

Д.М. Менделевич, И.М. Халитов, В.А. Евплов

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Министерство здравоохранения РТ (министр — К.Ш. ЗЫЯТДИНОВ), кафедра психиатрии
(зав. — проф. Д.М. МЕНДЕЛЕВИЧ) Казанского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Изложены особенности реабилитационной работы в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями, отмечены необходимость этапности данного процесса, особое значение ресоциализации больных. Дан анализ состояния реабилитационной службы в Республике Татарстан, указаны преимущества полустационарных форм лечения, особенно в плане профилактики развития «госпитализма». Сделан вывод о том, что на реадaptации психически больных негативно сказался кризис сложившейся ранее структуры реабилитационной помощи, закрытие специализированных цехов для инвалидов на промышленных предприятиях, вызванное сложным социально-экономическим положением. Поставлен вопрос о необходимости разработки и принятия правительством государственной программы реабилитации психически больных и инвалидов в Республике Татарстан.

Д.М.Менделевич, И.М.Халитов, В.А.Евплов

ТАТАРСТАН ҖӨМҮРИЯТЕНДӘ ПСИХИК АВЫРУЛАРНЫ ҺӘМ ИНВАЛИДЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Мәкаләдә Татарстан Җөмһүриятендә психик авыруларга кагылышлы булган реабилитацион эшнәң торышы турында әйтелгән. Дәвалауныц ярымстационар формасында житештерү предприятиеләрендә элек төзелгән реабилитацион ярдәм системасының юкка чыгуы, махсус цехларның ябылуы, психик авырулы инвалидлар өчен бик аяныч төс алуы турында нәтижә ясалган. Татарстан Җөмһүрияте дәүләте тарафыннан кичекмәстән дәүләт программасы буддырып психик авыруларны һәм инвалидларны реабилитацияләү проблемасын эшкә ашыру өстендә эшләү кирәклеге турында әйтелгән.

D.M.Mendelevich, I.M.Khalitov, V.A.Evplov

REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS AND INVALIDS IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

Features of rehabilitation work with mental patients are stated, the necessity of carrying out this process stepwise, special importance of resocialization of patients are mentioned. The analysis of rehabilitation service in the Republic of Tatarstan is given, advantages of semistationary forms of treatment are pointed out, especially to prevent hospitalism. The conclusion has been made that the former mental patient rehabilitation system was negatively influenced by the crisis in the system's structure, when special workshops for invalids at enterprises were closed due to social and economical difficulties. The question is raised on the necessity of elaborating a state programme for mental patient and invalid rehabilitation.

Реабилитация психически больных и инвалидов органично связана с общей концепцией реабилитации в медицине. Вместе с тем она имеет свои особенности,

отличающие ее от реабилитации других больных, например с нарушением опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистыми или неврологическими заболеваниями. В понятие реабилитации включают различные процедуры (гимнастика, массаж, раннее вставание с постели после инфаркта, инсульта, оперативных вмешательств, и т.п.), дополняющие обычное лечение и направленные на его оптимизацию. Общим для представителей всех специальностей является внимание к трудовому устройству больного.

Особенности реабилитации в психиатрии в первую очередь связаны с тем обстоятельством, что при психических заболеваниях серьезно, как ни при каких других, нарушаются социальные связи и отношения. Личность больного в целом и ее социальные контакты страдают с самого начала психического заболевания. Именно личность, а не отдельные функции мозга (например, моторные, речевые), на нарушение которых уже вторично следует личностная или характерологическая реакция. Другими словами, при внутренних болезнях реакция личности вторична, и ее коррекция напрямую зависит от успеха основного комплекса мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций.

Поэтому реабилитация психически больных есть прежде всего их ресоциализация, восстановление или сохранение их личностного и социального статуса. В соответствии с рекомендациями ВОЗ выделяют медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. В отечественной психиатрии разработана схема реабилитации, включающая 3 этапа: I — восстановительная терапия; II — реадaptация; III — реабилитация в собственном (прямом) смысле этого слова (М.М. Кабанов).

Указанная последовательность обеспечивается структурной дифференциацией психиатрической службы, состоящей из различных организационных форм. В Республике Татарстан сложилась целостная система психиатрических учреждений, имеющих в составе как внебольничные и стационарные звенья, так и прогрессивные полустационарные формы организации (дневные стационары, лечебно-производственные мастерские, спеццеха на промышленных предприятиях, предназначенные для трудоустройства и трудового переобучения инвалидов — психически больных).

Психиатрическая сеть в республике представлена двумя психиатрическими больницами

ми (Республиканская и Казанская городская), четырьмя психоневрологическими диспансерами — в Набережных Челнах, Альметьевске, Зеленодольске, Нижнекамске, стационарными отделениями в Азнакаевском, Бугульминском, Лениногорском, Елабужском, Заинском, Бавлинском районах, психоневрологическими кабинетами во всех ЦРБ. В структуре психиатрических учреждений функционируют дневные стационары на 325 мест (Казань — 250, Набережные Челны — 75), ЛПМ на 775 рабочих мест (включая 125 — для амбулаторных больных), спецдеха на 300 рабочих мест.

Республиканская реабилитационная служба тесно взаимодействует как с учреждениями системы здравоохранения, так и с другими ведомствами, прежде всего с министерствами народного образования (медико-педагогические комиссии, вспомогательные школы и интернаты) и социального обеспечения (ВТЭК, психоневрологические интернаты).

Начальный этап реабилитации — восстановительная терапия имеет главной задачей предотвратить наступление психического дефекта и инвалидизации больного. Она характеризуется применением биологических методов лечения в сочетании с различными психосоциальными воздействиями (лечение занятостью, средой и т.п.). Лекарственная терапия на первом этапе достигает максимальных величин; в большинстве случаев он проводится в стационарных, реже — в полустационарных условиях. Поэтому важно устранить или уменьшить явления «госпитализма». Врачебная тактика борьбы с этим нежелательным осложнением заключается в проведении интенсивной психофармакотерапии для возможно быстрого снятия острых проявлений заболевания с тем, чтобы не затягивать пребывания больного в стационаре с его ограничительными и стесненными условиями и перевести пациента на более свободные, менее депривационные режимы пребывания («открытых дверей», частичной госпитализации).

Как показывает практика врачей-психиатров, шансы больного на выписку после 3–4-месячного пребывания в стационаре начинают убывать пропорционально длительности его госпитализации и после 2-летней продолжительности становятся минимальными. Некоторыми исследователями подмечено, что клинические критерии готовности больного к выписке весьма субъективны, и такие факторы, как переполнение отделения больными (особенно когда идет поступление новых больных), стимулируют врача-психиатра к выписке ранее поступивших. Не случайно территории с хорошей обеспеченностью коечным фондом нередко имеют меньший оборот койки и высокую среднюю продолжительность стационарного лечения. В данном случае это повышает вероятность хронизации больных.

Слабая обеспеченность нашей республики койками психиатрического профиля (1,0 на 1 000 населения: это ниже среднефедеративного показателя и значительно уступает услов-

ному нормативу в 1,9) усугубляется неудовлетворительной обеспеченностью местами в психоневрологических интернатах системы Министерства социального обеспечения РТ (0,6 места при нормативе 1,0 на 1 000 населения), что приводит к «блокированию» 20–25% коечного фонда хроническими психически больными «собесовского» профиля. В целом негативно влияя на реабилитационные программы, создавая скученность больных в стационарах, этот факт вынуждает врачей интенсифицировать работу койки психиатрического профиля, и это отчасти, как ни парадоксально, снижает вероятность наступления «госпитализма». В Республике Татарстан средний срок пребывания больного в стационаре, постоянно снижаясь, составил в 1993 г. 82 дня. Для 70% больных этот срок не превышал 40–60 дней.

Задачей второго этапа реабилитации — реадaptации является восстановление приспособляемости к условиям внешней среды. На этом этапе преобладают психосоциальные воздействия, среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности больных различными методами. Этот этап реализуется как в стационарных учреждениях, так и полустационарных: дневных стационарах, ЛПМ, спецдехах. Здесь широко используется трудовая терапия с обучением или переобучением больных новой профессии, а также специальная (воспитательная) работа психотерапевтической направленности. Обучение «умению жить», «умению работать», «умению общаться с людьми» играет весьма существенную роль в ресоциализации психически больных, длительное время находящихся в стационарах. Именно трудовая переориентация со всеми вытекающими отсюда последствиями характеризует данный этап реабилитации.

Предпочтительной организационной формой для этого этапа является полустационарная. По мнению экспертов ВОЗ, от 40% до 60% пациентов психиатрических стационаров могли бы с успехом лечиться в дневных (ночных) стационарах, где больные не оторваны от семьи и привычных условий. Именно этот момент является мощным дополнительным терапевтическим фактором, тем более, что по объему лечебных мероприятий эти формы стационаров мало в чем уступают обычным стационарам. К тому же полустационарные учреждения экономически более выгодны, требуют для своего создания меньших площадей, финансовых и ресурсных (включая кадровые) затрат. Следует отметить, что число больных, получающих лечение в дневных стационарах, за последние годы (с 1988 г.) выросло в Татарстане более чем в 1,5 раза (с 900 до 1 400 человек).

Третий этап — реабилитация в собственном (прямо) смысле этого слова. Его задача — добиться восстановления индивидуальной и общественной ценности больного, отношений с окружающей действительностью, сложив-

шихся у него до болезни. Основными средствами здесь становятся различные социальные мероприятия, среди которых на первом месте стоит помощь в бытовом и трудовом устройстве. Данный этап реализуется только во внебольничных условиях (надомный труд, работа в АПМ, спеццехах, на обычном производстве). Относительно развитая сеть внебольничных учреждений, лечебно-производственных мастерских и спеццехов в Республике Татарстан позволяет осуществить реабилитацию на несколько более высоком организационном уровне, чем в ряде других регионов России.

Перемены, происшедшие за последние годы в психиатрии после законодательного акта 1988 г. и особенно вступления в 1993 г. в силу Закона о психиатрической помощи, не могли не отразиться на вопросах реабилитации психически больных и инвалидов. Расширение принципов гуманизма в оказании психиатрической помощи, добровольности обращения за помощью во многом положительно повлияло на основной принцип реабилитации — партнерство врача и пациента. Ресоциализация больного реальна лишь при его активном участии, которое возможно при условии союза с врачом. Заметное сужение недобровольных форм психиатрической помощи создало благоприятную почву для апелляции к личности больного. Являясь стержневым в любой реабилитационной программе, это положение отличает реабилитацию от лечения в обычном смысле этого слова.

Вместе с тем состояние реабилитации психически больных в Республике Татарстан не отвечает в полной мере современным требованиям.

Во-первых, это объясняется увеличением категории нуждающихся в реабилитации. Под реабилитацией в психиатрии, как правило, понимают ресоциализацию больных с заболеваниями психотического регистра, инвалидов и в определенной мере — больных с олигофренией. В структуре же психической заболеваемости, как известно, в последние десятилетия преобладают пограничные психические расстройства непсихотического характера, распространенность которых быстро возрастает. Социально-экономические катаклизмы последних лет, социальная напряженность, отсутствие стабильности и удовлетворенности реальной жизнью вызывают массовую невротизацию населения. Деадаптация к изменившимся социальным условиям для таких лиц часто оборачивается тем, что они оказываются «за бортом» жизни. И реабилитация их становится крайне актуальной проблемой. Согласно данным экспертов ВОЗ, до 25–30% населения нуждается в психиатрической помощи, в то время как в Татарстане ею (включая наркологическую помощь) пользуется только 4–5% (в развитых странах Запада до 15–20%).

Во-вторых, материальная база реабилитации не отвечает требованиям сегодняшнего дня. До последнего времени психиатрическая

служба как в России, так и в Татарстане развивалась преимущественно экстенсивно, что было обусловлено отставанием ее ресурсной обеспеченности от нормативной. К тому же почти 80% коечного фонда республики сконцентрировано в Казани. Психоневрологические диспансеры, за исключением Набережночелнинского, маломощны, не имеют промежуточных звеньев помощи: дневных (ночных) стационаров, лечебно-производственных мастерских. Спеццеха также созданы только в Казани. В Республике Татарстан, как и во многих регионах России и СНГ, нет такого важного звена, как общежития для больных, утративших социальные связи. Значимость его особенно возрастает в современных условиях.

Третья причина, объясняющая недостатки работы по реабилитации психически больных, касается организационных, кадровых аспектов. Общеизвестно, что психиатрическая больница должна пересмотреть свою структуру, изменить стиль работы, иметь больше контактов с различными внебольничными учреждениями и особенно с обществом. Сложившийся стереотип работы психиатрических учреждений мало отвечает этим требованиям. Предстоит кадровая и психологическая перестройка медицинского персонала. Отметим, что в западных странах реабилитация немыслима без участия психологов и социальных работников. Участвуя в ресоциализации больных наряду с психиатрами, они численно превосходят последних, чем подчеркивается больший вес социальных и психолого-психотерапевтических воздействий в успехах реабилитационных программ.

Для успешной реабилитации больных имеют также значение факторы, на которые раньше мало обращалось внимания: географическое расположение больницы, ее архитектура, создание определенного комфорта внутри отделения, самостоятельность и самоуправление больных, использование различных видов групповых занятий и психотерапии.

Экономические проблемы, связанные с малой финансово-хозяйственной самостоятельностью психиатрических учреждений, привели на грань банкротства лечебно-производственные мастерские. Это вынудило их к преобразованию в различные кооперативы, малые предприятия, ТОО и пр., что, естественно, негативно отразилось на вопросах реабилитации.

Большим событием для социальной психиатрии явилось принятое правительством Российской Федерации 25 мая 1994 г. постановление «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами». Сейчас чрезвычайно актуальной представляется разработка и принятие правительством Республики Татарстан государственной программы реабилитации психически больных и инвалидов.

Поступила 17.08.94