

Медико-социальная работа с семьями с онкобольными

дисциплина: опыт медико-социальной работы с семьей
лекция для студентов 2 курса направления «социальная работа»

к.п.н. Чумаков В.И.

Вопросы лекции

1. Цель и задачи паллиативной помощи
2. Модель, правовые основы паллиативной помощи
3. Технологии паллиативной помощи
4. Теории возникновения опухолей
5. Медико-социальная работа с семьями на основе психолого-генетического анализа

Сообщения

- Паллиативная медико-социальная помощь

ТЕОРИЯ И ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

УЧЕБНИК И ПРАКТИКУМ ДЛЯ ВУЗОВ

Под редакцией **А. В. Мартыненко**

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебника и практикума для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по гуманитарным направлениям*

Книга доступна на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru,
а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»



Количество умерших от разных видов рака в мире в 2020 году

Легкого

1800 тысяч человек

Толстой и прямой кишки

916

Печени

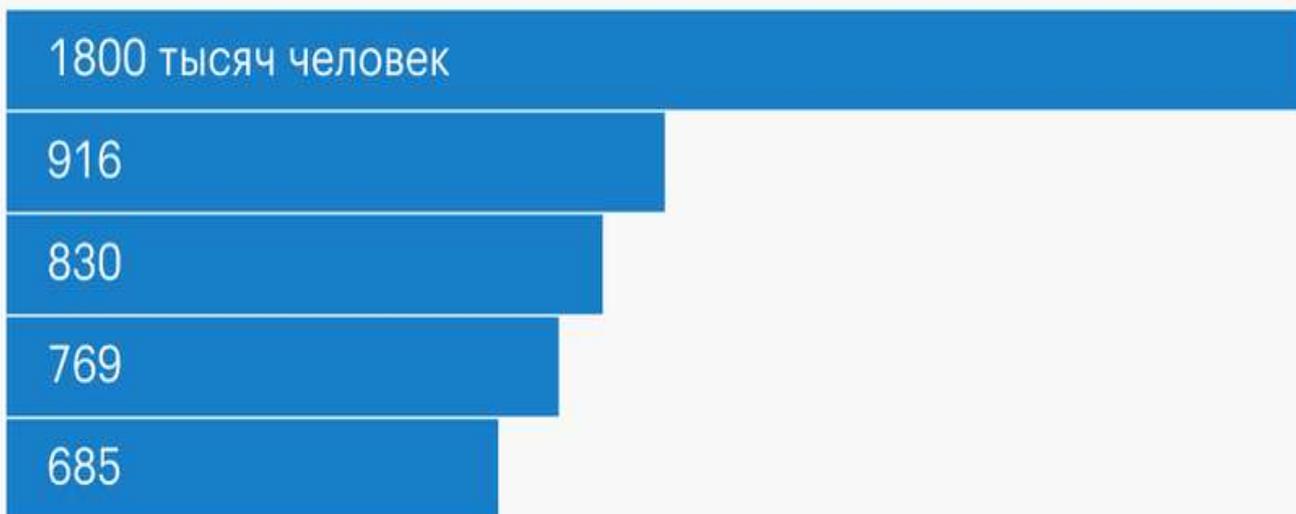
830

Желудка

769

Молочной железы

685



В 2021 году рак стал причиной каждой шестой смерти в России

Количество смертей



Паллиативная медицинская помощь

Происхождение термина

Паллиатив
(от латин. palliatus) -
дающий временное
облегчение болезни,
но не излечивающий



Организация паллиативной помощи

- Основы современной паллиативной помощи были заложены при создании первого хосписа для онкологических больных в 1967 г. в Лондоне доктором Сесилией Сандерс.
- Слово хоспис в переводе с латинского языка означает странноприимный дом. Во времена средневековья существовали такие дома при монастырях, предназначенные для помощи заболевшим пилигримам, шедшим на поклонение в Святую Землю.



Паллиативная медицинская помощь (ПМП)

- — многосторонняя поддержка пациентов, у которых выявлены неизлечимые заболевания. Она включает помощь в решении психологических и духовных проблем, социальную адаптацию, симптоматическое лечение и устранение сопутствующих заболеваний.

Паллиативная медицинская помощь

Задачи паллиативной помощи решаются в комплексе проводимых мероприятий. А подходы и методы поддержки классифицируются следующим образом:

- Купирование или снижение болевого синдрома и иных неприятных проявлений смертельных недугов;
- Проявление психологической поддержки через изменение отношения к предстоящей смерти;
- Оказание религиозной помощи;
- Предоставление психологической и социальной комплексной поддержки родным больного;
- Применение комплекса действий, направленных на удовлетворение потребностей больного и его семьи;
- Способствование повышению общего качества жизни человека;
- Разработка новых методик терапии для облегчения проявлений болезни.

Паллиативная медицинская помощь

Стандарты и важные моменты оказания паллиатива можно найти в Белой книге. Так называется документ, который был разработан Европейской ассоциацией паллиативной поддержки. В нем содержатся основные законодательные права пациента.

К ним относятся такие права:

- Самостоятельно выбирать, где и каким образом получать квалифицированную помощь;
- Принимать непосредственное участие в выборе средств и методов терапии;
- Отказываться от медикаментозного лечения;
- Знать свой диагноз и прогнозы по его лечению.



Принципы паллиативной помощи



Хоспис

Выездная
(патронажная)
служба для оказания
помощи пациентам,
оставшимся дома

Стационарная
служба, на
определенное
количество больных



Основания для направления в ХОСПИС

- ✓ Направление онкологом;
- ✓ Наличие онкологического заболевания в терминальной стадии;
- ✓ Наличие болевого синдрома не купирующегося в условиях на дому;
- ✓ Наличие социально – психологических показаний (депрессия, отсутствие ухаживающего).

Основные положения концепции ХОСПИСОВ

- ✓ Хоспис оказывает помощь онкологическим больным с выраженным болевым синдромом на тяжелой стадии заболевания, подтвержденного медицинскими документами.
- ✓ Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья.
- ✓ Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа. Стационарная помощь в зависимости от нужд больного оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.
- ✓ Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти.

Закон об оказании паллиативной помощи

- Чтобы избежать нарушений со стороны медицинских сотрудников, разработан Федеральный закон от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который был доработан в 2019 году. В нем четко прописаны правила предоставления паллиативных услуг (ст. 36 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ):
- кому и как оказывают медпомощь;
- какие нарушения недопустимы;
- как происходит взаимодействие специалистов.

Определение паллиативной помощи

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь

(в ред. Федерального закона от 06.03.2019 N 18-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

2. Паллиативная медицинская помощь подразделяется на паллиативную первичную медицинскую помощь, в том числе доврачебную и врачебную, и паллиативную специализированную медицинскую помощь.

3. Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 настоящего Федерального закона, в том числе в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки) в соответствии с законодательством Российской Федерации, мер психологической поддержки и духовной помощи.

Кодекс прав онкологического больного

- Право на медицинскую помощь;
- Право на сохранение человеческого достоинства;
- Право на поддержку;
- Право на купирование боли и облегчение страданий;
- Право на получение информации;
- Право на собственный выбор;
- Право на отказ от лечения.



Терминальная стадия заболевания

- когда человек остро нуждается в снятии болевого синдрома и устранении сопутствующих симптомов.
- В этот период нет надежды на выздоровление, но есть шанс облегчить страдания. Как правило, к таким пациентам относят тех, кто страдает **онкологией, тяжелыми хроническими болезнями, деменцией, нарушением мозгового кровоснабжения.**

Задачи МО ПМП



- В своей деятельности медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, решают комплексные задачи, затрагивающие не только медицинскую помощь и услуги, но и психологическое сопровождение пациентов и их семей, духовную поддержку и вопросы социального обслуживания.

Правовые основы регулирования социальной работы в МО ПМП

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.02.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»:

- ▶ Приложение 2 «Рекомендуемые штатные нормативы кабинета паллиативной медицинской помощи» - “В медицинской организации, в составе которой организован кабинет паллиативной медицинской помощи, рекомендуется предусматривать должности врача-психотерапевта или медицинского психолога из расчета 0,5 должности **на 1 должность** врача по паллиативной медицинской помощи и **социального работника.**”;
- ▶ Приложение 5 «Рекомендуемые штатные нормативы выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи» - “В медицинских организациях, имеющих в своем составе выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи, рекомендуется предусматривать **1 должность социального работника.**”;
- ▶ Приложение 11 «Рекомендуемые штатные нормативы хосписа (за исключением выездной патронажной службы)» - “В хосписе рекомендуется предусматривать **1 должность социального работника.**”;
- ▶ Приложение 14 «Рекомендуемые штатные нормативы отделения сестринского ухода» - “В медицинских организациях, имеющих в своем составе отделение сестринского ухода, рекомендуется предусматривать должности врача-психотерапевта или медицинского психолога и **социального работника из расчета 1 должность на отделение сестринского ухода.**”;
- ▶ Приложение 17 «Рекомендуемые штатные нормативы дома (больницы) сестринского ухода» - “В доме (больнице) сестринского ухода рекомендуется предусматривать **1 должность специалиста по социальной работе.**”

Специалист по социальной работе

- Работник социальной службы, организующий и координирующий оказание необходимых социальных услуг на территории, разрабатывающий меры по повышению **качества** этих услуг;
- проводит деятельность по планированию, организации, контролю и **реализации социальных услуг и мер социальной поддержки населения**;
- оказывает помощь отдельным гражданам и социальным группам для предупреждения или **преодоления трудной жизненной ситуации посредством предоставления социальных услуг или мер социальной поддержки**;
- имеет соответствующее (профилю) высшее образование или специальную подготовку при наличии другого профессионального образования.



Примерный перечень должностных обязанностей специалиста по социальной работе в МО ПМП

- подготовка, обучение и контроль над соблюдением персоналом МО ПМП **основных морально-этических норм и принципов**;
- **организация работы и оказание практической помощи волонтерам** по всем вопросам, входящим в их компетенцию, а также медицинскому и обслуживающему персоналу по вопросам оказания социальных услуг пациентам и членам их семей;
- работа с предложениями, письмами и заявлениями граждан, представителей учреждений и организаций по вопросам качества оказания социальных услуг пациентам и членам их семей;
- непосредственное оказание социальных услуг пациентам и их родственникам в стационаре МО или на дому;
- **содействие интеграции деятельности различных государственных и общественных организаций и учреждений (департамент и территориальное управление социальной защиты населения, центры социального обслуживания, благотворительные фонды и т.д.) с деятельностью МО ПМП с целью оказания необходимой социальной помощи и социальных услуг пациентам МО и их родственникам**;
- **содействие по просьбе пациентов МО в организации каких-либо таинств и ритуалов, соответствующих вероисповеданию пациента** (при выполнении этого раздела работы специалист должен относиться с пониманием и уважением к вероисповеданию больного и не навязывать ему свои взгляды в вопросах религии или свои религиозные убеждения).

Основные функции медико-социального работника среднего звена

- ▶ непосредственная патронажная работа с семьями по реализации конкретных услуг;
- ▶ оказание первичной медико-санитарной помощи инвалидам, одиноким, больным хроническими заболеваниями;
- ▶ содействие в обеспечении медикаментами, перевязочными и гигиеническими средствами, продуктами питания через специальные магазины по льготным ценам;
- ▶ организация консультативной помощи правоведов, психологов, педагогов;
- ▶ санитарно-просветительная работа и обучение само- и взаимопомощи; выявление и пресечение аномальных явлений в семье;
- ▶ формирование здорового образа жизни у детей и подростков;
- ▶ осуществление социально-бытовой помощи одиноким престарелым и инвалидам; выявление нуждающихся в ортопедической технике, протезах.

Медико-социальная помощь третьего звена

- ▶ Оказывают непосредственную посильную физическую, моральную, психологическую помощь людям, нуждающимся в посторонней помощи (сиделки у тяжелобольных, одиноких людей, сопровождающие слепых, инвалидов и т.д.).
- ▶ Осуществление связи медико-социальных работников поликлиники с добровольными организациями, оказывающими помощь в социальной работе.



• Роль социального работника в работе хосписа.

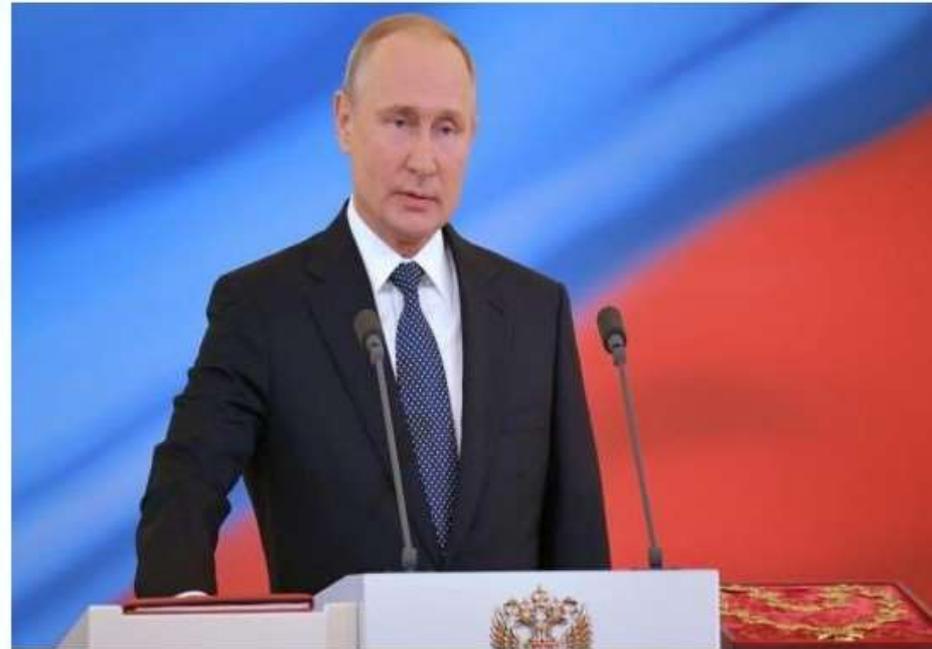
- ▶ Специалисты по социальной работе в сотрудничестве с врачами, психологами, способны успешно решать стоящие перед ними задачи:
- ▶ оказывать помощь и достигать эффективного взаимопонимания с учетом психологических и духовных потребностей тяжелобольных и умирающих пациентов
- ▶ Решение психологических проблем семьи и других лиц, играющих важную роль в жизни больного. Ва



Создание модели ПМП 2017-2019

Поручение Президента РФ ПР-1650 от 23.08.2017

- расширение понятия «паллиативная медицинская помощь» и уточнения порядка её оказания гражданам, в том числе в амбулаторных условиях и на дому, а также порядка социального обслуживания неизлечимо больных граждан и порядка межведомственного взаимодействия при оказании им медицинских и социальных услуг;
- установление для паллиативных больных единого стандарта социальной услуги и единого стандарта медицинской помощи, рекомендуемых для применения субъектами Российской Федерации;
- определение принципов и особенностей социального обслуживания и сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи.



Медицинская организация субъекта РФ
Оказание медицинской помощи по
профилю заболевания

оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных
условиях

В поликлинике
- Кабинет паллиативной
медицинской помощи (во
взаимодействии с врачами-
специалистами)

На дому
- Выездная патронажная служба
паллиативной медицинской
помощи врач/мед. сестра

Оказание паллиативной медицинской помощи в стационаре

**Отделение паллиативной
медицинской помощи**
Комплекс медицинских вмешательств

Хоспис
Медико – социальная помощь с
применением опиоидов

Дом/отделение сестринского ухода
Медико-социальная помощь без применения опиоидов

Структура паллиативной помощи

- АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
- КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
- КОРРЕКЦИЯ КАХЕКСИИ И НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ
- КОРРЕКЦИЯ ДИСПЕПСИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
- КОРРЕКЦИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА
- КОРРЕКЦИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ИММУНОКОРРЕКЦИЯ
- КОРРЕКЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
- КОРРЕКЦИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
- АДЕКВАТНЫЙ УХОД



Технологии медико-социальной работы в системе паллиативной медицинской помощи

Социальная диагностика

Социальная профилактика

Консультирование (социально-правовое, социально-психологическое и др.)

Санитарно-гигиеническое просвещение

Абилитация и реабилитация

Содействие в получении медико-социальной помощи

Социальный патронаж

Социальное сопровождение

Социальное обслуживание (в т.ч. социально-медицинские услуги)

Социальная адаптация

Социальное посредничество и др.

Модель социально-психологической службы в системе паллиативной медицинской помощи

Социально-
психологическая служба



Центр паллиативной
медицинской помощи

Кабинет (прием)
социально-
психологической помощи



Отделение ПМП
медицинской организации
стационарного типа

Кабинет (прием)
социально-
психологической помощи



Отделение ПМП
медицинской организации
амбулаторно-
поликлинического типа

Комплексный характер паллиативной помощи детям



Федеральный закон от 06.03.2019 № 18-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон
«Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации» по вопросам оказания
паллиативной медицинской помощи».

Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н
от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания
паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия
медицинских организаций, организаций социального обслуживания
и общественных объединений, иных некоммерческих организаций,
осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Амбулаторная помощь

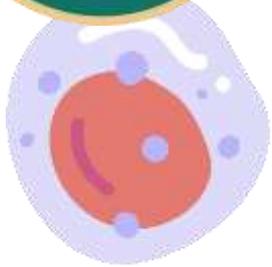


Порядок работы медицинского персонала КПБТ определяется руководителями органов здравоохранения и головных онкологических учреждений регионов согласно производственной необходимости и затратам времени на приём больных.

Проблемы становления и развития медико-социальной работы в системе паллиативной медицинской помощи

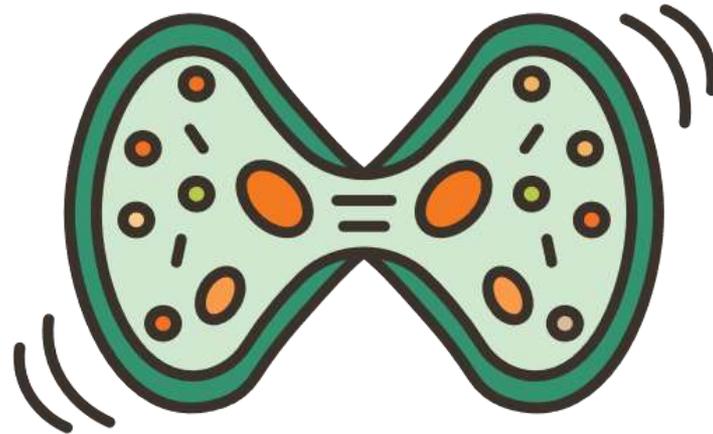
- 1. Незрелость нормативной правовой базы МСР в системе ПМП**
- 2. Отсутствие научных разработок теории и практики (в т.ч. содержания и технологий) МСР в мед. организациях системы ПМП**
- 3. Отсутствие механизмов межведомственного взаимодействия**
- 4. Низкий уровень информированности медицинских работников о месте и роли социальной работы в системе ПМП**
- 5. Организация и реализации многоуровневой системы профильной подготовки профессиональных социальных работников для деятельности в мед. организациях системы ПМП**

Теории возникновения опухолей



Опухолевый рост

Опухолевый рост – типовой патологический процесс, в основе которого лежит неограниченный, неконтролируемый рост клеток с преобладанием процессов пролиферации над процессом клеточной дифференциации.

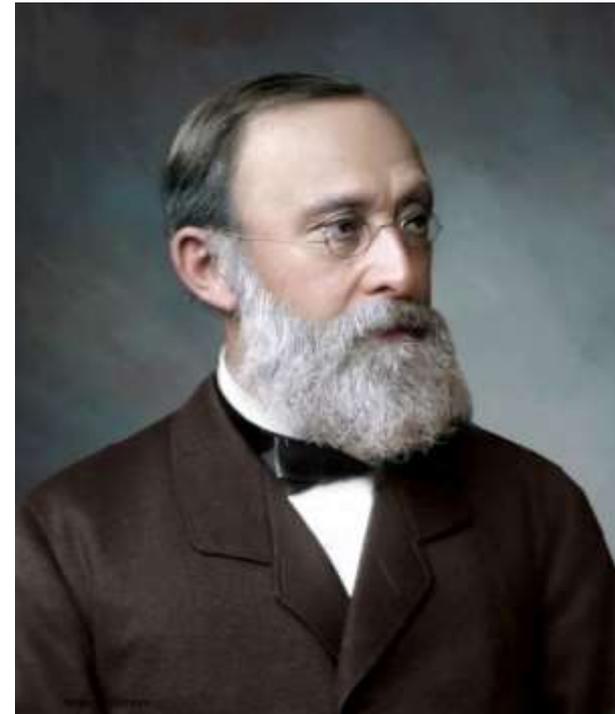
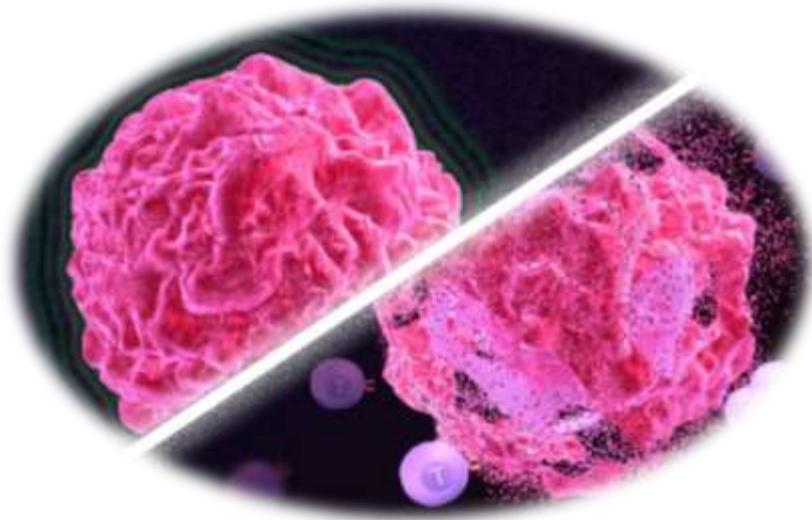




Теории возникновения опухолей



Теория раздражения Р.Вирхова – злокачественные опухоли чаще возникают в тех органах, где ткани чаще подвергаются травматизации.

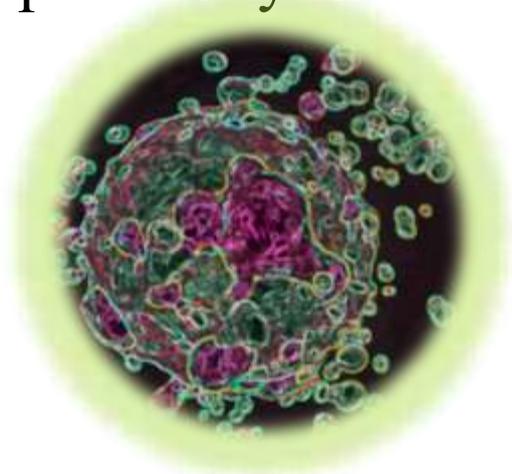




Теории возникновения опухолей



Теория зародышевых зачатков
Д.Конгейма — под влиянием определенных факторов зачатки, находящиеся в латентном состоянии, начинают расти, приобретая опухолевые свойства.

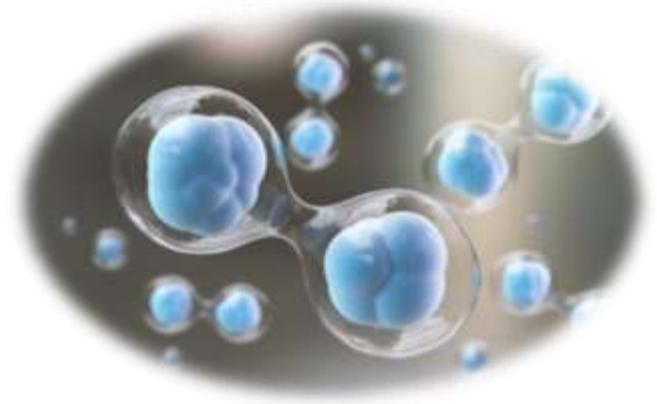
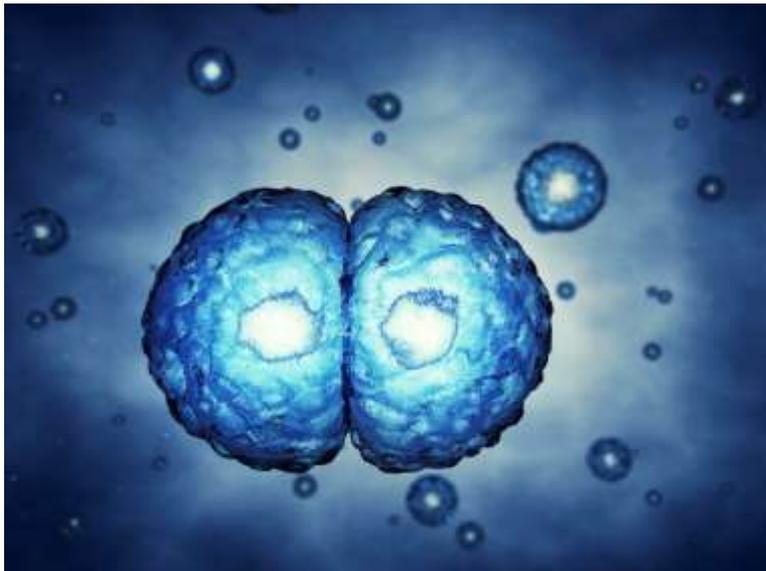




Теории возникновения опухолей



Регенерационно-мутационная теория Фишер-Вазельса – воздействие патологических факторов на регенерирующие ткани.



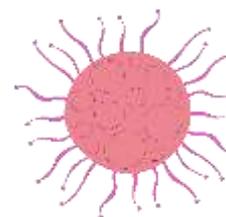
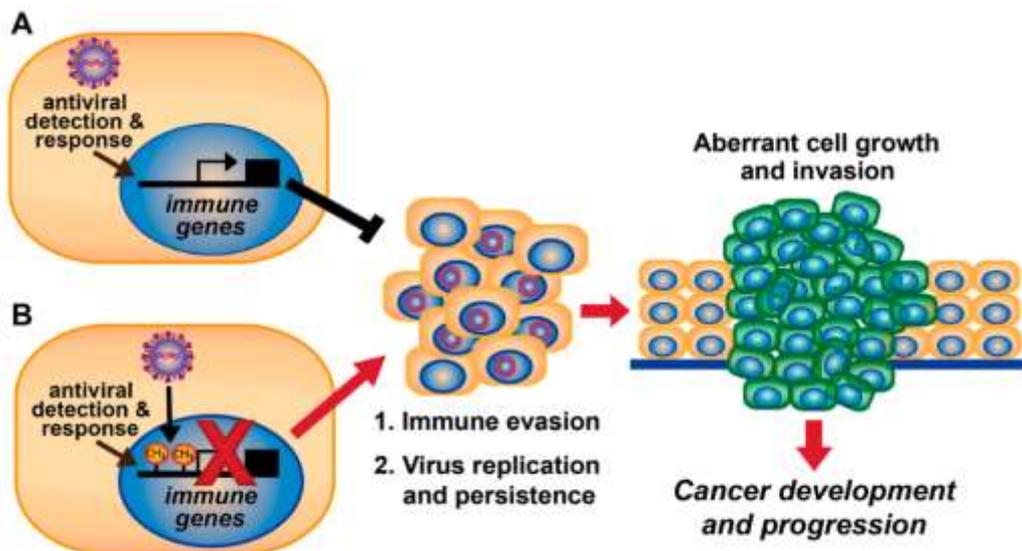


Теории возникновения опухолей



Вирусная теория Л.А.Зильбера

— вирус, внедряясь в клетку, на генном уровне нарушает процессы регуляции деления.





Современная полиэтиологическая теория



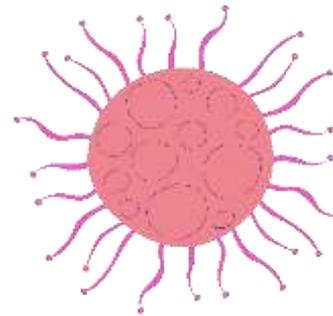
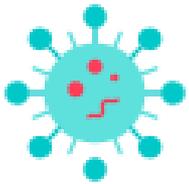
Канцерогенные факторы:

Механические

Химические

Физические

Онкогенные вирусы



Само по себе воздействие канцерогенных факторов не вызывает новообразования. Для возникновения опухоли необходимо наличие **генетической предрасположенности** и определенного состояния иммунной и нейрогуморальной систем.



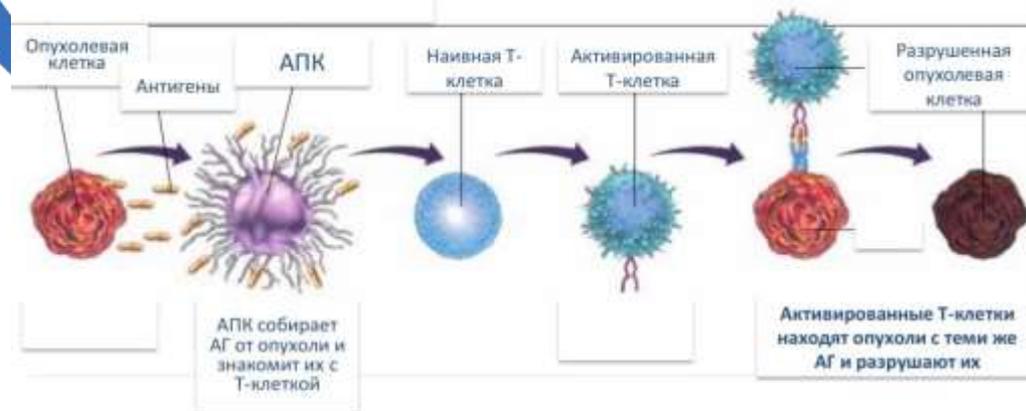
Противоопухолевый ИММУНИТЕТ



Концепция «Иммунного надзора» - 1960г.



Франк Бернет,
1899-1985





Современная концепция взаимоотношений между опухолью и иммунитетом



Концепция 3-х Е – концепция «иммунного редактирования» Роберта Шрайбера



1. **E**limination – удаление –
Иммунный надзор над опухолью:
успешное уничтожение клеток
опухоли и предотвращение ее
дальнейшего развития

2. **E**quilibrium – равновесие – баланс
между ростом опухолевых клеток и
иммунитетом

3. **E**scape – Ускользание – избегание
опухоли иммунного ответа



Медико-социальная работа с
семьями на основе психолого-
генетического анализа

Предпосылки

- Трансформации общества (постиндустриальное, «цифровая эпоха – цифровой разрыв»)
- Основные тенденции современности – демографическая ситуация, современные семьи
- Социальные процессы в обществе («психосоциальный человек»), развитие гражданского, общественного движения (пациентские организации, организации родителей и т.д.)
- Реформы сферы охраны здоровья (индивидуализация), социальной помощи
- Смена научных парадигм (биопсихосоциальная парадигма здоровья и болезни). **Психическое здоровье и социально значимые заболевания широко распространенные расстройства – многофакторные состояния**
- Достижения науки – медицинской – биомедицина; биологической – генетика; психологической – психология развития, психология личности, психогенетика; биоэтика; инновационные технологии – **индивидуализированная** медицина, клиническая психология
- Парадигма «ранних вмешательств» (трансдиагностическая, персонализированная, универсальная) – группы риска, предикция риска и потребности в помощи
- Экономический фактор – более выгодным оказалось не излечение от болезней, а превенция (профилактика и предотвращение) – «здоровая **личность**»

Основа персонализированной медико-социальной работы с семьями

4 «П»

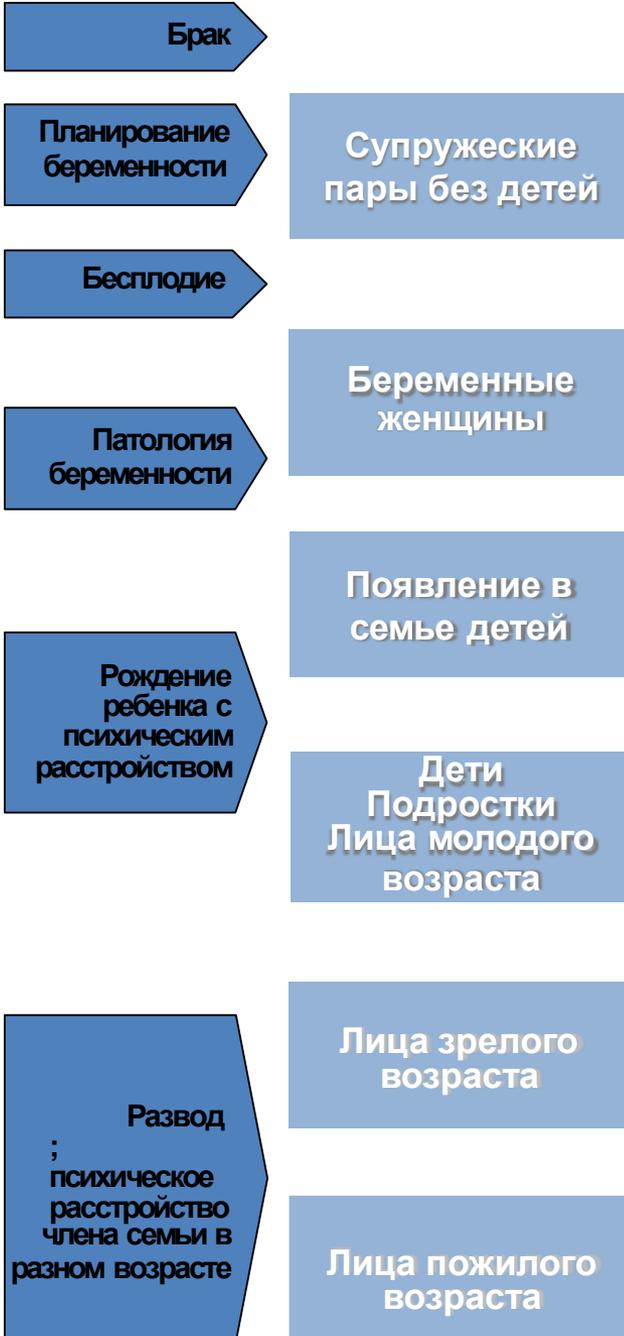
Предикция (Prediction); Превенция (Prevention);

**Персонализация (Personalization);
Причастность (Participation)**

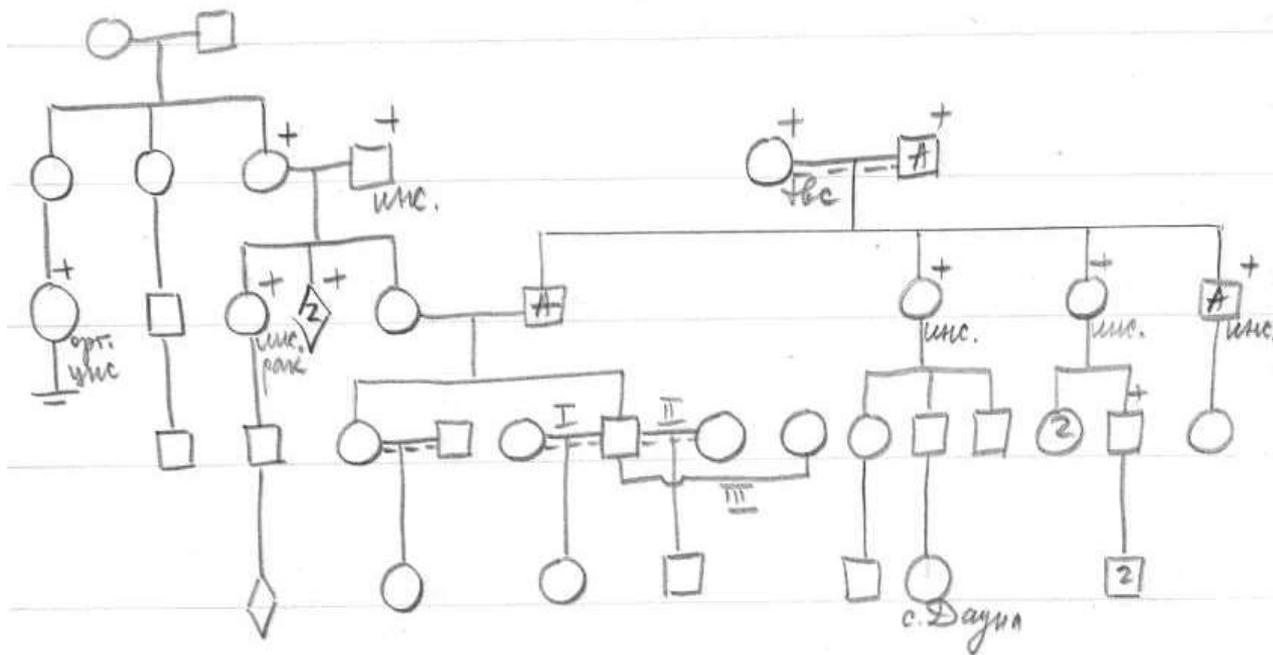
Предиктивно-превентивная, персонализированная медицина

- «... быстро развивающаяся область здравоохранения, основанная на интегрированном, координированном и индивидуальном для каждого пациента подходе **к анализу возникновения** и течения заболевания ...» (Chan I.S., Ginsburg G.S., 2011; Jain K.K., 2011)
- «... интегрирует индивидуальную **генетическую и другую информацию для предупреждения** и лечения комплексных нарушений на основе наблюдений «от науки к клинике...» (Whitcomb D.C., 2011)
- «На первом этапе необходимо, используя технологию генетического полиморфизма и секвенирования ДНК, а также информацию, полученную из **3 основополагающих источников – генеалогического древа (семейная история), анамнеза morbi и анамнеза vita**, идентифицировать людей, предрасположенных к развитию данного заболевания, сформировав для второго этапа соответствующие группы риска. ...» (Дедов И.И. и др., 2012; Бодрова Т.А. и др., 2013)

Семейно-генетический кризис



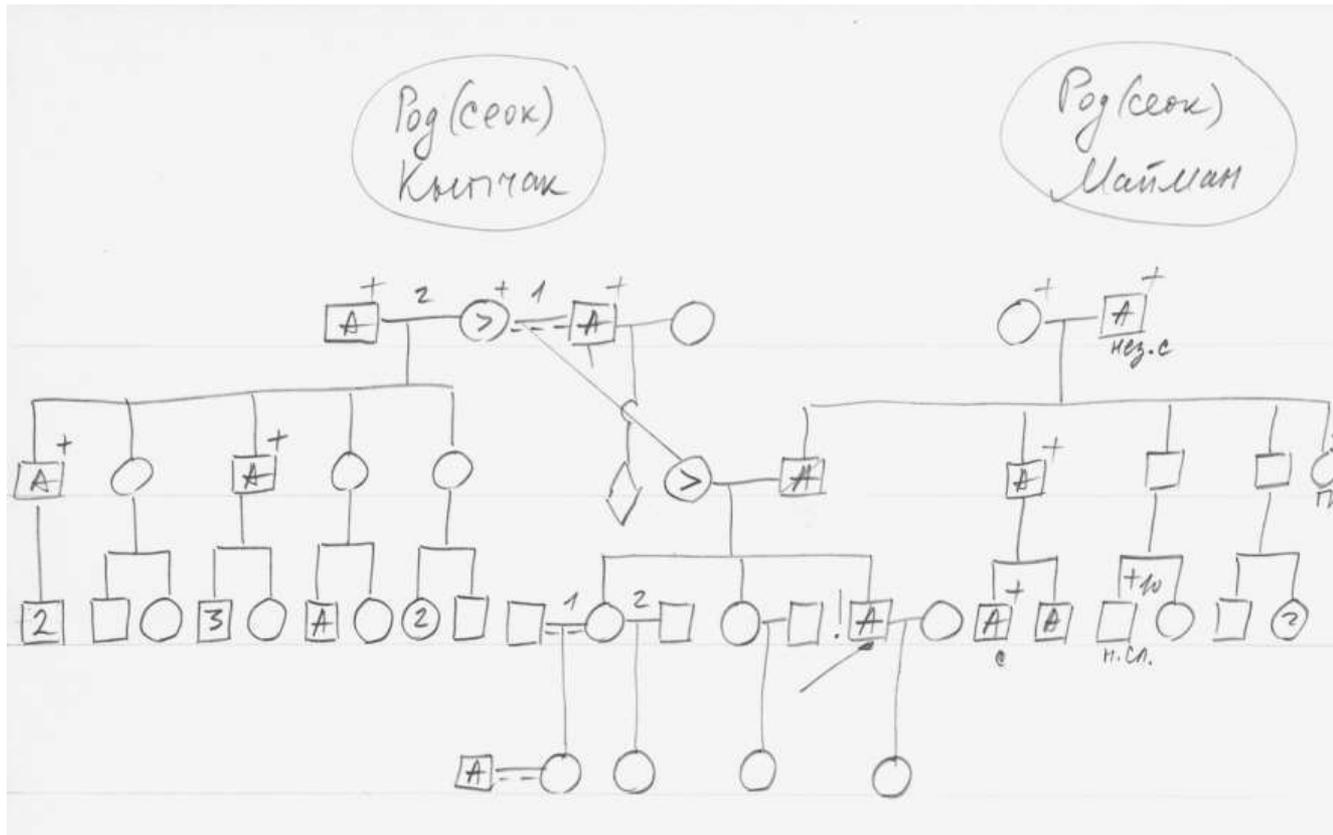
ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ЦИКЛ СЕМЬИ



Родословная семьи б-ного Г-ва И. Г., 1964 г.р.

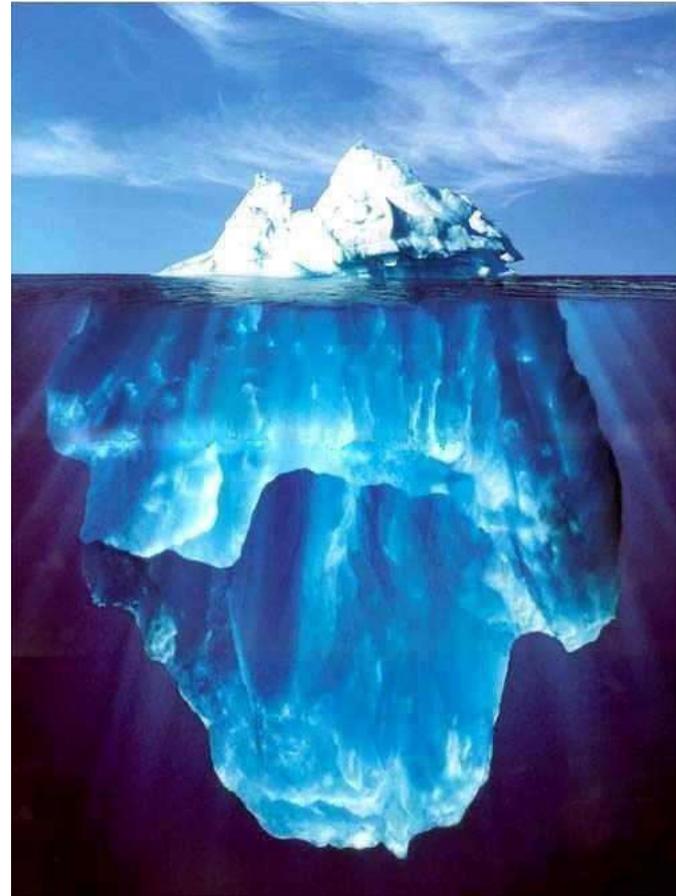
Инттоксикационно-ориентированный (эксплозивный) стиль употребления алкоголя. Фатальные алкогольные отравления (родственники – мужчины по линии отца пробанда). Сердечно-сосудистая смертность (родственники – мужчины, женщины по линиям отца и матери пробанда).

РОДОСЛОВНАЯ СЕМЬИ Б-НОГО Б-ВА С. Н. , 1977 г. р.



Пьер Лежандр

Генеалогия остается
тем связующим
элементом, благодаря
которому общество
цивилизует
бессознательное.



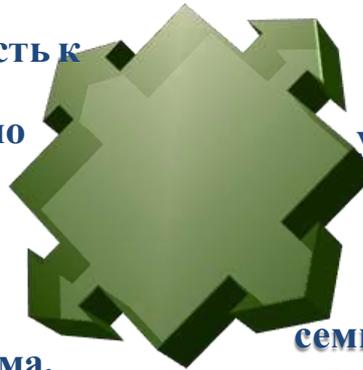
Многоуровневая модель функционирования семьи

Индивидуальный уровень –

отдельный член семьи:
клинико-анамнестические данные, мотивационные, эмоциональные особенности, анкета консультирующегося, тест «Жизнестойкость», оценка автономии (способность к самостоятельному существованию), анкета по нутригеномике

Микросоциум –

расширенная семья:
родословная-геносоциограмма, семейные фотографии, опросник качества жизни родственников, опросник участника программы помощи семье



Микросоциум –

нуклеарная семья:
родословная, генеалогические древа, социограммы, круги взаимоотношений, «Правда или заблуждение», тест «Возраст. Пол. Роль», FACES-3 (адаптация-сплоченность), удовлетворенность браком

Макросоциум –

семья и социальное окружение:
экокарта, социальные сети, функциональный ресурс семьи (ФРС); опросники по выявлению адаптационно-превентивного потенциала семьи (АПП)

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ



Мотивационные особенности членов семьи

Диагностика «Эмоциональности» (Русалов В.М.), «Дифференциальные шкалы эмоции» (Изард К.), самооценочный тест «Характеристики эмоциональности» Е. П. Ильина

Жизнестойкость (*мера способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности*), Kobasa S. C., 1979; Алфимова М. В., 2012)

Тест Айзенка

Тест на выявление темперамента «Формула темперамента» (Белов А.)

Индивидуальные копинг-стратегии

Семейная адаптация и сплоченность

Социограмма

«Круги взаимоотношений»

Семейные стратегии поведения

Метасреда (экокарта)

Социальные сети (опросник S.L. Phillips)

Удовлетворенность супружеством (Столин В.В., Романова Т.Л., Бутенко Г.П.)

Тестовая методика «Образ супруга(и)» (Туник Е.Е., 1 и 2 части методики)

Опросник ПЭА (понимание, эмоциональное притяжение, авторитетность) (Волкова А. Н.)

Методика «Общение в семье» (Алешина Ю. Е., Гозман Л. Я., Дубовская Е. М.)

Тест СОМО (субъективная оценка межличностных отношений) (Духновский С.В.)

«Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я.)

«Правда или заблуждение» (Румянцева Т.В.)

Оценка адаптационных ресурсов семьи:

опросники «Участника программы помощи семье» (Гуткевич Е.В.); «Оценка проблем, возникающих при уходе за больными родственниками» (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер); «Шкала оценки нагрузки на семью» (G. Szmukler et al.), «Карта оценки уровня знаний о психической болезни» (Л.И. Сальникова, Л.Г. Мовина); «Оценка эмоциональной и инструментальной поддержки психически больного» (G. Sommer, T. Fydrich),

Функциональный ресурс семьи

Адаптационно-превентивный потенциал семьи

(Гуткевич Е.В. и др., 2013)

- **Основа возникновения отношений в паре – процесс, в котором два незнакомых человека встречаются и определяют себя по-новому. Чужие они потому, что разный круг общения, разные слои общества, из которых произошли семьи их родителей . Отношения в паре или в браке создаются в процессе некоего перелома. Отдельные биографии должны быть записаны по-новому. И в этом процессе две реальности партнеров объединяются в одну. Это новое определение мира возникает вследствие диалога: отдельные биографии должны быть отредактированы в ходе диалога и по-новому интерпретированы. Генограмма – объективные данные о социальном конструировании реальности пары: место жительства, количество детей, имена, которые дают детям, социальное окружение.**
- **Выбор партнера не является случайным. «Ты думаешь, что сам толкать умеешь. Глядишь – тебя ж толкают все вперед» (Гете. Фауст 1, Вальпургиева ночь). Число потенциальных брачных партнеров в существенно индивидуализированных обществах сильно ограничено.**

Анн Анселин Шутценбергер

Бруно Хильдебранд

**Медико-социальная работа с семьями по профилактике (реабилитации)
психических расстройств
(Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Михайлова В.И., 2015)**

Первичная	Вторичная	Третичная
Борьба с инфекциями, травмами, психогенными воздействиями	Раннее выявление психических расстройств и раннее вмешательство	Профилактика инвалидности
Воспитание детей и подростков	Психообразование пациентов и членов их семей	Профилактика общественно опасных действий
Предупреждение семейных конфликтов	Применение эффективных методов лечения	Профилактика суицидальных действий
Предупреждение конфликтов на работе	Психосоциальная терапия	Психосоциальная реабилитация
Предупреждение конфликтов с соседями	Поддерживающая терапия	Использование инновационных цифровых технологий помощи
Соблюдение режима труда и отдыха	Профилактика рецидивов	Диспансерное наблюдение
Просвещение населения в области психического здоровья	Наблюдение участкового психиатра	Бригадное ведение пациентов
Психологические консультации	Наблюдение врача общей практики	Персонализированная медико-социальная работа
Медико-генетические консультации		
Женские консультации		
Профилактика употребления ПАВ		
Родовспоможение		
Раннее выявление аномалий развития		

Никакая совокупность переменных не является

абсолютной для предсказания ...

**Независимо от того, что нам известно о
возможностях человеческой адаптации,**

мы не должны пренебрегать многими

исключительно важными биологическими,

психологическими, социологическими факторами и

взаимосвязями. Важно «наблюдать» и «слушать»

процесс человеческой жизни и природного мира в

целом...

Мюррей Боуэн

Адаптационно-превентивный потенциал семьи

Адаптационно-превентивный потенциал семьи психически больного – это биологические (генетические) и социально-психологические возможности семейной системы индивида компенсировать ограничения онтогенетического (жизненного) цикла семьи из нескольких поколений, сформировавшиеся вследствие болезни члена семьи

Гуткевич Е. В., Даниленко О. А., Мальцева Ю. Л., Семке А. В., Зинчук М. С. АДАПТАЦИОННО-ПРЕВЕНТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ. 2013

E. V. Gutkevich, A. V. Semke, E.G. Dmitrieva. Adaptive behavior of family in schizophrenia. 2013

E. Gutkevich, O. Danilenko, M. Zinchuk, A. Semke. Family factor of adaptation of patients with schizophrenic disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013

Гуткевич Е. В., Семке А. В., Даниленко О. А. АДАПТАЦИОННО-ПРЕВЕНТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: МИШЕНИ И МЕХАНИЗМЫ. 2014

E. Gutkevich, A. Semke, Y. Maltseva. Functional resource of the family as a biopsychosocial predictor of adaptive behaviour of schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2015

Когнитивные особенности

Нейрокогнитивный дефицит – «когнитивный профиль»; корреляции с клинико-психопатологическими особенностями и адаптационными показателями

- **Первый тип когнитивных расстройств:** в когнитивных тестах - выраженные нарушения исполнительской функции на фоне меньшего нарушения вербальной ассоциативной продуктивности, лексической системы, динамических параметров внимания и уровня его произвольной регуляции, при относительной сохранности показателей зрительной и вербальной памяти
- **Второй тип когнитивных расстройств:** в когнитивных тестах – выраженные нарушения зрительной памяти и несколько более выраженные, по сравнению с первым вариантом, нарушения исполнительной функции. Показатели вербальной ассоциативной продуктивности, лексической системы, динамических параметров внимания и уровня его произвольной регуляции, вербальной памяти сопоставимы с показателями первой группы
- **Третий тип нейрокогнитивных расстройств:** в когнитивных тестах – равномерное снижение как показателей зрительной и вербальной памяти, так и показателей исполнительных функций, вербальной ассоциативной продуктивности, нарушений лексической системы, динамических параметров внимания и уровня его произвольной регуляции. Нарушения пространственной ориентации и моторной координации выражены несколько меньше
- **Группа без выраженного когнитивного снижения:** в когнитивных тестах – показатели когнитивного функционирования приближаются к показателям контрольной группы (условной нормы)

Оценка приспособительного поведения у больных шизофренией с учетом особенностей нейрокогнитивных нарушений на различных этапах реабилитации. Е.Г. Корнетова, Ф.Ф. Микилев, Д.М. Немытых, О.А. Лобачева, М.Н. Каткова, С.М. Козлова. Медицинская технология. 2015

5

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

4

Медицинские аспекты	Психологические аспекты	Социально-экономические аспекты
----------------------------	--------------------------------	--

3

Больной	Семья (микросоциум)	Организации, учреждения, институты (макросоциум)	Общество в целом
----------------	----------------------------	---	-------------------------

2

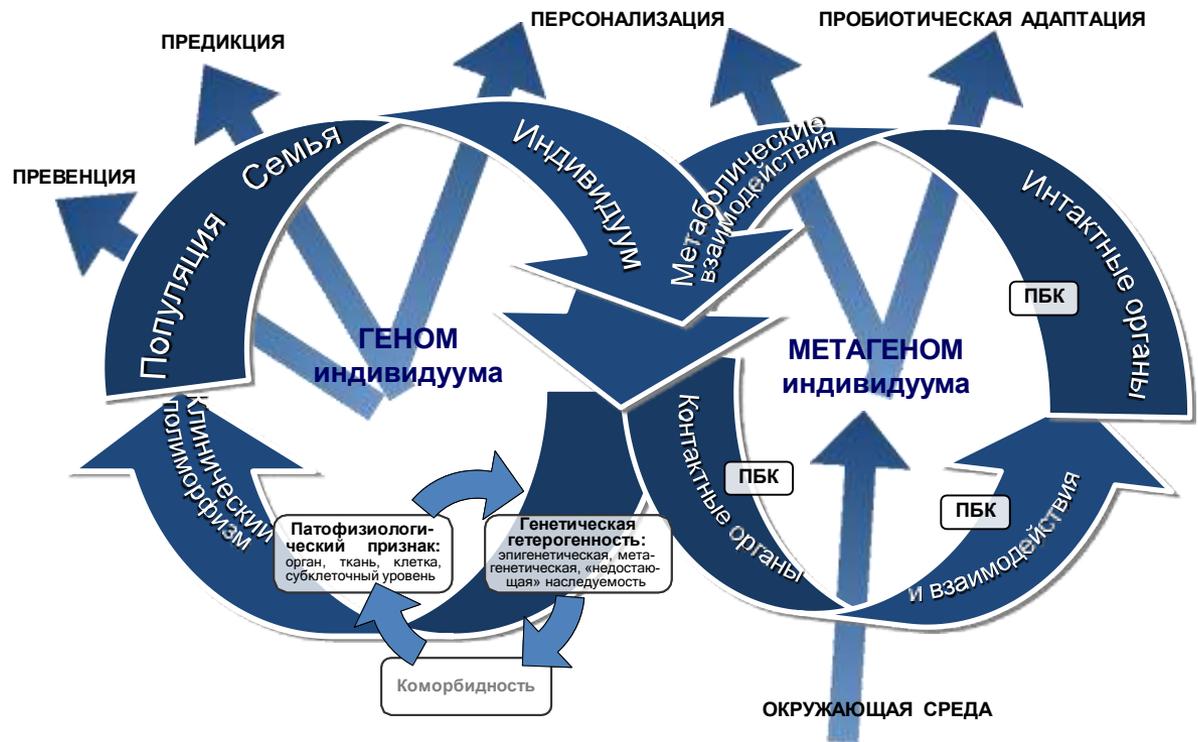
Повышение качества жизни больного	Повышение качества жизни семьи	Повышение качества жизни общества
--	---------------------------------------	--

Улучшение функционирования больных и их семей	Понижение социально-экономического бремени	Снижение генетического груза в популяции
--	---	---

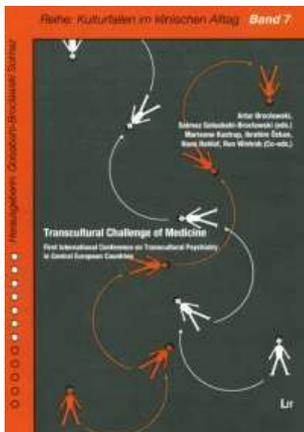
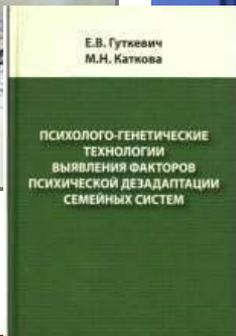
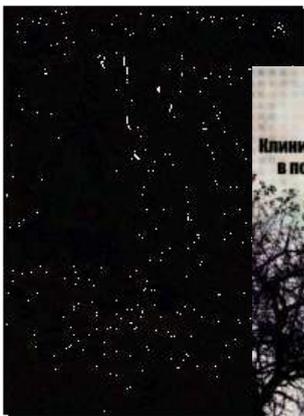
Понижение вероятности возникновения либо предотвращение заболевания	Изменение адаптации нуклеарной семьи больного	Появление новых разноуровневых компетенций больных и их родственников	Повышение уровня генетических знаний больных, их родственников и населения
--	--	--	---

1

Дифференциальная (молекулярно-генетическая) диагностика психических расстройств и установление семейного диагноза	Семейно-генетические и генетико-психологические воздействия на больного, семью и общество	Долгосрочные программы семейно-генетической диспансеризации и «групп риска»	Социальная интеграция больного и его семьи общество	Этико-гуманитарная, социальная, правовая и финансовая поддержка семей
--	--	--	--	--



Модель многофакторных заболеваний (Гуткевич Е.В., Гуткевич Е.А., 2016)



Психосоциальная реабилитация



Перспективы

Тестирование антирецидивного поведения (анкета); реализация проекта «Клинико-психологическая модель антирецидивного поведения, основанная на взаимодействии душевнобольных, их семей, лиц из общей популяции и специалистов в области психиатрии» («Clinical-psychological model of anti-relapse behaviour based on interaction of mentally ill persons, their families, general population and mental health professionals»), грант зарубежных или российских фондов.

Использование методов и новейшего инструментария доказательной медицины (оценка автономии пациента, шкала оценки поведения NOSIE заполняется родственниками и средним медицинским персоналом и др.); социальный интеллект (социальная ангедония шкала RSAS); субъективные оценки (опросники «Восприятие социальной поддержки», «Социальной желательности») **для оценки эффективности психосоциальной реабилитации.**

Внедрение новых технологий реабилитационных мероприятий. Продвижение интернет-коммуникаций (трансформация сайта для пациентов и их семей).

Построение **структурной модели психосоциальной реабилитации** – цели и задачи (алгоритмы), потребность, иерархическая последовательность, состав стадий и этапов работы, совокупность процедур и привлекаемых средств, взаимодействие участников процесса реабилитационных вмешательств, определяемых стандартами оказания психиатрической помощи.



Спасибо за внимание!