

УДК 616.89–07:616–036.85

## ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ПРИЧИН ФЕНОМЕНА ОТСРОЧЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

К. А. Каменков, А. Ф. Быков

*ФГУ «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», ГУЗ «Психоневрологический диспансер № 9», Санкт-Петербург*

Под феноменом отсроченной реабилитации больных и инвалидов [7] понимают отодвинутое на время начало выполнения программы индивидуальной реабилитации в целом или ее раздела (разделов). Термином «отсроченная реабилитация» обозначается несоблюдение основного организационно-методического принципа\* о наиболее раннем начале реабилитационных мероприятий и, следовательно, их запаздывании во времени. Последствия отодвигаемых на неопределенное время созидательно-восстановительных действий в медико-биологическом, психологическом и социальном аспектах реабилитации проявляются в снижении реабилитационного потенциала, ухудшении реабилитационного прогноза и, в конечном итоге, инициируют грубую дезадаптацию больного вследствие прогрессивности заболевания, нарастание негативной симптоматики, усиливающуюся изоляцию, разрыв социальных связей. Ю.А.Щербук и С.В.Литвинцев [13] указывают на социально-экономические последствия психических расстройств, естественно, усугубляющиеся при отсрочке реабилитации: снижение производительности и качества труда, страдающих психическими расстройствами, утрата трудоспособности и инвалидизация; ущерб от несчастных случаев и аварий, совершаемых людьми, страдающими психическими расстройствами (в том числе, невыявленными); преждевременная смертность вследствие самоубийств, бедность, безработица и социальная дезадаптация. По данным вышеуказанных авторов, в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в 2006 году покончили жизнь самоубийством 599 человек, в 2007 – 606 человек (рост на 1,5%). Однако, несмотря на это, при оценке эффективности реабилитационных

мероприятий отсрочка их начала практически не учитывается [3]. Философский и социологический смысл отсроченности действия выражен в словах З.Баумана: «Откладывать – значит помещать что-либо среди того, что связано с будущим... значит управлять возможностями присутствия вещи, препятствуя ее перемещению в настоящее, удерживая ее на расстоянии и отсрочивая ее незамедлительность» [2].

Согласно Федеральному Закону Российской Федерации от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [12], реабилитация рассматривается как «система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функции организма. Целью реабилитации являются: восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация» (ст. 9, п.1). При этом инвалид – это «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функции организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» (ст. 1). Между тем, общеизвестно, что далеко не все лица, страдающие психическими расстройствами, являются инвалидами. Их социальная дезадаптация определяется не нарушениями жизнедеятельности, а возникающими в микросоциуме или в обществе некоторыми поведенческими реакциями, близкими по форме и содержанию к социальной отверженности таких больных. Это обстоятельство предопределяет потребность их в реабилитации, несмотря на формальное отсутствие у них группы инвалидности.

В отечественной и зарубежной литературе уже давно стала очевидной необходимость возможно более раннего начала реабилитации психически больных и инвалидов [6], но обращает на себя вни-

\* В науках принципы не могут быть вечными: под влиянием развития, углубления, совершенствования знаний, устоявшиеся принципы отрицаются, забываются и создаются новые теоретические платформы. Кто может предположить, какими неожиданными будут реабилитационные воздействия в 2070–2080 гг. и принципы их применения?

мание отсутствие анализа причин, задерживающих реализацию основных аспектов реабилитационного процесса – восстановительного (поддерживающего) лечения, социальной, психологической и профессиональной составляющих.

В работе [8] приведена классификация указанного феномена, учитывающая, в том числе, и его последствия. Между тем, по нашему мнению, в практике реабилитации психически больных и инвалидов особую актуальность приобретает анализ факторов, приводящих к отсроченному вовлечению инвалида в реабилитационный процесс.

Очевидно, что феномен отсроченной реабилитации может быть вызван двумя комплексами причин: имеющими и не имеющими прямой зависимости от личностных особенностей больного человека.

К причинам, имеющим прямую зависимость от личности больного, можно отнести следующее.

#### 1. «Нонкомплайенс» больных.

В самом общем виде комплаенс можно определить как согласие больного следовать рекомендациям врача. При этом Н.Г.Незнанов и В.Д.Вид [11] указывают, что комплаенс нельзя ограничивать только согласием больного следовать лекарственной терапии, это понятие включает в себя, скорее, готовность пациента к продуктивному сотрудничеству с врачом. Явление, обратное комплаенсу, обозначается как «нонкомплайенс».

При анализе нонкомплайенса как одного из факторов, приводящих к отсрочке начала реабилитационного процесса, следует учесть и так называемый «врачебный нонкомплайенс» – сосредоточение усилий врачей на снятии актуальной психотической симптоматики при игнорировании задачи долгосрочного ведения больного, минимизации обострений и достижения максимально возможного социального восстановления и качества жизни [11].

Идентифицировано порядка 250 факторов, обуславливающих комплаенс [16]. В литературе подробно описаны факторы, снижающие лекарственный комплаенс больных (то есть, по сути, затрагивающие медико-биологический аспект реабилитации). Традиционно главным из них является переносимость препаратов, в первую очередь, нейролептиков. Ранжируя негативные побочные действия препаратов, больные на первое место (по данным врачебных опросов) ставят экстрапирамидные симптомы, считая их ограничителями качества жизни. На втором месте оказывается излишняя седация, на третьем – увеличение массы тела [14]. Кроме того, нейролептики оказывают негативное воздействие на побуждения, эмоциональную и когнитивную сферы, что отражается в жалобах больных, субъективном восприятии снижения качества их жизни и может не находить отражения в данных объективного обследования [11]. Сказанное справедливо в большей степени для группы «классических» нейролептиков.

2. Факторы, обусловленные особенностями психопатологической симптоматики, например, хрониче-

скими продуктивными симптомами, снижением энергетического потенциала вследствие негативных расстройств. В этой связи следует учитывать тип и темп течения заболевания, так как быстрая прогрессивность приводит к стремительному разрыву социальных связей и аутизации больного. Частые обострения, приводящие к госпитализации, зачастую надолго выводят человека из привычного социального окружения и, как следствие, прерывают реабилитационный процесс на неопределенное время. Особую роль в формировании отсрочки реабилитации играет и феномен госпитализма, непосредственно влияющий на практически полную потерю навыков социального функционирования вне стен стационара.

3. Низкая мотивированность больного на реабилитацию, которая обусловлена, с нашей точки зрения, не только негативными симптомами (снижение энергетического потенциала личности), но и угрозой «ломки стереотипа» (потеря вторичной выгоды от болезни, нежелание лишаться социальной защиты, страх необходимости самостоятельно принимать жизненно важные решения и т.д.).

4. Особенности образа жизни больных, обусловленные коморбидной патологией (алкоголизм, наркомания и т.п.). По данным последнего из шведских источников, люди, страдающие зависимостью от психоактивных веществ, обозначены как «социальные инвалиды» [1], поскольку у них резко нарушается система отношений с окружающим миром, включающая в себя личностные установки, ценности, идеалы. Не вызывает сомнения, что в этом случае мотивация больных на восстановление чрезвычайно низкая.

5. Снижение или отсутствие у больного и его родственников критики к болезни приводит зачастую к неадекватной оценке сложившейся жизненной ситуации, недопониманию социальной дезадаптации и потребности в реабилитационной помощи.

6. Обращение больных не к психиатру, а к врачу иной специальности (например, к неврологу или терапевту), позднее распознавание психического расстройства, скрывающегося за «фасадом» соматических жалоб.

Обращение пациентов за помощью не к психиатрам, а к врачам иных специальностей объясняется не только снижением способности к адекватной оценке своего состояния, но и устойчивым негативным отношением к психическим болезням среди населения, обуславливающим желание скрыть от окружающих свои психические проблемы. В связи с этим, важное значение приобретает взаимодействие психиатров с врачами, осуществляющими первичную помощь с целью вовлечения потенциальных пациентов в сферу службы психического здоровья для оказания им адекватной и своевременной помощи.

7. Промежуточное положение между двумя группами причин отсроченной реабилитации занимает отсутствие оптимального терапевтического контак-

та (или, в некоторых источниках – терапевтического альянса) между пациентом и его лечащим врачом. Известно, что главной предпосылкой оптимального контакта является доверие больного к ответственной позиции врача в отношении разработки значимых аспектов индивидуальной программы реабилитации, тогда как все остальные факторы представляются менее существенными [4]. В нарушении оптимального контакта играют роль как изначально негативная установка больных на сотрудничество с врачом [11], низкий уровень ожидания положительных результатов терапии [15], так и недостаточность врачебных навыков в создании атмосферы доверительного партнерства, требующих постоянного совершенствования их на практике. Принцип партнерства может быть реализован только с учетом личности больного, нередко измененной вследствие болезни, особенностей психопатологической симптоматики, реальных жизненных проблем пациента.

Второй комплекс причин охватывает обстоятельства, не имеющие прямой зависимости от личности больного. Ниже приводится далеко не полный перечень таких факторов.

#### 1. Наличие реабилитационных центров.

В соответствии с Приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 21 марта 1988 года №225 психиатрические стационары обязаны осуществлять не только стационарное обследование и лечение, но и выполнять мероприятия по социально-трудовой реабилитации психически больных. Это нашло отражение в Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», статья 16 которого гласит о том, что государство должно создавать лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии. В Санкт-Петербурге нормативная основа для этого появилась с выходом Распоряжения Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 09.07.2007 №530-р «Об утверждении методических рекомендаций по определению штатной численности отделения трудовой реабилитации психоневрологического диспансера и психиатрической больницы». Вместе с тем, нерешенным остается вопрос об оснащении реабилитационных подразделений, нацеленных на сохранение у больных трудовой активности, ресоциализации их в семье и в обществе [13].

2. Информированность больных и их родственников о наличии реабилитационных центров и возможностях реабилитации.

3. Недостаточное качество оказания психиатрической помощи, в том числе наметившаяся тенденция к снижению охвата участковой службой ПНД лиц, нуждающихся в психиатрической помощи и реабилитации.

По данным И.Я.Гуровича [5], внебольничный контингент за период с 1999 по 2004 год увеличился на 11,8%, в то время как удельный вес диспан-

серного наблюдения снизился на 7% за счет увеличения обычной консультативно-лечебной помощи, то есть имеется тенденция к некоторому снижению «охвата» психически больных (в том числе реабилитационной) помощью.

Кроме того, несомненный вклад в снижение качества оказания психиатрической помощи оказывает дефицит врачей-психиатров участковой службы ПНД и, как следствие, беглый, формальный контакт с больным, недостаточное внимание к его жизненным, социальным проблемам. В такой ситуации помощь больному ограничивается, в основном, медико-биологическим аспектом (назначение препарата, выписка рецепта и т.д.).

Также актуальной остается проблема лекарственного обеспечения больных – несоответствие фармакотерапии международным, апробированным и отвечающим требованиям доказательной медицины принципам лечения психических расстройств [5], в том числе – использование психофармакологических препаратов нового поколения [13]. Следует отметить, что указанная ситуация складывается не только вследствие трудностей внедрения препаратов нового поколения, сужения возможностей выбора лекарственных средств (назначение «того, что есть»), но, к сожалению, и консерватизма врачей в отношении инновационных методов фармакологического лечения. Очевидно, что нерационально подобранная лекарственная терапия приводит к усилению прогрессивности психического заболевания, увеличению частоты рецидивов, приводящих к госпитализации (нередко достаточно длительной), нарастанию социальной недостаточности, в том числе и в экспертных категориях жизнедеятельности, и, в конечном итоге – к «выпадению» больного из реабилитационного процесса или длительной отсрочке его начала. Возможности восстановления больных значительно снижаются, а социальные потери становятся невосполнимыми [6]. Вместе с тем, грамотное использование современных достижений психофармакологии позволило бы сократить пребывание пациентов в стационарах, уменьшить число повторных госпитализаций, снизить инвалидизацию, обеспечить качество ремиссии, позволяющее больным полноценно адаптироваться в приемлемых для них и окружающих условиях микросоциума.

Кроме того, И.Я.Гурович [6] указывает, что одной из причин позднего вовлечения больных в реабилитационный процесс является то, что реабилитация часто не входит в арсенал задач специалистов, оказывающих помощь на начальных этапах заболевания, и адресуется лишь к отставленным и отдаленным этапам. До сих пор нередки случаи, когда лечащий врач психиатрического стационара, оказывая больному медикаментозную помощь, концентрирует на ней все свои усилия, но при этом практически не использует методики психологического и социального воздействия. Между тем реабилитация (не только в медико-биологическом, но и

в социальном аспектах) является необходимым элементом оказания помощи больному на всем протяжении болезни.

4. Влияние социального окружения, семьи, референтных групп (в том числе, асоциальных, сект, общественно-политических движений). По мнению О.В.Лиманкина [9], члены этих организаций, как правило, непосредственно не представляют интересы потребителей психиатрической помощи – душевнобольных или их родственников и порой слабо себе представляют реалии той службы, которую критикуют. Кроме того, на «околопсихиатрической» сцене действуют и организации, чьи интересы очень далеки от реальной заботы о положении психически больных. В частности, действующая на территории Санкт-Петербурга «Гражданская комиссия по правам человека», финансируемая сайентологической церковью, называет психиатрию лженаукой, психические болезни – ярлыками для инакомыслящих, а психофармакологические препараты – наркотиками. Члены этой и подобных ей организаций выступают с нападками на психиатрические службы, вовлекают в сферу своей деятельности психически больных, призывая их к отказу от лечения и обращения к психиатрам, что, в ряде случаев, приводит к значительной задержке начала реабилитационного процесса, а иногда – и к прерыванию его.

Отметим, что семья больного также может оказывать неблагоприятное влияние на процессы восстановления. Родственники больного, организуя поведение больного (в том числе, выполнение им программы реабилитации), руководствуются своими личными представлениями, иногда – ошибочными, основанными на распространенных заблуждениях.

5. Социальная стигматизация и активность населения в обращаемости за психиатрической помощью.

Известно, что по мере роста общей культуры населения обращаемость за психиатрической помощью растет. Между тем, на нее влияет множество факторов, в том числе – страх потерять работу, право на вожделение автомобиля, социальная стигматизация (проблема толерантности общества к психически больным) и т.п. Серьезным препятствием для полноценной адаптации психически больных служит известное предубеждение населения. Этих больных избегают, игнорируют, боятся, так как они, якобы, не способны вести «обычный образ жизни». Люди предпочитают, охраняя свой покой, избавиться от больных, спрятав их за стены лечебниц, протыводя их прямо или косвенно, своевременному вовлечению в реабилитационные процессы.

6. Отсутствие наглядной, доступной, адекватно конкретизированной модели реабилитации психически больных, что, по нашему мнению, приводит к отставанию в оснащении психиатрических учреждений инновационными формами реабилитирующего воздействия, широко реализуемыми за рубежом, но, к сожалению, в настоящее время недостаточно представленными в России [10], и, как следствие – снижение организованности действий врачей-психиатров, направленных на реабилитацию психически больных, а также – низкая мотивированность пациентов и лиц из их ближайшего окружения на реабилитацию. Кроме того, слабость модели результата препятствует и разрешению финансово-организационных проблем реабилитации в психиатрии. Все это, в конечном итоге, приводит к отсроченному началу реабилитации в психиатрии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антинаркотическая политика: шведские ответы на российские вопросы / Под ред. Г.В.Зазулина, А.Н.Суннами. СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 2008. 386 с.
2. Бауман З. Текучая современность. Пер. с англ. / Под ред. Ю.В.Асочакова. СПб.: Питер, 2008.
3. Владимирова О.Н., Каменков К.А. О некоторых причинах позднего начала реабилитационного процесса у инвалидов вследствие профессиональных заболеваний // Материалы Всероссийского методологического семинара «Проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний». Новокузнецк, 2008.
4. Войтенко Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология. СПб.: СПбИУВЭК, 2006.
5. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, № 4. С. 5–11.
6. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–10.
7. Каменков К.А. О реальности феномена отсроченной реабилитации инвалидов и его последствиях // Материалы VI РНК «Человек и его здоровье». СПб., 2001.
8. Каменков К.А. Особенности построения классификации феномена отсроченной реабилитации инвалидов: первая попытка // Материалы VII РНК «Человек и его здоровье». СПб., 2002.
9. Лиманкин О.В. Вопросы совершенствования психиатрической помощи в диалоге с партнерами в области психического здоровья //

- Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации: тезисы научно-практической конференции с международным участием / Под ред. С.В.Литвинцева, А.И.Колчева. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008.
10. Милотин С.М., Быков А.Ф., Смирнов А.П. Актуальные аспекты внебольничной реабилитационной помощи психически больным // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации: тезисы научно-практической конференции с международным участием / Под ред. С.В.Литвинцева, А.И.Колчева. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008.
11. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6, № 4.
12. Федеральный Закон Российской Федерации от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (по состоянию на 1 января 2007 г.).
13. Щербук Ю.А., Литвинцев С.В. Проблемы организации психиатрической помощи // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации: тезисы научно-практической конференции с международным участием / Под ред. С.В.Литвинцева, А.И.Колчева. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008.
14. Angermeyer M. et al. Neuroleptics and quality of life. A patient survey // Psychiatr. Prax. 2000. Vol. 2. P. 64–68.
15. Linden M. et al. A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years // Schizophr. Bull. 2001. Vol. 27, N 4. P. 585–596.
16. Phillips E. Patient compliance. Bern: H.Huber, 1988.

## ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ПРИЧИН ФЕНОМЕНА ОТСРОЧЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

К. А. Каменков, А. Ф. Быков

В статье обсуждается повсеместно распространенный в современной психиатрии феномен отсроченной реабилитации больных и инвалидов вследствие психических расстройств. Это явление бездействия (или откладывания действия на более позднее время) стало изучаться после 2001 года.

В работе рассмотрены два комплекса причин возникновения и существования указанного феномена, разделенных по признаку наличия или отсутствия прямой зависимости от личностных особенностей больного.

При изучении первого комплекса отобраны и сформулированы причины с выраженными причинно-следственными взаимосвязями между личностью пациента (инвалида) и эффектом торможения активного начала реабилитационных мероприятий: «нонкомплаенс» больных; особенности психопатологической симптоматики; низкая мотивированность пациентов на реабилитацию; особенности образа жизни больных; снижение или отсутствие критики к болезни; обра-

щение больных не к психиатру, а к врачу иной специальности.

Второй комплекс причин охватывает обстоятельства, не имеющие прямой зависимости от личности больного (инвалида): наличие доступных реабилитационных учреждений; информированность больных и их родственников о наличии доступных реабилитационных центров определенного медицинского профиля и возможностях реабилитации в них; недостаточное качество оказания психиатрической помощи; влияние социального окружения; социальная стигматизация и связанная с ней низкая активность населения в обращаемости за психиатрической помощью; отсутствие наглядной модели успешной реабилитации психически больных.

Указанные причины являются далеко не полными, как в первом, так и во втором комплексе, и требуют дальнейших наблюдений.

**Ключевые слова:** психиатрия, реабилитация психически больных, реабилитация инвалидов вследствие психических заболеваний, феномен и причины отсроченной реабилитации.

## CAUSES OF DELAYED REHABILITATION IN PSYCHIATRY: APPROACHES TO ANALYSIS OF PHENOMENON

K. A. Kamenkov, A. F. Bykov

The authors discuss the concept of delayed rehabilitation of mental patients and persons with psychiatric disabilities, which is nowadays a quite common phenomenon in psychiatry. This phenomenon of not-doing (or delaying something to be done) has been studied only since 2001. This article describes two groups of causes for development and preservation of this phenomenon, and they differ on the parameter of involvement of the patient's personal characteristics. The first group includes the causes with strong causal relationship with the patient's personality and the effect of slowing down the onset of rehabilitation measures (patient's noncompliance; specific psychopathological characteristics; lack of motivation concerning rehabilitation; specific life style; lack of insight; seeking help from

medical professionals other than psychiatrist). Second group of causes includes the circumstances, which are not directly related to patient's personality. Those are: availability of accessible rehabilitation facilities, availability of information about such facilities and their range of services for patients and their family members; inadequate quality of psychiatric care; the effect of social environment; social stigma and unwillingness to seek psychiatric care because of stigma; absence of an attractive pattern of successful rehabilitation of mental patients. Presented lists of causes are not complete, and the subject needs further investigation and observation.

**Key words:** psychiatry, rehabilitation of mental patients and persons with psychiatric disabilities, phenomenon of delayed rehabilitation, causes.

**Каменков Константин Александрович** – кандидат медицинских наук, доцент ФГУ «Санкт-Петербургский Институт усовершенствования врачей-экспертов ФМБА», кафедра организации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов; тел.: (812) 590–0732

**Быков Алексей Федорович** – врач-психиатр ГУЗ «Психоневрологический диспансер № 9 Невского района г.Санкт-Петербурга», отделение лечебно-трудовой реабилитации (ОЛТР); e-mail: aleksey660@yandex.ru