспринимают крайне негативно, обязательные отчеты в органы опеки и попечительства воспринимают как личное или семейное унижение (чаще всего родственники первой линии длительно болеющих пациентов) (Рис.27).

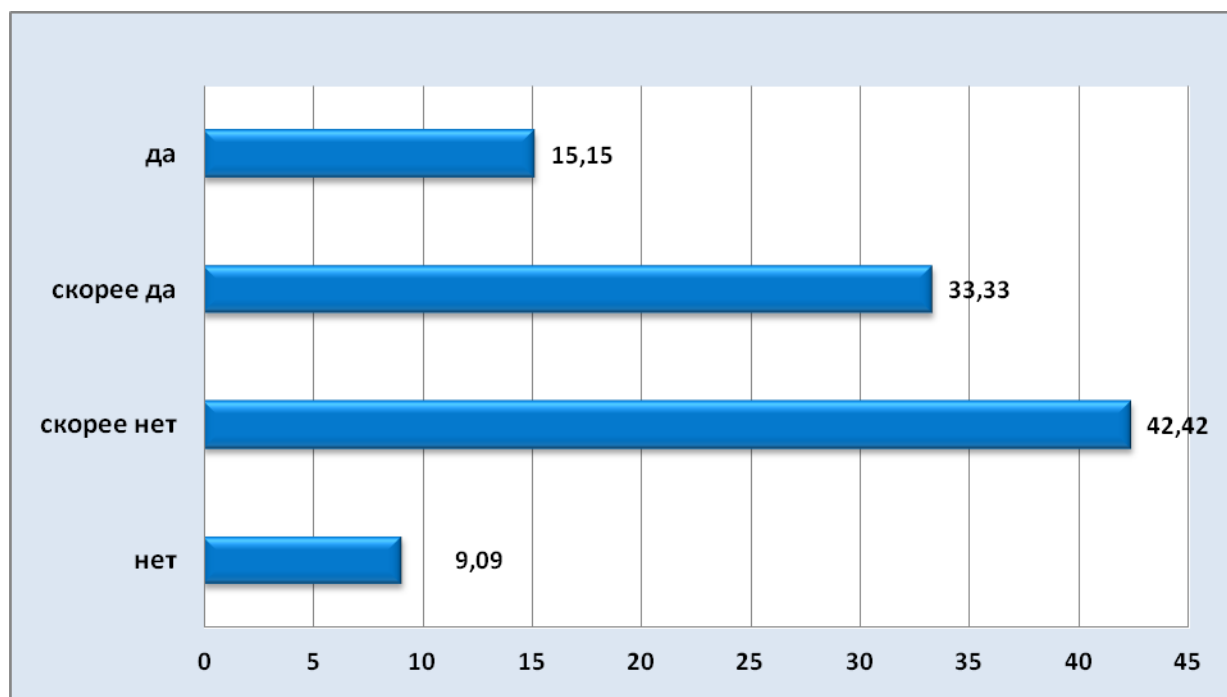


Рис. 27. Мнение опекунов по поводу необходимости регулярного посещения органов опеки и попечительства.

Анализируя мнение опекунов по вопросу «Обратились бы Вы по вопросам решения каких-либо медицинских или социальных вопросов в психоневрологический диспансер или районный отдел опеки?», получили следующие сведения. 78,78% опрашиваемых ответили, что обратились бы, вариант ответа «скорее обратился бы» выбрали 6,06% опекунов, 3,03% - «скорее не обратились бы», и 12,12% опекунов отметили предложенный вариант «Обращаюсь только по приглашению врача или сотрудника органа опеки». Данные свидетельствуют о достаточно высоком проценте доверия к государственным структурам со стороны опекунов и недееспособных пациентов. Учитывая мнение опрашиваемых по ранее описанным вопросам в разрезе обязательной необходимости посещения органов опеки и попечительства и психоневрологического диспансера, прослеживается желание опекунов оставлять за собой право принимать решение об обращении в указанные учреждения.

На вопрос об удовлетворенности работой психоневрологического диспансера 66,66% респондентов отметили, что полностью удовлетворены работой учреждения, 33,33% отметили, что удовлетворены частично. Варианты ответов «не удовлетворен» и «затрудняюсь ответить» опекунами отмечены не были. Мнение об удовлетворенности работой органов опеки и попечительства распределилось следующим образом: 42,42% опекунов удовлетворены полностью, 51,51% - частично, и 6,06% опекунов не удовлетворены работой органов опеки и попечительства.

Таким образом, можно отметить, что в целом опрашиваемые удовлетворены работой указанных учреждений.

Всего 21,21% опекунов считают, что работа психоневрологического диспансера в последнее время улучшилась, 12,12% отмечают улучшение

работы отдела опеки. Ответом «скорее улучшилась» характеризуют работу психоневрологического диспансера 42,42%, 24,24% опрошенных опекунов считают, что работа указанных учреждений осталась на прежнем уровне.

Результаты анкетирования показали, что вопросы медицинского, социального, правового (юридического), психологического характера имеют большое значение для поддержания социального функционирования недееспособного пациента психоневрологического диспансера. Практически 80% опекунов высказали мнение о желании увеличить объем медицинских, социальных, юридических услуг. Большинство опрошенных опекунов отметили, что при возникновении указанных вопросов они готовы обратиться в психоневрологический диспансер и органы опеки. В целом наблюдается удовлетворенность опекунов работой этих служб, но затруднения вызывает ежегодное увеличение документооборота. Почти половина опрошенных (40%) отметили, что нуждаются в несколько большем внимании со стороны врача-психиатра, сотрудника отдела опеки. В беседе опекуны сообщили, что не хватает общения на «бытовые темы» (Рис.28).

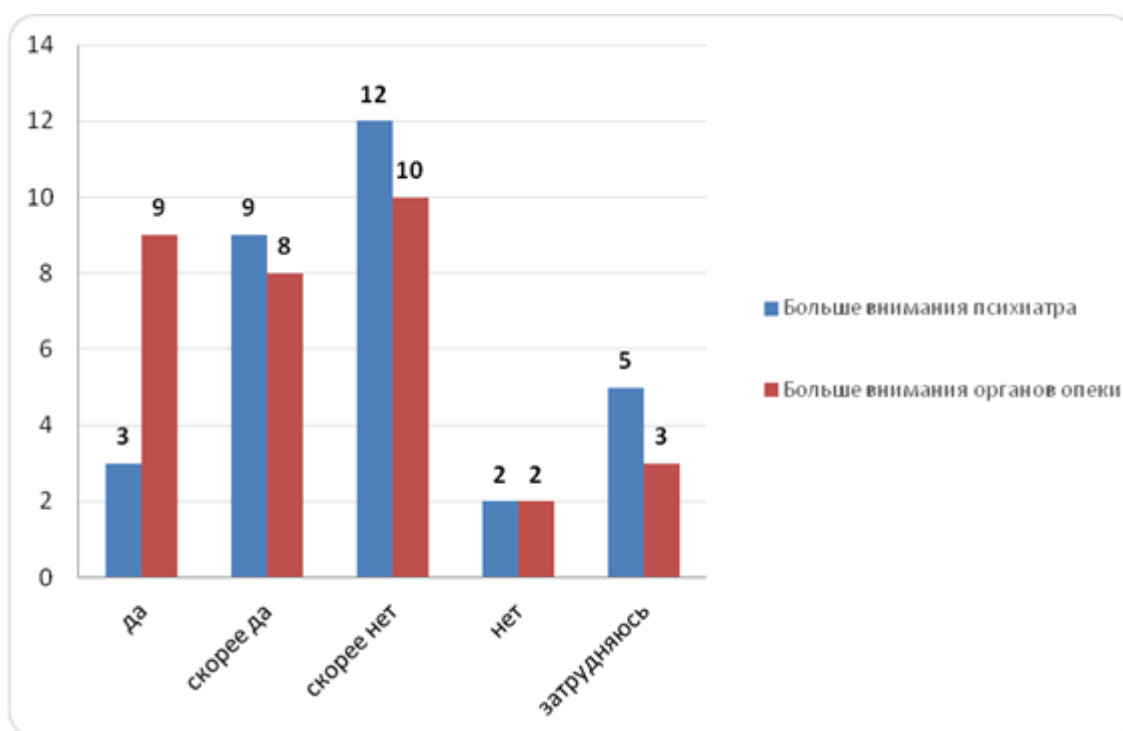


Рис. 28. Ответы опекунов на вопрос: «Считаете ли Вы, что нуждаетесь в несколько большем внимании со стороны сотрудника отдела опеки и врача-психиатра?».

Ввиду загруженности врачей и специалистов опеки, дефицит внимания к недееспособным пациентам и опекунам с их стороны можно компенсировать за счет активного привлечения специалистов по социальной работе, психологов. Например, предусмотреть в работе диспансера организацию круглых столов, групповых занятий (в том числе при клубе для больных) по интересующим темам.

Следующий этап нашего исследования в рамках настоящей работы касался анализа проведенного анкетирования врачей-психиатров амбулаторной психиатрической службы по актуальным вопросам работы с лицами, признанными недееспособными и их опекунами. В опросе приняли участие 40 врачей. Среди опрошенных стаж работы до 10 лет был у 62,5%, более десяти лет у 37,5% врачей.

Утверждение, что в последние годы увеличивается количество недееспособных граждан, распределило мнение респондентов следующим образом. 70% опрошенных психиатров согласилось с предложенным утверждением, 20% высказали отрицательное мнение, 10% затруднились ответить на вопрос (по двум последним пунктам мнение выразили в основном врачи со стажем работы менее 10 лет).

Большинство опрошенных врачей считают, что пациенты, лишенные дееспособности, должны наблюдаться в группе диспансерного наблюдения – 42,5%, так как они страдают тяжелым психическим расстройством, а данная категория согласно Закону «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» подлежит вышеуказанному наблюдению. 20% не считают, что пациенты должны находиться на диспансерном наблюдении, а 37,5% отмечают необходимость индивидуального подхода.

В устной дискуссии врачи-психиатры выражали мнение об отсутствии необходимости обязательного диспансерного наблюдения для лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, пациентов с глубокой (умеренной) умственной отсталостью, то есть в случаях, когда не наблюдается положительная динамика психиатрического статуса. Такая категория пациентов больше нуждается в социальной поддержке.

Более половины опрошенных – 57,5% респондентов считают актуальной работу в Волгоградской области по восстановлению дееспособности – проведение семинаров, совместных с органами опеки и попечительства круглых столов по данному вопросу и т.п., 25% врачей считают деятельность по восстановлению дееспособности неактуальной и 17,5% затруднились ответить на данный вопрос (Рис.29).

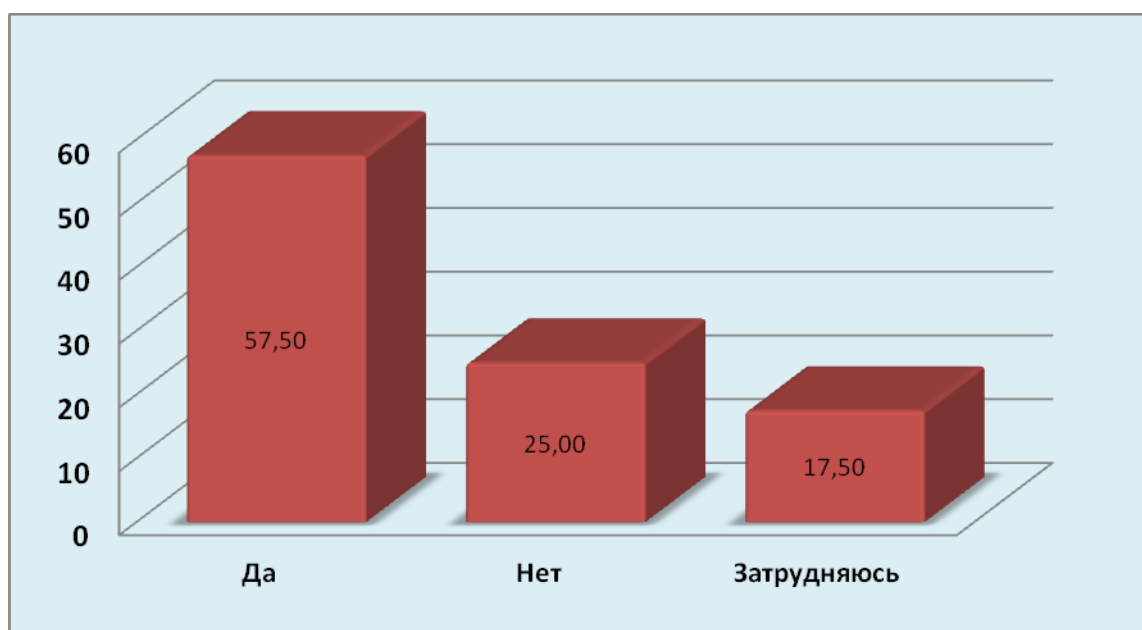


Рис. 29. Отношение психиатров к актуальности деятельности по восстановлению дееспособности.

Вопрос о наличии на участке пациентов, которым можно инициировать вопрос о восстановлении дееспособности, распределил мнение врачей-психиатров следующим образом: 45% опрошенных считают, что у них есть

такие пациенты, 47,5% отрицают наличие данной категории лиц, и 7,5% затруднились ответить.

Врачи амбулаторной службы отмечали, что имеют в практике случаи, когда соответствующие мероприятия по восстановлению дееспособности были проведены, но судебные решения оставляли статус пациента без изменения. Некоторые пациенты и их опекуны категорически отказывались от инициирования вопроса о восстановлении дееспособности, формально ссылаясь, что «давно привыкли», «нет желания заниматься данным вопросом, ходить в суд».

Половина опрошенных врачей считают (50%), что в настоящее время причины признания недееспособным психически больного лица связаны как с медицинскими, так и с социальными вопросами, 17,5 % видят причину в медицинских показаниях, 30% считают основной причиной лишения дееспособности в социальных факторах, 2,5% опрошенных затруднились ответить на данный вопрос.

Таким образом, мы можем предположить несомненную взаимосвязь как медицинских, так и социальных аспектов в вопросах признания психически больных лиц недееспособными.

Анализ ответов на вопрос об обращаемости к участковым психиатрам недееспособных лиц и их опекунов по вопросам социального и правового характера показал следующее. 57,5% врачей отмечают, что по данным вопросам к ним обращаются часто, иногда обращаются к 37,5% опрошенных, по 2,5 % врачей ответили, что к ним не обращаются и затруднились ответить (Рис.30).

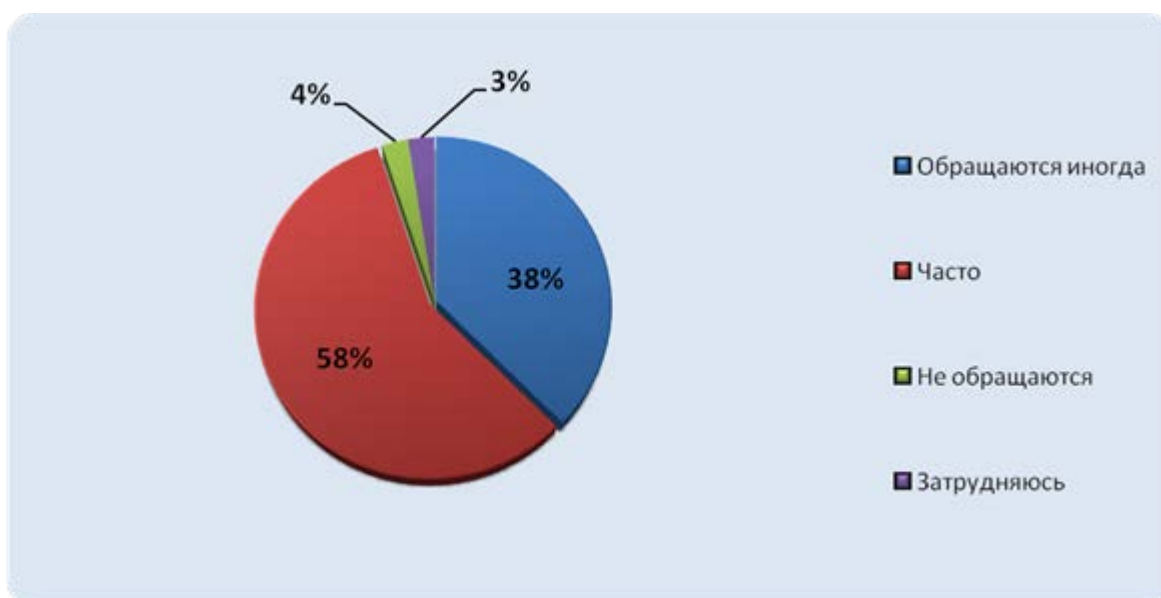


Рис. 30. Обращаемость недееспособных и опекунов к участковым психиатрам по вопросам социального и правового характера

Очередной вопрос касался мнения врачей амбулаторной психиатрической службы о достаточности деятельности районных органов по опеки и попечительства в отношении недееспособных лиц и их опекунов. 32,5% опрошенных склонны полагать, что деятельность этих служб удовлетворительна, из них – 5% абсолютно согласны, 27,5% ответили «скорее да». Отрицательно выражают свое мнение больше половины опрошенных – 25% отметили позицию «нет», «скорее нет» - 22,5% и 20% врачей затруднились ответить на данный вопрос.

Наибольшее недовольство, по мнению врачей, вызывает факт необходимости проводить разъяснения по вопросам, которые должны относиться к компетенции органов опеки.

Среди опрошенных 57,5% респондентов отметили, что бывают случаи, когда недееспособные пациенты и их опекуны на приеме высказывали недовольство работой органов опеки и попечительства, 20% опрошенных подобных высказываний не отмечали, и 22,5% затруднились ответить.

Было выяснено, сталкиваются ли врачи амбулаторной психиатрической службы с трудностями при контакте с отделами опеки и попечительства. 45%

склонны предполагать отсутствие подобных трудностей, из них – 10% респондентов ответили «нет», 35% - «скорее нет», по 27,5% опрошенных врачей отметили варианты «да» и «скорее да» (Рис.31).

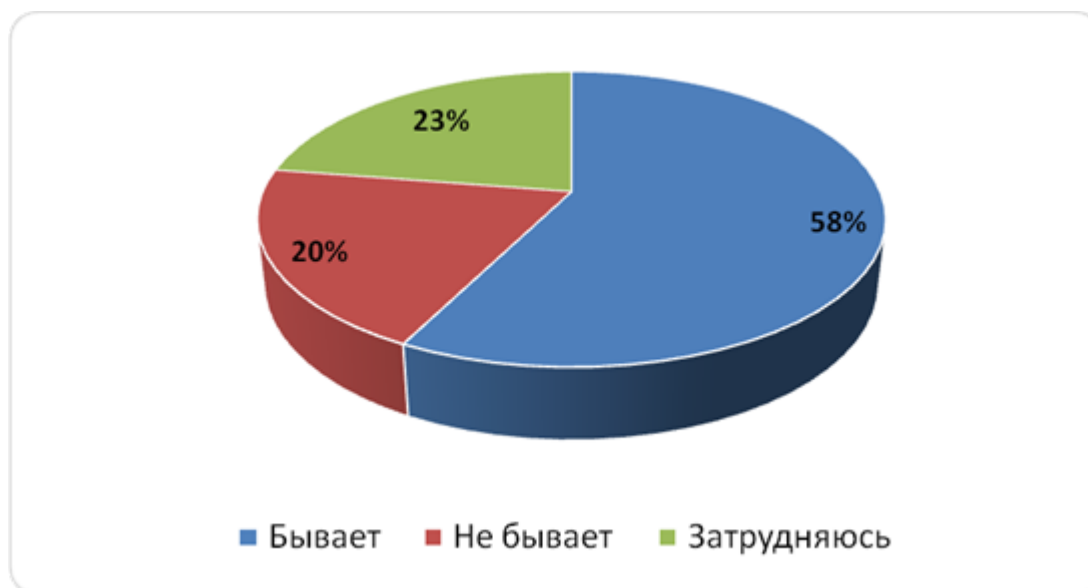


Рис. 31. Мнение врачей психиатров о трудностях при работе с сотрудниками органов по опеке и попечительству.

Указанные сложности врачи связывают с отсутствием четко определенной программы по вопросам взаимодействия, с некоторыми законодательными коллизиями (например, при назначении опекуна).

40% врачей склонны считать, что их недееспособным пациентам желательна смена опекуна из-за недостаточного исполнения последними своих обязанностей – ответили «скорее да», вариант «да» отметили 30% опрошенных врачей. 15% респондентов отрицают необходимость смены опекуна, ответив «скорее нет», и 15% врачей затруднились ответить.

Также в ходе анкетирования было выяснено мнение врачей по вопросу о необходимости участия врача-психиатра в комиссии по назначению опекуна: 25% опрошенных врачей согласны, 47,5% – ответили «скорее да», по 10% врачей склонны полагать об отсутствии такой необходимости «нет» и «скорее нет» соответственно, а 7,5% врачей затруднились ответить на предложенный вопрос.

При ответе на вопрос о необходимости сотрудничества между амбулаторной психиатрической службой и органами по опеке и попечительству мнение психиатров распределилось следующим образом: 62,5% опрошенных согласились с указанной необходимостью, 27,5% – также более склонны к такому выводу, отметив вариант «скорее да», 2,5% – ответили «скорее, нет» и 7,5% – затруднились определить свою позицию по предложенному вопросу (рис. 32).

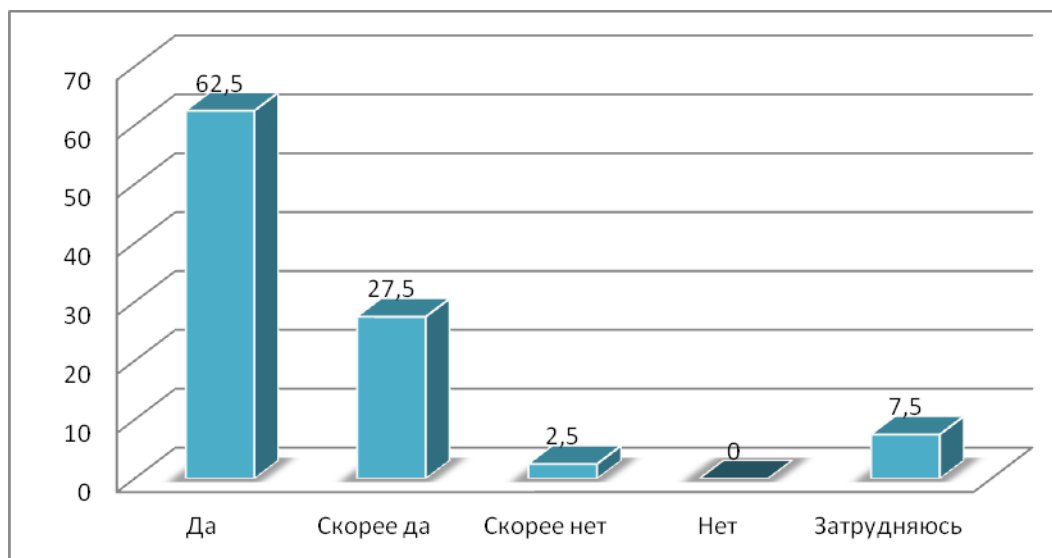


Рис. 32. Мнение врачей о необходимости сотрудничества между амбулаторной психиатрической службой и органами опеки и попечительства.

По мнению 80% опрошенных врачей-психиатров, было бы полезно для недееспособных лиц и их опекунов иногда (по необходимости) проводить работу просветительного характера по общим вопросам медицинской грамотности, по 10% опрошенных полагают, что такая необходимость отсутствует, и столько же затруднились ответить.

Также большинство респондентов согласны с необходимостью проведения занятий с недееспособными лицами и их опекунами по этическим и социальным аспектам. 62,5% ответили «да», 7,5% отрицали такую необходимость, и 30% врачей затруднились ответить на поставленный вопрос.

В соответствии с поставленными целями в рамках настоящего исследования нами было проведено анкетирование и сотрудников районных отделов опеки и попечительства, чья деятельность непосредственно связана с психически больными недееспособными лицами и их опекунами. В опросе приняли участие 25 работников, причем у 100% стаж работы составляет до десяти лет, из них 76% - до 5 лет, и 24% занимаются указанной сферой деятельности от 5ти до 10 лет.

Большинство респондентов согласились с утверждением, что в последние годы увеличивается количество недееспособных лиц, признанных в установленном порядке недееспособными.

Более половины опрошенных не сталкивались в своей практике со случаями восстановления дееспособности - 64% респондентов, в практике 36% опрошенных специалистов такие рабочие ситуации возникали.

Мнение сотрудников отделов опеки и попечительства по вопросу актуальных причин лишения дееспособности психически больных лиц распределилось следующим образом. 40% полагают, что причины как социального, так и медицинского характера. Мнение остальных разделилось, как исключительно на медицинские причины, так и социальные – по 28% соответственно, 4% затруднились ответить (Рис.33).

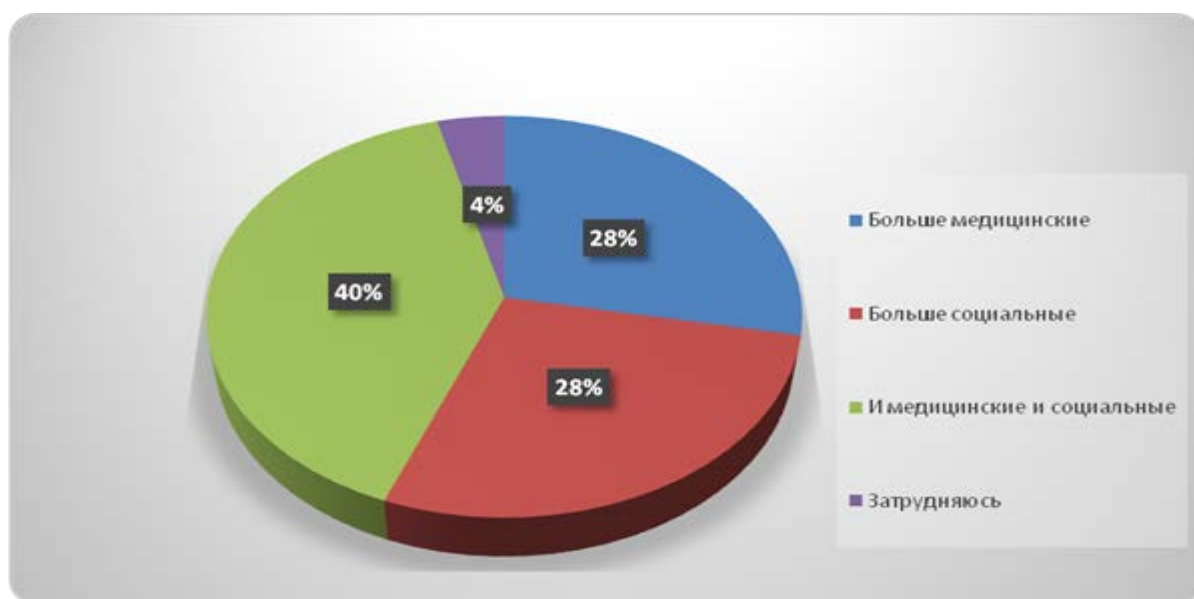


Рис. 33. Причины лишения дееспособности.

Большая часть 60% респондентов отмечают, что к ним недееспособные лица и их опекуны с вопросами социального и правового характера обращаются часто, иногда обращаются к 36% опрошенных, и 4% не имеют в своей практике подобных случаев.

На вопрос анкеты, бывают ли случаи, когда недееспособный пациент и его опекун высказывают некоторое недовольство в отношении врача-психиатра, ответы распределились следующим образом: 44% ответили, что бывают, 36% респондентов отрицательно ответили, и 20% затруднились ответить.

Всего 56% сотрудников отделов опеки и попечительства отрицает наличие сложностей при совместной работе с врачами-психиатрами, из них 36% отметили вариант ответа «нет», а 20% - «скорее нет», некоторые сложности встречаются в работе 24% респондентов, их ответ «скорее да» и в 20% случаев был дан ответ «да» (Рис.34).

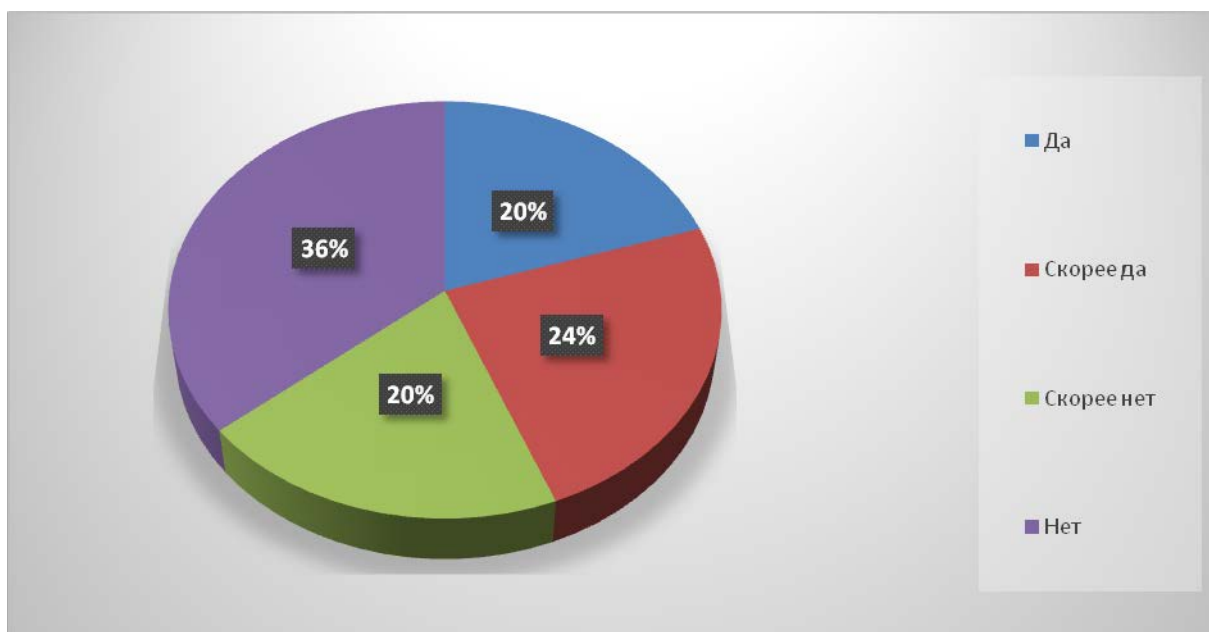


Рис. 34. Мнение сотрудников опеки о сложностях в совместной работе с врачами-психиатрами.

Абсолютно все опрошенные согласны с необходимостью сотрудничества между психиатрическим учреждением и службой по опеке и

попечительству в рамках работы с недееспособными лицами и их опекунами. 68% согласны и 32% работников отметили, что «скорее согласны».

Однако 32% сотрудников отделов по опеке и попечительству полагают, что нет необходимости в участии врача-психиатра в комиссии по назначению опекуна, из них 12% категоричны в своем мнении, ответили «нет», 20% выбрали вариант ответа «скорее нет». 32% полностью согласны с участием врача-психиатра в указанной комиссии, а 28% свое согласие определили, как «скорее да», и 8% затруднились с позицией по указанному вопросу.

Респонденты, отрицательно ответившие на данный вопрос, полагают, что данная деятельность в компетенции исключительно службы по опеке и попечительству, при этом к подбору кандидата, по их мнению, сотрудники относятся добросовестно.

После анализа ответов на подобные вопросы врачами амбулаторной психиатрической службы, нами был предложен отдельным пунктом для сотрудников отдела по опеке и попечительству вопрос: «На Ваш взгляд, имеются ли коллизии в законе, мешающие взаимодействию между службами». Мнение участников анкетирования распределились следующим образом. Позицию согласия высказали 76 % человек, из них «да» отметили 52%, а 24% ответили «скорее да». «Скорее нет» - мнение 4% опрошенных, 8% ответили отрицательно, и 12% затруднились ответить (Рис. 35).

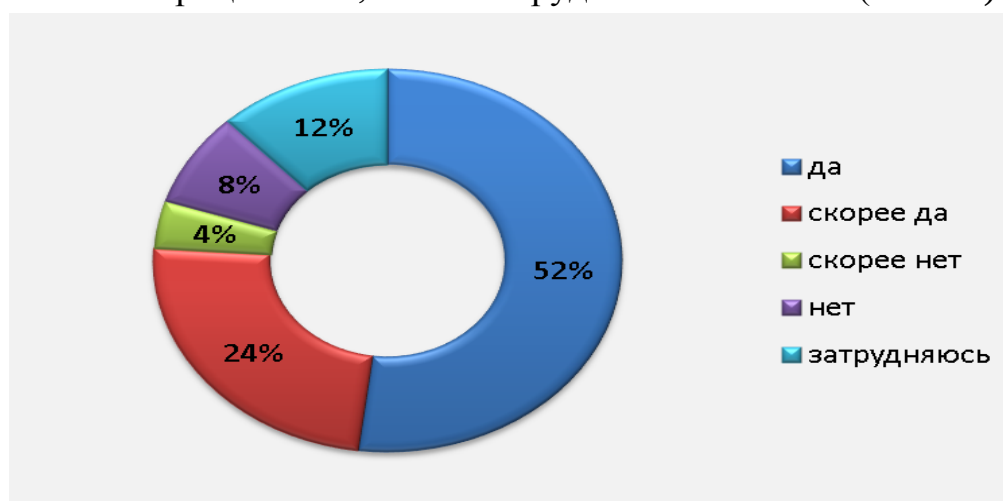


Рис. 35. Мнение сотрудников опеки о наличии правовых коллизий, мешающих взаимодействию с врачами-психиатрами.

Заключительный блок вопросов касался мероприятий с недееспособными лицами и их опекунами по вопросам медицинской, этической, социальной, правовой просвещенности. Таким образом, на взгляд сотрудников, работающих в отделе опеки и попечительства необходимы занятия по общей медицинской просвещенности – 60% респондентов ответили положительно. По 20% ответили «нет» и «затрудняюсь ответить».

Проведенное анкетирование позволило выяснить мнение врачей-психиатров, сотрудников отдела опеки и попечительства, опекунов недееспособных лиц по некоторым актуальным аспектам сферы деятельности в области опеки и попечительства. Но для того, чтобы убедиться в достоверности полученных при помощи количественных методов исследования данных, мы выяснили экспертное мнение по данному вопросу путем применения качественных методов, а именно – фокус-группы.

Целью было выяснение мнения экспертов об основных проблемах взаимодействия не только опекуна и врача, но и всех участников ведения недееспособного пациента и путях оптимизации помощи недееспособным. Это стало необходимым после того, как в анкетировании выяснилось, что все участники данного процесса периодически взаимодействуют друг с другом, поэтому искусственное выделение диалогичных пар не дает полной информации о распределении ролей в работе с недееспособными пациентами. Фокус-группа проводилась 17.04.2014 на базе Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского Медицинского научного центра. Монитор прошел подготовку по социологии медицины в Волгоградском Социально-Гуманитарном центре. Раздаточный материал – результаты анкетирования врачей «Оценка медико-социальной характеристики лиц, признанных судом недееспособными» (на основе разработанной диссертантом анкеты), «Карточка измерения уровня социального благополучия» для заполнения врачом во время амбулаторного приема недееспособного пациента, предложенная диссертантом для

использования на базе Волгоградского областного психоневрологического диспансера. В раздаточный материал входили также публикации в рецензируемых журналах «Не оставим без внимания недееспособных и их опекунов» Н.Я. Оруджев, И.И. Замятина (Биоэтика. 2012. № 1.С. 39), «Недееспособный человек в городе – кто он?» И.И. Замятина, Н.Я. Оруджев (Социология города. 2014. №1.С.13-20). Материал был предложен для демонстрации актуальности проблем недееспособных пациентов и обсуждения мер по улучшению социального функционирования данного контингента больных. Состав группы:

М - монитор (диссертант)

С - зав. отделом этической, правовой и социологической экспертизы в медицине, профессор

П - зав. каф. психиатрии ВолгГМУ, профессор

А - ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ФУВ ВолгГМУ к.м.н.

Ч - ответственный секретарь Регионального этического комитета, к.соц.н., доцент

В - преподаватель правоведения ВолгГМУ

Л – врач-психиатр психоневрологического диспансера

Е – врач-психиатр психоневрологического диспансера

СР - специалист по социальной работе психоневрологического диспансера

К– ответственный работник отдела опеки и попечительства

Ю – юрист психоневрологического диспансера

О – опекун недееспособного больного

Согласно сценарию фокус-группы, монитор должен был обсудить с присутствующими следующие вопросы:

1. Какова роль врача-психиатра в установлении недееспособности?
2. Какова роль врача-психиатра в поддержке опекуна недееспособного?

3. Какие проблемы существуют во взаимоотношениях врача-психиатра и судебных органов при установлении недееспособности?
4. Есть ли трудности во взаимодействии врача-психиатра и органов опеки, какие и как их можно преодолеть?
5. Как контактируют между собой врач-психиатр и опекуны и/или родственники пациента?
6. Нуждается ли в изменении действующий Закон о психиатрической помощи?
7. Какие возникают проблемы в ведении недееспособных пациентов в амбулаторной службе?

На поставленные вопросы были получены следующие обобщенные нами ответы, которые могут рассматриваться как выводы к данному разделу диссертации:

1. Роль врача-психиатра является системообразующей в структуре медико-социальной помощи недееспособным людям. Этот статус выражен на всех этапах ведения недееспособного, первым из которых является этап признания недееспособности и назначения опекуна. Здесь врач-психиатр обозначает вопрос о необходимости лишения дееспособности, он может и самостоятельно выступить инициатором обращения в суд. Также врач-психиатр, наблюдая пациента, оценивает взаимоотношения в семье и может точнее подобрать и посоветовать кандидатуру на роль опекуна.

2. Вторым этапом ведения недееспособного является взаимодействие врача-психиатра с назначенным опекуном. Здесь задача врача - на доступном языке объяснить и разъяснить опекуну особенности течения психических расстройств, по каким признакам можно определить, что психическое состояние ухудшается. Врач объясняет опекунам, что особенности поведения их опекаемого зачастую связаны с расстройством психики, и учит правильно реагировать. Таким образом, это, прежде всего, психообразовательная

работа. Врач выступает и как консультант в отношениях между опекуном и органами социальной поддержки.

3. Органы правосудия, как правило, ориентируются на экспертную оценку врача при признании недееспособности. Однако бывают случаи расхождения мнения между врачами-экспертами и судьями о достаточности оснований для лишения пациента дееспособности. В этих случаях решение суда является окончательным. Предельно малое число подобных случаев свидетельствует о том, что экспертная роль врача остается ведущей и в отношениях с органами правосудия.

4. До настоящего времени отсутствует действующий на законных основаниях регламент взаимодействия между врачами-психиатрами и органами опеки. Препятствием в работе последних эксперты признают принцип конфиденциальности, которому должны следовать врачи. Это не позволяет органам опеки быстро реагировать на изменения в жизни больного. Сейчас организация работы строится, прежде всего, на межличностных отношениях, но необходимо внести изменения в законодательство, позволяющие органам опеки получать полную и достоверную информацию о состоянии больного.

5. Согласно Закону, недееспособные пациенты находятся на диспансерном наблюдении, что обязывает с определенной частотой осуществлять визиты к врачу-психиатру. Некоторые опекуны выражают недовольство, считая, что имеют право самостоятельно определять кратность посещения. Это – основное противоречие во взаимоотношениях врача-психиатра и опекунов, которое можно разрешить только в процессе индивидуально-разъяснительной работы, но не юридическим путем. Опекуны также жалуются на громоздкость отчетности перед органами опеки, но здесь врач-психиатр не является участником взаимодействия, и проблема должна решаться на административном, но не клиническом уровне.

6. Современный Закон о психиатрической помощи требует корректировки в частях, касающихся прав врачей, например, возможность представлять интересы пациента на этапе оформления опекуна, разрешать предоставление информации о здоровье пациента по запросу органов опеки. В целом же разработка нового Закона неактуальна.

7. Громоздкость процедуры лишения дееспособности и назначения опеки, бюрократизация процесса осуществления опеки приводит к тому, что врач вынужден уделять много времени обсуждению аспектов, которые совершенно не относятся к лечебной деятельности. Отказ врача от участия в обсуждении этих вопросов тормозит процесс назначения опекуна для пациента, которого тот же врач признал недееспособным, поэтому врачи вынуждены выходить за рамки своей профессиональной роли, что снижает эффективность ее выполнения. Проблема может быть решена путем качественного реструктурирования процесса признания человека недееспособным, его алгоритмизации и дебюрократизации. Это возможно на базе внедрения новых информационных систем в судебную и опекуную практику.

Не все вопросы были обсуждены с одинаковой полнотой, что само по себе позволило выявить приоритеты в отношении экспертов к проблеме. Наиболее полно резюме фокус-группы выразил один из участников, чьи слова целесообразно привести полностью как общий вывод из дискуссии:

«П: Уважаемые члены круглого стола! Дело в том, что, рассматривая эту проблему с одной стороны, мы имеем «перекося» и несовершенство законодательства, которые нарушают баланс, т.к. нет согласованности с людьми, трактующими законы, и мы работаем по правоприменительной практике, а не по изучению ситуации индивидуально. С другой стороны, это непростая во всех отношениях ситуация, сложившаяся в здравоохранении. Ни в одной из медицинских специальностей нет такой социальной направленности, как в психиатрии, например, в терапии или хирургии как-то

не просматривается та степень выраженности социальных проблем у пациентов и их родственников, требующая разрешения с помощью врача. Психиатр – это человек, который идет навстречу больному и его родственникам в решении социальных вопросов, одновременно выступая профессионалом, специалистом, применяя навыки врача, которым он обучен, расширяя параметры доступности помощи. Всё это формируется на человеческих отношениях, независимо от того, где работают люди, какими обязанностями они наделены, каков уровень их дохода. Врачи-психиатры сотрудничают со службой опеки, всегда консультируются по поводу юридических вопросов. Здесь нужно определить итог обсуждения как систему человеческих отношений, располагающую к коммуникабельности и решению вопросов в пользу пациентов и их родственников, что является вариантом компромисса, когда мы сталкиваемся с законодательством, реалиями нашей действительности. Это очень интересное направление. Спасибо, что вопрос был обсужден компетентными людьми, профессионалами в направлениях их профессиональной занятости. Эта проблема будет обозначаться все больше и больше, а значит, работы и ответственности за свой труд у нас будет больше».

Для улучшения взаимодействия сотрудников амбулаторной психиатрической службы с органами опеки, соблюдения принципа преемственности при оказании психиатрической помощи наиболее незащищенным в социальном плане лицам, лишенным дееспособности, мы разработали анкету для врачей «Оценка медико-социальной характеристики лиц, признанных судом недееспособными» (приложение 3), заполняя которую, врач будет ориентировать себя и других сотрудников на оценку медико-социального благополучия больного.

Анкета клеивалась в амбулаторную карту больного «Медицинские карты амбулаторных больных» (форма №025/у-04, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России №255 от 22.11.2004г.) и заполнялась врачом во

время амбулаторного приема пациента однократно в текущем году (предполагается, что пересматриваться анкета будет ежегодно или в случае смены опекуна).

При заполнении анкеты врач выбирает один из трех вариантов ответов, и в зависимости от того, какие ответы преобладают (более 50% ответов А, Б или В), больного относят к той или иной группе медико-социального наблюдения, о чем на амбулаторной карте делалась пометка.

Соответственно мы выделили три группы относительного «медико-социального благополучия» недееспособных больных, «благополучие» мы понимали как состояние самостоятельности социальной группы недееспособный-опекун, ненуждаемости в активной дополнительной медико-социальной поддержке относительно других лиц, лишенных дееспособности, менее благополучных в социальном плане.

Больные первой группы были отнесены к группе А – «относительно удовлетворительное медико-социальное состояние», получали амбулаторную психиатрическую помощь в соответствии с нормами и правилами действующего законодательства без дополнительного сопровождения.

Больные группы Б - «неудовлетворительное медико-социальное состояние» передаются под особое наблюдение специалиста по социальной работе или медсестры медико-социальной помощи (или другому лицу, осуществляющему патронаж недееспособных пациентов в учреждении), которые периодически самостоятельно посещают больного и опекуна (беседуют по телефону), осуществляют взаимодействие с органами опеки и попечительства.

Больные группы В - «нуждающиеся в постоянном контроле и помощи со стороны врача-психиатра и сотрудника отдела опеки и попечительства (например, усиление надзора за исполнением опекунских обязанностей, дополнительные посещения больного на дому для оценки его психического

состояния, проведение разъяснительных бесед с опекуном, при необходимости оформление недееспособного в интернат).

Дальнейшая работа по ведению недееспособного пациента ведется совместно с органами опеки по итогам определения пациента к конкретной группе.

Данный личностно ориентированный подход в большей степени адресован к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента с его социальными особенностями, касающимися заболевания и его последствий. Эти сведения, наряду с клиническими характеристиками, являются составляющими оценки результатов терапии и реабилитационного процесса, качества психиатрической помощи, используются при планировании деятельности психиатрических служб. Выделение отдельных групп пациентов, имеющих сходные социальные проблемы и особенности функционирования, позволяет создать базу для формирования адресно-ориентированных реабилитационных программ и более целенаправленно осуществлять психосоциальную помощь, эмоциональную и инструментальную поддержку лиц с психическими расстройствами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило гипотезу, представленную во Введении. Недееспособные вследствие психического расстройства лица нуждаются в особой социально-правовой защите. Выявленный в процессе исследования рост количества недееспособных вследствие психического заболевания лиц, представляющих собой наиболее уязвимую категорию граждан, обусловил необходимость изучения взаимодействия социальных агентов обеспечения жизнедеятельности указанной категории граждан.

Комплексный медико-социологический анализ по данной теме позволил охарактеризовать изучаемую группу больных.

Наиболее частыми заболеваниями, приводящими к потере дееспособности, являются умственная отсталость, шизофрения, сосудистая деменция.

Анализируя социальные портреты, мы можем сделать вывод о неблагоприятном социальном функционировании больных: зависимость от окружающих, в некоторых случаях вынужденная изоляция, дефицит занятости, снижение творческой активности личности с ослаблением побудительных мотивов к действию. Безусловно, все связано с психическим состоянием недееспособных пациентов, но проведение психокоррекционной и психообразовательной работы с пациентами и их опекунами (и/или лицами осуществляющими уход) существенно влияет на снижение степени выраженности социальных проявлений последствия психического заболевания.

В результате проведенного исследования была достигнута его основная цель: определены параметры профессиональной роли врача-психиатра в системе обеспечения жизнедеятельности недееспособных граждан, изучены особенности социального взаимодействия всех агентов медико-социальной помощи недееспособным лицам и предложены пути его оптимизации.

В распределении социальных ролей агентов обеспечения жизнедеятельности данного контингента центральной является роль врача.

Подтвердилось предположение о том, что характер его взаимодействия с другими агентами опеки и попечительства недееспособных граждан определяется в основном клиническими критериями, предписанными профессиональной ролью. Поэтому повышение эффективности работы с недееспособными пациентами непосредственно определяется системообразующим значением деятельности врача-психиатра. Отклонения от требований профессиональной роли в данном случае могут иметь как позитивные, так и негативные последствия, что и показано в исследовании.

Врачи - психиатры в первую очередь ориентируются в работе на стандарты оказания амбулаторной помощи, в том числе при оказании помощи недееспособным пациентам. Изученное мнения врачей по вопросам применения стандартов, может быть использовано в дальнейшей работе по усовершенствованию стандартизации лечебного процесса.

Материалы примененного метода кейс-стади позволили выделить структуру взаимоотношений врача-психиатра и других социальных агентов при работе с недееспособными пациентами. Наиболее часто в работе с недееспособными пациентами происходят конфликты в связи с неправильной оценкой одной из сторон состояния больного. При этом как ошибочную можно оценить позицию того социального агента, который выходит за рамки своей профессиональной роли. Наш анализ показал, что врач является центральной фигурой при реализации взаимодействия всех социальных агентов работы с недееспособными пациентами.

Применение в исследовательской работе качественного метода - фокус-группы, позволило выяснить мнения экспертов об основных проблемах взаимодействия не только опекуна и врача, но и всех участников ведения недееспособного пациента и путях оптимизации помощи недееспособным. В рамках отсутствия законодательного акта, четко регламентирующего взаимодействие между врачами-психиатрами и органами опеки, врач - психиатр вынужден строить работу, прежде всего, на межличностных

отношениях, сохраняя принцип конфиденциальности. Современный Закон о психиатрической помощи требует корректировки в частях, касающихся прав врачей, например, возможность представлять интересы пациента на этапе оформления опекуна, разрешать представление информации о здоровье пациента по запросу органов опеки. Громоздкость процедуры лишения дееспособности и назначения опеки, бюрократизация процесса осуществления опеки приводит к тому, что врач вынужден уделять много времени обсуждению аспектов, которые совершенно не относятся к лечебной деятельности. Отказ врача от участия в обсуждении этих вопросов тормозит процесс назначения опекуна для пациента, которого тот же врач признал недееспособным, поэтому врачи вынуждены выходить за рамки своей профессиональной роли, что снижает эффективность ее выполнения. Проблема может быть решена путем качественного переструктурирования процесса признания человека недееспособным, его алгоритмизации и дебюрократизации.

Для учета медико-социальных факторов, с целью повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий и социальной поддержки недееспособных пациентов нами разработана анкета для врачей «Оценка медико-социальной характеристики лиц, признанных судом недееспособными».

Таким образом, работа с недееспособными вследствие психического заболевания гражданами должна осуществляться комплексно всеми агентами жизнеобеспечения, с соблюдением принципов преемственности, личностно ориентировано в зависимости от индивидуальных клинико-социальных особенностей пациента на основе системообразующей роли врача-психиатра.

ВЫВОДЫ

1. Исследование проблемы взаимодействия социальных агентов в работе с недееспособными пациентами в модельном регионе (г. Волгоград) показало, что количество недееспособных граждан возросло за период с 1991 по 2010гг. в 8,5 раз, мужчин и женщин среди них практически равное количество. По возрастному соотношению основное количество недееспособных лиц относится к социально активной части населения. Причины установления недееспособности носят смешанный – медико-социальный характер.

2. По нозологическим формам заболеваний недееспособные пациенты относятся к трем основным группам: больные с диагнозом умственная отсталость - 44%, органическое поражение головного мозга - 37% (приобретенное слабоумие, психические расстройства вследствие дисфункции или повреждения головного мозга), шизофрения - 19%.

3. По результатам исследования составлен медико-социальный портрет недееспособного пациента.

Наименее удовлетворены своим качеством жизни недееспособные больные с умственной отсталостью (50% скорее не удовлетворены жизнью в целом), что особо обращает на себя внимание, учитывая молодой трудоспособный возраст пациентов в большинстве случаев (25-55 лет). В этой группе исследования 73% респондентов не работают и нигде не учатся, установка на трудоустройство отсутствует у 76%. Большинство (76%) холосты. Свое положение в семье 60% определяют как подчиненное, считают себя целиком зависимыми от родственников, хотя взаимоотношения в семье характеризуют как хорошие.

Недееспособные пациенты, страдающие шизофренией (59%), нигде не работают и не учатся, у 67% отсутствует установка на трудоустройство. Интеллектуальной продуктивностью не удовлетворены 63% респондентов. Практически у всех опрошенных нет хобби, они не

посещают кинотеатры и музеи – 78% и 92% соответственно. Холостыми или разведенными являются 82% респондентов. Удовлетворены своим семейным положением, жилищными условиями, характером питания 56%. Большинство (74%) жизнью в целом скорее удовлетворены.

Пациенты с деменцией в основном (76%) относились к возрастной группе старше 60 лет, соответственно 97% из них не работают, 63% отмечают сниженную физическую работоспособность, 77% - сниженную интеллектуальную продуктивность (94% практически никогда не читают, 97% не посещают театры, музеи, 89% не имеют хобби). Ощущают подчиненное положение в семье 54%. Жизнь в целом пациенты данной группы скорее удовлетворены (63%).

4. Исследование показало, что врач-психиатр является центральной фигурой на всех этапах ведения недееспособных пациентов. При этом на разных этапах системообразующими являются его взаимоотношения с разными социальными агентами – участниками данного процесса: 1) на этапе признания недееспособности и назначения опекуна – с органами опеки и судебными органами, 2) на этапе опеки – с опекунами и социальными работниками, 3) на реабилитационном этапе (в случаях снятия недееспособности) – с пациентом и его родственниками. Врач-психиатр на основе клинических данных формирует установку деятельности всех других социальных агентов в работе с недееспособным пациентом.

5. Наибольшее значение в повышении качества жизни недееспособных пациентов имеет эффективное взаимодействие врача-психиатра и опекуна. Исследование показало, что опекунами недееспособных в 88% случаев являются родственники первой линии, в 67% случаев клиренс возраста опекуна и подопечного составил более 10 лет, 81% опекунов проживают совместно с подопечным. Опекуны, как правило, имеют среднее или среднее специальное образование, большая часть по роду занятий пенсионеры. В целом опекуны удовлетворены работой

психоневрологического диспансера, визиты к врачу, в основном, осуществляются в связи с изменением психического состояния недееспособного. Некоторые опекуны (45%) выражают недовольство, считая, что имеют право самостоятельно определять кратность посещений врача-психиатра. Это – основное противоречие во взаимоотношениях врачей и опекунов, которое можно разрешить только в процессе индивидуально-разъяснительной работы, но не юридическим путем. Опекуны также жалуются на громоздкость отчетности перед органами опеки, но здесь врач-психиатр не является участником взаимодействия, и проблема должна решаться на административном, но не клиническом уровне.

6. Большинство психиатров (72,5%) считают целесообразным внедрение стандартов оказания психиатрической помощи при лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, в том числе и недееспособных пациентов, с указанием групп препаратов, перечня необходимых методов функционального обследования, при этом частота визитов к врачу, необходимый объем исследования, дозы и кратность назначения препаратов, по их мнению, должны оставаться на усмотрение лечащего врача.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1 Врачам-психиатрам, оказывающим помощь недееспособным пациентам, целесообразно использовать в работе анкету «Оценка медико-социальной характеристики лиц, признанных судом недееспособными», заполняя которую, врач может относить пациента к определенной группе для организации дальнейшего ведения.

2 Проведение психокоррекционной и психообразовательной работы с недееспособными пациентами и их опекунами (и/или лицами, осуществляющими уход) направленной на медицинскую, правовую грамотность снижает степень выраженности социальных проявлений последствия психического заболевания.

3 В связи с отсутствием законодательно оформленного регламента взаимодействия между врачами-психиатрами и органами опеки необходимо внести изменения в законодательство, позволяющие органам опеки получать полную и достоверную информацию о состоянии больного, осуществлять иные мероприятия, влияющие на здоровье и социальное функционирование недееспособного лица.

4 Современный Закон «О психиатрической помощи» требует корректировки в частях, касающихся прав врачей, например, возможность представлять интересы пациента на этапе оформления опекуна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопов Л.М. Клиническая и социально-демографическая сравнительно-возрастная характеристика контингента больных психоневрологического интерната // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – №3. – С. 76-79.
2. Аргунова Ю.Н. Недееспособность и опека (Вопросы и ответы). – М.: Грифон, 2013. – 224 с.
3. Аргунова Ю.Н. Учёт волеизъявления недееспособного пациента в общей медицинской практике [Электронный ресурс] / Ю. Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. – 2012. – №1. – Режим доступа: <http://www.npar.ru/journal/2012/1/09-argunova.htm>.
4. Аргунова Ю.Н. Институт недееспособности: первые шаги реформы законодательства. Поддержка позиции НПА России Конституционным Судом РФ [Электронный ресурс] / Ю.Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. – 2011. – №2. – Режим доступа: <http://www.npar.ru/journal/2011/2/07-argunova.htm>.
5. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами. –Изд. 3-е, перераб. и доп. — Москва: Фолиум, 2010. – 410 с.
6. Аргунова Ю.Н. Может ли недееспособный гражданин заключить трудовой договор? [Электронный ресурс] / Ю.Н.Аргунова // Независимый психиатрический журнал. – 2010. - №2. – Режим доступа: <http://www.npar.ru/journal/2010/2/07-argunova.htm>.
7. Аргунова Ю.Н. О согласии недееспособного лица на участие в клинических исследованиях: коллизии правового регулирования [Электронный ресурс] / Ю.Н.Аргунова // Независимый психиатрический журнал. – 2010. - №1. – Режим доступа: http://www.npar.ru/journal/2010/1/07_argunova.htm.
8. Аргунова Ю.Н. Уроки конституционности: недееспособность // Независимый психиатрический журнал. 2009. №2. С.46-52.

9. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами (вопросы и ответы) — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Фолиум, 2007. — 147 с.
10. Афанасьев, Д. В. Участие адвоката при разбирательстве в Европейском суде по правам человека и возмещение представительских расходов [Текст] / Д. В. Афанасьев. // Адвокат. - 2010. - № 3. - С. 13 – 21.
11. Бабаев А.Б. Имущество недееспособных и частично дееспособных лиц и проблема доверительного управления им // Государство и право. – 2003. – № 5. – С.91-95.
12. Бабаев А.В. Имущество недееспособных и частично дееспособных лиц // Юридический мир. – 2002. – № 5. – С. 25-29.
13. Бартенев Д.Г. Реализация международных стандартов в сфере недееспособности и опеки в странах Восточной Европы [Электронный ресурс]. / Д.Г. Бартенев // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – №4. – Режим доступа: <http://npar.ru/journal/2009/4/14-bartenev.htm>.
14. Бартенев Д.Г. Конституционный суд РФ подверг критике процедуру признания гражданина недееспособным [Электронный ресурс] / Д.Г. Бартенев // Независимый психиатрический журнал. – 2009. – №3. – Режим доступа: http://npar.ru/journal/2009/3/12_bartenev.htm.
15. Безнос С.А., Соломах Б.Д., Ситчихин П.В. Опыт социально-правовой помощи недееспособным гражданам в ГУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №1. Том 20. – С. 17-19.
16. Белоус И.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией с агрессивными формами общественно опасного поведения в условиях амбулаторной психиатрической помощи: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.01.06 / Белоус Иван Владимирович. – М., 2011. – 23с.

17. Бережная Н.И. Опека над больными шизофренией (клинико-катамнестический аспект). Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук, М., 1985, 173 с.
18. Бойко Е.О., Ситчихин П.В., Солоненко А.В. О факторах, влияющих на динамику количества недееспособных лиц в г. Краснодаре // Психическое здоровье. – 2013. – Т. 11. – № 1 (80). – С. 61-66.
19. Бутылина Н.В. Психические расстройства у больных онкологическими заболеваниями (по материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз). // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 5. – С. 12-15.
20. Василевский В.Г. Судебно-психиатрическая экспертиза больных приступообразно-прогредиентной шизофренией в гражданском процессе: дис. ... канд. мед.наук: М., 1979. – 186 с.
21. Василевский В.Г., Горевой М.М., Горинов В.В., Холодковская Е.М. Современное состояние проблемы дееспособности психических больных. // VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, М., 1981, т. III. – С. 312-314.
22. Васюков С.А. Судебно-психиатрическая оценка больных с паранойльными состояниями в гражданском процессе. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М. – 1989. – 161с.
23. Гажа А.К., Баранов А.В., Герасимова Л.А., Казакова Е.Ю., Логачева А.А., Струкова Е.Ю. Опыт по восстановлению дееспособности в результате проводимых психосоциальных мероприятий // Тезисы науч.-практ. конф. – СПб: Альта Астра. – 2013. – С.6.
24. Гашкин А. Правовое положение лиц, страдающих психическими заболеваниями, в сфере трудового права // Трудовое право. 2009. N 7. С. 102 – 104.
25. Герасимов СВ., Носова С.К., Горева М.М., Парфентьева О.В.

- Эмоционально-волевые расстройства при олигофрении и их судебно-психиатрическое значение в гражданском процессе. // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике (сборник научных трудов). – М., – 1982. – С. 133-139.
26. Горинов В.В., Королева Е.В., Харитонов Н.К. Процессуальная дееспособность лиц с психическими расстройствами. Российский психиатрический журнал, 1997, № 1, С. 24-27.
 27. Горинов В.В., Васюков С.А. Теоретические вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 1995, №1, С. 104-105.
 28. Горинов В.В., Васюков С.А., Яхимович Л.А., Филиппских В.Е., Левин В.М. Проблема недееспособности и судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии, М., 1993, С. 32-39.
 29. Горинов В.В. Судебно-психиатрические аспекты умственной отсталости. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 1990. — 261с.
 30. Горинов В.В. Дееспособность и реадaptация больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. // Принудительное лечение, М., 1981, С.47-53.
 31. Горинов В.В. О критериях судебно-психиатрической оценки дееспособности больных вялотекущей шизофренией. // Клинические и организационные вопросы судебной и общей психиатрии, Калуга, 1979, С.25-29.
 32. Горинов В.В. Судебно-психиатрическая экспертиза больных вялотекущей шизофренией в гражданском процессе. Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук. М., 1979, 176 с.
 33. Гражданский кодекс Российской Федерации (части первая, вторая, третья и четвертая). М., Эксмо, 2014, - 736 с.

34. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации. М., КноРус, 2014. - 176 с.
35. Гречишкина Н.А. Постановление Конституционного суда РФ по делу П.В.Штукатурова и его значение для психиатрической практики // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С.4-11.
36. Губенко М.И., Каргин М.В. Некоторые проблемы социальной защиты лиц, страдающих психическими // Медицинское право. – 2009. -N 2.- С.29-33.
37. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – №2. – С. 35-40.
38. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Социальная и клиническая психиатрия, 1994, с. 38-45.
39. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 5-9.
40. Данилова Л.Я. К вопросу о возможности дифференциации гражданско-правовых последствий наличия у гражданина психического расстройства /Данилова Л.Я. // Семейное и жилищное право. – 2012. –№ 5. – С. 2-9.
41. Даутов С.Б. Доклад руководителя территориального органа федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по РБ Салавата Булатовича на заседании Межведомственного совета при Правительстве Республики Башкортостан по вопросам охраны семьи, материнства, отцовства и детства [Электронный ресурс] / С.Б. Даутов // Официальный сайт правительства республики Башкортостан. – 2010. – Режим доступа: http://www.pravitelstvorb.ru/info/dautov_sept_16_2010.php.

42. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине. - Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2005. - 88 с.
43. Деларю В.В. Диссертации по социологии медицины // Социологические исследования. - 2010. - №5. – С.151-152.
44. Деларю В.В. Вопросы психиатрии, наркологии и неврологии в диссертационных исследованиях по социологии медицины // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. - №3. – С.78-80.
45. Дементьева Н.Ф. Структура и динамика инвалидности вследствие психических расстройств в Российской Федерации в 2007–2011 гг. / Н. Ф. Дементьева, Е. А. Бочева, О. Х. Бегметов [и др.] // Психическое здоровье. – 2013. – № 2. – С. 21-25.
46. Деменева А. Недееспособность - навсегда? Независимый психиатрический журнал, 2005, №1, стр.54-56.
47. Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А., Харитонов Н.К., Шишков С.Н. Судебная психиатрия: учебное пособие. – М.: МИА, 2008. – 752с.
48. Дмитриева Т.Б., Харитонов Н.К., Иммерман К.Л., Королева Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. М. – 2003. – 251 с.
49. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. В кн.: Судебная психиатрия. Учебник для ВУЗов. М., 1997, С. 70-80.
50. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" // «Ведомости СНД и ВСРФ» 20.08.1992, №33, ст.1913.
51. Затуловский М.И. О судебно-психиатрической экспертизе при назначении опеки // Проблемы судебной психиатрии. Сборник VII. М., 1957, с. 146-172.

52. Зозуля Т.В. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи: автореферат дис. ... докт. мед.наук: 14.00.18 / Зозуля Татьяна Викторовна. – М., 1998. – 19с.
53. Илейко В. Р., Первомайский В. Б. Ограниченная дееспособность: проблемы и перспективы // Первомайский В. Б., Илейко В. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. — Киев: КИТ, 2006. — С. 241–249.
54. Илейко В.Р., Первомайский В.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. — Киев: КИТ, 2006. — 272 с..
55. Илейко В.Р., Первомайский В.Б. «Дееспособность», «недееспособность» — теоретический анализ понятий // Первомайский В.Б., Илейко В.Р. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. — Киев: КИТ, 2006. — С. 235 – 241.
56. Илейко В.Р. Некоторые аспекты проблемы дееспособности, ограниченной дееспособности в зарубежном законодательстве (обзор литературы) // Первомайский В.Б., Илейко В.Р. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике — Киев: КИТ, 2006. — С. 257—268.
57. Илейко В.Р. «Дееспособность, ограниченная дееспособность – некоторые аспекты проблемы// Украинский вестник психоневрологии. – 1996. – Т.4, вып.4. – С. 100-102.
58. Развитие служб психического здоровья: рук. / Б.А. Казаковцев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672 с.
59. Казаковцев Б.А. Организация внебольничной психиатрической помощи. Психическое здоровье. — 2008. — №7 — С. 12-25.
60. Киселевская Л.Е., Назаров С.С. Роль медицинского заключения при определении недееспособности у лиц пожилого и старческого возраста

// Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – №4(11). Часть II. – С.112-113.

61. Клепикова А. А. Дееспособность подопечного психоневрологического интерната: социальное конструирование правового статуса / А. А. Клепикова // Журнал социологии и социальной антропологии. - 2013. - № 4. - С. 78-93.
62. Клещенко Е. Почему защитой граждан, признанных из-за психического заболевания недееспособными, должны заниматься медики? [Электронный ресурс] / Е. Клещенко // Медицинский вестник. – 2010. – №31(970). – Режим доступа: http://medvestnik.by/ru/issues/a_5584.html.
63. Климов В.А. «Клинико-социальные критерии дееспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением», дисс., на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, М. 2007. – 265с.
64. Климов В.А. Клинико-социальные характеристики лиц, признанных недееспособными, состоящих под диспансерным наблюдением // Российский психиатрический журнал. - 2007 - № 1 - С. 11-17.
65. Климов В.А., Харитоновой Н.К. Клинико-социальные характеристики больных с тяжелыми формами психических расстройств, находящихся под диспансерным наблюдением не лишенных дееспособности // Судебная психиатрия. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе// Под ред. Т.Б.Дмитриевой - М., 2007 - Вып.4 - С. 33-46.
66. Климов В.А., Иммерман К.Л., Мишиным А.В. Вопросы восстановления дееспособности в гражданском процессе // Судебная психиатрия. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе// Под ред. Т.Б.Дмитриевой - М., 2007 - Вып.4 - С. 1318.
67. Ковлер А.И. Правовые позиции Европейского Суда по правам человека (в свете постановлений, принятых в 2010 году по жалобам против

- Российской Федерации) // Российское правосудие. – 2011,– №2 (58). – С. 16-31.
68. Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 года // Российская газета от 24 октября 2012 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/10/24/konvencia-site-dok.html>.
69. Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. Новые задачи судебной психиатрии в свете изменений действующего законодательства // Неврологический вестник. — Казань: Медицина, 2013. — В. 2. — Т. XLV. — С. 3-12.
70. Корзун Д.Н. Вопросы дееспособности психически больных // От правового информирования к психическому здоровью. Организационно-методическое пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / под редакцией проф. В.С. Ястребова. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – С. 101-103.
71. Корзун Д.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с органическими психическими расстройствами, совершивших имущественные сделки. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М. – 2004. – 199 с.
72. Корсаков С.С. Курс психиатрии. В 2-х томах. М, 1901.
73. Котарев С.Н. Гражданско-правовые способы защиты прав недееспособных и ограниченно дееспособных граждан и роль органов внутренних дел в их обеспечении. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 2006. – 22с.
74. Котарев, С.Н. Специальные способы защиты прав недееспособных и ограниченно дееспособных граждан / С.Н. Котарев // Научные ведомости БелГУ. Сер. Философия. Социология. Право. - 2008. - №14, вып.6. – С. 160-166.
75. Котарев С.Н. Недееспособность гражданина по российскому гражданскому законодательству: проблемы теории и практики / С.Н.

- Котарев // Научные ведомости БелГУ. Сер. Философия. Социология. Право. - 2009. - №8, вып.8. - С. 109-113.
76. Котов В.П., Левин В.М. Некоторые нерешенные вопросы дееспособности и опеки.// Судебно-психиатрическая экспертиза (вопросы дееспособности психически больных) М., 1980, С.38-42.
77. Круглый стол «Введение института частичной дееспособности в России: обсуждение теоретических и практических проблем» [Электронный ресурс] // Независимая психиатрическая ассоциация России – 2010. – Режим доступа: <http://www.npar.ru/news/resol-100129.htm>.
78. Курбанов С. Правовое положение лиц с психическими расстройствами // Права человека в Российской Федерации :докл. о событиях 2009 г. / [сост. Д. Мещеряков]. — М. :Моск. Хельсинк. группа, 2010. — С. 189-282с.
79. Лукин В. Доклад Уполномоченного по правам человека в РФ за 2010 год [Электронный ресурс] / Лукин В. // Российская газета. Федеральный выпуск. – 2011. – №5477. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/05/13/doklad-lukin-dok.html>.
80. Лунц Д.Р., Герасимова СМ., Тальце М.Ф., Турова З.Г. Больные шизофренией с хорошей социальной адаптацией // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии (сборник научных трудов). М., 1976, стр. 3-10
81. Лунц Д.Р. Вопросы дееспособности больных шизофренией в состоянии ремиссии // Материалы научно-практ. конференции по вопросам реадaptации психически больных. М., 1969, с. 21-22.
82. Лунц Д.Р. Клиническое обоснование заключений о дееспособности больных шизофренией в состоянии ремиссии // Вопросы судебной психиатрии, М.,1976, с. 24-28.

83. Любов Е.Б., Еналиев И.Р., Крюченкова Т.П. Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т.20, Вып.2. – С.33-38.
84. Любов Е.Б. Социально-экономическое бремя шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т.22, Вып.2. – С.100-108.
85. Малкин Д.А. Экспертная оценка психического состояния лиц, совершивших сделки (в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы). Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 2004, 197с.
86. Мелконян М. Закон неполной дееспособности [Электронный ресурс] / М. Мелконян // Медицинский вестник. – 2010. – № 3. – Режим доступа: [http://www.alppp.ru/law/socialnoe-obespechenie-i-socialnoe-strahovanie / 81 / statja--zakon-nepolnoj-deesposobnosti.pdf](http://www.alppp.ru/law/socialnoe-obespechenie-i-socialnoe-strahovanie/81/statja--zakon-nepolnoj-deesposobnosti.pdf).
87. Минакова Ю.С., Руженков В.А. Психофармакотерапия в структуре комплексного лечения больных шизофренией, признанных судом недееспособными [Электронный ресурс] / Ю.С. Минакова, В.А. Руженков // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - №4. – Режим доступа: Url: www.science-education.ru/110-9886 (дата обращения: 26.05.2014).
88. Михайлова Е.В. К вопросу о понятии и содержании гражданской процессуальной правоспособности и дееспособности. Юридический аналитический журнал. 2003, № 3, стр.119-121.
89. Михайлова И. А. Признание гражданина недееспособным и ограничено дееспособным в современных зарубежных государствах // Юрист, 2011. - №23. – 2011. – С.13-16.
90. Мишин А.В. Клинико-социальные аспекты дееспособности лиц, страдающих параноидной формой шизофрении, находящихся на

принудительном лечении: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.18 / Мишин Алексей Валентинович; [Место защиты: ФГУ "ГНЦ социальной и судебной психиатрии"].- Москва, 2009.- 180 с.

91. Мишин А.В. Методологические аспекты оценки критерия способности понимать значение своих действий и руководить ими у лиц, страдающих шизофренией / Харитонов Н.К., Королева Е.В. // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 46. - М., 2008. - С. 120-132.
92. Мишин А.В. Особенности методологии судебно-психиатрического диагноза в гражданском процессе / Харитонов Н.К., Королева Е.В. // Российский психиатрический журнал.-2008-№ 4- С. 21-27. .
93. Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А., Кузнецова Е.В. Работа социальной службы в психиатрической больнице // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т.22, Вып.2. – С.60-62.
94. Морозов Г.В. Актуальные вопросы организации и проведения судебно-психиатрической экспертизы // Вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы. М., 1975, С. 3-12.
95. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Организационно-правовые, клинко-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы. Тезисы научно-практической конференции. – СПб: Изд-во «Альта Астра», 2013. – 22 с.
96. Мохонько А. Р., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической службы РФ в 2010 г.: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России. – 2011. – Вып. 19. – С. 177–187.
97. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Актуальные проблемы организации судебно-психиатрической экспертной службы в Российской

- Федерации. // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 5. – С. 11-16.
98. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы в 2003 году. Аналитический обзор. Под редакцией Дмитриевой Т.Б. М., 2005, Вып. 12, – 120 с.
99. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы в 2004 году. Аналитический обзор. Под редакцией Дмитриевой Т.Б. М., 2005, Вып. 13, – 128 стр.
100. Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Аналитический обзор состояния судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации (на 01.01.04) // Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики. М., 2004, вып. 1, С. 134-146.
101. Навроцкий Ю. Только психиатр вникнет в нужды недееспособных [Электронный ресурс] / Ю. Навроцкий // Медицинский вестник. – 2010. – №37(976). – Режим доступа: http://medvestnik.by/ru/issues/a_5878.html?_print=1.
102. Нигматуллин И.Д., Сунаргулова С.Т., Бородин П.В. Особенности судебно-психиатрической экспертизы лиц позднего возраста в гражданском процессе. // Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии. Уфа, 1994, С. 130-131.
103. Носова С.К. К вопросу о дееспособности лиц, страдающих олигофренией // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике (клинико-катамнестический аспект) (сборник научных трудов). – М. – 1987. – С. 154-159.
104. Осокина Г. Гражданская процессуальная право- и дееспособность // Российская юстиция, 1997, № 5, стр. 35-37.

105. Оруджев Н.Я., Поплавская О.В. Актуальные проблемы современной психиатрии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2013. – №4(48). – С.8-11.
106. Папсуев О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра социального обслуживания: автореф. дис. ... канд. мед.наук / Папсуев О.О. Москва, 2010. – 22с.
107. Перепадя С.М., Ризик О.А. Реформирование института недееспособности и опеки над совершеннолетними гражданами в свете ратифицированной Россией Конвенции ООН о правах инвалидов // «Инновации в науке»: материалы XVI международной заочной научно-практической конференции. Часть II. (28 января 2013 г.). Новосибирск: Изд. «СибАК», 2013.- 164 с.
108. Печерникова Т.П., Тихоненко В.А., Харитонов Н.К. Диспансерное наблюдение // Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. — М., 1993. — С.58-67.
109. Петров В.И., Седова Н.Н. Социологические проблемы здоровья городского населения // Социология города. – 2008. – №1. – С. 5-11.
110. Пилт Э., Бартенев Д. Реформы законодательства в сфере дееспособности и опеки в Эстонии: уроки для России // Независимый психиатрический журнал. – 2011. – №1. – С.59-63.
111. Позднякова С.П., Абросимов А.И. О решении вопросов дееспособности больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении. // Судебно-психиатрическая экспертиза (вопросы дееспособности психически больных). М., 1980, стр. 32-39.
112. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99): Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ // Под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда – М.: Минздрав России, 1998. – 512с.

113. Приказ МЗ РФ от 24 декабря 2012 года №1515н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией, в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)» // Российская газета. – 2013. – Дополнительный выпуск. – №6101. – С.4.
114. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 года №1222н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)» // Российская газета. – 2013. – Дополнительный выпуск. – №6100. – С.74.
115. Приказ МЗ РФ от 28 декабря 2012 года №1621н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках» // Российская газета. – 2013. – Дополнительный выпуск. – №6107. – С.90.
116. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012г. №1231н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при умственной отсталости в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)» // Российская газета. – 2013. – Дополнительный выпуск. – №6104. – С. 67.
117. Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. – 2001. – №1. – С. 38-41.
118. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико-социологического мониторинга. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.
119. Руженков В.А., Трунов В.И., Анисимова Н.А., Минакова Ю.С. Распространенность и клиническая структура психических расстройств у лиц, признанных судом недееспособными (на материале

- Белгородской области) // Психическое здоровье. – 2013. – №4. – С. 15-18.
120. Рукина Н.Ю., Макушкина О.А. Клинико-динамические особенности шизофренического процесса на современном этапе // Материалы IV национального конгресса по социальной психиатрии / Под ред. З.И. Кекелидзе, В.Н. Краснова. – СПб: Айсинг, 2011. – С.41.
121. Руководство по психиатрии: в 2-х т. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 712 с.
122. Руководство по социальной психиатрии / Ред. Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий – 2-е изд.; испр. И доп. – М.: Медицинское информационное агенство, 2009. – 544 с.
123. Савенко Ю.С. Допустимы ли опыты на недееспособных? // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – №I. – С.87-88.
124. Салагай О.О. Исследование правовых позиций Европейского суда по правам человека в отношении защиты лиц, страдающих психическими расстройствами. // Право и политика. - 2012. - № 4. - С. 751-757.
125. Салагай О.О. Некоторые международно-правовые и сравнительно-правовые аспекты дееспособности лиц, страдающих психическими заболеваниями. Медицинское право. 2010. – №1. – С. 26-33
126. Седова Н.Н. Проблематика, методология и практический смысл инициативных исследований в отечественной социологии медицины // Социология медицины. 2012. - №2. – С.15-17.
127. Семке А.В., Сиденкова А.П., Жмудь М.В., Потемкин Б.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза поздних деменций // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №4 – С.48-50.
128. Сербский В.П. Судебная психопатология. Лекции. М.: Изд-во Сабашниковых, 1900. – 481 с.

129. Седова Н.Н. Проблематика, методология и практический смысл инициативных исследований в отечественной социологии медицины // Социология медицины. – 2012. – №2. – С. 15-17.
130. Серёгина И.Ф., Козлова М.В. Контроль за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан // Вестник росздравнадзора. – 2009. – №4. – С. 35-37.
131. Ситчихин П.В. О факторах, влияющих на динамику количества недееспособных лиц в г.Краснодаре / Е.О. Бойко, П.В. Ситчихин, А.В. Солоненко // Психическое здоровье. – 2013. – №1(80). – С.61-66.
132. Ситчихин П.В. Сравнительная характеристика недееспособных лиц с разными диагнозами (сосудистая деменция, параноидная шизофрения и умственная отсталость) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – №2 (77). – С.22-26.
133. Ситчихин П.В. Клинико-социальные характеристики недееспособных лиц, состоявших под диспансерным наблюдением в г.Краснодаре в 2000-2010гг. // Психическое здоровье. – 2013. – №3 (82). – С.16-22.
134. Ситчихин П.В. Направления профилактики недееспособности // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – №4(11). – С.72-74.
135. Ситчихин П.В. Сравнительная динамика недееспособных и инвалидов вследствие психических расстройств в Краснодаре, Краснодарском крае и Российской Федерации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4. С. 65-67.
136. Ситчихин П.В. Общественная опасность недееспособных лиц, состоявших под диспансерным наблюдением в городе краснодаре с 2000 по 2010 год // Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 3. С. 148-153.

137. Ситчихин П.В. Клинико-эпидемиологические особенности динамики контингента недееспособных лиц в г. Краснодаре за период 2000–2010 гг. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2012. – №06. –С. 47-50.
138. Ситчихин П.В. Анализ субъективных причин лишения дееспособности // Академ. журн. Западной Сибири. Совр. достижения теоретической и клинической психиатрии, наркологии и психотерапии: Материалы научно-практ. конф. с междунар. участием. – Тюмень, 2011. –№ 3. – С. 19—20.
139. Социальная работа в здравоохранении / Учебник для студентов вузов. Под редакцией Л.М. Мухарямовой и И.Б. Кузнецовой-Моренко. Казань, 2011. - 372 с.
140. Стрижев В.А., Наджарьян А.И., Ситчихин П.В. Анализ нозологической динамики судебно-психиатрических экспертиз с целью лишения граждан дееспособности. Материалы VI Всероссийской науч.-практ. конференции. Анапа: Изд-во филиала РГСУ, 2012; с. 290-292.
141. Трофимова Н. В., Задонская Г. А., Пупышева Г. И. Медико-социальная характеристика пациентов психоневрологического интерната. // Современные аспекты медицины и здравоохранения крупного города. Сб. науч.-практ. работ. СПб. 1997. Вып. 2. С. 41-44.
142. Трущелев С.А. Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи НЦПЗ РАМН. – Москва, 2010. – С. 40-44.
143. Федеральный закон от 24 апреля 2008 года № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» // "Российская газета" - Федеральный выпуск №4651
144. Устинов Д.Г. Судебная проверка обоснованности решения органа опеки и попечительства о помещении недееспособного лица в ПНИ // Независимый психиатрический журнал. – 2011. – №II. – С.91-93.
145. Фельдман Э.С., Штиллер Л.Я. О некоторых клинических критериях при наложении опеки и попечительстве. // Вопросы организации

- психоневрологической помощи и психопрофилактики. Ставрополь, 1962. – С. 373-377.
146. Фрейеров О.Е. Основные принципы судебно-психиатрической экспертизы при олигофрении. // Вопросы организации психоневрологической помощи и психопрофилактики. Ставрополь, 1962, С. 365-372.
147. Фрейеров О.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о дееспособности при олигофрении. // Проблемы судебной психиатрии. Сборник VII. М., 1957. – С. 97-107.
148. Фрейеров О.Е. Клинические варианты олигофрении в судебно-психиатрической практике. // Проблемы судебной психиатрии. М., 1957, С. 175-206.
149. Фрейеров О.Е. Основные особенности судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1955, С. 29-41.
150. Харитонов Н.К., Васянина В.И., Яковлева Е.А. Судебно-психиатрическая оценка различных форм шизофрении при решении вопроса о недееспособности // Российский психиатрический журнал. – №6. – 2011. – С. 33-41.
151. Харитонов Н.К., Королева Е.В., Корзун Д.Н. Новые социально-правовые аспекты признания лица недееспособным в судебно-психиатрической практике // Сборник статей науч.-практ. конф. – Краснодар, 2003. – С.403-405.
152. Харитонов Н.К., Королева Е.В., Богатырева И.Э. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе как фактор социальной защиты лиц с психическими расстройствами // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. СПб. – 1999. – С. 235-240.

153. Харитонов Н.К., Королева Е.В. Социально-правовые аспекты судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, неврологии. Сборник научных трудов, М., 1998, с. 268-272.
154. Харитонов Н.К., Иммерман К. Л., Черный В. А. Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании гражданина недееспособным // Рос.психиатр. Журн 1998. –N 1. –С. 39-42.
155. Харитонов Н.К., Иммерман К.Л., Завидовская Г.И. и др. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (клинические и правовые аспекты): Пособие для врачей. М., 1998. –40 с.
156. Харитонов Н.К., Королева Е.В., Корзун Д.Н. Экспертиза дееспособности как форма реабилитации лиц с шизоаффективными психозами // Материалы научно-практической конференции с международным участием 7-8 апреля 1998г. «Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы)». М., 1998. С. 82-87.
157. Холодковская Е.М. Основные показания к назначению опеки психически больными с различными психическими расстройствами. // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник научных трудов № 19. М., 1972, С. 91-96.
158. Холодковская Е.М., Боброва И.Н., Торубаров СВ. Актуальные вопросы недееспособности и опеки психически больных в практике судебнопсихиатрической экспертизы. // Материалы конференции ЦНИИ судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского (20-22 декабря 1971 года). М., 1971, С. 31-38.
159. Холодковская Е.М. Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. М., Медицина, 1967, 106 с.

160. Чернова Н. Россия примет наследие доктора Менгеле [Электронный ресурс] /Н. Чернова // Новая газета. – 2010. – №71. – Режим доступа: <http://www.novayagazeta.ru/society/2829.html>.
161. Чернова Н. Н. Лечим галоперидолом. Под ключ [Электронный ресурс] / Н. Чернова // Новая газета. – 2010. – №03. – Режим доступа: <http://www.novayagazeta.ru/society/5366.html>.
162. Черный В.А. Вопрос о дееспособности в практике судебнопсихиатрических экспертиз. Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии: К 90-летию С.-Петербур. гор.психиатр, больницы N 1 им. П. П. Кащенко: Сб. науч. работ СПб. 1999. С. 240-243 Шифр ГЦНМБ: АЗ-6553.
163. Черный В.А., Завидовская Г.И., Яхимович Л.А. Клинические и правовые аспекты судебно-психиатрических экспертиз по трудовым спорам в гражданском процессе // Российский психиатрический журнал. – 1998.-N 3.-С.9-12.
164. Черный В.А. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств органической природы у истцов и ответчиков. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед.наук, М., 1996, 193 с.
165. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. ГНЦССП. – 2010. – 13233333с.
166. Шеденко М.И., Долгановская Н.Н., Богачев М.А., Андреева М.В. Психообразовательный модуль как средство поддержки родственников паци-ентов, страдающих деменцией // Материалы IV национального конгресса по социальной психиатрии. / Под ред. Кекелидзе З.И. и В.Н. Краснова. – СПб: Айсинг, 2011. – С.162.

167. Шепель Т.В. Проблемы применения норм о недееспособности граждан с психическими расстройствами в судебной практике и пути их решения // Вестник Омского университета. – 2011. – №2. – С.88-92.
168. Шишков С.Н. К вопросу об ограниченной гражданской дееспособности. // Материалы XII съезда психиатров России. М., 1995, С. 491-492.
169. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 1999, 334 с.
170. Шостакович Б.В. Современные проблемы теории и методологии судебнопсихиатрического диагноза. // Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики. М., 2004, с. 220-237.
171. Шостакович Б.В., Ревенок А.Д. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Киев, 1992, 183 с.
172. Шостакович Б.В. Теоретические основы судебно-психиатрического диагноза. Судебно-медицинская экспертиза, 1987, № 2, С. 38-41.
173. Шостакович Б.В., Боброва И.Н., Василевский В.Г., Горева М.М., Горинов В.В., Шибанова Н.И., Шишков С.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза больных шизофренией в гражданском процессе (Методические рекомендации). М., 1981.
174. Шостакович Б.В. Актуальные проблемы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Судебно-психиатрическая экспертиза (вопросы дееспособности психически больных). Сборник научных трудов №34, М., 1980, стр.3-9.
175. Шостакович Б.В. Вопросы дееспособности и опеки больных шизофренией. // Актуальные вопросы социальной психиатрии. Валдай, 1979, стр. 50-62.

176. Шостакович Б.В. Реадаптация и диспансерное наблюдение социально опасных психически больных. // Клинические и организационные вопросы социальной и судебной психиатрии. Выпуск 2-ой. Калуга, 1979, стр. 81-85.
177. Шостакович Б.В., Горева М.М., Герасимов СВ., Горинов В.В., Василевский В.Г. Шизофрения и дееспособность. // Актуальные вопросы организации психиатрической помощи, лечения и реабилитации психически больных. Тезисы научно-практической конференции врачей психоневрологических учреждений города Москвы. М., 1978, стр.356-359.
178. Шостакович Б.В. К постановке вопроса об ограниченной дееспособности психически больных. // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. М., 1978, стр. 45-51.
179. Шостакович Б.В. Дееспособность больных шизофренией и проблема реабилитации. // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, стр. 68-69.
180. Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Шаповалов Д.Л., Ивашова Н.Н. Особенности судебно-психиатрической экспертизы по делам о дееспособности в аспекте постановления конституционного суда от 27.02.09 года №4-П // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2010. - № 4 (42). – С. 54-56.
181. Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Черенкова Е.В., Шаповалов Д.Л. «Оценка дееспособности пациента с шизофренией: сложный «простой случай», [Электронный ресурс] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. URL: <http://www.vsmn.ac.ru/publ/vest/044/site/index47.html> (Дата обращения 08.10.2012г.).
182. Ядов В.А. Социологическое исследование: Методология, программа, методы. - Самара, Изд-во "Самарский университет". - 1995. - 337 с.

183. Яхимович Л.А., Горинов В.В. Завещательная дееспособность лиц с психическими расстройствами (критерии экспертных оценок в России и некоторых зарубежных странах). Российский психиатрический журнал, 2005, № 1, С. 37-41.
184. Яхимович Л.А. Опекa психически больных, как мера профилактики их общественно-опасных действий. Социальная и клиническая психиатрия, 1994, №4, С. 101-103.
185. Яхимович Л.А. Дееспособность и ее судебно-психиатрические критерии. // Правовые вопросы судебной психиатрии (сборник научных трудов). М., 1990, С. 134-139.
186. Яхимович Л.А. Судебно-психиатрическое значение психических расстройств у лиц позднего возраста в гражданском праве // Социально-правовые аспекты психиатрической помощи / Сборник статей под редакцией И.Я. Гуровича. М., 1990. – С 94-98.
187. Яхимович Л.А. Клинические критерии дееспособности лиц с постинсультными изменениями психики при проведении посмертных судебно-психиатрических экспертиз. // Шестой всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. М., 1975, том I, С. 446-449.
188. Яхно Н.Н. Деменции: руководство для врачей / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина, Н.Н. Коберская, Э.А. Мхитарян. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.
189. Appelbaum P.S., Bonnie R.G., Karlawish J.N.: The Capacity to Vote of Persons with Alzheimer's Disease // American Journal of Psychiatry, 2005 Nov;162(11):2094-100.
190. Astell H, Lee JH, Sankaran S. Review of capacity assessments and recommendations for examining capacity. Journal of the New Zealand Medical Association, 27-September-2013, Vol 126 No 1383: 38-48.

191. Burton C.Z., Twamley E.W., Lee L.C., Palmer B.W., Jeste D.V., Dunn L.B., Irwin S.A. Undetected cognitive impairment and decision-making capacity in patients receiving hospice care. *Am J Geriatr Psychiatry*. Apr 2012; 20(4): 306–316. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182436987
[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov /pmc/articles/PMC3309124/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309124/).
192. Brown et al.: Assessments of mental capacity in psychiatric inpatients: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2013 13:115.
193. Bravo G., Dubois M.F., Cohen C., Wildeman S., Graham J., Painter K., Bellemare S. Are Canadians providing advance directives about health care and research participation in the event of decisional incapacity? *Can J Psychiatry*. 2011. Apr;56(4):209-18.
194. Cairns R., Maddock C., Buchanan A., David A.S., Hayward P., Richardson G., Szmukler G., Hotopf M.: Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 2005, 187:372–378.
195. Calcedo-Barba A., García-Solano F., Fraguas D., Chapela E. On measuring incapacity. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007, 20:501–506.
196. Emmett C., Poole M., Bond J., Hughes J.C.: Homeward bound or bound for a home? Assessing the capacity of dementia patients to make decisions about hospital discharge: Comparing practice with legal standards. *Int J Law Psychiatry* 2013, 36(1):73–82.
197. Filakovic P, Eric AP, Mihanovic M, Glavina T, Molnar S. Dementia and legal competency. *CollegiumAntropologicum*. 2011 Jun;35(2):463-9.
198. Griffith H.R., Belue K., Sicola A., et al: Impaired financial abilities in mild cognitive impairment: a direct assessment approach. *Neurology*. 2003; 60(3): 449-457.
199. Jovanovic A.A., Jovovic S., Milovanovic S., Jasovic-Gasic M. Medical reasons for retrospective challenges of testamentary capacity // *PsychiatraDanubina* , 2008; Vol. 20, No 4 , pp 485 –493.

200. Karlawish J.H., Casarett D.J., James B.D. The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology* 2005; 64:1514–1519.
201. Kenneth I. Shulman, Carole A. Cohen, Felice C. Kirsh, Ian M. Hull, Pamela R. Champine Assessment of Testamentary Capacity and Vulnerability to Undue Influence. *The American Journal of Psychiatry*, 2007;164:722-727.
202. Lewis P. Procedures that are against the medical interests of incompetent adults // *Oxford j. of legal studies*. – Oxford, 2002. – Vol.22, №4. – P.575-618.
203. Marson D.C. Clinical and ethical aspects of financial capacity in dementia: a commentary. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013. Apr;21(4):382-90. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.033. Epub 2013 Feb 6.
204. Marson D.C., Martin R.C., Wadley V., et al: Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimers disease. *Journal of the American Geriatrics Society*/ 2009; 57(5):806-814.
205. Marson D.C., Savage R., Phillips J.: Financial capacity in persons with schizophrenia and serious mental illness: clinical and research ethics aspects. *Schizophr Bulletin*. 2006; 32(1):81-91.
206. Mental Capacity Act 2005. Code of Practice. Issued by the Lord Chancellor on 23 April 2007 in accordance with sections 42 and 43 of the Act. London: TSO. 2007. 302p.
207. Owen GS: Mental capacity and psychopathology. *Psychiatry* 2009, 8(12):476–477.
208. Palmer BW, Jeste DV. Relationship of individual cognitive abilities to specific components of decisional capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *SchizophrBulletin* 2006; 32:98– 106.
209. Palmer B.W., Savla G.N., Roesch S.C., Jeste D.V. Changes in capacity to consent over time in patients involved in psychiatric research. *The British*

- Journal of Psychiatry. 2013 Jun;202:454-8. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121160. Epub 2013 May 9. <http://bjp.rcpsych.org/sci-hub.org/content/202/6/454.long>.
210. Parsons T. The Social System. – London: Routledge and Kegan Paul, 1951: pp. 556 .
 211. Sherod M.G., Griffith H.R., Copeland J., et al: Neurocognitive predictors of financial capacity across the dementia spectrum: normal aging, mild cognitive impairment, and Alzheimer’s disease. Journal of the International Neuropsychological Society. 2009; 15(2):258-267
 212. Suto WMI, Clare ICH, Holland AJ, Watson PC: Capacity to make financial decisions among people with mild intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res 2005, 49(3):199–209.
 213. Yadav DS, Torne G. Patient Management; Capacity—Everyone’s business. Foundation Years Journal 2011; 5 (10): 19-2.
 214. Yuval Melamed, LiliYaron-Melamed, JeremiaHeinik Guardianship Appointment: Current Status in Israel // Isr J Psychiatry RelatSci - Vol 47 - No.4 (2010): pp. 260-268.
 215. Wadley V.G., Harrell L.E., Marson D.C.: Self- and informant report of financial abilities in patients with Alzheimer’s disease: reliable and valid?Journal of the American Geriatrics Society. 2003; 51(11):1621-1626.
 216. Wildeman S., Dunn L.B., Onyemelukwe C. Incapacity in Canada: review of laws and policies on research involving decisionally impaired adults. American Association for Geriatric Psychiatry. 2013 Apr;21(4):314-25. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.042. Epub 2013 Feb 6.

Анкета для опекунов (1)

1. Возраст

2. Длительность периода наблюдения за пациентом (общая на момент исследования)

- а) до 5ти лет
- б) 5-10 лет
- в) 10-15 лет
- г) более 15ти лет

3. Кому принадлежала инициатива установления опеки:

- а) сам больной
- б) родственник
- в) врач психоневрологического диспансера (психиатрической больницы)
- г) иное

4. Причина смены опекуна

- а) не исполнение опекуном обязанностей
- б) смерть (болезнь, вынужденная смена места жительства) опекуна
- в) другое
- г) опекун не менялся

5. ФИО опекуна, степень родства (на момент исследования):

- а) родственник 1ой линии (отец, мать, сын, дочь, супруг, супруга, брат, сестра,)
- б) родственник 2ой линии (племянник (ца), тетя, дядя, двоюродные брат, сестра, бабушка, дедушка)
- в) другие

6. Соответствие пола с подопечным:

- а) да
- б) нет

7. Клиренс возрастов с подопечным:

- а) разница в возрасте до 5ти лет (как старше, так и моложе)
- б) разница в возрасте до 10 лет (как старше, так и моложе)
- в) более чем на 10 лет старше
- г) более чем на 10 лет моложе

8. Длительность нахождения под опекой:

- а) до 5ти лет
- б) 5-10 лет
- в) 10-15 лет
- г) более 15ти лет

9. Причины установления опеки:

- а) необходимость решение медицинских вопросов
- б) необходимость решения социально-бытовых вопросов
- в) иное

10. Длительность заболевания до установления опеки:

- а) до 5ти лет
- б) 5-10 лет
- в) 10-15 лет
- г) более 15ти лет

11. Влияние факта установления опеки на частоту посещений диспансера:

- а) увеличилась
- б) уменьшилась
- в) не изменилась

12. Причина посещений диспансера:

- а) исполнение посещений, согласно кратности по ДН
- б) изменение психического состояния
- в) визит после приглашения сотрудника диспансера
- г) решение социальных вопросов

д) иное

13. Изменилось ли отношение опекуна к подопечному после установления опеки:

а) да

б) нет

в) затрудняюсь ответить

14. Испытывает ли недееспособный доверие к психоневрологическому диспансеру в рамках получения консультации, помощи при возникновении социально-бытовых вопросов.

а) да, но за помощью не обращался

б) да, обращался с опекуном

в) да, обращался без опекуна

г) нет

д) затрудняюсь ответить

Анкета для опекунов (2)

1. Ваш пол:

1. Мужской
2. Женский

2. Образование:

1. Начальное, неполное среднее
2. Среднее
3. Среднее специальное
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

3. Ваш род занятий:

1. Служащий (аппарат управления, учреждения)
2. Рабочий
3. Учащийся
4. Временно неработающий
5. Не работаете
6. Пенсионер
7. Иное

4. Сколько времени Вы являетесь опекуном:

1. Менее года
2. От 1 до 3 лет
3. От 3 до 5 лет
4. Более 5 лет

5. На Ваш взгляд, объем каких услуг необходимо увеличить для Вашего опекаемого и Вас? Можно отметить несколько вариантов:

1. Медицинских
2. Правовых (юридические)
3. Социально-бытовых

4. Психологических
5. Иные (укажите)
6. Все устраивает

6. На Ваш взгляд, в последнее время увеличивается количество трудностей, неудобств, связанных с медицинскими, социальными вопросами:

1. Согласен
2. Скорее, согласен
3. Скорее, не согласен
4. Не согласен
5. Затрудняюсь ответить

7. На Ваш взгляд, есть ли необходимость регулярного посещения Вами и Вашим опекаемым психоневрологического диспансера?

1. Безусловно, да
2. Скорее, да
3. Скорее нет
4. Безусловно, нет
5. Затрудняюсь ответить

8. На Ваш взгляд, есть ли необходимость регулярного посещения Вами и Вашим подопечным органы опеки и попечительства?

1. Безусловно, да
2. Скорее, да
3. Скорее, нет
4. Безусловно, нет
5. Затрудняюсь ответить

9. Обратились бы Вы по вопросам решения каких – либо медицинских или социальных вопросов в психоневрологический диспансер или органы опеки?

1. Обратился бы

2. Скорее, обратились бы
3. Скорее, не обратился бы
4. Обращаюсь только по приглашению врача или сотрудника органа опеки.

10. В какой мере Вы удовлетворены работой психоневрологического диспансера?

1. Полностью удовлетворен
2. Частично удовлетворен
3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь ответить

11. В какой мере Вы удовлетворены работой органов опеки и попечительства?

1. Полностью удовлетворен
2. Частично удовлетворен
3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь ответить

12. Как по вашему мнению изменилась работа психоневрологического диспансера?

1. Улучшилась
2. Скорее улучшилась
3. Осталась на прежнем уровне
4. Скорее ухудшилась
5. Ухудшилась
6. Затрудняюсь ответить

13. Как, по Вашему мнению, изменилась работа органов опеки и попечительства?

1. Улучшилась
2. Скорее улучшилась

- 3. Осталась на прежнем уровне
- 4. Скорее ухудшилась
- 5. Ухудшилась
- 6. Затрудняюсь ответить.

14. Считаете ли Вы, что нуждаетесь в несколько большем внимании со стороны врач психиатра?

- 1. Да
- 2. Скорее, да
- 3. Скорее, нет
- 4. Нет
- 5. Затрудняюсь ответить

15. Считаете ли Вы, что нуждаетесь в несколько большем внимании со стороны сотрудника органа опеки?

- 1. Да
- 2. Скорее, да
- 3. Скорее, нет
- 4. Нет
- 5. Затрудняюсь ответить

16. Согласны ли Вы с утверждением: «Необходимо взаимопонимание и сотрудничество между недееспособным, опекуном, врачом психиатром, сотрудником опеки»:

- 1. Согласен
- 2. Скорее, согласен
- 3. Скорее, не согласен
- 4. Не согласен
- 5. Затрудняюсь ответить

АНКЕТА для врачей(1)

1. Используете ли Вы стандарты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в работе с пациентами с диагнозом умственная отсталость, шизофрения, деменция:

Использование стандартов	шизофрения	Умственная отсталость	Деменция
Да			
Нет			
Иное			

2. Выскажите Ваше мнение (рекомендации) по изменению (совершенствованию) стандартов (лечение умственной отсталости, деменции в амбулаторных условиях:

3. Как Вы оцениваете роль врача-психиатра в формировании комплаентности недееспособного пациента к лечению:

А) Высокая Б) Средняя В) Низкая

4. Как Вы оцениваете роль врача-психиатра в профилактике повторных госпитализаций?

А) Высокая Б) Средняя В) Низкая

5. Какие мероприятия Вы проводите для улучшения качества жизни недееспособного пациента?

6. Какие дополнительные мероприятия по Вашему мнению должны быть предусмотрены для повышения качества жизни недееспособного пациента?

7. Считаете ли Вы важным дополнение клинико-функционального диагноза критериями степени социальной адаптации при решении медико-социальных и экспертных вопросов? (например, «Шизофрения,

эпизодический тип течения, параноидный синдром, неполная медикаментозная ремиссия на фоне нарастающего дефекта в эмоционально-волевой сфере с грубой социальной дезадаптацией»):

- А) Важное дополнение
- Б) Неважное дополнение
- В) Должен быть индивидуальный подход

Анкета для врачей (2)

- 1. Согласны ли Вы с утверждением, что в последние годы увеличивается количество недееспособных граждан?**
 - А) Согласен
 - Б) Не согласен
 - В) Затрудняюсь ответить
- 2. Считаете ли Вы, что все недееспособные пациенты должны находиться на диспансерном наблюдении?**
 - А) Считаю, данный вид наблюдения для этой категории пациентов соответствует Закону «О психиатрической помощи и гарантий прав граждан при ее оказании»
 - Б) Не считаю
 - В) В каждом случае должен быть индивидуальный подход
 - Г) Затрудняюсь ответить
- 3. Считаете ли вы актуальной для недееспособных пациентов Волгограда работу по восстановлению дееспособности?**
 - А) Считаю
 - Б) Не считаю
 - В) Затрудняюсь ответить
- 4. Есть ли среди Ваших пациентов недееспособные граждане в отношении которых можно инициировать вопрос о восстановлении дееспособности?**
 - А) Думаю, что есть
 - Б) Думаю, что нет
 - В) Затрудняюсь ответить
- 5. На Ваш взгляд, в последние годы, признание гражданина недееспособным происходит в большей степени в связи с медицинскими или социальными аспектами?**

- А) Больше медицинскими
- Б) Больше социальными
- В) и медицинскими, и социальными
- Г) Затрудняюсь ответить
- Д) Иное

6. Обращаются ли к Вам недееспособные пациенты и их опекуны с вопросами социального или правового характера?

- А) Обращаются иногда
- Б) Обращаются часто, так как больше не знают куда пойти со своими проблемами
- В) Не обращаются
- Г) Затрудняюсь ответить

7. Считаете ли Вы достаточной работу органов опеки в отношении недееспособных граждан?

- 1. Да
- 2. Скорее, да
- 3. Скорее, нет
- 4. Нет
- 5. Затрудняюсь ответить

8. Испытываете ли Вы трудности при необходимости совместной работы с представителями органов опеки?

- 1. Да
- 2. Скорее, да
- 3. Скорее, нет
- 4. Нет
- 5. Затрудняюсь ответить

9. Бывают ли в Вашей практике случаи, когда недееспособный пациент и опекун высказывают недовольство сотрудниками органов опеки?

- А) Бывают

Б) Не бывают

В) Затрудняюсь ответить

10. Согласны ли вы с утверждением: «Среди моих недееспособных пациентов есть такие, которым необходима смена опекуна из-за неисполнения (слишком формального исполнения) последними своих обязанностей?»

1. Согласен

2. Скорее, согласен

3. Скорее, не согласен

4. Не согласен

5. Затрудняюсь ответить

11. Согласны ли Вы с утверждением: «Необходимо взаимопонимание и сотрудничество между недееспособным, опекуном, врачом психиатром, сотрудником опеки»:

1. Согласен

2. Скорее, согласен

3. Скорее, не согласен

4. Не согласен

5. Затрудняюсь ответить

12. С Вашей точки зрения, необходимо ли участие в комиссии по назначению опекуна, сотрудника психоневрологического диспансера?

1. Да

2. Скорее, да

3. Скорее, нет

4. Нет

5. Затрудняюсь ответить

13. Полезно ли было организовать специальные занятия с недееспособными пациентами и опекунами посвященные медицинским рекомендациям?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

14. Полезно ли было организовать специальные занятия с недееспособными пациентами и опекунами посвященные этическим, правовым, социальным аспектам?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

15. Ваш стаж по специальности?

1. До 10 лет
2. Более 10 лет

Анкета для сотрудников отделов опеки

- 1. Согласны ли Вы с утверждением, что в последние годы увеличивается количество недееспособных граждан?**
А) Согласен Б) Не согласен В) Затрудняюсь ответить
- 2.Считаете ли вы актуальной для недееспособных пациентов Волгограда работу по восстановлению дееспособности?**
А) Считаю Б) Не считаю В) Затрудняюсь ответить
- 3. Были ли в Вашей практики случаи восстановления гражданину дееспособности?**
А) Да Б) Нет В) Затрудняюсь ответить
- 4. На Ваш взгляд, в последние годы, признание гражданина недееспособным происходит в большей степени в связи с медицинскими или социальными аспектами?**
А) Больше медицинскими
Б) Больше социальными
В) и медицинскими, и социальными
Г) Затрудняюсь ответить
Д) Иное
- 5. Обращаются ли к Вам недееспособные пациенты и их опекуны с вопросами социального или правового характера?**
А) Обращаются иногда
Б) Обращаются часто, так как больше не знают куда пойти со своими проблемами
В) Не обращаются
Г) Затрудняюсь ответить
- 6. Считаете ли Вы достаточной работу районной психиатрической службы в отношении недееспособных граждан?**
 1. Да
 2. Скорее, да

- 3. Скорее, нет
- 4. Нет
- 5. Затрудняюсь ответить

7. Испытываете ли Вы трудности при необходимости совместной работы с представителями психиатрической службы?

- 1. Да
- 2. Скорее, да
- 3. Скорее, нет
- 4. Нет
- 5. Затрудняюсь ответить

8. Бывают ли в Вашей практике случаи, когда недееспособный пациент и опекун высказывают недовольство сотрудником психиатрической службы?

- А) Бывают
- Б) Не бывают
- В) Затрудняюсь ответить

9. Согласны ли Вы с утверждением: «Необходимо взаимопонимание и сотрудничество между недееспособным, опекуном, врачом психиатром, сотрудником опеки»:

- 1. Согласен
- 2. Скорее, согласен
- 3. Скорее, не согласен
- 4. Не согласен
- 5. Затрудняюсь ответить

10. С Вашей точки зрения, необходимо ли участие в комиссии по назначению опекуна, сотрудника психоневрологического диспансера?

- 1. Да
- 2. Скорее, да
- 3. Скорее, нет

4. Нет

5. Затрудняюсь ответить

11. Полезно ли было организовать специальные занятия с недееспособными пациентами и опекунами посвященные медицинским рекомендациям?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

12. Полезно ли было организовать специальные занятия с недееспособными пациентами и опекунами посвященные этико-правовым, социальным аспектам?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

13. На Ваш взгляд, имеются ли коллизии в законодательстве, препятствующие сотрудничеству с психиатрической службой?

1. Да

2. Скорее, да

3. Скорее, нет

4. Нет

5. Затрудняюсь ответить

14. Согласны ли Вы с утверждением «Сотрудники отдела опеки в случае с каждым недееспособным гражданином тщательно изучают личность кандидата в опекуны перед его назначением»

1. Да

2. Скорее, да

3. Скорее, нет

4. Нет

5. Затрудняюсь ответить

15. Ваш стаж работы по данному направлению?

1. До 10 лет

2. Более 10 лет

ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, ПРИЗНАННЫХ СУДОМ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ

1. Опекун назначен:

- А) гражданин, ранее фактически исполнявший «опекунские обязанности» до вступления в силу постановления;
- Б) гражданин, осуществляющий «уход» в случаях необходимости;
- В) гражданин, ранее практически не принимавший участия в жизни недееспособного.

2. Способность пациента принимать участие в ведении домашнего хозяйства

- А) самостоятельно принимает участие;
- Б) принимает участие избирательно, под контролем;
- В) не принимает участие.

3. Способность пациента участвовать в социально-бытовых мероприятиях

- А) постоянно (в ремиссии) самостоятельно выходит на улицу, ходит в магазин, посещает ПНД;
- Б) пациент выходит на улицу, посещает общественные места в сопровождении;
- В) состояние здоровья не позволяет покидать дом.

4. Отношения пациента с членами семьи

- А) хорошие, доброжелательные;

- Б) удовлетворительные, возможны конфликты;
- В) отношения напряженные, носят конфликтный характер.

5. Коммуникативные возможности пациента в рамках социума

- А) пациент охотно вступает в беседу, не испытывает коммуникативных трудностей;
- Б) контакт в пределах заданных вопросов; необходима помощь опекуна;
- В) пациент в беседу не вступает или на вопросы отвечает «получив одобрение опекуна».

6. Оценка внешнего вида

- А) пациент причесан, чисто опрятно одет;
- Б) опрятность вынужденная (по причине посещения диспансера);
- В) пациент неопрятен, неряшлив.

7. Уровень обеспеченности социально-бытовых вопросов

- А) пациент с решенными юридическими, жилищными, социальными, медицинскими вопросами;
- Б) у пациента имеются отдельные, временно не решенные социально-бытовые вопросы;
- В) пациент с нерешенными юридическими, жилищными, социальными, медицинскими вопросами.

8. Способность пациента к самообслуживанию

- А) полностью самостоятельно себя обслуживает;
- Б) обслуживает себя частично, нуждается в помощи опекуна;
- В) самостоятельно себя не обслуживает.

9. Самооценка состояния здоровья

- А) у пациента имеется формальная критика к состоянию здоровья;
- Б) критические возможности зависят от психического состояния;
- В) критические способности отсутствуют.

10.Степень выраженности клинических проявлений основного заболевания

- А) возможны стойкие медикаментозные (не медикаментозные) ремиссии;
- Б) возможны обострения психического заболевания 1-2 раза в год;
- В) частые обострения заболевания, состояние без изменений при тяжелых психических заболеваниях (например, умственная отсталость тяжелая).