

ИНФОРМАЦИОНЕН БЮЛЕТИН

Този бюлетин се издава в рамките на проект „Отворени умове“, изпълняван от сдружение „Общество Адаптация“. Проектът е финансиран по Програма за подкрепа на неправителствените организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2009 – 2014. Цялата отговорност за съдържанието на бюлетина се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че той отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България.

Бюлетинът включва отговори на най-често задаваните въпроси, получени от представители на целевите групи в рамките на проекта, информация за някои от основните психични разстройства, както и информация за съвременните методи на лечение, информация, свързана с правата на гражданите в ролята им на потребители на психично-здравни услуги, извадки от нормативната база, регламентираща получаването на услуги, синтезирана информация за съществуващата система от служби и програми от грижи на територията на Столична община.

СЪДЪРЖАНИЕ

КЛИНИКА

ШИЗОФРЕНИЯ

БИПОЛЯРНО РАЗСТРОЙСТВО

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

АЗ ПСИХИЧНО БОЛЕН ЛИ СЪМ?

ПРОЦЕДУРИ

НАСТАНЯВАНЕ НА ПРИНУДИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ

НАСТАНЯВАНЕ В ЗАЩИТЕНО ЖИЛИЩЕ

ЗАКОНОДАТЕЛСТВО

ТАРИФА ЗА ТАКСИТЕ ЗА СОЦИАЛНИТЕ УСЛУГИ, ФИНАНСИРАНИ ОТ РЕПУБЛИКАНСКИЯ БЮДЖЕТ

ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО – ЗАДЪЛЖИТЕЛНО НАСТАНЯВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

АНАЛИЗИ

АНАЛИЗ НА ПСИХИЧНО-ЗДРАВНАТА ПОМОЩ НА ТЕРИТОРИЯТА НА СТОЛИЧНА ОБЩИНА

КЛИНИКА

ШИЗОФРЕНИЯ

Какви са проявите на болестта?

Шизофренията представлява заболяване на мозъка, което засяга основни психични функции, които дават на здравия човек усещане за индивидуалност, неповторимост и автономност. Най-интимни мисли, чувства и действия често се преживяват като узнавани или предизвикани от околните по свръхестествен начин. Заболяването често предизвиква отклонения в поведението и нарушава нормалното социално функциониране на засегнатите от него. Най-честите симптоми на шизофренията по време на острата фаза на болестта са налудностите и халюцинациите. Налудностите се срещат при 90% от болните и те са най-честият симптом.

Какво представляват налудностите?

Налудностите представляват погрешни убеждения, които не се основават на житейския опит или на други доказателства и са в противоречие с известните природни закони и факти, установени от науката. Тоест налудностите са ирационални убеждения. По своята природа те представляват допускания, които за болните са се превърнали в твърди убеждения, без да са били потвърдени с надеждни факти и доказателства. Налудностите нямат никакви основания в реалността и не могат да се повлияват от доводите на здравия разум, т.е. болните не могат да бъдат разубедени. Важно условие едно ирационално убеждение да се квалифицира като налудност, т.е. като симптом на психична болест, е то да бъде много необичайно и странно за културалната общност, от която произхожда болният. С други думи, налудностите представляват погрешни убеждения, които имат абсурдно съдържание, т.е. звучат невероятно и се определят като невъзможни в културата, към която принадлежи болният. Така например, сред религиозните общности в традиционно християнските култури, широко разпространено е ирационалното убеждение, че светът и цялата Вселена са били сътворени в рамките на шест дни от едно-единствено божествено същество. Това вярване, макар и неподкрепено с доказателства, поради своята широка разпространеност не може да бъде квалифицирано като „странно“, респ. да бъде считано като симптом на умствено/психично разстройство. Същото важи и за вярванията в магии в повечето традиционни култури. Така например, 85% от майките на психотично болните в съседна Гърция вярват, че децата им са жертва на магия. Когато и самите болни се опитват да обяснят случващото се с тях като резултат на омагьосване, това неподкрепено с доказателства убеждение не може да се квалифицира като необичайно за тази култура, респ. не може да се използва като надежден маркер за диагностициране на шизофрения. Друг пример, който има по-скоро историческо значение, е широко разпространеното през Средновековието убеждение за обсебеност от демони. Тъй като голяма част от населението тогава е вярвало в съществуването на невидими зли сили и същества, хората с разстроено поведение в резултат на психична болест не са били считани за болни, а за обсебени от демони. В резултат на това убеждение са се практикували разнообразни религиозни ритуали за изгонване на демоните от тялото на страдащите (екзорцизъм).

Съдържанието на налудностите не е специфично за болестта и много зависи от културата, от която произхожда болният, както и от неговата лична житейска история. Конкретното съдържание на налудностите може да бъде най-разнообразно и единствените ограничения са тези на човешкото възображение. В хода на развитието на човешката цивилизация, налудните убеждения у болните от шизофрения непрекъснато са се променяли в съдържателен аспект, чрез включване на съвременните научни открития и технологични постижения и преплитането им с архаични вярвания. Така например, в последните десетилетия част от болните развиват убеждения, че в мозъка им тайно е имплантиран чип, чрез който се контролира тяхното поведение от разстояние или че същото се постига чрез електромагнитни вълни или лъчи, излъчвани от пазени в тайна високотехнологични устройства. Тези вярвания, когато не са част от общоразпространените вярвания на културната общност, към която принадлежи болният, могат да бъдат квалифицирани като „странни“, „необичайни“, т.е. като патологични. Това важи с особена сила когато болните развиват тези убеждения във възраст, когато процесът на предаване на основните ценности и вярвания за устройството на света и човешките отношения от техните

3

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

родители вече е приключил. Става въпрос за юношеството и ранната младост. Това е възрастта, когато най-често се развиват шизофренните психози.

Най-честите налудности при шизофренията са налудностите за преследване (параноидни налудности) и за въздействие от разстояние. Типичен пример за налудно вярване е непоколебимото убеждение за облъчване с космически лъчи от извънземни или убеждението, че собствените мисли се узнават или пък се „влагат“ чужди мисли в собственото съзнание от разстояние с помощта на специална техника или от хора със специални телепатични умения, или пък убеждение, че тялото и собствените действия са контролирани от външна свръхестествена сила. В ранния период на формиране на налудностите за преследване болните могат да имат дифузно преживяване за застрашеност или да усещат, че ежедневни, обичайни ситуации имат особен, обикновено зловещ смисъл, предназначен единствено за тях, започват да възприемат реалността като странно променена, различна, необичайна. Тези усещания са причина болните да развиват налудни вярвания, че определени събития са инсценирани, че сегменти от реалния свят са променени или дори подменени с техни подобия (като декори от сцена) с цел да бъдат заблудени, подведени или манипулирани от невидими зложелатели и врагове. Това усещане може да се проектира дори и върху хората от най-близкото обкръжение – родителите, например, могат да се възприемат като подменени – на външен вид същите, но усещани от болните като други, съвършено различни същества. Болните могат да се преживяват като съсредоточие на всички събития около тях и да ги интерпретират себеотносно (например, възприемат случайните погледи на минувачите като насмешливи или зли), т.е. откриват необичаен, себеотносен смисъл в индиферентни събития и явления. По-късно тези усещания и преживявания се оформят и изкристализират в систематизирани налудности за преследване.

Какво представляват халюцинациите?

Халюцинациите представляват лъжливо сетивно възприятие, т.е. преживяване за възприятие, без да е налице дразнител или източник на това усещане. В този смисъл, халюцинациите представляват погрешно възприемане на реалността. Типичен пример за халюцинация е „чуването“ на звуци или говор, без да има източник на тези звуци в близост до болния. Усещането може да бъде толкова живо и да надподробява толкова силно истинското възприятие, че болните се обръщат за да видят източника на звука или говора. Най-близкият естествен модел на психозата е сънуването; в сънищата си хората „виждат“ и „чуват“ образи и звуци по начин, който е трудно отличим от реалността. В будно състояние обаче, хората възприемат само онова, което регистрират сетивата им. Ето защо при поява на халюцинаторно възприятие, първата реакция обикновено е реакция на недоумение, тъй като източникът на възприятието не може да бъде идентифициран според първоначалното очакване на болните. По-късно болните развиват различни налудни интерпретации на това разминаване с реалността. Освен слухови, халюцинаторни възприятия може да има във всяка една сетивна модалност. Така например халюцинациите могат да бъдат зрителни, когато болните „виждат“ образи или обекти, които не съществуват във физическата реалност на непосредственото им обкръжение, или могат да усещат миризми, без да има източник на тези миризми; могат да имат усещане за докосване, без да има физически дразнител на кожата, и т.н.

Най-честите халюцинации са слуховите халюцинации и те представляват един от най-честите симптоми при шизофрения. Когато слуховите халюцинации са много силни, поведението на болните се променя по характерен начин – те могат да се опитват да открият източника на звуците или гласовете, да разговарят с невидимите си събеседници, да си запушват ушите, ако съдържанието на халюцинациите е неприятно или да се усмихват, ако съдържанието им е приятно. Много типично е едновременното наличие на два вида халюцинации – едните с приятно, а другите с неприятно съдържание, едните съветват и напътстват, а другите ругаят и заплашват болния. Тези халюцинации са причина за генериране на много високо ниво на тревожност и обърканост у пациентите. Понякога халюцинациите могат да имат императивен характер – болните чуват гласове, които им нареждат какво трябва да направят. В по-леките случаи болните успяват да им се противопоставят, а в по-тежките те се чувстват неспособни на това. Ето защо този тип халюцинации представляват едни от най-тежките симптоми – в тези случаи, под влияние на халюцинациите, болните могат да извършат нещо опасно или дори да посегнат на живота си. Макар и чести, слуховите халюцинации не са задължителни за поставяне на диагнозата. Приблизително половината от болните с шизофрения нямат слухови халюцинации. Далеч по-редки са зрителните халюцинации (срещат се приблизително в 15% от болните). Още по-редки са обонятелните, тактилните и телесните халюцинации (напр. усещане на трептене, на вибрации, на преминаване на електричество през

тялото, на горене на мозъка, на размякване на костите, на смаяване или уголемяване на части от тялото и др.). Обикновено тези лъжливи усещания винаги са съпроводени с повече или по-малко странни налудности, които болните развиват в стремежа си да си обяснят естеството на тези усещания.

Какви са другите симптоми при шизофрения?

Емоционалните разстройства са често срещани при болните от шизофрения. Една част от тях са неспецифични и се срещат при много други психични разстройства, а други са относително по-характерни за болестта. От неспецифичните емоционални разстройства на първо място е преживяването на силен патологичен страх. Това е страх, който не е породен от опасно събитие, а е резултат на необичайните, странни усещания, които болните имат, и от погрешни интерпретации, които болните правят в усилието да си обяснят случващото се с тях. Друг чест емоционален проблем при болните от шизофрения е депресивното настроение; то често възниква като естествена психологическа реакция на осъзнаването на болестта след отзвучаване на острия пристъп. Отчаянието и преживяването за безперспективност, респ. неизлечимост, са една от причините за честите опити за самоубийство сред болните от шизофрения. Сред относително по-специфичните емоционални разстройства се откроява емоционална несъответност. При нея болните имат емоционална реакция, която е дълбоко несъзвучна с вътрешните им преживявания или със стимулите от средата. Например болните могат да се усмихват без да има никаква видима причина за това, а запитани дали изпитват удоволствие в момента, те отговарят отрицателно или дори, че изпитват противоположна емоция на проявената, напр. страх. Често в такива моменти е много трудно, дори невъзможно, да се установи емоционална връзка с болните.

Разстроено мислене е друг чест симптом при шизофрения. Вече стана дума за налудностите. Освен тях, разстройствата в мисленето могат да се проявят под формата на объркани, нелогични (несвързани) изказвания. Често объркаността в мисленето е толкова силна, че околните не могат да доловят никаква логика в изказванията на болните.

Кататонията е специфично разстройство, което се среща в относително малък процент от болните от шизофрения. Най-често тя се проявява с мускулна скованост и неподвижна поза, болните не реагират на дразнителите от външния свят, не отговарят на запитванията, лицеизръзът им е застинал и с тях не може да се установи контакт. В тежките състояния болните престават да се хранят и дори да пият вода. В тази крайна форма състоянието се нарича кататонен ступор (от лат. stupor – вцепененост, неподвижност). В една част от случаите на ступор болните чуват и възприемат случващото се около тях, но не могат да реагират. Това състояние е особено мъчително за болните. В друга част от случаите, болните са погълнати изцяло от патологичните си преживявания (интензивни халюцинации) и цялото им внимание е насочено навътре в тях. Кататонният ступор представлява спешно състояние и винаги налага интензивно лечение в специализирано лечебно заведение. Това е свързано на първо място с отказа на болните в състояние на ступор да приемат вода и храна през устата.

Какво преживяват болните от шизофрения?

Шизофренията причинява огромно страдание на засегнатите от нея индивиди. В преобладаващия процент от случаите, болните от шизофрения изпитват силни страхове. Най-често тези страхове са свързани с преживяването за преследване или негативно въздействие от разстояние, както и страх от загуба на контрол върху собствените чувства, мисли и поведение. Нерядко страдащите от шизофрения имат дифузното усещане, че нещо фатално и необяснимо ще ги сполети в следващия момент, че ще престанат да съществуват, ще изчезнат, ще се разпаднат. Това усещане предизвиква дълбок, първичен, екзистенциален страх, който може да прерасне в паника, респ. в дезорганизирано поведение. Често болните са убедени, че различни хора или невидими сили се опитват да ги унищожат. Тези убеждения се формират от болните в опита им да си обяснят особените усещания, които изпитват.

Пример:

Мъж на средна възраст, в епизодите на обостряне на заболяването, усеща много силно, болезнено парене по гърба и лицето си и е стигнал до ирационалното убеждение, че това „горене“ е резултат от облъчване с лазери от разстояние, предприето от организирана престъпна група от хора („мафия“), които се опитват да го убият за да присвоят след това апартамента му и вилното му място. В отчаянието си той се обръща

многократно към полицията и прокуратурата с молби да бъде защитен животът, здравето и собствеността му. Отказът им да му помогнат той интерпретира като знак, че тези институции са част от организираната атака срещу него...

Пример:

Възрастна жена интерпретира особените миризми, които усеща в периодите на обостряне на болестта като резултат от обгазяване с невидим газ и обвинява за това съпруга си, който според нея по този начин се опитва да я отрови; заедно с това е убедена, че шофьорите в автомобилите, които минават покрай нея по улиците са подставени лица и преднамерено се опитват да я сгязят чрез инсцениране на злополучен инцидент...

Горните примери илюстрират колко силно страдание могат да преживяват болните от шизофрения. Понякога, когато това страдание стане непоносимо, част от болните прибегват до крайни действия. Някои от болните правят опити за самоубийство, за да се избавят от непоносимите мъки. Други се опитват да избягат от „преследвачите“ си, напускат дома си, без да съобщят местонахождението си, и могат дълго време да бъдат в неизвестност за близките си. Трети предприемат действия за самозащита като подават оплаквания до различни институции, а понякога, в отчаянието си, прибегват до агресия спрямо хората, набедени от тях за техни преследвачи. Една част от болните имат поведение, което може да бъде квалифицирано като опасно за тях самите или за другите, което е резултат от императивни слухови халюцинации. Това са лъжливи слухови възприятия на гласове, които заповядват на болните да извършат определени действия. В преобладаващия брой от случаите, болните съумяват да се противопоставят на тези императивни изисквания. В някои случаи обаче, болните загубват способността си да контролират действията си, чувстват се така, сякаш невидима сила е обсебила тялото им и манипулира действията им. В такива случаи е препоръчително болните да бъдат настанени в специализирано отделение, където да получат своевременно и адекватно лечение.

Въпреки широко разпространеното мнение, че болните от шизофрения са опасни за околните, по-скоро е вярно тъкмо обратното – болните от шизофрения са по-скоро опасни за себе си. Приблизително 50% от пациентите с шизофрения правят опит за самоубийство поне веднъж в живота си, а между 10% и 15% от болните умират в резултат на успешен опит за самоубийство. Няма друго заболяване, при което рискът от самоубийство да е толкова голям, колкото при шизофрения.

Какви са първите признаци на болестта?

Тъй като болестта обикновено се проявява за първи път в юношеска възраст, понякога е трудно началните й симптоми да бъдат отграничени от отклонения в поведението, свързани с кризата на пубертета. Някои от първите прояви на заболяването, преди то да се е проявило в характерния си клиничен облик, могат да бъдат: нарушено внимание, разсеяност и намалена концентрация, намалена инициативност и спонтанност, ограничаване на интересите и дейностите в свободното време, липса на мотивация, изолиране и прекарване на голяма част от времето сам, преустановяване на контактите с приятели и съученици, понижено настроение, нарушения на съня, намаляване на успеха в училище и/или увеличаване на отсъствията от училище, занемаряване на грижата за външния си вид или прекалено вглеждане и безпокойство за външния си вид или за здравето си, загуба на доверие в приятелите, прекомерна мнителност и себеотносност по отношение мотивите и намеренията на околните, тревожност, необяснима раздражителност, избухливост или импулсивно поведение, объркани мисли и изказвания, странни преживявания и идеи, придаване на необичайно значение и смисъл на действията на другите или на собствените постъпки, стереотипно поведение или мислене, странни ритуали, гримаси или натрапливости, нарушено абстрактно мислене или разбиране и използване на метафори. Обикновено промяната в поведението се забелязва първо от родителите, близките, учителите или приятелите, които установяват промяна в отношенията и общуването с юношата, като тази промяна не може или трудно може да се обясни с определени житейски обстоятелства.

Какви са предвестниците на обостряне на заболяването?

В повечето случаи шизофренията протича с епизоди на влошаване (рецидиви) и епизоди на подобрение (ремисии). Също така, в повечето случаи влошаванията настъпват постепенно – в рамките на няколко дни

или седмици състоянието постепенно се влошава, докато накрая болестните преживявания започват да се проявява и в поведението на болния. Обикновено това са моментите, когато се търси лекарска помощ. Когато обаче вече е настъпило изразено влошаване, лечението обикновено е по-трудно, изисква повече време, мобилизиране на ресурсите на повече хора, а понякога се налага и настаняване в болница за овладяване на остро състояние. Когато пациентите вече са преживели един или повече епизода на влошаване, те могат сами да открият, че кризата се предшества от по-леки симптоми, които се наричат предвестници. Такива предвестници, например, представляват нарушения на съня, повишена напрегнатост или раздразнителност, засилена подозрителност по отношение на околните, злоупотребата с кафе или цигари и др. Важно е всеки пациент да идентифицира онези усещания, които са предшестващи влошаването на заболяването, защото това би му позволило да предприеме своевременно мерки, които биха намалили риска от рецидив. Тези мерки обикновено включват по-чести консултации с психиатър, оптимизиране на лечебната схема или промяна в средата за кратък период от време.

Какви са причините за шизофренията?

Все още съвременната наука не е успяла да открие причините за развитието на болестта. Въпреки това, в овладяването на симптомите на шизофренията през последните две десетилетия беше постигнат значителен напредък. Така практическите успехи при лечението на шизофрения, постигнати по емпиричен път, изпревариха значително научните постижения в областта на откриването на механизмите за възникването и развитието на това заболяване.

Наследствена ли е шизофренията?

Научните изследвания показват, че шизофренията не е типично наследствено заболяване. Счита се, че не се унаследява болестта, а предразположеността към нея. Тоест децата на болните от шизофрения унаследяват повишена уязвимост към неспецифични фактори на средата с негативно влияние (стрес), които, ако са налице, могат да благоприятстват отключването на болестта. За съжаление тези фактори все още не са установени достатъчно категорично. Ако един болен от шизофрения човек създаде семейство, вероятността децата му да развият шизофрения е 12%. Ако и двамата родители са болни от шизофрения, рискът децата им да отключат заболяването в някой момент от живота си нараства на повече от 25%. Ето защо болните от шизофрения не бива да бъдат ограничавани в стремежа си да създават семейство и деца. Единственото разумно условие, което трябва да бъде поставяно, е наличието на пълноценна ремисия, което би им позволило да изпълнят адекватно ролята си на родители. Наличието на симптоми е обстоятелство, което би нарушило сериозно способността им да родителстват пълноценно и да отгледат здрави и хармонично развити деца. Етично задължение на хората, боледуващи от шизофрения, е да информират бъдещите си брачни партньори за наличието на заболяване и за риска от развитие на болестта в поколението им.

Какви са последиците от заболяването?

Последици, свързани с развитието на самото заболяване

Протичането на шизофренията в никакъв случай не е неизбежно хронично и не води задължително до упадък във функционирането. Приблизително 25% от заболелите се възстановяват напълно след прекаран първи психотичен епизод, който остава и единствен. В около 50% от случаите заболяването протича с повтарящи се епизоди на влошавания, като в интервалите между тях се наблюдава възстановяване в една или друга степен. Когато заболяването приеме хронично протичане, то може да доведе до т.нар. резидуално или изходно състояние. Това състояние се наблюдава в по-късните стадии от развитието на заболяването, обикновено след дългогодишно боледуване. За описание на проявите на това състояние, специалистите често използват термина „негативни симптоми“, с който се обозначават проявите на дефицит в психичното и социално функциониране. Негативните симптоми включват: апатия или липса на адекватна емоционална реакция, безразличие и емоционално охладняване, бедна мимика и жестикулация, пасивност, ограничена инициативност и спонтанност, отсъствие на скука, себевглъбеност и нежелание за общуване, загуба на интереси, бедност на речта, нарушено абстрактно мислене, занемаряване на грижите за външния вид и хигиена.

Последици, свързани с негативното отношение на околните

Една от най-неприятните последици на шизофренията не е свързана със самата болест, а с негативното отношение от страна на околните към боледуващите от шизофрения. Често болните стават жертва на предразсъдъци от страна на обществото. Голяма част от хората асоциират шизофренията с непредсказуемост и агресивно поведение. И макар че понякога подобни поведенчески отклонения се наблюдават по време на обостряне на заболяването, голямата част от болните от шизофрения са тихи, затворени в себе си и дистанцирани от обществения живот. Независимо от това, те често са отбягвани от познатите, съседите и дори от близките си роднини, тъкмо поради предубеденото отношение спрямо тях. Това приписване на негативни качества върху определена група от обществото, се обозначава с термина „стигма“. Стигмата по отношение на болните от шизофрения е силна и сама по себе си инвалидизира засегнатите от болестта, тъй като негативните нагласи по отношение на болните възпрепятства тяхната социална реализация. Те са системно пренебрегвани, отритвани, заклеймявани. Тези негативни нагласи се събуждат за живот всеки път, когато болните, по един или друг повод, информират околните, че страдат или са страдали от шизофрения. Думата „шизофрения“ се възприема от околните, а и от самите страдащи като позорно клеймо. Нерядко хората използват думата „шизофрения“ за да заклеймят и дисквалифицират даден човек, когото не разбират. Ето защо болните се срамуват от своята диагноза, опитват се да я запазят в тайна, а често отричат дори пред себе си, че са болни. Това явление има много негативни последици, най-опасната сред които е нежеланието да се потърси специализирана лекарска помощ или да се провежда лечение поради страх, че ще се разкрие тайната на болестта им.

Могат ли болните от шизофрения да работят?

Да. Шизофренията почти никога не отнема пълния капацитет на болните да се трудят. Възможно е обаче те да не са в състояние да извършват работа под силно емоционално натоварване, например в много динамична и стресогенна среда. Може да се окаже, че работа, свързана с ясни и стабилни задачи и операции, в дружелюбно обкръжение, е по-подходяща. Работа, свързана с интензивни комуникации или в много динамична, напрегната или враждебна среда, може да доведе до нарастване на емоционалното напрежение, а от там и до обостряне на заболяването. Преценката за това коя работа е подходяща за всеки отделен болен и коя не е подходяща, се прави от Териториалната експертна лекарска комисия (ТЕЛК).

Работодателите трябва да са по-гъвкави в разписанието на длъжностната характеристика на служителите с това заболяване. Може да е по-целесъобразно назначаване на непълен работен ден или осигуряване на гъвкав график за ползване на годишния отпуск. Друга възможност е назначаване на наставник, който да обучава, подкрепя и окуражава служителите с шизофрения за по-дълъг период от време отколкото обичайно е прието. Това, което болните трябва да направят при търсене и започване на работа, е да информират работодателя за заболяването си, за да може той да предприеме необходимите мерки и да създаде подходящи условия за труд. И макар голяма част от работодателите също да имат предубедено и дискриминационно отношение към страдащите от шизофрения, криенето и пазенето в тайна на заболяването създава предпоставки за обостряне на заболяването поради назначаване на неподходяща работа или при неподходящи условия, което само по себе си може да затвърди негативните нагласи и убеждения на работодателите. Ето защо пазенето в тайна на заболяването може да осигури по-лесно започване на работа, но в дългосрочен план то по-скоро вреди, отколкото да помага, като вредата от това се разпростира върху всички болни от шизофрения.

Лечима ли е шизофренията?

Да. Шизофренията е лечимо заболяване. Съвременната клинична психиатрия разполага с високоефективни и безопасни медикаменти за облекчаване симптомите на шизофренията. Широко използваните в миналото класически методи на лечение (като инсулинкоматозното лечение, например), на практика вече напълно са изоставени. Силно ограничено е прилагането и на електроконвулсивното лечение, въпреки че то остава средство на избор при определени форми на заболяването. Поради обстоятелството че все още не е известна причината за отключването и развитието на шизофренията, не съществува радикално лечение на болестта. Ето защо съществува тенденция понятието *лечение* да се заменя с понятието „контролиране“ или „облекчаване на симптомите“.

Възможностите за медикаментозно контролиране на симптомите непрекъснато нарастват. Лекарствата, които се използват за лечение на симптомите на шизофрения, се наричат *антипсихотици*. От началото на 90-те години насам непрекъснато се разработват и пускат на пазара нови медикаменти, които се отличават със своята по-висока ефективност и безопасност в сравнение с класическите медикаменти, използвани за лечение на шизофрения. Тези медикаменти от ново поколение се обозначават с общото название „атипични“ или „нови антипсихотици“. Атипичните антипсихотици са подходящи както за овладяване на симптомите по време на обостряне на заболяването, така и за предотвратяване на последващи влошавания (рецидиви), а също и за дългосрочно контролиране на симптомите (поддържащо лечение). Изследванията показват, че някои от новите антипсихотици са ефективни и по отношение на негативните симптоми в резидуалните стадии на заболяването. Има изследвания, които демонстрират ефекта на атипичните антипсихотици и по отношение на депресивните симптоми. Когато депресивните симптоми са силно изразени и устойчиви, би следвало към лечението да се добави и антидепресант. Освен медикаментозното лечение, важна и неразделна част от индивидуалния лечебен план представляват психологическата подкрепа, включването в различни програми за психосоциална рехабилитация, психологическото консултиране и психообучение, когнитивната психотерапия, както и оказването на подкрепа на семействата на болните. Често интервенции, свързани с подкрепа за осигуряване на подходяща работа или друга възможност за пълноценно участие в живота на общността, могат да играят ключово значение за пълноценното възстановяване на болните. Крайната цел на лечението при шизофрения никога не бива да се ограничава само с отстраняването или намаляването на психотичните симптоми (налудностите, халюцинациите, обърканото мислене и др.). То следва да бъде насочено към възстановяване на социалното функциониране на болните до ниво, максимално близко до предболестното, а също така постигане на висока удовлетвореност и качество на живот. Инструментът за реализиране на тази част от лечението се нарича обобщено психосоциална рехабилитация. Тя включва различни дейности, насочени към удовлетворяване на основни потребности на болните, свързани с осигуряване на достатъчен доход, предоставяне на възможности и подкрепа за адекватна трудова заетост, осигуряване на подходящо жилище, възможност за пълноценно социално участие, обучение в различни умения и лично развитие и други.

Важна предпоставка за успешното лечение на заболяването е изграждане на връзка на доверие с пациента. Доверието се гради на основата на преживяването за разбиране, зачитане и оказване на подкрепата от страна на помагащите професионалисти и близките. За да могат болните от шизофрения по-активно да търсят специализирана психиатрична помощ, без да се срамуват от това, е необходимо да се промени нагласата на цялото общество към страдащите от това заболяване.

Колко време трябва да продължи лечението?

Повечето специалисти и изследователи препоръчват медикаментозното лечение след първи психотичен епизод да продължи минимум 1 година. След втори психотичен епизод този срок нараства на 5 години, а след трети епизод лечението трябва да продължи до живот. Установено е, че значителна част от пациентите преустановяват преждевременно назначеното им лечение или не взимат редовно лекарствата си. Този вид поведение се обозначава като лошо съдействие на лечението. Това е една от причините за по-тежкото протичане на заболяването. Ето защо трябва да се обръща сериозно внимание на нагласите, с които пациентите приемат препоръките за продължително медикаментозно лечение. Често тези нагласи са негативни и са свързани с ирационални очаквания за привикване или развиване на зависимост към назначените медикаменти. Важно е да се знае, че към антипсихотиците не се развива привикване.

КЛИНИКА

БИПОЛЯРНО АФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО (БАР)

Най-характерната особеност при БАР е редуването на епизоди на приповдигнатост на настроението (мания) с епизоди на потиснато настроение (депресия). Тези промени в настроението се придружават от съответни промени в мисленето и поведението. Епизодите на мания и депресия се редуват в различна последователност, с различна продължителност и различна изразеност на симптомите. Обикновено епизодите на мания е депресия са разделени помежду си от т.нар. светъл период (ремисия), по време на който у пациентите не се откриват никакви симптоми (пълно възстановяване) и те се чувстват и функционират по обичайния за тях начин или симптомите са изразени в лека степен (частично възстановяване). В някои случаи епизодите на мания и депресия се сменят бързо един с друг (т.нар. бързо циклиране), като или ремисиите са кратки или изобщо не се наблюдават ремисии поради превключване от едно състояние в друго (от депресия в мания или обратно). Продължителността на отделните епизоди е различна и може да варира от няколко дни до няколко месеца. В преобладаващия процент от случаите първият епизод на заболяването е депресивен.

Клинични прояви при депресия

Потиснато, угнетено, мрачно настроение; понякога потиснатото настроение е съпроводено с безпокойство и напрежение;

Намалена или загубена способност да се изпитва удоволствие и радост от живота (неща, които преди това са доставяли радост на болните, по време на депресия не могат да предизвикат същата емоция);

Черногледство, песимизъм, нарушена самооценка; пациентите смятат, че в бъдеще ги чакат само безкрайна поредица от безрадостни дни, че целият им живот от тук нататък ще бъде само мъчение и изпълнен с болка, мъка и нещастие; че никога няма да оздравеят и ще бъдат само в тежест на близките си; често болните се преживяват като неудачници, като провалили живота си, изпитват вина и/или срам, припомнят си само неуспехите или превратно тълкуват минали събития като провали, обезценявайки собствените си достижения. Този характерен начин на промяна на мисленето при депресивните пациенти често резултира в заключения за безсмислие на живота и в мисли за смъртта, а понякога и до опити за самоубийство;

Намалена активност – болните се чувстват уморени, без енергия за живот; често нямат желание за каквото и да било; ограничават контактите си; нещата, с които преди са се справяли с лекота, сега им костват огромни усилия; в тежките случаи занемаряват дори и грижата за себе си, престават да излизат и прекарват цялото си време затворени вкъщи, в почти пълно бездействие;

Намален апетит; често болните в депресия престават да се хранят или го правят с неохота, най-често при настояване от страна на близките; в резултат често отслабват на тегло;

Нарушена концентрация и внимание, трудно съсредоточаване; пациентите могат да имат преживяването, че нищо не им хрумва, че мислят бавно или че схващат трудно;

Нарушен и ограничен сън (в по-редки случаи болните от депресия могат да имат по-продължителен сън, включително и през деня).

Клинични прояви при мания

На противоположния полюс на разстройствата на настроението е състоянието на мания. Тя може да се дефинира като пълна противоположност на депресията.

При нея са характерни следните прояви:

10

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

Приповдигнато настроение; характерно е, че настроението е постоянно добро, независимо от липсата или наличието на причина за това; пациентите в мания са весели, радостни, изпълнени с доволство; това състояние често контрастира с наличието на обективни трудности и проблеми, на фона на които то може да се развие. Често това състояние е съпроводено с повишена раздразнителност и конфликтност, особено при опити от страна на околните ограничат болния, например при отказ да изпълнят исканията му;

Повишена активност – пациентите в състояние на мания непрекъснато са в движение, лесно взимат решения и често се втурват в необмислени начинания, необичайно контактни са, общуват активно и без задръжки с хората, дори с непознати; често са шумни и необичайно приказливи;

Оптимистична нагласа и повишена самооценка – пациентите в мания имат чувството, че могат да се справят с всичко, че не съществуват никакви ограничения за тях, че с каквото и да се заемат ще пожънат бляскави резултати; възприемат се като много надарени или с много способности и умения; това е причина да се въвлечат в инициативи, за които не разполагат с необходимия ресурс;

Имат нарушена концентрация, но за разлика от депресивните пациенти, при тях това се дължи на непрекъснатите нови хрумвания; често пациентите в мания имат преживяването, че са особено продуктивни и надарени в интелектуално отношение; често мислите им летят толкова бързо и връзките между отделните теми са толкова бързи, че пациентите не могат да ги изразят с думи или изоставят старата тема и започват да коментират нещо съвсем ново; в крайни случаи това оставя впечатление у слушателите за несъгласуваност на изказванията с трудно доловима или отсъстваща логична връзка между отделните изказвания;

Намалена необходимост от сън; чувстват се изпълнени с енергия, независимо че спят по-малко от обичайното;

Повишен апетит; понякога, улисани в непрекъснатите си и разнообразни начинания, те не изпитват глад или просто пропускат да се нахранят; това, заедно с необичайно повишената им двигателна активност може да има за резултат отслабване на тегло.

Какви са рисковете, свързани с БАР?

Основен риск при депресивното състояние е свързан с опитите за самоубийство. Приблизително 10% от пациентите с депресия правят опити за самоубийство.

Често срещано поведение при пациентите в мания е злоупотребата с алкохол. Това може да доведе до допълнително отпадане на задръжките и изява на социално неприемливо или дори опасно поведение. Неспособността да се съблюдават нормите и правилата на обществени места нерядко води до контакти с полицията. Друга негативна последица от ограничените задръжки и самоконтрол е ексцесивното харчене на пари, натрупване на големи сметки за телефон, а с провокативното си поведение те често се въвлечат в конфликти. Тъй като поведението на манийно болните, за разлика от това на депресивно болните, е подчертано експанзивно, то рядко остава незабелязано от роднините, съседите и колегите. Поради липсата на информация и разбиране за природата на това състояние, околните често интерпретират промяната в поведението като израз на лош характер. Това е причината болните от мания да се дискредитират в очите на околните, които формират за тях негативно мнение. Това може да резултира в отдръпване на приятелския кръг, загуба на контакти, изоставяне от брачния партньор, загуба на работа, на обществени позиции и престиж, а от тук и ограничаване на перспективите за развитие.

Друг риск е свързан с неспособността на хората около болните да разпознаят промяната в поведението като проява на болест. Така понякога депресивно болните се заклепват като мързеливи или безотговорни, а намалената им работоспособност, свързана с депресивното състояние, може да доведе до проблеми с работодателите и колегите. От друга страна, с провокативното си поведение маниакално болните могат да предизвикат раздразнение или дори гняв у въвлечените в отношения с тях. Поради обстоятелството, че недооценяват рисковете, те могат относително лесно да бъдат въвлечени в съмнителни начинания и да бъде злоупотребено с тяхното доверие и оптимизъм; сделки с недвижимо

имущество (кредити срещу ипотека или продажба на недвижима собственост) с цел предприемане на мащабни „бизнес проекти“ са сред най-рисковите действия на хората в мания. Поради импулсивността си и непрекъснатият поток от нови идеи, пациентите в мания могат да започват нови инициативи преди да са довършили предишните си; така те оставят след себе си една поредица от започнати, но недовършени дейности.

Самите болни (особено тези в мания) също често не разпознават промяната в преживяванията и поведението си като проява на заболяване и поради тази причина не търсят медицинска помощ, а твърде често и отказват предлаганата такава. Поради субективното преживяване за благополучие, маниен болен активно се съпротивлява на предложенията да бъдат лекувани. Те преживяват лечението като неуместно или дори като опит да им бъде навредено. Повтарящите се епизоди мултиплицира негативните социални ефекти, свързани със заболяването. Ето защо е изключително важно да се провежда своевременно и активно лечение по време на болестен епизод, а също така и продължаване на лечението след отзвучаването на остриите симптоми с цел предотвратяване на нови епизоди в бъдеще.

Какво е лечението на БАР?

Фармакологично лечение

Лечението на депресивните и маниените епизоди е различно. За лечение на депресия се използват медикаменти, наричани антидепресанти. Антидепресантите не са психостимуланти. Това са лекарства, които водят до възстановяване на нарушения биохимичен дисбаланс в мозъка чрез засилване на производството и/или ефектите на естествените вещества, произвеждани от самия мозък (невромедиатори), отговорни за поддържане и регулиране на настроението и биотонуса. В комплексната фармакологична терапия на депресията често се използват и допълнителни медикаменти, например сънотворни.

За лечение на мания се използват основно две групи лекарства – тимостабилизатори (също наричани стабилизатори на настроението) и невролептици. Стандартното лечение на мания включва препарати, съдържащи литий. Освен него, през последните години като тимостабилизатори на настроението успешно се използват лекарства от групата на антиконвулсантите (предназначени основно за лечение на епилепсия) с два основни представителя: валпроат и карбамазепин. Често в индивидуалния лечебен план към тимостабилизатора се включва като допълнение и невролептик. Независимо от високата си ефективност, поради честите си странични ефекти, класическите невролептици се оказали трудно приемливи от пациентите и техните близки опция. През последните няколко години бяха разработени невролептици от ново поколение, които се отличават с много добра поносимост (минимални странични ефекти) на фона на висока антиманийна ефективност, дори при самостоятелното им приложение. С цел да се отграничат от класическите невролептици, тези по-нови невролептици се наричат атипични антипсихотици.

За предотвратяване на нови епизоди (или най-малко за удължаване на светлите периоди между епизодите) се използват основно литий и/или антиконвулсанти. Лечението след отзвучаването на болестния епизод се нарича противорецидивно или профилактично. То трябва да продължи достатъчно дълго. За адекватното дозиране на препаратите е необходим регулярен лабораторен контрол на концентрацията им в кръвната плазма.

Хоспитализация

Когато симптомите на депресия или мания са изразени, необходимо е да се осигури максимално безопасна среда за провеждане на лечение и предотвратяване на усложнения. Това се постига чрез настаняване в болнични отделения за лечение на психични разстройства. Хоспитализация се налага за депресивни болни, които не могат сами да се грижат за себе си или нямат близки, които могат да полагат адекватни грижи за тях (например ако не могат да отсъстват от работа), не се хранят и отслабват много или при които рискът от самоубийство е висок. При болни в мания хоспитализация се налага почти винаги, когато поведението им има асоциален характер. Тъй като болните в мания закономерно не съдействат на лечението в домашни условия (не взимат назначените им лекарства), чрез хоспитализирането се осигурява редовен прием на лекарства и динамично наблюдение на състоянието. Заедно с това,

12

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

пребиваването в ограничена и защитена среда, предпазва болните от въвличането им в конфликти и ги предпазва от негативните социални последици, произтичащи от болестно разстроено поведение.

Психосоциални интервенции

На първо място тук се включва обучението на болните да разпознават предвестниците или първите признаци на нов болестен епизод. Това обучение цели да направи болните по-чувствителни към ранните, предклинични прояви на влошаване в състоянието (предвестниците на нов болестен епизод), когато способността за ефективен самоконтрол все още е съхранена, така че те да имат възможност сами да предприемат адекватни действия за своевременно започване на подходящо лечение, преди симптомите да са се развили до манифестно, тежко клинично състояние. Ако в този ранен стадий болният се обърне за консултация към специалист, който да препоръча коригиране на дозите или включване на допълнителен медикамент, вероятността да се избегне влошаване на състоянието, при което хоспитализацията би била неизбежна, се намалява в значителна степен. Такова обучение е подходящо да бъде проведено и на хората от близкото обкръжение на болния – обикновено хора с влияние върху болния и такива, които се ползват с неговото доверие.

Винаги се оказва много полезно съставянето на индивидуален антикризисен план (или план за действие при криза). Този план обикновено включва предвестниците на влошаване, идентифицирани от болния по време на ремисия, които, ако са налице, той ще предприеме определени действия, например ще информира близките си и/или лекуващия лекар. Този план също може да включва упълномощаване от страна на болния на няколко ключови фигури от неговото близко обкръжение да предприемат определени действия, когато той самият не е способен на това поради болестта. По този начин, освен всичко друго, се осигурява предотвратяване на опустошаващите преживявания за безпомощност и вина, които възникват у близките на болния в ситуации, в които те се чувстват морално задължени да помогнат на болния си родственик, но не могат да направят това поради неговото несъдействие. Други активности, свързани с психосоциалните интервенции, са свързани с обучение на болния за самостоятелно контролиране на симптомите чрез гъвкаво дозиране на медикаментите, като и за справяне с потенциалните странични ефекти на лекарствата.

Фамилното консултиране често се оказва много полезно с цел предотвратяване на нарастване на напрежението в семейството, което може да резултира в засилване на негативните послания, отправяни към болния от здравите членове на семейството, а оттук и увеличаване на риска от обостряне на заболяването. То също така помага на семейството да отреагира адекватно и се справи с негативните емоционални преживявания (такива като срам, гняв, вина и др.), натрупани в семейството в процеса на боледуването.

Консултации с цел оптимизиране на трудовото натоварване и напрежение в работата на болния могат да се окажат много полезни с цел минимизиране на неблагоприятните влияния, свързани с трудовата среда, които могат да играят роля на отключващи фактори.

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Проблем:

Майка ми има поставена диагноза БАР - биполарно афективно разстройство. От 2009 г. не е посещавала лекар. През 2013 г. от депресия се превърна в буйстване, прекомерна активност и приемане на сканакс в огромни количества, съчетавано от време на време с алкохол. Не желае да признае проблема си, а нещата се влошават. Живее заедно с нея и сестра ми и не знаем кога нещата ще ескалират до момент, в който ще е късно. Тя буйства, кара се с всички и става абсолютно антисоциална. Често отправя заплахи и съм загрижен за безопасността ѝ.

Предприети действия:

Консултации с различни лекари, които предлагат принудително настаняване в болница. Не сме предприели нищо по въпроса, защото не знаем какво да направим.

Семейство:

Майка ми е разведена, нямаме контакт с баща ни, живеем заедно със сестра ми в едно жилище с майка ни, а баба ни помага. Майка ми се държи изключително грубо към нея, а тя ѝ се води майка!

Приятели:

Тя остана без приятели, или поне не иска да се вижда с никого. Седи си по цял ден вкъщи и пуши. Един път на пет дни отива до баба, за да взема пари, а в останалото време излиза на пазар и основно купува алкохол под формата на големи количества бира, а от време на време си купува и водка. В комбинация с сканакса, който приема, се получава ужасно състояние на агресивен човек, с реална опасност както за своето, така и за здравето на останалите.

Решаващи моменти:

Заболяването датира от 2004 година, когато приключи развода на майка ми и баща ми.

Работа:

Детска учителка, служител във фото студио.

Очаквания:

Съвет и реално съдействие за отстраняване на съществуващия проблем, поради некомпетентността на двама тийнейджъри, и възрастната им баба да се справят с БАР-заболяване, което се смята за контролируемо и безобидно в други страни. Искаме майка ни отново да е слънчевият човек, който ни отгледа.

Отговор:

Преди всичко, искам да изразя съпричастността си с вас по повод на всичко онова, с което се е наложило да се справите покрай боледуването на майка ви!

Факт са наличието на препоръки за принудително лечение, направени от лекари, с които сте консултирали случая на майка си. Изглежда, че възможностите за домашно лечение и осигуряване съдействието на майка ви за неговото провеждане, са преценени като нулеви или твърде малки. Вероятна причина за това е обстоятелството, че афективното разстройство се е съчетало с хронична вредна употреба (и вероятно оформена зависимост) към алкохол и транквилизатори, както и недостатъчен ресурс за справяне с последиците от развода.

Ето какво можете да направите конкретно, за да се осъществи такова лечение... Ако вие и сестра ви все още сте тийнейджъри и нямате пълнолетие, някой възрастен (например баба ви, но това може да бъде и някой роднина или добронамерен и загрижен съсед) трябва да напише изложение до районната прокуратура (според закона само прокурор може да поиска от съда да настане български гражданин на задължително лечение). В това изложение следва да бъде описано проблемното поведение на майка ви,

14

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

като сложи акцент върху онези прояви, с които тя директно заплашва здравето и живота си (ако има такива) или здравето и живота на околните (споменахте, че отпраща заплахи – ако има такива те трябва да се опишат по-подробно в изложението до прокуратурата) и да поискате съдействие от страна на районния прокурор за настаняване на майка ви на задължително лечение. Цялата процедурата е описана в Закона за здравето, чл. 155-165. Добре е към изложението да се приложат копия от медицински документи, ако разполагате с такива (амбулаторни листове, епикризи, рецепти и протоколи за лекарства), които да валидизират твърдението ви, че майка ви страда от психично разстройство (в случая БАР)

Ако майка ви изпадне в състояние на тежка психична криза, съпроводена с изразени нарушения на поведението (възбуда, невъзможност за самоконтрол, агресивно или автоагресивно поведение и други), то в този случай може да се обърнете към бърза медицинска помощ чрез тел. 112. Медицинските специалисти, заедно с помощта на полицията (ако се налага такава помощ, а от написаното от вас се предполага, че ще е необходима такава помощ) могат да задържат принудително майка ви за оказване на спешна медицинска (в случая психиатрична) помощ в специализирано лечебно заведение, въз основа на чл. 153 от Закона за здравето.

Чл. 153. (1) Спешната психиатрична помощ е съвкупност от медицински правила и дейности, които се прилагат спрямо лица с очевидни признаци за психично разстройство, когато поведението или състоянието им представлява пряка и непосредствена опасност за собственото им здраве или живот или за здравето или живота на други лица.

Това означава, че спешна психиатрична помощ се оказва независимо дали пациентът е съгласен или не да получи такава. Затова, обаче, е нужна преценка на лекар. Обикновено този лекар е лекарят от Бърза помощ, който се предполага, че има компетентност да оцени наличие на спешно психиатрично състояние (нещо, което, уви, практиката непрекъснато опровергава в една или друга степен). Но да предположим, че майка ви е била закарана до лечебно заведение, в което ѝ е била оказана спешна психиатрична помощ. Ако след овладяване на спешното състояние (обикновено в рамките на няколко часа) се налага продължаване на лечението, ръководителят на лечебното заведение може самостоятелно, еднолично да вземе решение за временно настаняване на лечение на майка ви в същото лечебно заведение, в което ѝ е била оказана спешната помощ. Този срок не може да бъде по-дълъг от 24 часа и ръководителят на лечебното заведение, който е взел решение за задържане на майка ви с оглед провеждане на лечение е длъжен да уведоми близките на лицето за това. Иначе казано, законът дава право на лекарите да провеждат лечение в лечебно заведение в условия на спешност до 24 часа, независимо от волята на пациента. Практиката, обаче, показва, че ръководителите на лечебни заведения рядко поемат такава отговорност – или поради некомпетентност, или поради незаинтересованост, или поради страх да не бъдат съдени след това за превишаване на правомощията им, а често пъти и поради липса на стройна организация в лечебните заведения, в които е закаран пациента и създаване на предпоставки за голяма субективност в преценките на дежурните лекари и отсъствие на ясни регламенти и стандарти за поведение. Предпоставка за тези практики е липсата на каквото и да било контрол от страна на държавната здравна администрация и гражданския сектор.

Това, което вие може да правите обаче е да настоявате майка ви да се ползва от правата си на гражданин и пациент и да получи спешна психиатрична помощ всеки път, когато състоянието ѝ налага това. Ако по ваша преценка и преценка на другите членове на семейството и по-широкото непосредствено обкръжение, това не се е случило въпреки „очевидните признаци на психично разстройство“, то вие сте в правото си (ако сте пълнолетен) да напишете жалба до директора на Центъра за бърза медицинска помощ или друго лечебно заведение, лекар от което е влязъл в първоначален контакт с майка ви, до директора на Регионалната здравна инспекция и до министъра на здравеопазването, до началника на районното полицейско управление, до прокуратурата и до началника на районния център 112 или Дирекция Национална система 112 към МВР. Също така, бихте могли да се обърнете с искане за съдействие към някоя от национално представените пациентски организации или правозащитни организации, развиващи дейност и в областта на здравеопазването.

Пожелавам ви успех и настойчивост в усилията ви да помогнете на майка ви да се справи с проблемите, пред които болестта и животът са я изправили.

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

АЗ ПСИХИЧНО БОЛЕН ЛИ СЪМ?

Често хората, които имат емоционални проблеми и симптоми на някое психично разстройство си задават въпроса „Аз психично болен ли съм?“.

Хората с невротични симптоми нямат болест в медицинския смисъл на думата. Това, че имат страдание, което може да бъде диагностицирано, не значи, че имат болест. Психиатрите диагностицират не само болести. Те диагностицират различни човешки страдания. Под „диагностициране“ се разбира разпознаване и отнасяне на страданието на конкретен човек към дадена група човешки страдания, които се проявяват по сходен начин. Още по-просто казано, диагностицирането може да се сведе до „етикетиране“ на страданието, като за етикет се използва някоя от диагнозите, съдържащи се в класификациите на психичните разстройства, съдържащи пълен списък на познатите до момента на науката психиатрия човешки страдания. Психиатричните диагнози в общия случай не са нищо повече от етикети, обозначаващи едно или друго страдание, проявяващо се с определени оплаквания и/или нарушения в поведението (симптоми). В общия случай психиатричните диагнози не казват нищо за етиологията (причините), патогенезата („болестните“ процеси, развиващи се в организма; от гр. *πάθος* — страдание и *γένεσις* — произход, възникване) и прогнозата (протичането и изхода) на страданието. За да може дадено страдание да се нарече „болест“ (вж. нозология – наука за болестите, от гр. *νόσος*, *nosos* – болест), освен специфична клинична картина (набор от характерни симптоми), трябва да имаме знание за неговата етиология, патогенеза и прогноза. Точно поради причина, че в повечето случаи (за огромна част от психичните страдания) не съществува такова знание, в последната ревизия на Международната класификация на болестите понятието „психична болест“ се избягва, като се заменя с термина „психично разстройство“. Отнесено към конкретния случай на човек с невроза това може да означава, че този човек няма психична болест, но има психично разстройство. Паническото разстройство, например, е диагноза (етикет) на психично страдание, което не може да се дефинира като болест в класическата парадигма на медицината, но представлява страдание, което нарушава функционирането на индивида в една или друга степен. С термина „паническо разстройство“ се признава, че индивидът има страдание, което има клинична значимост, тоест подлежи на диагностициране и за което можете да получите медицинско лечение и грижи (включително може да бъде предписано медикаментозно лечение или пък да бъде издаден болничен лист за временна неработоспособност поради „общо заболяване“ с тази диагноза).

В публикуваните в следващите страници казуси ще бъдат илюстрирани най-типичните проблеми, с които се сблъскват хората, страдащи от психични разстройства и техните близки.

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Проблем:

Пиша ви по повод заболяването на брат ми - параноидна шизофрения. Брат ми се казва Х. и сме от Търговище. От 12 години е с диагноза параноидна шизофрения, за което получава пенсия. Постъпвал е многократно в психиатрични болници в Търговище и в Царев Брод. В момента отново се намира в Царев Брод, като положението става все по-сложно и по-сложно и нашето семейство (аз – сестра му, майка и татко, които са вече на възраст), не можем да се справим с това да го накараме да си взема лекарствата и да ходи редовно всеки месец на инжекция, от което положението му се влошава и много често изпада в кризи. Искам да попитам има ли някакъв закон, който да го задължи да се лекува в домашни условия? Какво трябва да направи такова беззащитно семейство като нашето, тъй като ние живеем под постоянен страх, не получаваме подкрепа от никого, а лекарите постоянно ни обвиняват, че ние сме виновни, че не му даваме лекарствата. Безсилни сме, той е агресивен, особено ако стане дума за лекар и лекарства, е способен на всичко. Настаняването му сега в болницата стана насилствено чрез съда, като в болницата в Търговище го водихме 5 пъти с линейка и отказваха да го приемат, защото той не искал да се лекува, а имал право на това!!!! Независимо че събираше стъкла и камъни и казваше, че са диаманти, гълташе стъкла, така се лекувал... гореше се с цигари, на делото дойдоха и свидетели, да кажат, че гонил някакви момичета... и много други неща, които не мога да опиша. Знаем, че ще го изпишат много бързо от болницата и всичко това ще се повтаря, въртим се в един омагьосан кръг от който не можем да излезем и не знаем как да постъпим. Моля ви от сърце дайте ми съвет! Нашето семейство се намира под голям стрес и безизходица.

Предприети действия:

Говорихме с лекаря, но досега няма резултат.

Семейство:

Аз съм разведена с 18-годишно дете /момче/. Поради безработицата в България се принудих да работя в чужбина, като детето ми живя при родителите ми и при брат ми, но преди 6 месеца се махна от там тъй като не издържа на обстановката.

Очаквания:

Искам да получа съвет за действия, които да ми помогнат за разрешаването на проблема ни с брат ми. Нетърпим е този живот, най-вече за родителите ми, които са постоянно с брат ми и са под постоянно напрежение и страх! Аз съм в чужбина, но преживявам нещата и не мога да имам спокойствие в работата си. Постоянно мислите са ми там.

Отговор:

Здравейте,

Съжалявам за нещастията, сполетяло брат ви и семейството ви. Вашият случай е илюстративен за това, как тежката психична болест не засяга само носителя на симптомите, а и всички, които са свързани с него в близки отношения. Психичната болест поставя ред предизвикателства към пациентите и техните близки, но едно от най-големите е да приемат факта, че психичната болест ги е сполетяла и се е превърнала в част от живота им. Да приемеш факта, че имаш тежка психична болест, която сериозно повлиява мислите, чувствата и поведението ти, а понякога и целия ти живот, не е лесна задача и много хора не успяват да направят това. Брат ви, изглежда, е сред тях. Ако не осъзнаваш проблема си, няма как да поискаш да го отстраниш, да предприемеш стъпки за неговото преодоляване или, ако той е хроничен, да полагаш системни и постоянни усилия, с които да го държиш под контрол. Ако за брат ви психичното заболяване не е проблем, няма как да очаквате той доброволно да провежда лечение. В този случай аргументи от рода на „Ти имаш заболяване, което налага провеждане на постоянно лечение“ няма да свършат работа. Дори, по-вероятно, ще предизвикат обратен ефект. Искане за огромна сила на духа, себerefлексия и голяма устойчивост, за да приемеш това и да намериш начин по който да продължиш да живееш заедно с болестта и въпреки нея. Но когато болестта засяга възприятията, разума, волята и способността за трезви

17

преценки, това постижение често се оказва трудно до невъзможност. Особено ако пациентът е пропит с негативни нагласи по отношение на хората с психични разстройства – тогава негативните нагласи се обръщат срещу него самия. Егото, застрашено от обезценяване, реагира с яростна съпротива срещу опитите на съзнанието да приеме истината. Отричането и омаловажаването са едни от най-честите механизми за съпротива на егото срещу осъзнаване на факта на психичната болест. Как тогава да се помага на хора, които отказват да признаят наличието на психично-здравен проблем? Как да се помогне на брат ви да продължи да функционира относително спокойно и доколкото е възможно, пълноценно? Това вече се случва – той получава помощ от родителите ви. И колкото и да им е трудно, много е възможно те да са приели това като своя житейска мисия. Грижата за брат ви да се е превърнала в техния собствен кръст, който те са избрали да носят докрай. Дали това е така или не, не става ясно от писмото ви. Но мога да предполагам с голяма степен на вероятност, че това е така, правейки паралел с множество други подобни случаи, които са ми известни. В случай, че родителите ви са приели и избрали да бъдат около брат ви, вие не можете да ги накарате да престанат да се грижат за него, да се оттеглят от този тежък ангажимент. Докато силите им позволяват. Да се грижат като посрещат и удържат, доколкото могат, раздразнителността му, враждебността му, страховете му, да настояват отново и отново той да се придържа към назначеното медикаментозно лечение, да убеждават, да насърчават, понякога дори да заплашват, но да въздействат и повлияват поведението му в желаната посока. Дали ще продължават да правят това или не е избор, който родителите ви сами ще направят за себе си. Единственото, което можете да направите вие е да се отнесете с разбиране и уважение към този избор какъвто и да е той. Дори и да решат да откажат да се грижат за брат ви като го лишат от подслон, храна и каквато и да било подкрепа. Защото и този избор е възможен и морално оправдан. Особено, ако усещат, че ресурсите им са напълно изчерпани и самите те са пред емоционален и физически разпад. Упреците от страна на лекарите, че родителите ви не се справят, са нищо повече от цинична проява на преживяване за безпомощност у самите лекари, което те не могат или не искат да признаят. По презумпция, лекарите психиатри са тънки познавачи на човешката душа и разполагат със знания и най-вече умения да установят контакт с всеки, колкото и странно да се държи, каквито и особености в мисленето и поведението да има. Това, че лекарите се опитват да прехвърлят отговорността за собствения си провал върху родителите ви не им прави чест. Честно би било да разговарят открито и да признаят собствената си безпомощност – ние не можем да го накараме да се лекува, вие също. Това са даденостите. Не се търсят виновни. Търси се изход. Търси се някой, човек или институция, която ще респектира брат ви до степен, той да се съобразява с неговите указания и препоръки. Ако такъв човек не съществува и силите на родителите ви са изчерпани, остават институциите на държавата, които са длъжни по закон да поемат тази отговорност – социални служби, полиция, прокуратура, съд, психиатрия. Това, което можете да направите вие, за да се освободите, поне частично, от напрежението, което носи отговорността, с която сте се нагърбила, е да говорите с родителите си за всички възможности, които стоят като избор пред тях. Не пред вас. Вие не сте длъжна с нищо на брат си. Вие имате един единствен дълг пред родителите си и той е да се грижите за себе си и да се опитате да бъдете щастлива. Ако вие успеете да постигнете това (което означава да се оттеглите в значителна степен от проблемите, свързани с брат ви и да оставите това бреме върху плещите на родителите си, ако те са избрали да правят това), то тогава ще допринесете в много по-голяма степен за добруването на родителите си, отколкото ако се откажете от своя живот и инвестирате цялата си енергия в мисли и грижи за тях и брат ви. Най-добрият начин, по който можете да се погрижите за близките си, е като се погрижите за себе си.

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Проблем:

Здравейте! Пиша относно поведението на дъщеря си, понеже много съм притеснена за нея. По принцип е затворена, малко така, има комплекси, че е пълничка и може би оттам тръгна всичко. Миналата година точно април месец забелязах, че не излиза никъде, не се интересува от нищо, изпокара се с приятелките си, раздели се с приятеля си (забравих да кажа, че е на 25 години, завършила е икономика), започна да се държи странно, да чува гласове, смееше се и такива налудничави моменти. Стъписахме се с баща ѝ и понеже сме от малък град, с големи уговорки отидохме в София на психиатър. Понеже тя отричаше, че е болна, отначало трудно започна лечението.

Предприети действия:

Лечение от една година е на ламиктал отначало имаше включен и респолукс около два месеца. Тя беше приета по програма „Еразъм“ и шест месеца беше в Испания, чувстваше се много добре, щастлива, но тук като се върна - дали защото е пролет - пак започнаха да се отключват тия депресивни епизоди, агресия към родителите, разконцентрираност... Вече една година е на ламиктал, чудим се дали да вземем още едно мнение при психиатър, дали е правилно лечението. Но нямаме още и диагноза засега... за пет посещения при психиатъра той не ни е казал с точност какво е заболяването.

Семейство:

Мога да кажа, че сме с дългогодишен брак, финансово добре, имаме и син, просто нормално семейство.

Приатели:

Познати има много, но поддържа връзка с поне 3-4 приятелки постоянно. Засега приятел няма.

Очаквания:

Просто искам да знам цял живот ли ще продължи това лечение, ако ни кажат диагноза БАР? Как ние да се държим към нея, дали може да я отделим самостоятелно да живее? Много съм притеснена за нея, не само аз и близките, и приятелките ѝ...

Отговор:

Здравейте,

Поставяте много важни и трудни въпроси. Специфичното в този случай е, че поставяте въпроси, които касаят здравословен проблем на дъщеря ви. Ще приема, че поставяте тези въпроси от нейно име. Част от тях и подобни въпроси са коментирани в други отговори, поставяни от други посетители на сайта, а също така и в някои от текстовете, публикувани в секцията „Библиотека“. Горещо ви препоръчвам да разгледате вече публикуваните отговори и други статии.

Тук аз ще коментирам по-подробно въпроса ви за необходимостта от второ мнение. По принцип, винаги е полезно да има второ мнение в случаи, които са диагностично неясни. Добрата клинична практика предполага обсъждане на всеки новодиагностициран случай поне с още един специалист, обикновено по-опитен и по-добре квалифициран от първия, който е осъществил първоначалния контакт и е извършил първоначалната клинична оценка. Такава практика съществува в някои психиатрични клиники. Пак по принцип, най-добре е второто мнение да бъде от психиатър, който не е зависим по някакъв начин от първия (такава зависимост е налице по подразбиране, ако работят заедно и/или са в йерархични служебни взаимоотношения, тоест единия е подчинен на другия или са в конкурентни позиции; съществува обаче и неформална зависимост, която не може да се подразбира от формалния контекст, но която може да повлияе значимо оценката, например ако двамата са близки приятели или пък са свързани чрез силни негативни емоции...). Обикновено независимите психиатри имат своя собствена частна практика. В идеалния случай би трябвало в публичното пространство да съществуват добри отзиви за тях, направени пряко от техни пациенти.

19

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

Добре, но чие мнение относно диагнозата и лечението да вземете предвид като достоверно, особено ако мненията на двамата психиатри се различават? Мнението, което заслужава доверие, е обоснованото мнение. Ако имате възможност да дискутирате въпросите, които ви вълнуват с психиатъра, ако имате неговото търпение и разбиране относно вашата несигурност и тревога, ако усещате неговата подкрепа в порива ви да търсите допълнителна информация, а също така и алтернативни обяснения и възможности за лечение, ако не усещате натиск да приемате неговите препоръки и становища като единствено верни и не се обижда от изразяването на съмнение и несигурност от ваша страна, то вие имате психиатър, на когото си струва да се доверите. Ако нямате това усещане, търсете друг.

Може ли да се провежда лечение без да е поставена диагноза? Разбира се, че не. Всяко лечение се предшества от диагностичен процес, който завършва с поставянето на диагноза. Тази диагноза може да има временен, работен характер, но все пак е диагноза. И лекарят е длъжен да съобщи на пациента своето мнение относно диагнозата (при условие, че пациентът поиска да узнае това). Пет срещи са повече от достатъчни, за да се проведе този диагностичен процес. Ако психиатърът отказва да обсъжда с пациента си диагностичните хипотези, които формулира в себе си, то няма как да се стигне до информирано съгласие за лечение. А без такова съгласие лечение не може да се проведе. Или ако се проведе, то ще е в разрез с етичните принципи и правила за добра клинична практика. Ако психиатърът има съмнение или несигурност относно диагнозата, той може да назначи временно, симптоматично лечение, от чиито резултати може да се направи косвено заключение за диагнозата. Друг подход в случай на несигурност е да се назначат поредица от консултации и изследвания, включително изследване с психологически тестове, проведено от клиничен психолог за по-прецизна психодиагностика, а също така да се назначат поредица от медицински изследвания и консултации с други медицински специалисти (например, изобразително изследване на главен мозък, изследване на ендокринологичен статус, консултация с невролог, ендокринолог и/или друг специалист). Едва след като този диагностичен процес приключи може да се помисли за започване на лечение (в ситуации на спешност този процес на диагностично уточняване е значително интензифициран и е добре да се провежда в клинична среда). Провеждане на продължително лечение (както е във вашия случай), назначено и водено от лекар, без поставена диагноза, е пример за лоша лекарска практика.

В заключение ще припомня, че право на пациента е да иска да получи информация за своето заболяване, а професионално задължение на лекаря е да му предостави такава информация – толкова изчерпателна, колкото е нужно на пациента за да вземе решение за провеждане или не на препоръчаното от лекаря лечение.

Накрая ще препоръчам на вас и дъщеря ви да прочетете два психообразователни текста, предназначени за непрофесионалисти, които съдържат информация на достъпен език за две от най-често диагностицираните сериозни психични разстройства и да видите дали ще съотнесете симптомите на дъщеря си към някое от тях. Дори това да не се случи, чрез тях ще имате основа, на която да стъпите и да формулирате въпросите си следващия път, когато поискате да обсъдите с лекаря диагнозата на дъщеря ви.

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Проблем:

Здравейте! Ще се опитам да бъда кратка, но изчерпателна. Майка ми е с диагноза параноидна шизофрения. Тя е на 61г., а първото ѝ влизане в болница, доколкото знам, е било, когато е била на 17. Оттогава е влизала в толкова много различни болници и по толкова много пъти, че всички вече я познават и отказват да я приемат. В момента живее заедно с баща ми, на село. Няма брак, но живеят на семейни начала от около 20-25 години. В момента моята майка е в страшна криза. Тормози баща ми, съседите и хората от селото. Обикаля по къщите, чупи прозорци, хвърля камъни, крещи по хората, ходи чисто гола по улиците и изобщо е много страшно. Всички обвиняват баща ми за нейната болест, защото по техни думи „тя не била такава преди“. Аз, като човек, който е израснал с тези двама души, много добре знам, че майка ми винаги си е била такава, но някога кризите ѝ просто бяха през по-голям период от време. А да не говорим, че има и черно на бяло доказателство от коя година е започнала да се лекува-година, в която дори не е познавала моя баща. Но това е друга тема. Майка ми се нуждае от постоянно настаняване за лечение. Говорили сме с полиция, с болници, но никой не поема отговорност и всеки се оправдава с „това не е наша работа“. В болниците, в които е била досега, отказват да я приемат. Тя също отказва да се лекува, твърди, че не е болна.

Жената е кожа и кости в момента, а циганите на село се опитват да я подучат да изгони баща ми от къщата. Лично съм чувала този разговор, можете ли да си представите... Жената наистина се нуждае от помощ, но нещата стават прекалено бавно. Има подадена жалба, след време ще има и дело, на което ще решат да я настанят принудително за лечение. След 6 месеца ще мине на комисия, ще я пуснат и всичко отначало. Това се е повтаряло безброй пъти. Аз съм в безизходица, наистина. Страхувам се, че докато всичките тези инстанции се мотаят, или майка ми ще нарани някого, или просто ще бъде намерена в някоя канавка и цялата история ще стане просто поредната сензация в новините. Нужно ли е да се стига до там?...

Очаквания:

Единственото, за което Ви моля е да ме запознаете с моите права, като роднина на човек с такова заболяване. Да ми обясните главните процедури за настаняване, като се има предвид, че аз не съм попечител на майка ми. Кметът на нашето село е неин попечител, защото аз нямах навършени 18 години, а братята и сестрите ми не искаха да се занимават. Буквално. Искам да знам има ли някакъв начин да се ускори процедурите и да се направи нещо?

Отговор:

Здравейте,

Първо искам да изразя съпричастността си към страданието на майка ви и цялото ви семейство! Ще се радвам, ако успея да бъда поне малко полезен в намирането на решение за вашите проблеми. Те, за съжаление, засягат голяма част от хората с тежки психични разстройства и техните близки. Също така за съжаление, без подкрепата на държавата, институциите и обществото като цяло, възможностите на роднините и самите пациенти за подобряване на сегашната ситуация не са особено големи. А всички знаем, че понастоящем държавата, нейните институции и обществото като цяло са в криза, размерите на която надхвърлят способността ни да ги обхванем в цялата им комплексност и дълбочина.

Но ето и моят отговор по същество...

Ваше право е да познавате добрите практики в грижите за хора с тежки и рецидивиращи психични заболявания (каквото е заболяването на майка ви). Ваше право е да сигнализирате отговорните институции за провала на системата да посрещне адекватно нуждите от помощ и грижа, произтичащи от заболяването на майка ви. Ваше право е да мобилизирате потенциала на общността си и чрез инструментите на гражданското общество да се опитвате да се борите със съществуващите лоши практики в същата тази „грижа“. Ваше право е да търсите и получавате разбиране и подкрепа от сънародниците си, да се сдружавате с други роднини и близки на хора с психични заболявания и заедно да се опитвате да промените съществуващите практики към по-добри. Ваше право е да давате гласност да усилият си и с

21

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

помощта на независими медии да разобличават лошите практики, на които се натъкват в опитите си да осигурят необходимите лечение и грижи за майка си. Ваше право е да бъдете непримирима и да настоявате, да изисквате институциите да предприемат необходимите мерки – законодателни и административни, насочени към промяна на сегашната ситуация, такава, каквато случаят на майка ви показва.

Що се отнася до отказа на близката психиатрична болница да хоспитализира майка ви, въпреки очевидните признаци за влошаване в психическото ѝ състояние, нека ви запозная с възможностите, които сегашното законодателство, и по-специално Законът за здравето, дава на лечебните заведения. Законът позволява и дава власт на лечебните заведения и медицинските екипи в тях да задържат (хоспитализират) и лекуват по спешност (без разпореждане на прокурор или съдебно решение в първите 24 часа) всеки, при който квалифициран специалист (лекар) е установил наличие на медицински показания за това, тоест наличие на остро или внезапно възникнало психично разстройство, налагащо оказване на незабавна медицинска помощ. Разпореждането за хоспитализация по спешност идва от ръководителя на лечебното заведение, към което е насочен пациентът. Друг е въпросът, че лекарите, респективно ръководителите на лечебни заведения, масово отказват да използват тази власт, дадена им от законодателя и да поемат отговорност за решенията си, като вдигат рамене в поза на заучена безпомощност и се оправдават със същия този закон. И понеже никой в България не уважава законите и не ги познава, хората приемат това за факт и започват да се възмущават от законите, а не от ръководителите на лечебните заведения, които отказват да упражнят дадената им от закона власт.

Спешно състояние е остро или внезапно възникнала промяна в здравето на човека, която изисква незабавна медицинска помощ (чл. 99 от Закона за здравето). Спешна помощ се оказва независимо от наличието или не на здравноосигурителни права по реда на задължителното здравно осигуряване. Според закона спешната помощ се финансира от държавата, а не от НЗОК.

Всяко лечебно заведение е длъжно да извърши възможния обем медицински дейности при пациент в спешно състояние независимо от неговото гражданство, адрес или здравноосигурителен статут. При невъзможност за осигуряване на необходимия обем дейности, ако състоянието на пациента позволява, той се настанява в най-близкото лечебно заведение, което разполага с необходимите условия за това. В случай на пренасяване на пациент от едно лечебно заведение в друго се прилагат всички медицински документи за извършени диагностични, консултативни и лечебни дейности, обобщени в епикриза. Не се допуска транспортиране на пациент, ако транспортът или свързаните с него обстоятелства водят до неоправдано висок риск за здравето и живота му.

Спешната психиатрична помощ е съвкупност от медицински правила и дейности, които се прилагат спрямо лица с очевидни признаци за психично разстройство, когато поведението или състоянието им представлява пряка и непосредствена опасност за собственото им здраве или живот или за здравето или живота на други лица. Спешна психиатрична помощ се оказва от централните за психично здраве, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, психиатричните отделения или клиники към многопрофилните болници и централните за спешна медицинска помощ. (чл.153 от ЗЗ)

Според чл. 154 на същия закон, когато състоянието на пациента налага продължаване на лечението след овладяване на спешното състояние, ръководителят на лечебното заведение взема решение лицето да бъде настанено временно за лечение за срок не по-дълъг от 24 часа, като уведомява незабавно близките на пациента за това. По изключение срокът по ал. 1 може да бъде продължен еднократно с не повече от 48 часа с разрешение на районния съдия. При необходимост от вземане на решение за провеждане на задължително лечение ръководителят на лечебното заведение незабавно внася в съда мотивирано искане за това, придружено със становище за психичното състояние на лицето, изготвено от психиатър.

Тоест, законът дава на лекарите не просто право, а ги задължава да оказват помощ винаги, когато е налице спешно състояние до неговото овладяване. Под „овладяване“ на спешното състояние следва да се разбира достигане на състояние, в което вече е малко вероятно да настъпят тежки и/или необратими усложнения или смърт поради състоянието на пациента. Проблемът тук е с установяването на „спешното“ състояние. Ако лекарят не иска (или не може) да поеме отговорност, то той няма да диагностицира „спешно“ състояние и ще освободи пациента с някакъв формален, псевдоклиничен или чисто административен аргумент.

В заключение, законът си е закон, а керванът си върви. Все пак всички ние, в ролята си на граждани, можем и трябва да опитваме да постигнем по-голямо съответствие между закона и отклоненията от него в

реалния живот. Ето защо лично вие, в качеството си на гражданин, имате право да сигнализиращите институциите, на първо място Министерството на здравеопазването, но също така Министерството на вътрешните работи, което отговаря за системата от спешни повиквания чрез тел. 112, Националния омбудсман, Комисията по здравеопазване към Народното събрание, Комисията за защита от дискриминация, различни правозащитни организации, национално представените пациентски организации, но също така и самата Европейска комисия. Разбира се, търсете съдействието на медиите за усилване на ефекта от вашите интервенции.

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Проблем:

Здравейте! Имам нужда от съвет относно лечението на майка ми, която страда от дълги години от параноидна шизофрения с промяна на личността. Години наред не беше лекувана, защото отказваше лечение и твърдеше, че не е болна. При първата си сериозна криза беше настанена в психиатрично заведение. След това до 2010 г. не е лекувана, тъй като близките ни не можахме да се справят със ситуацията. Тогава аз бях дете и не бях наясно с диагнозата. С времето нещата станаха нетърпими, състоянието ѝ стана хронично, не спеше, беше много агресивна, вършеше и говореше налудничави неща. През 2010 г., с помощта на моя приятелка, се свързах с една психиатърка. Тогава се интересувах дали има някакво лекарство под течна форма, защото тя винаги е отказвала да приема каквито да е лекарства. Разбрахме се да ѝ давам лекарството, респолепт, без нейно знание за кратко време, докато стабилизираме състоянието ѝ и успее да я убедя да отидем на лекар. Майка ми бързо се повлия положително от лекарството. С общи усилия с психиатърката, майка ми започна да приема по 2 мг респолепт дневно. Драстично се подобри поведението ѝ, но понякога забравяше да го пие или пък казваше, че не иска повече да го пие. Но, като цяло, с помощта на баба ми, която се грижи за нея, защото аз живея в чужбина, лечението вървеше нормално. След лечение около 2 години с респолепт, лекарката ни предложи да преминем към инжекционно лечение с ксеплион. Веднага след започване на лечението с ксеплион 75 мг месечно майка ми започна да се оплаква, че не може да върви. Започна да се появява промяна в поведението ѝ и след 20-я ден от инжекцията, затова дозата беше увеличена на 100 мг. Видимо не изглежда вдървена, но не успява да стигне по далеч от съседния блок. Понякога има малко подобрене успява да провърви по дълго разстояние. Напълно отчаяна е, повечето време прекарва в леглото. Ежедневно полага усилия да върви, но малко след това се прибира и обяснява, че не успява да стигне до никъде. Не успява да обясни какво точно чувства, единственото, което казва е „не мога да вървя, не мога да вървя.“ Това състояние още повече ограничава всекидневието ѝ. Като коректор, психиатърката изписа акинестат - дневно по една таблетка, и ривотрил при нужда. Майка ми казва, че не чувства подобрене относно вървенето. Това положение продължава вече втора година. Много бих искала да ѝ помогна, защото виждам колко е отчаяна. Тежко е не само за нея, но и за нас с баба ми. Като цяло не се е оплаквала от болки. Психиатърката няма отговор за състоянието ѝ, а многократно съм разговаряла с нея за това. Според нея по скоро е вид внушение, но аз не споделям мнението ѝ, защото познавам майка ми и не съм я виждала друг път така. По принцип е жизнерадостен човек и обича да се разхожда. Интересувала съм се дали може да променим лечението, но тя не намира за нужно.

Очаквания:

Имам нужда от съвет дали е възможно това ѝ състояние да е страничен ефект от ксеплион и дали други пациенти имат такива оплаквания. Смятате ли, че има смисъл да се пробва с друго лекарство, пак под инжекционна форма?

Отговор:

Здравейте,

Моята принципна позиция е, че ако едно лечение върви добре и състоянието на пациента е закрепено в състояние на пълна или частична ремисия (отсъствие на симптоми или наличие на минимални симптоми), не бива да се променя нищо. Разбира се, липсата на съдействие към лечението е формална индикация за замяна на лечение с лекарства, приемани през устата (перорално), с такива, прилагани инжекционно (парентерално). Във вашия случай обаче, семейната система е намерила начин да компенсира лошото съдействие от страна на майка ви към пероралното лечение. Може да се каже, че семейната система е била в състояние на относително стабилно равновесие. Всяка намеса в система, постигнала състояние на равновесие, постигнато трудно, носи риск от дебалансиране на системата като цяло. Ето защо, според мен, препоръката за замяна на пероралното лечение с инжекционно е била, може би формално обоснована, но по същество високорискова и като такава - необоснована. Нека приемем, че това е било опит да се оптимизира лечението и да се намали бремето за семейството в осигуряването на постоянство в поддържане на състоянието на ремисия чрез медикаментозно лечение. Опитът обаче е с негативен резултат – състоянието на пациентката е влошено. Независимо дали се наблюдава или не при други

24

пациенти подобни оплаквания при провеждане на лечение със същото лекарство, вашата майка има оплаквания, които тя свързва с провежданото лечение и тези оплаквания са устойчиви във времето, а също така не се повлияват от предприетите мерки да бъдат облекчени. Това е напълно достатъчно основание лечението да бъде преустановено и да се възобнови стария метод на лечение, при който подобни оплаквания не са били наблюдавани. И забележете - не да се търсят и опитват нови медикаменти, нови депо-форми на други антипсихотици - а да се възстанови старото лечение, при което е било постигнато състояние на ремисия. Принципната ми позиция е, че ако имаме доказателства за добър резултат от провеждане в миналото лечение, то трябва да се прилага именно това лечение, за което имаме такива доказателства, вместо да се експериментира с нови медикаменти. Всеки експеримент носи риск и той ще бъде за сметка на пациента и неговите близки, в случай че се окаже неуспешен. Вашият случай е точно такъв и според мен по-нататъшно експериментиране с нови лекарства е необосновано. Моето мнение е, че трябва да се възстанови старата схема на лечение и това да се случи в рамките на обсъждане на сегашната ситуация между психиатъра и майка ви, в който да стане ясно, че психиатърът чува и се съобразява с оплакванията на пациента си и ги възприема сериозно, а не ги омаловажава или дори отрича, с настояването си лечението да продължи без промяна, ВЪПРЕКИ оплакванията на пациента си. Това демотивира пациента и носи риск от разрушаване на доверието и връзката лекар-пациент. Съобразяването с оплакванията на пациента и с неговите предпочитания за провеждането на поддържащо лечение е предпоставка за повишаване на съдействието на пациента в лечението. Иначе става точно обратното и вместо да се изпишат вежди... Във вашия случай един разговор от страна на психиатъра с майка ви, в който той приема да се преустанови поддържащото лечение с инжекция именно поради оплакванията на майка ви и не възразява да се възстанови предходното лечение, ако то е предпочитаното от страна на майка ви и семейството не се противопоставя, ще допринесе за нарастване на доверието на майка ви към нейния лекар и е предпоставка за повишено съдействие към лечението. Нека не забравяме, че ефекта от провежданото лечение зависи в голяма степен на изградените терапевтични взаимоотношения между лекар и пациент и си струва да се инвестира в изграждането и поддържането на такива взаимоотношения. А това означава взаимно доверие, приемане и зачитане. Защото колкото и да е добро едно лекарство, ако пациентът няма доверие на лекаря, който му го предписва, то и най-доброто лекарство няма да помогне, просто защото пациентът няма да го взима.

ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ

Проблем:

Здравейте, бих желала да направя консултация за състоянието на мой близък приятел, който според мен показва симптоми на шизофрения. Познавам този човек от няколко години, правеше впечатление на весел и обичащ живота, но в същото време нямаше желание да се справя с ежедневните си задачи. Ходи на работа, весел и общителен е, но на моменти се затваряше и изпадаше в някаква апатия. Претърпял е инцидент, при който е бил ударен в главата преди може би пет или шест години, но не е имал проблеми. Оплаква се много от световъртеж, забравя неща, които са му казвани няколко пъти. Преди три години е починала съпругата му, после баща му и го е изживял тежко. През миналата година споделяше, че в социалните мрежи някой го следи и го заплашва, споделяше че намирал кутии от цигари на колата си и думите „Пушенето убива“ са заплаха за него и други подобни. Прекрати контактите си в социалните мрежи и се успокои. През тази година, във връзка с проблеми на работа, през февруари изпадна в стрес, обърна се към невролог, който му предписа стрезам и милгاما. Донякъде стресът отшумя, но после започнаха други здравословни проблеми, които лекува с антибиотици. Вероятно от отчаяние, че не може да се излекува, реши че върху него се експериментира с тайни технологии. В момента твърди, че или тези, които работят върху него ще го пратят в лудница, или ще мине на хемодиализа и ще се увреди напълно. Аз живея далеч от неговото родно място и се опитвам да го убедя да отиде на лекар, но не иска. Роднините му явно не се интересуват какво се случва с него, а той страда. Не знам дали заболяването е шизофрения или не, това може да каже само лекар, но се опасявам, че се задълбочава.

Предприети действия:

Опитвам се да го убедя да отиде на лекар, но не мога. Успях да го убедя да взема билкови успокоителни. Не знам дали е удачно да търся някой от роднините му, защото не ги познавам.

Семейство:

Родната майка е жива, но не го е отгледала тя, а баба му и втората съпруга на баща му. Живял е в семейството на баща си, който се е разделил с майката и той, на практика, се е запознал с майка си вече пълнолетен. Не поддържа с родната си майка отношения, казва че са „като приятели“ – разбирам го „като добри познати“. Създал семейство, но съпругата му е боледувала по време на цялото им съжителство от тежко бъбречно заболяване, починала преди 3 години на 38 години. Няма деца.

Приятели:

С мен поддържа връзка по телефона, засега споделя, но е много тежко. Поддържа отношения с няколко мъже близки приятели, с втората си майка-инцидентно, поне веднъж месечно.

Решаващи моменти:

Това не мога да отговоря, тъй като консултацията не е за мой проблем.

Работа:

За болния - повече от 20 години работи на едно място, от него знам, че имаше добри и приятелски отношения с повечето си колеги, което обаче се промени рязко по негово виждане през тази година. Когато съм питала да сподели какво лошо са му казали, кой го е обидил винаги отговаря, че директно никой не е казал нищо, но се подхвърля като интрига и той знаел, че се отнася за него.

Очаквания:

Очаквам да получа съвет как да постъпя, за да помогна на този човек. Моля да се има предвид, че живея много далеч от неговото местожителство, рядко го виждам и контактът ми е предимно по телефона.

Отговор:

Здравейте,

Страхувам се, че въпросът ви не е съвсем подходящ за специалист като мен. Ако изобщо съществува някъде някаква експертиза, свързана с личността на вашия приятел, тя е съсредоточена във вас и в другите хора от близкото му обкръжение – хората, които сте около и с него от дълго време, познавате го, усещате го, имате връзка с него отвъд видимото на повърхността, разбирате го от една дума, от един жест... Един формален експерт като мен вероятно би бил в състояние да постави диагноза, но какво от това? Как поставената диагноза би могла да помогне? Никак. Диагнозата не лекува. Лекуват отношенията, в рамките на които може да бъде препоръчана промяна в начина на живот, включително започване на лечение. По друг начин казано, за да бъде предписано лечение, което да се приеме от пациента, е нужно да бъдат изградени отношения на доверие между пациент и лекар. А това отнема време и изисква посвещаване и лична ангажираност от страна на лекаря. Особено трудно е да се случи това при хора с параноидна нагласа на ума. Там понякога минават години, преди да се изгради такава доверителна връзка между пациент и лекар, в рамките на която вече е възможно да бъде препоръчано лечение и е по-вероятното то да бъде прието от пациента. Ето защо, дори да допуснем, че вашият близък се съгласи да се срещне с лекар, който да диагностицира състоянието му и да предпише медикаменти, с помощта на които теоретично би било възможно да се облекчат съмненията и тревогите му, то е практически много малко вероятно той да провежда такова лечение, предписано в рамките на еднократна консултация.

И понеже вие сте в ролята на човек, чрез който помощта може да стигне до вашия близък, позволете ми да ви дам няколко общи съвета, чрез които се надявам да подсиля експертността ви по този случай:

За да повишите мотивацията на вашия близък да се консултира с психиатър, е важно да не използвате думи като „шизофрения“, „психична болест“ или „психично разстройство“, които са натоварени с твърде много скрити негативни значения, предизвикващи спонтанен рефлекс на отдръпване. Вместо тях използвайте думи като „страдание“, „затваряне в себе си“, „стрес“, а защо не и „депресия“ – всички те са достатъчно верни и реалистично описват случващото се с вашия близък – това би могло да му помогне да приеме и признае наличието на проблем, с който му е трудно да се справи сам.

Мислете и говорете за лекарите не като за медицински специалисти, които поставят диагнози, а като за хора, които се опитват да помагат на други хора, преживяващи труден момент в живота си. Мислете и говорете за психиатрите като за помагачи професионалисти, които се опитват да помогнат да своите пациенти да си отговорят на поредицата от въпроси, които стоят пред тях - Какво е това, което се случва с мен? Защо се случва това и защо точно сега? Мога ли нещо да направя и какво, за да се почувствам по-добре?

Мислете и говорете за психиатрите, като за специалисти, които могат да препоръчат лечение, но не и да принудят пациентите си да провеждат такова – психиатрите не лекуват, те само дават насоки за лечение и консултират пациентите си, когато те, пациентите, са започнали да СЕ лекуват, приемайки препоръките на доверените си лекари. Пациентите не са обекти на терапевтични интервенции, те са субектите в лечебния процес, чийто обект е страданието/болестта. Лекарите (медицинските сестри, психолозите, социалните работници) служат за да подпомагат и усилват пациентите в опитите им да се справят с трудностите и изпитанията, пред които проблемите със здравето им ги поставят.

И най-накрая, важно е всички, с които вашият близък е в контакт, за започнат да мислят и говорят с него за възможността той да се консултира с психиатър по този начин, по който мислите и говорите самата вие. Иначе казано – да има консистентност и кохерентност на посланията, отправяни към него. Противоречивите послания (един казва едно, друг – обратното) са възможно най-вредния тип комуникация, в която той може да бъде въввлечен. И понеже вие сте човекът, през който промяната в начина на мислене и говорене може да се случи, то горещо ви насърчавам да говорите обилно и напоително, колкото силите и възможностите ви позволяват, с всички добронамерени и загрижени хора от обкръжението на вашия приятел.

27

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

ПРОЦЕДУРИ

НАСТАНЯВАНЕ НА ПРИНУДИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Понякога лекарите дават препоръки за провеждане на принудително лечение. Това се случва, когато възможностите за домашно лечение и осигуряване съдействието на пациентите за неговото провеждане, са преценени като нулеви или твърде малки.

Ето какво можете да се направите конкретно от близките на пациента, за да се осъществи такова лечение... Някой роднина или добронамерен и загрижен съсед трябва да напише изложение до районната прокуратура (според закона само прокурор може да поиска от съда български гражданин да бъде настанен принудително на лечение). В това изложение следва да бъде описано проблемното поведение на пациента, като се сложи акцент върху онези прояви, с които той/тя директно заплашва здравето и живота си (ако има такива прояви) или здравето и живота на околните (ако има такива прояви) и да бъде поискано съдействие от страна на районния прокурор за настаняване на пациента на задължително лечение. Цялата процедурата е описана в Закона за здравето, чл. 155-165. Добре е към изложението да се приложат копия от медицински документи, ако има такива (амбулаторни листове, епикризи, рецепти и протоколи за лекарства), които да валидизират твърдението, че пациента страда от психично разстройство.

Ако даден човек, който страда от психично разстройство изпадне в състояние на тежка психична криза, съпроводена с изразени нарушения на поведението (възбуда, невъзможност за самоконтрол, агресивно или автоагресивно поведение и други), то в този случай може да се потърси съдействие бърза медицинска помощ чрез тел. 112. Медицинските специалисти, заедно с помощта на полицията (ако се налага такава помощ) могат да задържат принудително страдащия за оказване на спешна медицинска (психиатрична) помощ в специализирано лечебно заведение, въз основа на чл. 153 от Закона за здравето.

Това означава, че спешна психиатрична помощ се оказва независимо дали пациентът е съгласен или не да получи такава. Затова обаче е нужна преценка на лекар. Обикновено този лекар е лекарят от Бърза помощ, който се предполага, че има компетентност да оцени наличие на спешно психиатрично състояние (нещо, което, уви, практиката непрекъснато опровергава в една или друга степен). Но да предположим, че страдащият е бил закаран до лечебно заведение, в което му е била оказана спешна психиатрична помощ. Ако след овладяване на спешното състояние (обикновено в рамките на няколко часа) се налага продължаване на лечението, ръководителят на лечебното заведение може самостоятелно, еднолично да вземе решение за временно настаняване на лечение на пациента в същото лечебно заведение, в което му е била оказана спешната помощ. Този срок не може да бъде по-дълъг от 24 часа и ръководителят на лечебното заведение, който е взел решение за задържане на пациента с оглед провеждане на лечение е длъжен да уведоми близките на лицето за това. Иначе казано, законът дава право на лекарите да провеждат лечение в лечебно заведение в условия на спешност до 24 часа, независимо от волята на пациента. Практиката обаче показва, че ръководителите на лечебни заведения рядко поемат такава отговорност – или поради некомпетентност, или поради незаинтересованост, или поради страх да не поемат отговорност и да не могат да бъдат съдени след това за превишаване на правомощията им, а често пъти и поради липса на стройна организация в лечебните заведения, в които е закаран пациента и създаване на предпоставки за голяма субективност в преценките на дежурните лекари и отсъствие на ясни регламенти и стандарти за поведение в подобни ситуации. Предпоставка за тези практики е липсата на какъвто и да било контрол от страна на държавната здравна администрация и гражданския сектор. Това, което всеки близък и роднина на човек в психична криза може да правите, обаче, е да настоява болният се ползва от правата си на гражданин и пациент и да получи спешна психиатрична помощ всеки път, когато състоянието му налага това. Ако това не се е случило въпреки „очевидните признаци на психично разстройство“, то всеки е овластен от закона да напишете жалба до институциите, които са били длъжни да реагират в ситуация на спешност, но по една или друга причина не са го направили. Тези институции са:

- Центъра за бърза медицинска помощ или друго лечебно заведение, лекар от което е влязъл в първоначален контакт с пациента;
- Регионалната здравна инспекция;

28

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

- Министерството на здравеопазването;
- Районното полицейско управление;
- Районната прокуратура;
- Районния център 112 и Дирекция „Национална система 112“ към МВР.

Също така, в ситуации на отказ на службите да се ангажират със случая е добре да бъде търсено съдействието на някоя от национално представените пациентски организации или правозащитни организации, развиващи дейност и в областта на здравеопазването, както и на медиите.

ПРОЦЕДУРИ

НАСТАНЯВАНЕ В ЗАЩИТЕНО ЖИЛИЩЕ

Условията и реда за ползване на социални услуги в общността (включително услугата „Защитено жилище“) предполагат подаване на писмена молба от лицето, което ще ползва услугата до директора на дирекция „Социално подпомагане“ по настоящ адрес. Към молбата се прилагат следните документи:

- копие от документ за самоличност;
- копие от личен амбулаторен картон, при наличие на такъв;
- копие от решение на ТЕЛК;
- декларация – данни за семейно състояние и доходи.

По всяка постъпила молба се извършва „социална оценка на потребностите на лицето от социални услуги“ и се изготвя „доклад-предложение“. Въз основа на доклада се издава „заповед за предоставяне ползването на социалната услуга“.

Доставчикът на социални услуги е длъжен да предостави на потребителите на услугата проект за договор, описание на предоставяната социална услуга, опита и квалификацията на персонала, условията и правилата за ползване на услугите.

В защитеното жилище се извършва оценка на нуждите на всеки потребител и се изготвя индивидуален план, който се оценява на всеки шест месеца.

За ползване на услугите в защитеното жилище се заплаща такса, съгласно Тарифа за таксите за социалните услуги, финансирани от републиканския бюджет (за услугата „защитено жилище“ таксата е в размер на 50% от доходите на лицето). Наличието на недвижима собственост не е пречка за ползване на социални услуги в общността.

За да може, обаче, молбата да бъдат приета за валидна, тя трябва да бъде подписана лично от лицето, при положение, че не е с ограничени граждански права (не е поставено под ограничено или пълно запрещение). Ако е поставено под ограничено запрещение и има определен попечител, документите трябва да бъдат подписани освен от лицето и от попечителя. Ако е поставено под пълно запрещение, молбата трябва да бъде подписана от неговия настойник. Ако лицето не желае да напусне дома си и отказва да подаде заявление за настаняване в защитено жилище, то тази възможност остава неприложима, докато не промени решението си (или докато не бъде поставен под пълно запрещение и не му бъде определен настойник, който да се грижи за него и да го представлява пред институциите).

По всички въпроси, свързани с кандидатстване за получаване на социални услуги в общността, съдействие оказват експертите към местната дирекция „Социално подпомагане“.

ЗАКОНОДАТЕЛСТВО

ТАРИФА ЗА ТАКСИТЕ ЗА СОЦИАЛНИТЕ УСЛУГИ, ФИНАНСИРАНИ ОТ РЕПУБЛИКАНСКИЯ БЮДЖЕТ

В сила от 01.01.2003 г.
Приета с ПМС № 91 от 21.04.2003 г.

Обн. ДВ. бр.40 от 29 Април 2003г., изм. ДВ. бр.55 от 17 Юни 2003г., изм. ДВ. бр.13 от 17 Февруари 2004г., изм. ДВ. бр.97 от 2 Ноември 2004г., изм. ДВ. бр.54 от 4 Юли 2006г., изм. ДВ. бр.58 от 27 Юни 2008г., изм. ДВ. бр.58 от 29 Юли 2011г.

Чл. 1. С тарифата се определят размерът на таксите за социалните услуги в дейностите "държавна отговорност", финансирани от републиканския бюджет чрез бюджетите на общините, лицата, които заплащат такси, и редът за събирането им.

Чл. 2. (1) (Изм. - ДВ, бр. 55 от 2003 г., изм. - ДВ, бр. 97 от 2004 г., в сила от 01.11.2004 г., изм. - ДВ, бр. 54 от 2006 г., изм. - ДВ, бр. 58 от 2008 г., в сила от 27.06.2008 г.) Размерът на таксите се определя в процент от дохода на лицата, които ползват социални услуги, както следва:

1. в домовете за възрастни с умствена изостаналост - 80 на сто;
2. в домовете за стари хора - 70 на сто;
3. в домовете за възрастни хора с психични разстройства - 80 на сто;
4. в домовете за възрастни хора с физически увреждания - 70 на сто;
5. в домовете за възрастни хора със сетивни нарушения - 70 на сто;
6. в социалните учебно-професионални центрове - 50 на сто;
7. в дневните центрове - 30 на сто;
8. за седмична услуга в дневните центрове - 50 на сто;
9. в домовете за възрастни хора с деменция - 80 на сто;
10. в защитените жилища - 50 на сто;
11. (В сила от 01.01.2009 г.) в преходните жилища - 50 на сто;
12. (В сила от 01.01.2009 г., изм. - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) в наблюдаваните жилища - 30 на сто;
13. в центровете за временно настаняване - 30 на сто;
14. в звената "Майка и бебе" - 30 на сто;
15. в центровете за настаняване от семеен тип - 50 на сто;
16. (нова - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) Център за социална рехабилитация и интеграция - 5 на сто.

(2) (Нова - ДВ, бр. 97 от 2004 г., в сила от 01.11.2004 г., изм. - ДВ, бр. 58 от 2008 г., в сила от 27.06.2008 г.) Лицата, които са навършили 18-годишна възраст, с изключение на тези, които учат, до завършване на средно образование, но не по-късно от навършване на 20-годишна възраст, и продължават да ползват социални услуги в домовете за деца, заплащат такса в размер 50 на сто от дохода си.

(3) (Нова - ДВ, бр. 54 от 2006 г.) Ветераните от войните, които ползват социални услуги в специализираните институции, заплащат такса в размер, определен съгласно чл. 4, т. 5 от Закона за ветераните от войните, и чл. 16, ал. 2 от Правилника за прилагане на Закона за ветераните от войните, приет с Постановление № 168 на Министерския съвет от 1999 г. (обн., ДВ, бр. 75 от 1999 г.; изм. и доп., бр. 112 от 1999 г., бр. 29 от 2000 г., бр. 61 от 2001 г.; Решение № 6288 на Върховния административен съд от 2001 г. - бр. 73 от 2001 г.; изм., бр. 38 от 2002 г.).

(4) (Предишна ал. 2, изм. - ДВ, бр. 97 от 2004 г., в сила от 01.11.2004 г., предишна ал. 3, изм. - ДВ, бр. 54 от 2006 г.) Определените по реда на ал. 1 - 3 такси не могат да надвишават действителните месечни разходи за издръжка на едно лице.

31

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

(5) (Нова - ДВ, бр. 54 от 2006 г., доп. - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) Такса в размер на действителните месечни разходи за издръжка на едно лице, настанено в специализирана институция или социална услуга в общността - резидентен тип, заплащат лицата, които:

1. имат вземания, влогове, дялови участия и ценни книжа, чиято обща стойност надхвърля 500 лв.;
2. имат сключен договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане;
3. (изм. - ДВ, бр. 58 от 2008 г., в сила от 27.06.2008 г., доп. - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) са прехвърлили срещу заплащане собствеността върху недвижим имот и/или идеални части от него през последните 5 години и общата стойност на сделките надвишава 60-кратния размер на гарантирания минимален доход за съответния период;
4. (изм. - ДВ, бр. 58 от 2008 г., в сила от 27.06.2008 г.) са прехвърлили чрез договор за дарение собствеността върху недвижим имот и/или идеални части от него през последните 5 години.

Чл. 3. (1) Таксите за социалните услуги се заплащат от лицата, които ги ползват, с изключение на:

1. (изм. - ДВ, бр. 58 от 2008 г., в сила от 27.06.2008 г.) децата до 18-годишна възраст и до завършване на средно образование, но не повече от 20-годишна възраст;
2. (изм. - ДВ, бр. 54 от 2006 г., доп. - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) лицата, които нямат доходи и влогове;
3. (доп. - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) лицата, настанени в приюти и в кризисни центрове;
4. (нова - ДВ, бр. 55 от 2003 г., изм. - ДВ, бр. 58 от 2008 г., в сила от 27.06.2008 г.) лицата от 18- до 21-годишна възраст, настанени в центрове за временно настаняване след напускането на специализирана институция за предоставяне на социални услуги;
5. (нова - ДВ, бр. 54 от 2006 г.) лицата, дарили недвижимата собственост в полза на държавата или общините с цел развитие на социални услуги.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 55 от 2003 г., изм. - ДВ, бр. 54 от 2006 г.) Издръжката на лицата по ал. 1, т. 1 - 5 е изцяло за сметка на републиканския бюджет.

Чл. 4. (1) Таксите се събират от определените длъжностни лица в съответните институции за социални услуги и се внасят по бюджетната сметка на Министерството на труда и социалната политика до 25-о число на месеца, следващ месеца, за който се дължат.

(2) (Отм. - ДВ, бр. 13 от 2004 г.)

(3) (Нова - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) В платежното нареждане задължително се изписва периодът, за който се отнасят таксите, и видът на съответната услуга, за която са платени.

(4) (Нова - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) До 30-о число на месеца, следващ месеца, за който се дължат таксите, всеки доставчик на социална услуга представя пред Фонд "Социална закрила":

1. копие от платежно нареждане;
2. рекапитулация по образец съгласно приложението.

Допълнителни разпоредби

§ 1. "Доход" по смисъла на тарифата са всички доходи на лицето, с изключение на:

1. (изм. - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) добавката по чл. 103 от Кодекса за социално осигуряване;
2. еднократно изплащаните допълнителни суми към пенсиите по решение на Министерския съвет;
3. еднократните компенсации към пенсиите или извънредните пенсии;
4. добавките към пенсията на ветераните, доброволците и пострадалите, взели участие в Отечествената война, и на пострадалите при изпълнение на мисиите във военни контингенти на Организацията на обединените нации;
5. допълнителната месечна компенсация към пенсиите на навършилите 75- или 80-годишна възраст;
6. (нова - ДВ, бр. 97 от 2004 г., в сила от 01.11.2004 г.) добавката към пенсиите по чл. 9 от Закона за политическа и гражданска реабилитация на репресирани лица;
7. (предишна т. 6 - ДВ, бр. 97 от 2004 г., в сила от 01.11.2004 г.) сумите, които лицата, настанени в домове за социални услуги, получават като възнаграждение в трудовотерапевтичен процес;
8. (нова - ДВ, бр. 54 от 2006 г.) месечните добавки и целеви помощи, получавани по Закона за интеграция на хората с увреждания;
9. (нова - ДВ, бр. 54 от 2006 г., доп. - ДВ, бр. 58 от 2008 г., в сила от 27.06.2008 г.) стипендии и финансовите средства за джобни разходи, получавани по реда на Постановление № 207 на Министерския съвет от 1994 г. за условията за получаване на стипендии от учениците след завършване на основното образование (обн., ДВ, бр. 83 от 1994 г.; изм. и доп., бр. 63 от 1995 г., бр. 5 от 1999 г., бр. 15 от 2000 г., бр. 8 от 2001 г., бр. 5 от 2002 г., бр. 11 от 2003 г. и бр. 31 от 2008 г.);
10. (нова - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.) помощите, отпуснати на основание чл. 6, 7, 8, 8д и 10а от Закона за семейни помощи за деца.

§ 1а. (Нов - ДВ, бр. 54 от 2006 г.) "Действителни месечни разходи" по смисъла на тарифата са: месечните разходи за храна, постелен инвентар и облекло, перилни и хигиенни материали, разходи за разнасяне на храната, както и съответната част от общите разходи за електрическа и топлинна енергия, вода, канализация и битови отпадъци, намалени с даренията и завещанията от местни и чуждестранни физически и юридически лица.

Заклучителни разпоредби

§ 2. Тарифата се утвърждава на основание чл. 17, ал. 2 от Закона за социално подпомагане.

Приложение към чл. 4, ал. 4, т. 2 (Ново - ДВ, бр. 58 от 2011 г., в сила от 29.07.2011 г.)

Наименование на съответната социална услуга, капацитет и адрес	№ и дата на платежното нареждане	Сума на събраните такси за съответния месец	Сума на събраните такси през месеца за стари периоди	Размер на несъбраните такси (с натрупване)

Подпис на длъжностното лице,
изготвило рекапитулацията:
Дата:

Подпис на доставчика:

Печат:

ЗАКОНОДАТЕЛСТВО

ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО

Глава пета ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

Раздел II Задължително настаняване и лечение

Чл. 155. На задължително настаняване и лечение подлежат лицата по чл. 146, ал. 1, т. 1 и 2, които поради заболяването си могат да извършат престъпление, което представлява опасност за близките им, за околните, за обществото или застрашава сериозно здравето им.

Чл. 156. (1) Задължителното настаняване и лечение на лицата по чл. 155 се постановява с решение от районния съд по настоящия адрес на лицето, а в случаите по чл. 154 - от районния съд по местонахождението на лечебното заведение.
(2) (Изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) Задължителното лечение се осъществява в лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ и центрове за психично здраве, в психиатрични отделения или клиници на многопрофилните болници и в лечебни заведения за специализирана психиатрична извънболнична помощ.

Чл. 157. Задължителното настаняване и лечение може да бъде поискано от прокурора, а в случаите на чл. 154, ал. 3 - и от ръководителя на лечебното заведение.

Чл. 158. (1) Съдът изпраща преписи от искането за задължително настаняване и лечение на лицето, чието настаняване ще се разглежда. Лицето може в 7-дневен срок да направи възражение и да посочи доказателства.
(2) Съдът разглежда делото в открито заседание с участието на лицето в 14-дневен срок от постъпване на искането.
(3) Когато е дадено разрешение от районния съдия по реда на чл. 154, ал. 2, съдът разглежда делото незабавно, като в този случай ал. 1 не се прилага. Преписите се връчват в съдебното заседание, а ръководителят на лечебното заведение осигурява явяването на лицето.
(4) Участието на психиатър, защитник и прокурор е задължително.
(5) Лицето, чието настаняване се иска, трябва да бъде разпитано лично и ако възникне необходимост, се довежда принудително. Когато здравословното състояние на лицето не позволява да се яви в съдебното заседание, съдът е длъжен да придобие непосредствено впечатление за неговото състояние.

Чл. 159. (1) Съдът назначава съдебно-психиатрична експертиза, когато установи, че е налице някое от обстоятелствата по чл. 155 и след изслушване на психиатър относно вероятното наличие на психично разстройство на лицето. Съдът определя формата на провеждане на експертизата - амбулаторна или стационарна.
(2) Съдът определя лечебното заведение и вещото лице за провеждане на експертизата, както и срока за извършването ѝ, който не може да е по-дълъг от 14 дни, и насрочва следващото заседание по делото, което се провежда не по-късно от 48 часа след завършване на експертизата.
(3) Ако срокът, определен за извършване на експертизата, се окаже недостатъчен, по изключение съдът може в открито заседание да го удължи еднократно, но с не повече от 10 дни. В този случай съдът отлага със същия срок и насроченото заседание по ал. 2.
(4) Ако съдът установи, че не са налице обстоятелствата по чл. 155 или не се установи след изслушване на психиатър наличие на психично разстройство на лицето, съдът прекратява делото.

Чл. 160. (1) (Доп. - ДВ, бр. 45 от 2011 г., в сила от 14.06.2011 г.) Съдебно-психиатричните експертизи по чл. 159, ал. 1 се провеждат по ред, определен с наредба на министъра на здравеопазването и министъра на правосъдието.

(2) По време на провеждането на експертизата не се провежда лечение, освен при спешни състояния или след изразено информирано съгласие от лицето.

(3) Едновременно с експертизата вещото лице дава становище за способността на лицето да изразява информирано съгласие за лечение, предлага лечение за конкретното заболяване и препоръчва лечебни заведения, в които то може да се проведе.

Чл. 161. (1) Определението на съда за прекратяване на делото или за назначаване на експертизата подлежи на обжалване с частна жалба или протест в тридневен срок. Обжалването спира провеждането на експертизата освен ако съдът постанови друго.

(2) Окръжният съд се произнася в открито заседание. Неявяването на лицето без уважителни причини не е пречка за разглеждане на делото.

Чл. 162. (1) След като изслуша лицето относно заключението на съдебно-психиатричната експертиза, съдът се произнася по делото с решение въз основа на събраните доказателства.

(2) С решението съдът се произнася по необходимостта от задължително настаняване, определя лечебното заведение, както и наличието или липсата на способност на лицето за изразяване на информирано съгласие. Съдът определя срока на настаняването и лечението, както и формата на лечението - амбулаторно или стационарно.

(3) Когато приеме липса на способност на лицето, съдът постановява задължително лечение и назначава лице от кръга на близките на болния, което да изразява информирано съгласие за лечението. При конфликт на интереси или при липса на близки съдът назначава представител на общинската служба по здравеопазване или определено от кмета на общината лице по седалището на лечебното заведение, което да изразява информирано съгласие за лечението на лицето.

Чл. 163. (1) Решението на съда може да се обжалва от заинтересованите лица в 7-дневен срок от постановяването му. Окръжният съд се произнася в 7-дневен срок с решение, което не подлежи на обжалване.

(2) Обжалването на решението за задължително настаняване и лечение спира неговото изпълнение, освен ако първата или въззивната инстанция постанови друго.

Чл. 164. (1) Задължителното лечение се прекратява с изтичането на срока, за който е постановено, или с решение на районния съд по местонахождението на лечебното заведение.

(2) На всеки три месеца въз основа на представената от лечебното заведение съдебно-психиатрична експертиза районният съд по местонахождението на заведението служебно се произнася с решение за прекратяване на задължителното настаняване и лечение или за продължаване на задължителното настаняване и лечение по реда на чл. 158, 159, 160 и 161.

(3) При отпадане на предпоставките за задължително настаняване и лечение, преди да е изтекъл определеният срок, задължителното настаняване и лечение могат да бъдат прекратени от съда по искане на лицето, прокурора или ръководителя на лечебното заведение.

Чл. 165. (1) Доколкото в този раздел не се съдържат специални правила, се прилагат разпоредбите на Наказателно-процесуалния кодекс.

(2) Влязлото в сила решение за задължително настаняване и лечение, както и определението на съда за назначаване на съдебно-психиатрична експертиза се привеждат в изпълнение от съответните лечебни заведения при необходимост със съдействието на органите на Министерството на вътрешните работи.

АНАЛИЗИ

ПСИХИЧНО-ЗДРАВНИ УСЛУГИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА СОФИЯ-ГРАД

Системата за опазване и укрепване на психичното здраве в България е ангажимент основно на две от системите за обществена подкрепа: здравната и социалната. Грижата и дейностите, насочени към хората с психични разстройства са делегирани на институции на национално ниво - Министерство на здравеопазването (МЗ) и Министерство на труда и социалната политика (МТСП) и на регионално равнище (общини). Организацията в здравната система, които имат ангажимент към хората с психични разстройства са различен тип лечебни заведения за специализирана психиатрична помощ – центрове за психично здраве (бивши диспансери), психиатрични клиники и отделения към многопрофилни и университетски болници, специализирани държавни психиатрични болници, частни психиатрични практики (възникнали като частна инициатива, без държавно участие), неправителствени организации. В социалната система специализирани грижи за хората с тежки психични разстройства полагат дирекциите за социално подпомагане към Агенция за социално подпомагане (АСП), общинските структури „Социални дейности“. Основната предпоставка тук е, че чрез добре организирана мрежа от национални и местни структури и с помощта на организации от неправителствения сектор, хората с психични увреждания ще получат този комплекс от грижи, който ще им позволи да водят „интегриран живот в общността“.

Съществуват три основни компонента на системата за опазване и укрепване на психичното здраве в София:

I. Болнично лечение, осъществявано в 6 лечебни заведения, които разполагат с общо 340 места (легла) за стационарна психиатрична помощ.

II. Извънболнично (амбулаторно) лечение, осъществявано в множество индивидуални психиатрични практики, десет групови психиатрични практики, в психиатрични кабинети към медицински центрове и диагностично-консултативни центрове (виж справката в приложените таблици).

III. Психосоциална рехабилитация и социална (ре)интеграция, осъществявана в дневни центрове, центрове за социална рехабилитация и интеграция, защитени жилища и други форми на социални услуги в общността (виж базата данни)

В първите два компонента се разпределят основно медицински тип услуги, а в третия – социален тип услуги. Този анализ ще акцентира върху медицинския тип услуги, доколкото изготвената по настоящия проект база данни съдържа достатъчно подробна информация за социалния тип услуги, насочени към хората с психични разстройства.

БОЛНИЧНА ПОМОЩ

На територията на Столична община функционират няколко типа лечебни заведения, в които се осъществяват болнични грижи за пациенти с психични разстройства и увреждания. Държавна психиатрична болница „Св. Иван Рилски“ с капацитет 130 легла. Болницата е изцяло държавна собственост и се финансира от държавния бюджет. Заведението представлява вторичен

36

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

разпоредител на бюджетни средства и е под прякото управление на МЗ. Болницата се намира на територията на Столична община и макар че последната няма участие в управлението, като в болницата се приемат пациенти от всички райони на град София. Съгласно наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ от 2 юни 2006 година в болницата постъпват за лечение и хора от цяла България. Психиатрична клиника към университетска многопрофилна болница за активно лечение „Александровска“. Клиниката разполага с 60 легла, разположени в 2 отделения. Към „Александровска болница“ функционира и специализирана детско-юношеска психиатрична клиника със стационар. В логиката на посочената по-горе наредба в лечебното заведение се приемат пациенти без ограничения в адресната регистрация. Център за психично здраве. Към центъра съществуват две отделения за стационарна психиатрична помощ и е разкрит дневен център за хора с психични заболявания, като от скоро е разкрито и отделение по детско-юношеска психиатрия. В сградата на Центъра за психично здраве „Проф. Никола Шипковенски“ през 2008 година е разкрит общински дневен център за хора с психични увреждания, който предоставя социални услуги – делегирана от държавата дейност. Към диспансера функционира единственото на територията на столицата спешно отделение, което извършва дейности, свързани с оказване на спешна психиатрична помощ и транспортиране на пациенти. ЦПЗ „Проф. Н. Шипковенски“ е общинско търговско дружество, собственост на Столична община, но се финансира едновременно от нея и от държавата по линия на договорни отношения с МЗ. Към университетска специализирана болница за активно лечение по неврология и психиатрия „Св. Наум“ (4 км.) се разполагат две психиатрични клиници с капацитет от 60 легла. Болницата приема без ограничение в адресната регистрация. Психиатричните отделения се финансират от по методика за финансиране на преминали психиатрични пациенти от бюджета на МЗ. Освен посочените държавни, общински и университетски заведения, жителите на София имат възможност да получат психично-здравна помощ и от частни психиатрични практики, както и от ведомствени служби на МВР и МО.

Разпределението на леглата в лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ е както следва:

1. Държавна психиатрична болница „Св. Иван Рилски“ – Нови Искър (130 легла)
2. Университетска многопрофилна болница за активно лечение (УМБАЛ) „Александровска“ (55 легла)
3. Многопрофилна болница за активно лечение по неврология и психиатрия (МБАЛНП) „Св. Наум“ (60 легла)
4. Център за психично здраве (ЦПЗ) „Проф. Никола Шипковенски“ (35 легла)
5. Военно-медицинска академия (25 легла)
6. Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм – Суходол (35 легла)

ИЗВЪНБОЛНИЧНА (АМБУЛАТОРНА) ПОМОЩ

Амбулаторна помощ се предоставя освен от лечебните заведения за амбулаторна помощ (индивидуални и групови практики за специализирана психиатрична помощ, медицински центрове, медико-дентални центрове и диагностично-консултативни центрове), също така и от лечебни заведения за болнична помощ (чрез техните диагностично-консултативни блокове и отделения без легла), а същото та и от центровете за психично здраве, които предоставят разнообразна по своя характер психиатрична помощ. В този смисъл делението на лечебните заведения на такива, предоставящи болнична помощ и такива, предоставящи извънболнична (амбулаторна) помощ е условно, още повече, че фигурира и категория „други“ (в която

категория попадат като центрoвете за психично здраве), спрямо които това деление е неприложимо. Объркването става още по-голямо като се има предвид, че на някои от лечебните заведения за извънболнична помощ е разрешено разкриване на легла. Все пак, единствените лечебни заведения, които са строго за извънболнична психиатрична помощ са специализираните индивидуални и групови практики, създадени ръководени от лекари-психиатри.

В София има 64 лечебни заведения, сключили договор със Столичната здравно-осигурителна каса, които предоставят специализирана психиатрична помощ по реда на задължителното здравно осигуряване в рамките на НРД-2015. Само три от десетте групови практики за специализирана извънболнична психиатрична помощ предоставят услуги по реда на задължителното здравно осигуряване. Общо 100 психиатри работят по договор със здравната каса, като 11 от тях са в груповите практики, 17 в индивидуални практики, 26 в медицински центрове и медико-дентални центрове и 46 в диагностично-консултативни центрове. Четерима лекари със специалност по детска психиатрия работят по договор със здравната каса в София – трима в ДКЦ „Александровска“ и един в МЦ „Детско здраве“. Общият брой психиатри, които под една или друга форма практикуват професията си активно и консултират пациенти в амбулаторни кабинети се преценява на минимум 150 психиатри. Не съществува достъпен регистър, подържан от структура на официалната държавна администрация, който да осигурява актуална и вярна информация за регистрираните психиатри, притежаващи разрешение за практикуване на професията на територията на страната, респективно – на територията на Столицата. В регистъра на лечебните заведения, подържан от Столична регионална здравна инспекция (регионалната администрация на Министерството на здравеопазването) не е възможно да се извлече информация за лечебни заведения, предоставящи специализирана извънболнична психиатрична помощ, тъй като регистърът не е във вид, който позволява софтуерна обработка, респективно търсене по ключови категории. Освен в това в регистъра се съдържат данни за лечебни заведения, които отдавна вече не функционират и техните собственици, респективно лекари не са вече между живите (такъв е случаят с проф. Кирил Миленков, на чието име е регистрирано лечебно заведение – амбулатория – индивидуална практика за специализирана медицинска помощ „Проф. д-р Кирил Никифоров Миленков“, като управител на лечебното заведение е посочен също проф. Кирил Никифоров Миленков, посочени са телефони и адрес на лечебното заведение... само че проф. Кирил Миленков почина през 2011 г.). Ето защо не може да се посочи точния брой на психиатрите, които оказват психиатрична помощ на територията на София.

Преобладаващата част от психиатрите, работещи в лечебни заведения за стационарна (болнична) психиатрична помощ, както и тези, работещи в двата Центъра за психично здраве, функциониращи на територията на Столицата, работят и в лечебни заведения за извънболнична помощ – индивидуални практики, групови практики, медицински центрове и диагностично-консултативни центрове.

Част от лекарите-психиатри (особено пенсионираните лекари) са наемани с граждански договори от лечебни заведения и имената им не фигурират в постоянния състав на лекарите-психиатри, с регистрирана постоянна практика в тези лечебни заведения. Ето защо е възможно общия брой на всички психиатри, консултиращи пациенти на територията на София да достигне 200.

Една сравнително малка част от психиатрите – тези с психотерапевтична насоченост, имат индивидуална психотерапевтична практика в частни кабинети, които не са регистрирани като лечебни заведения по Закона за лечебните заведения. Друга, често срещана форма на психиатрично/психологическо консултиране е предоставяне на платени консултации в рамките

38

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

на програми и проекти, развивани от неправителствени организации – сдружения и фондации. Основание за тези практики на психиатрите с психотерапевтична насоченост дава обстоятелството, че в България няма закон, респективно ясен регламент за психотерапията. Въпреки това, съществува, макар и скромна регламентация за практикуването на психотерапия. В чл. 149 от Закона за здравето е посочено, че (ал.1) „лечението на лицата с психични разстройства се извършва от лечебни заведения за първична или специализирана извънболнична помощ, лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ, центрове за психично здраве, специализирани отделения към многопрофилните болници и домове за медико-социални грижи“, както и че (ал.2) „медицинските дейности, свързани с лечението на лица с психични разстройства, включват диагностични изследвания, медикаментозни и инструментални методи на лечение и психотерапия. Условието и редът за тяхното провеждане се определят с наредба на министъра на здравеопазването“. Такава наредба е приета от министъра на здравеопазването на 11 януари 2007 г. и е обнародвана в Държавен вестник на 26 януари същата година. Нарича се Наредба №1 за условията и реда за провеждане на медицинските дейности, свързани с лечението на лица с психични разстройства. Тоест, ясно е, че психотерапията е определена като медицинска дейност, която може да се извършва само в лечебни заведения. Ясно е, че практикуването на психотерапия извън лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения, представлява нарушение на закона. Един начин да се заобиколи това нарушение е като „психотерапия“ се замени с „психологическо консултиране“ или като се предлага на здраве лица. В чл. 8 от Наредбата са посочени изискванията, на които трябва да отговарят специалистите, работещи в лечебното заведение, които могат да лекуват чрез психотерапия:

Право да извършва психотерапия има лице, което е:

1. "магистър" по медицина или "магистър" по психология с придобита специалност "клинична психология", или "магистър" (бакалавър) по социална педагогика със специалност "клинична социална работа", или медицинска сестра с придобита специалност "психиатрична сестра", или медицинска сестра с придобита специалност "медицинска сестра за социални дейности";
2. обучено е в метода на конкретната форма на психотерапия;
3. има клиничен психиатричен опит.

ИНДИВИДУАЛНИ ПРАКТИКИ за специализирана психиатрична помощ

№	Наименование	Специалисти-психиатри	Адрес	Договор със здравната каса
1.	„Док Артс“ ЕООД	Лора Иванова Дряновска-Цонева	Р-н Оборище, ул. „Георги С. Раковски“ №61	ДА
2.	„Д-р Антоанета Дончева“ ЕТ	Антоанета Живкова Дончева	Р-н Оборище, бул. „Марица“ №13	ДА
3.	„Д-р Иванка Кръстникова“ ЕТ	Иванка Ангелова Кръстникова	Р-н Средец, ул. „Георги С. Раковски“ №201, вх.А	ДА
4.	„Д-р Ирис Икономова“ ЕТ	1. Ирис Христова Икономова 2. Георги Атанасов Джупанов	Р-н Люлин, ж.к. „Люлин“, бл.219,	ДА

39

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

			вх.Г	
5.	„Д-р Фанка Койчева“	Фанка Лазарова Койчева Лозана Георгиева Арсова Георги Иванов Койчев	Р-н Оборище, ул. „Дунав“ 22	ДА
6.	„Д-р Любомира Петрова“ ЕТ	Любомира Николова Петрова	Р-н Красно село, ул. „Ст. Тошев“ №15-17	ДА
7.	„Д-р Валентина Маринова“ ЕТ	Валентина Василева Маринова	Р-н Красно село, бул. „Ген. Скобелев“ №40	ДА
8.	„Д-р Анета Аничкина“ ЕТ	Анета Йорданова Аничкина	Р-н Триадица, ул. „Уилям Гладстон“ №17, вх.А	ДА
9.	„Д-р Красимира Марчева“ ЕТ	Красимира Георгиева Марчева- Ангелова	Р-н Триадица, ул. „Цар Иван Асен“ №103	ДА
10.	„Д-р Христо Теодосиев“ ЕТ	Христо Александров Теодосиев	Р-н Оборище, ул. „Будапеща“ №68	ДА
11.	„Д-р Кирил Сираков“ ЕТ	Кирил Стоянов Сираков	Р-н Люлин, ул. „Орион“ №8	ДА
12.	„Академика – Д-р Вихра Миланова“ ЕТ	Вихра Крумова Миланова-Нешева	Р-н Триадица, ул. „Цар Иван Асен“ №103	ДА
13.	„Хела – Д-р Гергана Прокопиева“ ЕТ	Гергана Костадинова Прокопиева	Р-н Младост, ж.к. „Младост“, бл.462, вх.2	ДА
14.	„Д-р Петя Димитрова“ ЕТ	Петя Иванова Димитрова	Р-н Оборище, ул. „Марица“ №13	ДА
15.	„Д-р Юрий Пулчев“ ЕТ	Юри Илиев Пелчев	Р-н Оборище, ул. „Св. св. Кирил и Методий“ №40	ДА
16.	„Д-р Руслан Терзийски“ ЕТ	Реслан Иванов Терзийски	Ул. „Солунска“ №55	НЕ
17.	„Д-р Рали Димитров“ ЕТ	Рали Петров Димитров	Р-н Триадица, ж.к. „Гоце Делчев“, бл.4Е	ДА
18.	„Д-р Александър Канчелов“ ЕТ	1. Александър Канчелов 2. Николай Николов	Р-н Оборище, ул. „Дунав“ №34	НЕ
19.	„Д-р Александър Ангелов“ ЕООД	1. Александър Ангелов 2. Мариан Василев Силяновски 3. Здравка Герджикова	Р-н Възраждане, ж.к. „Зона Б5-3“, бл. 25, вх.1	НЕ
20.	„Д-р Боряна Екова“ ЕТ	Боряна Николова Екова	Бул. „Сливница“ №309	НЕ
21.	„Хоризонти – Д-р Мариан Силяновски“ ЕТ	Нейчо Нейчев Тодоров	Ул. „Г. С. Раковски“ №148Б	НЕ

ГРУПОВИ ПРАКТИКИ за специализирана психиатрична помощ

№	Наименование	Специалисти-психиатри	Адрес	Договор със здравната каса
1.	ГП „Адаптация“ ООД	1. Владимир Кънчов Сотиров – управител 2. Ирина Стефанова Лазарова 3. Илияна Димитрова Приставова 4. Румяна Вечкова Диолова-Ходжаджикова 5. Дорита Михайлова Кръстева-Стефанова	Р-н Оборище, ул. „Цар Симеон“ №13	ДА
2.	ГП „Аналитика“ ООД	1. Майя Младенова 2. Светлозар Методиев Василев 3. Тома Невенов Томов	Р-н Оборище, ул. „Чаталджа“ №17-19	НЕ
3.	ГП „Виталис“ ООД	1. Мая Йорданова Стоименова-Попова – управител 2. Пламен Любенов Попов 3. Росица Кирилова Якимова	Р-н Оборище, ул. „Цар Симеон“ №70	ДА
4.	ГП „Динамика“ ООД	1. Кимон Гинев Ганев 2. Веселка Иванова Христова	Ул. „Мърфи“ №22	НЕ
5.	ГП „Доверие за здраве“	1. Малин Стоянов 2. Владимир Николов	Р-н Красна поляна, ж.к. „Разсадника“, ул. „Найчо Цанов“ №209	НЕ
6.	ГП „Здраве 2010“	1. Даниела Ангелова 2. Боряна Янева 3. Мария Николова 4. Цветанка Петрова 5. Гергана Кайрякова	Р-н Люлин, ул. „Кореняк“ №17	НЕ
7.	ГП „Коев и Сие“	1. Георги Михайлов Коев 2. Правда Стоименова	Р-н Оборище, ул. „Веслец“ №30	НЕ
8.	ГП „Надежда“ ООД	1. Мира Алтънкова 2. Валя Цанкова Георгиева-Зафирова	Р-н Красно село, ж.к. „Лагера“, ул. „Каварна“ №9	НЕ
9.	ГП „Психея“ ООД	1. Емил Панайотов Калудиев 2. Мариам Тодорова Калудиева 3. Александър Добрев Петров 4. Сашо Йорданов Тодоров – управител	Р-н Триадица, Бул. „Св. Георги Софийски“ №3	ДА
10.	ГП „Проект Св. Наум“	1. Захари Николов Зарков 2. Владимир Наков	Р-н Триадица, ул. „Орехова гора“ №17Б	НЕ

МЕДИЦИНСКИ и МЕДИКО-ДЕНТАЛНИ ЦЕНТРОВЕ

№	Наименование	Специалисти-психиатри	Адрес	Договор със здравната каса
1.	МЦ „Калимат“ ЕООД	Елена Недялкова Михайлова-Ангелова	Р-н Красно село, ул. „Ястребец“ №11	ДА
2.	МЦ XVI София ЕООД	Румен Любомиров Стоянов	Р-н Красно село, ул. „Дамян Груев“ №8А	ДА
3.	МЦ XXXI София ЕООД	Татяна Теодосиева Руневска	Р-н Нови Искър, ул. „Искърско дефиле“ №121	ДА
4.	ТМЦ ЕООД	Милуш Николов Георгиев	Р-н Сердика, бул. „Мария Луиза“ №108	ДА
5.	МЦ „Свети Пантелеймон“ ЕООД	Влади Хусейн Алханак	Р-н Триадица, бул. „Княз Борис I“ №36	ДА
6.	МДЦ „Кристал“ АД	Антоанета Николова Ангелова	Р-н Възраждане, ул. „Осогово“ №38-40	ДА
7.	МДЦ „Лозенец“ ООД	Цветеслава Иванова Гълъбова	Р-н Лозенец, ул. „Малуша“ №10	ДА
8.	МЦ „Акад. Иван Пенчев“ ЕООД	Игнат Христов Петров	Р-н Триадица, ул. „Здраве“ №2	ДА
9.	МЦ „Ангио“ ООД	Теменужка Кънчева Йорданова	Р-н Триадица, ул. „Св. Георги Софийски“ №3	ДА
10.	МЦ „Д-р Диневи“ ЕООД	Стойка Лекова Коцева	Р-н Искър, ж.к. „Дружба“, бл.270, вх.А	ДА
11.	МЦ „Детско здраве“ ЕООД	1. Маргарита Димитрова Станкова 2. Ана Димитрова Попова 3. Мая Тенева Костадинова (детски психиатър)	Р-н Красно село, ул. „Ами Буе“ №27-29	ДА
12.	МЦ „Здраве 2003“ ООД	Мария Трендафилова Тодорова	Р-н Сердика, ул. „Мир“ №1	ДА
13.	МЦ „Кардио Плюс“ ООД	Златка Стоева Стоева-Гогова	Р-н Триадица, ул. „Св. Георги Софийски“ №3	ДА
14.	МЦ „Първа детска консултативна клиника“	Бенжамен Менто Ментешев	Ул. „Чавдар Мутафов“ 25Б	НЕ
15.	МЦ „Невромед“ ООД	1. Антония Иванова Анастасова 2. Свобода Димитрова Герджикова	Р-н Триадица, ул. „Св. Георги Софийски“ №3	ДА

16.	МЦ „Св. Наум“ ЕООД	1. Асен Живков Карадалиев 2. Антония Иванова Замфирова 3. Яна Евстатиева Дочева 4. Светлана Николкова	Р-н Изгрев, ул. „Любен Русев“ №1	ДА
17.	МЦ „Слатина“ ООД	1. Петя Димитрова Терзииванова 2. Петя Иванова Димитрова	Р-н Слатина, ул. „Слатинска“ №101А	ДА
18.	МЦ „Сърце 21 век“ ООД	Васил Димитров Бецински	Р-н Трианица, ул. „Св. Георги Софийски“ №3	ДА
19.	МЦ „Полимед“ АД	Оля Атанасова Демирева-Микова	Р-н Възраждане, ул. „Брегалница“ №47	ДА
20.	МЦ „Доверие“ АД	Милена Страшимирова Петрова	Р-н Овча купел, ул. „Фридрих Грюнангер“ №2	ДА
21.	МЦ „Фи Хелт“ АД	Станислав Георгиев Стоилов	Р-н Студентски, ул. „Ал. Фол“ №2	ДА
22.	МЦ „Хоризонт“	1. Даниела Алексиева – управител 2. Георги Василев	Р-н Лозенец, ул. „Болград“ №5	НЕ
23.	МЦ „Психично здраве – 1“ ЕООД	1. Никола Славчев Иванов 2. Светла Стамболова 3. Владимир Велинов	Р-н Оборище, бул. „Сливница“ №200А	НЕ

ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВНИ ЦЕНТРОВЕ

№	Наименование	Специалисти-психиатри	Адрес	Договор със здравната каса
1.	ДКЦ „Александровска“ ЕООД	1. Алекси Спиридонов Алексиев 2. Весела Стоянова Батоева 3. Валери Славчев Първанов 4. Лилия Стоянова Кавръкова 5. Милослава Светославова Стаменова-Велинова 6. Росица Григорова Владимирова 7. Спиридон Алексиев Спиридонов 8. Стефан Кръстев Кръстев 9. Анка-Алина Николова Бистриан (детски психиатър) 10. Атанаска Викторова Аврамова (детски психиатър) 11. Дора Георгиева Симеонова (детски психиатър)	Р-н Трианица, ул. „Св. Георги Софийски“ №1	ДА
2.	ДКЦ „Борола“ ООД	1. Ани Валентинова Шкодрова 2. Цветан Гаврилов Кацаров	Р-н Оборище, ул. „Цар Симеон“	ДА

			№52	
3.	ДКЦ „Гургулят“ АД	Боряна Кирилова Хаджииванова	Р-н Средец, ул. „Георги С. Раковски“ №148Б	ДА
4.	ДКЦ „Първа градска болница“ ЕООД	Теменужка Кънчева Йорданова	Р-н Средец, бул. „Патриарх Евтимий“ №37	ДА
5.	ДКЦ „Софиямед“ ЕООД	Цветелина Добрева Първанова-Петкова	Р-н Изгрев, бул. „Г. М. Димитров“ №16	ДА
6.	ДКЦ „Св. Врач и Св. Св. Кузма и Дамян“ ООД	Захари Николов Зарков	Р-н Триадица, ул. „Димитър Манов“ 17	ДА
7.	ДКЦ „Токуда“ АД	Мариана Петрова Найденова-Димитрова	Р-н Лозенец, бул. „Никола Вапцаров“ №51Б	ДА
8.	ДКЦ „Уромед 2001“ ООД	Васил Миланов Миланов	Р-н Слатина, ул. „Потледец“ №9	ДА
9.	ДКЦ III София ЕООД	Татяна Емилова Канова	Р-н Оборище, ул. „Искър“ №22	ДА
10.	ДКЦ VI София ЕООД	Магдалина Илиева Клисурска	Р-н Илинден, ул. „Коньовица“ №65	ДА
11.	ДКЦ VII София ЕООД	1. Боряна Николова Екова 2. Красимир Иванов Иванов	Р-н Сердика, бул. „Мария Луиза“ №191	ДА
12.	ДКЦ VIII София ЕООД	Борислава Димитрова Пеева	Р-н Надежда, ул. „Христо Силянов“ №77	ДА
13.	ДКЦ XII София ЕООД	1. Гергана Иванова Кайрякова 2. Димитър Петков Радоев	Р-н Люлин, ул. „Кореняк“ №17	ДА
14.	ДКЦ XIII София ЕООД	Мargarита Василева Точовска-Пенчева	Р-н Лозенец, ул. „Димитър Хаджикоцев“ №20	ДА
15.	ДКЦ XIV София ЕООД	Мargarита Василева Точовска-Пенчева	Р-н Триадица, ул. „Стефан Сарафов“ №7	ДА
16.	ДКЦ XVII София ЕООД	Диана Радославова Христова	Р-н Оборище, бул. „Евлоги Георгиев“ №108	ДА
17.	ДКЦ XVIII София ЕООД	1. Мария Трендафилова Тодорова 2. Рали Петров Димитров	Р-н Подуяне, ул. „Емануил Васкидович“ №51	ДА
18.	ДКЦ XX София ЕООД	1. Дроздстой Стоянов Стоянов 2. Любомира Николова Петрова	Р-н Красно село, ул. „Ген. Стефан Тошев“ №15	ДА
19.	ДКЦ XXI София ЕООД	1. Димитър Петков Радоев 2. Светлинка Георгиева Колева	Р-н Овча купел, ул. „Монтевидео“ №21	ДА
20.	ДКЦ XXII София	Петко Величков Величков	Р-н Слатина, ул.	ДА

	ЕООД		„Николай Коперник“ №9	
21.	ДКЦ XXIII София ЕООД	1. Самвел Абелович Багдасарян 2. Генка Борисова Славкова-Найденова	Р-н Подуяне, ул. „Клисура“ №20	ДА
22.	ДКЦ XXIV София ЕООД	Фанка Симеонова Банчева	Р-н Надежда, ул. „Ген. Н. Жеков“ №3	ДА
23.	ДКЦ XXV София ЕООД	1. Люба Савова Казакова 2. Росица Кирилова Якимова	Р-н Младост, бул. „Свето Преображение“ №20	ДА
24.	ДКЦ XXVIII София ЕООД	Владимир Венков Након	Р-н Искър, ул. „Илия Бешков“ №1	ДА
25.	ДКЦ XXX София ЕООД	1. Екатерина Евлогиева Милева 2. Маргарита Илиева Коцева-Денчева 3. Стефан Христов Стойчев	Р-н Връбница, ж.к. „Обеля – 2“	ДА

За разлика от лечебните заведения за болнична помощ и центровете за психично здраве, частните психиатрични практики обикновено се създават като лична инициатива на пазарен принцип и нямат претенцията да предоставят комплексен вид услуги към пациентите. Те са резултат изцяло от предприемаческата нагласа и стратегия на лекарите, ангажирани в тях. Тези организации функционират като фирми, регистрирани по Търговския закон и в голяма степен се дистанцират от методите и технологията на работа на общинските и държавни лечебни заведения. Появата и развитието им се свързва със самостоятелни опити (най-често от психиатри, работили първоначално в държавни и общински лечебни заведения) да се компенсират недостатъци в съществуващата система за психично-здравна грижа и модел на финансиране. В този смисъл, частните психиатрични практики и центрове се явяват алтернатива на услугите, предоставени в държавните/общинските лечебни заведения. Реално обаче те нямат възможност да поемат грижи за по-широка група от психично болни. Дейността им се разполага във второто и третото равнище на системата за психично здраве – извънболнична помощ и социална интеграция и терапия. Частните практики и центрове не могат да си позволят хоспитализиране на пациенти. От обсега на дейност са изключени нискодходните потребители и хората с тежки психични разстройства. За сметка на това акцент се поставя върху качеството на предоставените услуги (в сравнение със съществуващата здравна грижа). На първо място - психиатричната помощ на територията на Столична община (а и в България), репрезентирана от държавните и общинските лечебни заведения е „биологично ориентирана“. Тя не е свързана с индивидуален подход към винаги особените нужди на пациента. Подходите, които се използват за лечение наблягат върху медицинската страна докато психо-социалният аспект е пренебрегнат. Това е дефект на цялата система, тъй като на практика не съществуват регламенти и силни връзки между различните компоненти на системата за психично здраве. Второ - пренебрегването на технологии, свързани с ресоциализация в общността води до ситуация, в която хора с психични заболявания и увреждания попадат в затворен кръг на хоспитализации без да съществува друга алтернатива. След изписването им от болница, не се полагат специализирани грижи за тях и след известно време се влошават – следва поредна хоспитализация. Този процес продължава с години и се отразява както на психичното им състояние, така и на здравния статус като цяло. Трето - огромна трудност пред хората с психични разстройства създава и тромавата бюрократична

45

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

машина на социалната и здравната система. Състоянието често не им позволява да попълват купищата документи и да обикалят по коридорите на учрежденията, за да си осигурят направление или да подадат молба в социалните служби за отпускане на социална помощ. Тези административни спънки се отразяват негативно влияние върху лечението като създават дълги периоди на забавяне и изчакване на процедури. Подобно заключение може да бъде направено и по отношение на амбулаторното лечение. Обстоятелството, че съвременно медикаментозно лечение за хората с психични разстройства е достъпно единствено в системата на извънболничната медицинска помощ, води до редица затруднения за потребителите на здравната грижа. Болничната и извънболничната грижа представляват два независими, откъснати елементи, а не като едновременно застъпени компоненти на единна система за психично здраве. Четвърто - не съществуват силни и ясно регламентирани връзки между здравната и социалната система. Липсата на изградена мрежа от защитени жилища и дневни центрове се изтъква непрекъснато като основна трудност. Така се оказва, че частните психиатрични практики са основните организации, предлагащи услуги, свързани със социална рехабилитация и терапия. Те обаче функционират на пазарен принцип и за значителна група от психично болни тези услуги остават твърде скъпи и недостъпни. Част от специалистите, ангажирани в тази сфера, кандидатстват за финансиране по различни национални и европейски програми. Проектите, които осъществяват са свързани с развиване на нови психиатрични технологии, провеждане на изследвания, обучения, но и за създаване на програми за психосоциална рехабилитация, включително на дневни центрове и защитени жилища. Основен проблем тук се оказва устойчивото развитие. Създадените услуги не винаги могат да се финансират след изтичане на времевата рамка на проекта и по този начин стойностни идеи се замразяват или преустановяват. Същата съдба преследва и проектите спечелени и реализирани и от специалисти в държавните болници. Причина е, че в здравната и социалната система (съответните министерства и служби на национално и общинско равнище) не съществува утвърден механизъм за апробация и вграждане на нови и реформаторски идеи; за осигуряване на устойчивост на иновативни проекти. Общината би могла да финансира част от тези проекти, ако предлаганата услуга премине под нейна юрисдикция. Този процес отнема време и предизвиква затруднения от нормативен и бюрократичен характер. В същото време дейностите се извършват откъснато една от друга като често различни екипи работят по сходни проекти, но нямат споделено знание за това.

От най-голямо значение за подкрепата на хората с психични увреждания биха били осигуряването на всекидневна грижа – личен асистент, социален асистент и създаването на възможности за социална интеграция и социализация, включително трудова терапия и намирането на подходяща работа, както и организирането на обучения за близките като част от подкрепящи мерки за социална интеграция.

След разпадането на диспансерната система, в резултат на реформата в системата на здравеопазването възникват редица трудности, които препятстват полагането на комплексна грижа. С премахването на регионализацията се цели широк и лесен достъп на потребителя към здравни услуги, както и да се даде път на конкурентния принцип между различните болнични заведения и специалисти в сферата на здравеопазването. Това обаче увеличава потокът на потребители на психиатрични услуги към столицата. Така болничните заведения на територията на Столична община се претоварват, обгрижвайки пациенти от цялата страна. Интензивният поток води до все по-ограничен достъп до психиатрични услуги, тъй като лечебните заведения не разполагат с необходимия брой лекари и подходяща леглова база. Според експертите в областта на психичното здраве, при лечението на психичните разстройства и по-специално в процеса на възстановяване, е от изключителна важност човек да бъде лекуван в близост до мястото, където живее, тъй като ефективно извънболнично лечение и рехабилитация може да се проведе единствено в близка до болния социална среда.

Тоест дерегионализацията не е съобразена със спецификата на психичните заболявания и води до концентрация на капацитет в столицата.

Като специфична особеност във функционирането на лечебните заведения на територията на Столична община, въпреки добрата ѝ обезпеченост с лечебни заведения, е че тези лечебни заведения функционират автономно и независимо едно от друго – липсват ефективни взаимодействия между различните лечебни заведения на територията самата Столична община. Отделните клиники нямат представа с какво точно се занимават техните колеги в съседното отделение или болница. Основна причина за това е липсата на ясно разписани регламенти за взаимодействие между отделните лечебни заведения. По този начин системата е оставена на „самоорганизация“ и логично основна роля играят личните отношения между конкретни психиатри и друг тип специалисти. Така пациентът е оставен изцяло на случайността дали ще попадне на хора, които биха могли да активират свои „връзки“ и „познанства“ по време на лечението. Липсват стандарти за качество на лечебния процес и за хармонично разпределение на работните задължения.

Възникват редица трудности и поради липсата на клинични пътеки за хората с психични разстройства. Наличието на клинични пътеки създава стандарти и минимални изисквания спрямо цялостния лечебен процес. Тяхната липса не само води до неясноти в стандартите на работа (не са унифицирани), но и в крайна сметка до невъзможност да се определи качеството на предлаганите услуги към хората с психични разстройства. Затрудняват се и взаимодействията между различните елементи на здравната система. Липсата на взаимодействие и комуникация между различните елементи на психиатричната система е проблем на липсата на взаимодействия между звената на цялата здравна система. Обикновено хората с психични разстройства (това важи в най-голяма степен за по-възрастните) имат и съпътстващи заболявания – диабет, хипертония, неврологични болести и т.н. Липсата на единна информационна система затруднява допълнително процеса, тъй като няма знание за това, какви са съпътстващите заболявания на човека с психично увреждане и те често трябва да бъдат установявани на ново. Този проблем седи най-остро за по-възрастните пациенти, при които съпътстващите заболявания са нещо типично.

Комплексността на грижата за хората с психични разстройства и увреждания изисква не само взаимодействие между различните организации, ангажирани в здравната система, но и ефективно междусекторно сътрудничество. Психичните разстройства възникват в социална среда – семейството, на работното място, в образователната система и т. н. Това предполага непрекъсната дейност от страна на социалните служби по активно откриване и регистриране на случаи. На практика обаче съществува огромен луфт между здравната и социалната система. Хората с психични разстройства имат нужда от цялостна грижа и активно извънболнично лечение, което поставя акцент върху ресоциализацията и социалната интеграция в общността.

На изхода на болницата/отделението/клиниката пациентите напускат здравната система и се оказват в ситуация на институционален вакуум. Социалните грижи отпускат помощи и насочват болните към специализирани институции – защитени жилища, социални домове и дневни центрове. На територията на Столична община този тип служби, предоставящи социални услуги за хора с психични разстройства, са изключително малко и техният капацитет не позволява да бъдат обхванати всички нуждаещи се. Обстоятелство, което натоварва семейството с огромни социални функции по обгрижване на болните роднини. Специалистите в здравната система критикуват остро работата на социалните работници, тъй като, според тях, ситуацията при хората с тежки психични увреждания изисква активно компенсиране на социални умения. Пациентите не биха могли да се справят с ежедневните си дейности и особено с тромавата бюрократична машина, което отново натоварва допълнително близките. Често, практиките на

социалните служби са такива, че обезкуражават хората с психично-здравни проблеми да кандидатстват и ползват социални услуги и, парадоксално, съдействат за тяхното маргинализиране и социално изключване.

Липсата на взаимодействие между социалната и здравната система се отразява най-тежко на хора, които нямат родни или близки, които да се грижат за тях. В двете системи не функционират механизми за откриване и лечение на тези хора. Алтернативата пред тях няма – стига се до изпадане от социалното пространство и в най-добрия случай до епизодични медицински грижи. Големият луфт между организациите, които би следвало да имат ангажимент в системата за психично здраве създава положение, в което социалната рехабилитация и интеграция не е застъпена, а лечебните заведения в столицата не успяват да се справят с потока от болни. Акцентът върху медицинската грижа води до непрекъснат процес на хоспитализации и в крайна сметка до непълноценно лечение. Продължителната и дългогодишна терапия с медикаменти се отразява цялостно на здравето на пациентите. Възникват редица съпътстващи заболявания, което при липса на механизми за реинтеграция в общността маргинализира хората с психични увреждания – те са оставени на „доизживяване“ и често на „произвола на съдбата“.

Ето защо при липсата на взаимодействие между здравната и социалната система все по-трудно е да се говори за система за психично здраве. Осъществяват се парцелирани и откъснати грижи, в които психосоциалната рехабилитация е изключително слабо застъпена, наблюдават се огромни пукнатини във взаимодействията между различните организации, а социалният аспект най-често липсва. Пациентите с по-нисък социален статус не могат да си позволят скъпите психиатрични грижи от страна на частните центрове и попадат в объркания кръг на здравната система. Функционира здравна система, която поради неясно установени регламенти, финансови затруднения и сериозни организационни проблеми успява да предложи частични медицински грижи (основани основно на лечение с медикаменти), които се разполагат засега твърде далеч от желания идеал за комплексни грижи за хората с психични разстройства и увреждания. А именно последните са основните потърпевши от царящия институционален и организационен вакуум.

Анализът на ситуацията с психично-здравната помощ, предлагана на територията на Столична община, води към няколко основни заключения. На първо място, системата за психично здраве не работи достатъчно ефективно за своите потребители. Социалната и здравната система функционират успоредно една на друга. Те са откъснати, предлаганите услуги и проведените дейности са разделени и се реализират „на парче“. От трите равнища на системата за психично здраве най-застъпена е стационарна грижа, което създава ситуация на непълноценно лечение на хората с психични разстройства и увреждания - не се обслужва социалната им реинтеграция. От системата за извънболнична психиатрична помощ най-лесно изпадат ниско доходните пациенти, които са най-голямата и застрашена от маргинализиране група. Неефективното финансиране създава вътрешноорганизационни трудности пред болничните заведения, което влошава качеството на лечебния процес. Националната политика в областта на психично здраве през последните години предвижда активен процес на деинституционализация и изграждане на активна мрежа от междинни форми на грижа – дневни центрове, центрове за рехабилитация, защитени жилища и други. Към настоящия момент на територията на столична община функционират няколко такива служби. Дневен център, разположен в сградата на центъра за психично здраве. Центърът е създаден през 2007 година и е приемник на клуб „7-ми етаж“ – локална структура за психосоциална рехабилитация на пациенти на областния психиатричен диспансер. Хората с психични заболявания могат да останат в центъра известно време като за тях се предлагат различни терапевтични програми. На територията на Александровска болница, с финансиране по европейски проект са създадени

дневен център и защитено жилище. Поради усвояване на всички средства и невъзможност да се продължи финансирането, дневният център приключва дейността си веднага след приключване на финансирането по проекта, а малко по-късно и защитеното жилище. От 2008 година стартира „Комплекс за психично-здравни услуги в общността - район Слатина“. В комплекса функционират дневен център, защитено жилище и обществен информационен център за психично здраве. Провеждат се програми като „водене на случай“, „програма за развитие и поддържане на основни житейски умения“, „активна грижа в общността“ и други. Той възниква като проект, финансиран по програма ФАР на ЕС. В основата на проекта стои консорциум от неправителствени организации с водеща организация Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – София“. На практика това е единствената неправителствена организация, която развива последователна политика в сферата на психичното здраве на територията на Столична община. Към настоящия момент финансирането по програма ФАР е преустановено и Столична община поема издръжката на дейностите.

Няколко са основните проблеми, пред които се изправят описаните инициативи: Първо, в концепцията на местните структури на АСП, така както работещите в дневните центрове я коментират, се съдържа допускането, че един дневен център следва да функционира като социален дом, макар и в общността. Хората с психични разстройства следва да прекарват ежедневието си в центъра и да се обучават чрез методики, насочени към компенсирани на дефицитите в социалните умения. Това означава, че дневните центрове се мислят като специализирани институции, но не и като места за рехабилитация и интеграция в общността. Процес, който не води до деинституционализация, а може да бъде описан като „институционализация в общността“. Замисълът на тези услуги е в това хората с психични разстройства и увреждания да упражняват ежедневието си дейности и когато имат нужда да търсят специалисти от центъра или да се включат в терапия, но не и да се настаняват трайно или периодично там. Второ, друг сериозен проблем е липсата на компетенции за работа с психично болни сред социалните служители в общинските и държавните служби. Социалните работници в дневния център в Слатина са наети и обучени специално за работа с хора с психични разстройства. Те са назначени след конкурс в началото на проекта и изцяло са ангажирани в спецификата на работата. Докато социалните служители в дирекциите на АСП и общината работят като чиновници и основно се занимават с обработка на документи. Те са силно затруднени (поради липса на обучение) в извършването на социални оценки и работа с хора с психични разстройства. Трето – необходимо е да се преодолее ситуацията на злоупотреби и имуществено присвояване за сметка на хората с психични разстройства и увреждания. При евентуална съдебна процедура може да се стигне до правно закрепване на статут на настойничество от страна на близък или роднина. По този начин настойникът се разполага с цялото имущество на психично болния (презумпция е, че лицето не може да се справи само). Често настойниците продават неговата собственост (апартамент или друг имот) и го настаняват в дом. Социалните работници се опитват да преодолеят тази порочна практика, но процедурата изисква решението за настойничеството да се отстоява от настойнически съвет, в който се включват роднини. Логично роднините са на едно и също мнение по отношение на имуществените права на техния психично болен близък. На пръв поглед основните причини за това могат да се сведат до злоупотреба от страна на конкретни хора. Ако погледнем въпроса от друга страна – роднини, които се грижат добре за своите близки. Ако семейството не разполага със сериозни финансови средства (масовият случай е именно такъв), то тогава бремето е огромно. На практика грижата за човек с психично разстройство променя живота на цялото семейство. И двете посочени явления – на злоупотреби и на оставена изцяло грижа представляват ясен резултат от едно и също нещо – липсата на социални програми, които да са насочени към семейството. Това е неизменна част от процеса на интеграция в общността. Не е възможно да съществуват грижи в общността, ако няма програми, които да подпомагат семейството – първичната среда на човекът с психични разстройства. Ако такива съществуват и

49

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Общество Адаптация“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на НПО в България.

правната регулация би могла да се модифицира в зависимост от нуждите на психично болните. Очевидно програмите социален и личен асистент могат да бъдат само допълващи, но не и основни елементи от грижата в общността. Към настоящия момент „семейството“ дори не е признато като основен деен субект в системата за психично здраве.

Но като че ли най-големият проблем в организацията на работа на службите за социално подпомагане се състои в ограничената възможност социалните работници да извършват директна работа (включително работа на терен) с потребителите на социални услуги – хората с психично-здравни проблеми. Те губят повече време около бюрото, окомплектовайки голямо количество документи, но не се занимават с пряка грижа за потребителите на услугите, които предлагат.

Реформата в системата за психично-здравна помощ се свързва основно с разкриване и обособяване на нови, специализирани звена и структури, но не и с регламентиране на взаимодействията между отделните структури. Този процес създава зависимост от центъра, централизация, която създава редица трудности от организационно естество. И най-накрая, механизмът на финансиране на дейността на социалните служби – ниски заплати, невъзможност за изграждане на подходяща информационна инфраструктура – понижава мотивацията за работа и предизвиква текучество на млади специалисти. Ясно е, че без добре подготвен и мотивиран персонал няма как да се предоставят ефективни комплексни грижи за хората с психични разстройства.

Източници:

Ламбрева Д., Нагласите на обществото относно актуалните проблеми и тенденции в психиатричната здравна помощ, Здравни грижи, 2013, бр. 2, стр. 5-10

Ламбрева, Д. Обществени нагласи към психичното здраве. Автореферат на дисертационен труд. София, 2014

Оценка на функциониращата на територията на Община София система за психично здраве, доклад на Институт за социални изследвания и маркетинг МБМД.

Национална здравно-осигурителна каса, [официален сайт](#)

Столична регионална здравна инспекция, [официален сайт](#)