

ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ В ПРИОБРЕТЕНИИ ЖИЛЬЯ ПАЦИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Н.Б. Захаров, Ю.Л. Петухов

*Кировская областная клиническая психиатрическая больница
им. академика В.М.Бехтерева*

Одной из актуальных проблем оказания стационарной психиатрической помощи является наличие больных, находящихся в стационаре более года. Этот показатель в целом по стране составляет 22,2%, а феномен больничного проживания является одним из типичных исходов (последствий) шизофрении [3]. Накопление в стационарах больных с непрерывным многолетним пребыванием обусловлено как утяжелением контингента [5], так и социальными причинами, одной из которых является отсутствие жилья. Лица с так называемыми «социальными показаниями» для госпитализации, как правило, в дальнейшем направляются в психоневрологические интернаты, однако, в связи с отсутствием достаточного количества мест в них период ожидания перевода составляет от 6 месяцев до 4 лет [2]. Данная проблема усугубляется неразработанностью правового механизма выписки недееспособных пациентов [1].

Одним из направлений предупреждения развития феномена больничного проживания является создание реабилитационных общежитий [4]. Вместе с тем, Порядком оказания психиатрической помощи реабилитационные общежития не предусмотрены, а предусмотрены медико-реабилитационные отделения, в том числе для пациентов, утративших социальные связи [6]. Выписка пациентов с длительными госпитализациями возможна после предоставления жилого помещения при условии стабильного клинического состояния и наличия навыков самостоятельного проживания. В данном случае крайне важной является роль социальных служб стационара, интегрированных в оказание психиатрической помощи населению. Речь идет не только об участии социальных специалистов в работе полипрофессиональной бригады с отработанными социальными подходами, но и о правовой и социальной поддержке пациентов на основе междисциплинарного и межведомственного подхода во внебольничных условиях. Реализация данного направления позволяет, в ряде случаев, осуществить выписку пациента с предоставлением помещения для проживания. Ниже приведены клинические примеры решения данного вопроса в Кировской областной клиниче-

ской психиатрической больнице им. В.М.Бехтерева (КОКПБ им. В.М.Бехтерева). Необходимо отметить, что каждый случай является уникальным, так как определяется индивидуальным сочетанием клинических, социальных, правовых и организационных факторов.

Клинический пример №1. Пациент Л., 1953 г.р., инвалид 2 группы. Диагноз: эпилепсия, редкие генерализованные судорожные приступы; органическое расстройство личности и поведения вследствие эпилепсии.

Родился в Кировской области младшим из трех детей. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Раннее развитие без особенностей, в школе учился удовлетворительно, классы не дублировал, любил играть в футбол, хоккей. С 12-летнего возраста у пациента появились судорожные приступы с потерей сознания с частотой 1 раз в месяц. Мать работала фельдшером, скрывала наличие судорожных приступов у сына в связи с возможными социальными ограничениями. Образование 10 классов средней школы, училище по специальности «топограф». В армии не служил. В течение 20 лет работал по специальности в геофизических экспедициях, в последующем рабочим на меховой фабрике, разнорабочим. Был дважды женат, первый брак распался, супруга во втором браке злоупотребляла алкоголем, была судима с направлением в места лишения свободы. С 2003 года проживал с сожительницей, в квартире без регистрации, принадлежавшей его матери, злоупотреблял спиртными напитками, не работал. В 2003 году привлекался к уголовной ответственности по ст. 105, часть 1 УК РФ. В ходе следствия прошел судебно-психиатрическую экспертизу, в отношении инкриминируемого ему деяния был признан невменяемым. С 17.02.2004 по 30.03.2009 проходил принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, с 31.03.2009 переведен в стационар КОКПБ им. В.М.Бехтерева. В процессе лечения состояние пациента улучшилось: участвовал в реабилитационных мероприятиях, агрессивные тенденции отсутствовали, судорожные приступы не отмечались с мая 2009 года. Постановлением суда принудительное лечение отменено 19.02.2010, в дальнейшем пациент находился в стационаре на общих основаниях в связи с утратой родственных и социальных связей и отсутствием жилья.

Во время нахождения пациента в стационаре специалистами по социальной работе проведены тренинги по независимому проживанию, бытовым навыкам, распределению бюджета и др. На деньги пациента была приобретена квартира в районном центре Кировской области. При покупке специалистами по социальной работе оказана помощь в подборе жилого помещения с выездом пациента для его осмотра; помощь при оформлении договора купли-продажи, получения права собственности, разрешения на регистрацию, оформлению документов для получения льгот и субсидий по коммунальным платежам.

03.06.2011 пациент Л. выписан самостоятельно по месту нового проживания. О его выписке уведомлены районный врач-психиатр, сотрудники районного отдела внутренних дел, управление социальной защиты населения. Длительность госпитализации в стационаре КОКПБ им. В.М.Бехтерева составила 794 койко-дня.

Катамнез 4 года. Пациент проживает в приобретенной квартире, принимает поддерживающую терапию. Жалоб со стороны соседей на поведение пациента нет. Госпитализаций после выписки из стационара не было. Социальное функционирование характеризуется устойчивыми доверительными отношениями с узким кругом знакомых, проживает в незарегистрированном браке, соразмеряет семейные расходы с удовлетворением собственных потребностей.

Как видно из клинического примера №1, пациент Л. находился в психиатрических больницах более 7 лет, за это время были утрачены как социальные связи, так и навыки самостоятельного проживания. Приобретение жилья за счет средств пациента и предварительная работа по его адаптации в социуме позволили выписать пациента, что является одним из результатов работы по оказанию комплексной психосоциальной помощи и реабилитации после длительной госпитализации.

Клинический пример №2. Пациентка Н., 1978 г.р., инвалид 2 группы. Диагноз: умственная отсталость легкой степени с нарушениями поведения.

Родилась в Кировской области. С детства отставала в умственном развитии. Родители злоупотребляли алкоголем, были лишены родительских прав. Воспитывалась в детском доме, детском доме-интернате для умственно отсталых детей, позднее была подопечной психоневрологического интерната. Образование 6 классов по программе коррекционной школы. С 2003 года во время пребывания в психоневрологическом интернате стали наблюдаться стойкие нарушения поведения: стала конфликтной, раздражительной, проглатывала различные предметы, угрожала совершением суицидальных попыток. В 2003 году в связи с невозможностью нахождения в психоневрологическом интернате была госпитализирована в психиатрическую больницу. С 2005 года находилась в КОКПБ им. В.М.Бехтерева, в этом же году решением суда была признана недееспособной. Длительное время в стационаре оставалась конфликтной, раздражительной, нарушала режим отделения, на замечания реагировала аффективными вспышками с агрессивными проявлениями. В последующем в процессе лечения состояние пациентки улучши-

лось: стала спокойной, настроение ровное без колебаний, в общении с окружающими стала вежливой, охотно включалась в трудовые процессы и реабилитационные мероприятия, с желанием посещала групповые занятия и тренинги, проводимые психологами и специалистами по социальной работе. В 2011 году администрация больницы обратилась с ходатайством в суд о признании пациентки Н. дееспособной, решением суда дееспособность была восстановлена. В 2012 году на личные средства пациентки специалистами по социальной работе была приобретена однокомнатная квартира в Кировской области. После регистрации права собственности 09.06.2012 пациентка была выписана по новому месту жительства в сопровождении специалиста по социальной работе. В стационаре пациентка провела 2 691 койко-день.

Катамнез 3 года. После выписки в 2012 году отмечалась одна госпитализация длительностью 65 койко-дней, связанная с нарушением поведения. Социальное функционирование характеризуется самостоятельным проживанием, установлением доброжелательных отношений с соседями, успешной организацией быта повседневной жизни.

В данном клиническом примере пациентка Н. с раннего детства не имела как навыков самостоятельного проживания, так и собственного жилья. Ситуация усугублялась фактом недееспособности пациентки, для чего перед ее выпиской необходимо было решить вопрос о восстановлении дееспособности в судебном порядке. Катамнез показал, что пациентка Н., несмотря на отсутствие опыта самостоятельного проживания, смогла с помощью врачей-психиатров и специалистов по социальной работе реализовать свой реабилитационный потенциал.

Клинический пример №3. Пациент С., 1963 г.р., инвалид 2 группы. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение.

Родился в г. Кирове старшим из двух детей. Родители злоупотребляли алкоголем. В школе учился удовлетворительно, однако был излишне подвижным, неусидчивым, рано стал употреблять спиртные напитки, курить. Образование 9 классов, работал слесарем, каменщиком, характеризовался отрицательно из-за злоупотребления алкоголем, неоднократно привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. С 1986 года наблюдается у психиатра с диагнозом «шизофрения». С 1990 года состоял в гражданском браке, от брака имел дочь, которая трагически погибла (утонула). Супруга злоупотребляла спиртным, семья распалась. В последующем неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу, находился на стационарном принудительном лечении. В 2010 году проходил в качестве потерпевшего по уголовному делу, в ходе расследования дела находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе, в дальнейшем был переведен в общепсихиатрическое отделение для лечения. После окончания курса лечения не мог быть выписан, так как в результате пожара дом, в котором проживал и был зарегистрирован пациент, был признан аварийным и подлежащим сносу, а социальные и родственные связи отсутствовали. Жильцы аварийного дома были расселены кроме пациента С., который в это

время находился в стационаре. На обращение администрации больницы с просьбой предоставить жилое помещение пациенту С. от администрации города был получен отказ в связи с отсутствием свободного маневренного фонда в виде отдельной квартиры. Специалистами по социальной работе от имени пациента С. было подано исковое заявление в суд с требованием о предоставлении администрацией города отдельной благоустроенной квартиры. Судом исковое заявление было удовлетворено. За счет средств городского бюджета на аукционе для пациента С. была приобретена благоустроенная однокомнатная квартира. Пациент С. был выписан 16.08.2013, длительность госпитализации составила 1 176 койко-дней.

Катамнез 2 года. Пациент С. проживает в предоставленной ему квартире по договору социального найма. Периодически госпитализируется в связи с обострением психического расстройства. Социальное функционирование характеризуется самостоятельным проживанием, широким кругом знакомств, поддерживает социальные связи с родственниками бывшей супруги.

В клиническом примере №3 для предоставления пациенту квартиры потребовалось обратиться в суд с иском о предоставлении жилого помещения пациенту с психическим расстройством, исковое заявление было удовлетворено, и была предоставлена квартира по договору социального найма. Необходимо отметить, что речь не идет о выздоровлении, а только о возможности социализации пациента.

Всего за период с 2007 по 2013 год совместными усилиями специалистов КОКПБ им. В.М.Бехтерева

после решения жилищных вопросов был выписан 41 пациент, которые в противном случае пополнили бы контингент больных с длительными госпитализациями, или, в лучшем случае, психоневрологических интернатов. Все они имели выраженные формы психической патологии с утратой родственных и социальных связей. В настоящее время пациенты проживают вне стен стационара, а госпитализации, если и бывают, то обусловлены клиническими, а не социальными причинами. Восстановление жилищных прав происходило путем судебного решения, вступлением в наследство, составлением договора социального найма, приобретением жилья за счет средств пациента. Одновременно решались вопросы бытоустройства, мер социальной поддержки, восстановления документов, а в ряде случаев, восстановление дееспособности. Для защиты жилищных прав пациентов осуществлялось взаимодействие с правоохранительными органами, прокуратурой, судами, администрациями городских и сельских поселений.

Подобные примеры демонстрируют возможность социализации пациентов и их самостоятельного проживания, что является одной из целей реабилитации. Важно отметить, что достижение этого результата возможно совместными усилиями врачей, психологов, специалистов по социальной работе и администрации больницы, проводящей последовательную и настойчивую политику внедрения методов психосоциальной терапии и реабилитации, в частности, защиты жилищных прав пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безнос С.А., Соломах Б.Д., Ситчихин П.В. Опыт социальной правовой помощи недееспособным гражданам в ГУЗ Специализированная психиатрическая больница № 7 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 17–19.
2. Букреева Н.Д. Современное состояние и перспективы развития психиатрической службы Российской Федерации // Психическое здоровье. 2014. Т. 12, № 9. С. 3–10.
3. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
4. 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.
5. Семенова Н.В. Состояние и проблемы стационарной психиатрической помощи в Ленинградской области // Обзоры психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2012. № 2. С. 55–59.
6. Приказ МЗ и СР от 17 мая 2012 №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ В ПРИОБРЕТЕНИИ ЖИЛЬЯ ПАЦИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Н.Б. Захаров, Ю.Л. Петухов

Накопление в психиатрических стационарах больных с непрерывным многолетним пребыванием обусловлено не только клиническими факторами, но и социальными причинами, одной из которых является отсутствие жилья. Одним из направлений реабилитации является ока-

зание социально-правовой помощи пациентам в восстановлении их жилищных прав с последующей выпиской и социализацией.

Ключевые слова: социально-правовая помощь, психиатрический стационар, жилье, реабилитация.

SOCIAL AND LEGAL ASSISTANCE IN OBTAINING HOUSING FOR HOSPITALIZED PSYCHIATRIC PATIENTS

N.B. Zakharov, Yu.L. Petoukhov

Accumulation of long-term psychiatric patients in hospitals, besides clinical reasons, have social causes: plain lack of housing for mental patients. Social and legal assistance in restoring the right to housing, with subsequent discharge from

the hospital and socialization happen to be an important part of rehabilitation.

Key words: social and legal assistance, psychiatric hospital, housing, rehabilitation.

Захаров Николай Борисович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача КОГКУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М.Бехтерева»; e-mail: nb_zakharov@mail.ru

Петухов Юрий Леонидович – кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, главный врач КОГКУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М.Бехтерева»; e-mail: kirovpsy@mail.ru