

## Реабилитация больных шизофренией: история, современные тенденции, перспективы

А. С. Русских<sup>1</sup>, К. Ю. Ретюнский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУЗ СО «Психиатрическая больница № 7», г. Нижний Тагил;

<sup>2</sup> ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

### Резюме

В статье дан краткий обзор развития принципов реабилитации больных шизофренией с отражением современного состояния вопроса в свете биопсихосоциальной парадигмы. Намечены пути к совершенствованию лечебно-реабилитационной помощи больным шизофренией на примере ГУЗ СО «Психиатрическая больница № 7» (г. Нижний Тагил).

**Ключевые слова:** шизофрения, биопсихосоциальная модель терапии и реабилитации.

Последнее десятилетие в медицине ознаменовано переходом от медико-биологической к биопсихосоциальной парадигме представления о механизмах болезни, ее диагностике и принципах лечебно-реабилитационной работы. Исторический путь к современному пониманию ключевых вопросов реабилитации был долгим и весьма не простым. Такие понятия, как терапевтическая цель, задачи, место в структуре медицинской помощи, средства, претерпели существенные изменения [2, 3, 9, 10].

Вне зависимости от эпохи в психиатрии идеи реабилитации отражали отношение общества к душевнобольным, его гуманистическую направленность, понимание сущности психического здоровья и болезни [9]. Психиатрическая помощь за последние три века от изоляции больных и их репрессивного призрания проделала путь к идеям нестеснения, социо- и трудотерапии (Ф. Пинель, Д. Конолли, И. Ф. Рюль, А. У. Фреге, Э. Андриоли, В. М. Бехтерев, В. П. Сербский). Ушедший век ознаменован внедрением принципов трудотерапии и «лечения занятостью» (Н. Симон, 1927). Среди них такие подходы, как система «психоортопедии» (В. А. Гиляровский, 1926; Д. С. Озерецковский, 1927), активирующая терапия (СИ. Консторум, 1930), метод «социально-трудового режима» (Я. Г. Ильон, 1928), коллективно-трудовой метод лечения психически больных (Я. П. Бугайский, 1932). Трудотерапия в Советском Союзе (В. Н. Мяс-

цев, 1960) была аналогичной «лечению работой» (*Arbeitstherapie*) в Германии, а также системе производственной (*Workshop therapy*) и индустриальной (*Industrial therapy*) терапии в Великобритании. Однако в тот период трудовая терапия была изолирована от социальных воздействий. Преимущественно разрабатывались методики опосредованного влияния на социальное функционирование и компетентность больных посредством трудовой адаптации.

Первые успехи психофармакотерапии, начиная с 60-ых гг. ушедшего века, сделали возможным проведение реформ деинституализации психиатрии, и стали еще одним шагом в направлении формирования комплексного подхода оказания помощи психически больным. В этот период зарождалась и развивалась социальная психиатрия, менялось отношение к роли личности в болезни с учетом ее социальных характеристик [1]. Происходил пересмотр монокаузальных концепций, появилась тенденция стремления к избавлению от принципов биологического редукционизма. Как следствие, постепенный отказ от патерналистских и гиперпротективных приоритетов в оказании помощи пациентам с психическими расстройствами, изменения облика психиатрических стационаров, смещение центра помощи в сторону внебольничной среды с опорой на сообщество, развитие идей реабилитации и интеграции психически больных в социальную реальность. Все это привело к коренной перестройке организации психиатрической помощи во многих странах мира [9].

Дискуссия о разграничении между профилактическими, лечебными и реабилитационными мероприятиями являлась яблоком раздора ведущих мировых психиатров-реабилитологов [5].

А. С. Русских — зав. психиатрическим отделением  
ГУЗ СО «Психиатрическая больница № 7», г.  
Нижнего Тагила;

К. Ю. Ретюнский — д. м. н., профессор, кафедры-  
психиатрии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, зав.  
отделением исследований когнитивных рас-  
стройств у детей ГУЗ СО «Институт медицин-  
ских клеточных технологий».

Ряд авторов рассматривал реабилитацию в качестве «третичной профилактики» (A. Quedo, 1966; A. Freedman, 1967; G. Caplan, R. Caplan, 1967). Другие относили ее к завершающей фазе лечения (S. Martens, K. Peterson, 1963; S. Klieber, 1975). Третьи приближали реабилитацию к понятию тотального лечения (M. Greerblatt, B. Simon, 1959; N. Klime, 1973), либо наделяли свойствами реинтегративной терапии (J. Howells, 1975) или резиденциальной терапии (W. Easson). М. М. Кабанов (1978) расширял подход к реабилитации психически больных, трактуя ее как ресоциализацию больных, с более полным восстановлением (сохранением) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. По его мнению, во всех реабилитационных мероприятиях, во всех методах воздействия стержневым является апелляция к личности больного. М. М. Кабанову (1968, 1980, 2001) принадлежала и разработка принципов и схемы этапов реабилитации.

В настоящее время в нашей стране реабилитация понимается как система различных мероприятий (государственных, экономических, медицинских, психологических, социальных и других), направленных не только на оптимальное приспособление больного (инвалида) к жизни и труду, но и на предупреждение того или иного дефекта (инвалидности) [2, 3, 5-8].

Начиная с 1980-х годов, реабилитация все больше обозначается как «психосоциальная». Под ней понимается восстановление или формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество [2, 3].

Достижение социальной компетентности и, следовательно, автономии пациентов является одной из стержневых задач психосоциальной реабилитации. Для этой реабилитации мероприятия психосоциального характера должны начинаться уже на начальных этапах заболевания и во временных рамках пересекаются с биологической терапией.

Таким образом, в свете современных представлений реабилитация — это не только профилактика, лечение или трудоустройство, но, прежде всего, новый подход к больному человеку [6].

Психотерапии психических расстройств, в том числе и шизофрении, в системе реабилитации придавали большое значение. Так, «терапевтическое сообщество» являлось одной из

наиболее широко распространенной в западных странах форм организации реабилитационного процесса в психиатрическом стационаре. Основная роль в сообществе отводилась прямой и опосредованной психотерапии. Взаимоотношения психически больных и персонала явились предметом специального научного исследования (М. М. Кабанов, Е. М. Мельник, 1971; В. А. Ташлыков, 1974, 1980; М. М. Кабанов с соавт., 1975, 1980; Г. В. Бурковский с соавт., 1980; Г. В. Бурковский, 1984; R. Cancso, et al., 1968; R. Almond, et al., 1969).

Особое значение приобрела групповая (коллективная) психотерапия в различных ее вариантах. Самые различные социотерапевтические приемы (нередко их называли опосредованной психотерапией) преломлялись сквозь призму группы и коллектива. Наряду со сложившейся системой диспансерной помощи, немало внимания уделялось созданию специальных общежитий, пансионатов, гостиниц, полустационаров, а также стационарному обслуживанию на дому. Многочисленные примеры успешного сочетания психосоциальных и биологических методов лечебного воздействия позволили утверждать, что идея комплексной терапии, идея «блока» биологических и психосоциальных воздействий является сегодня общепризнанной.

Действительно, прогресс в исследовании шизофрении связан с комплексным медико-психологосоциальным подходом к изучению проблемы. Дальнейшее развитие дофаминовой теории привело к появлению концепции дименсионального ряда психопатологических проявлений. Стремительно расширяется ряд современных атипичных антипсихотиков [10]. Одновременно с этим учитывается воздействие психосоциальных (средовых и личностных) факторов, в немалой степени определяющих динамику болезни, ее исходы, а также адаптационно-компенсаторные механизмы [2, 3]. Изменение терапевтических приоритетов при шизофрении позволило создать новую концепцию ремиссии. Прежняя цель терапии, заключающаяся в удлинении стабильных периодов и редукции негативных симптомов, уступила место улучшению социального функционирования с реинтеграцией в общество, вплоть до функциональной и социальной автономии (Andreasen N., 2004; Kane J., 2003, 2007).

Данный интегративный подход к больному с учетом всех биологических и психосоциальных параметров его жизнедеятельности, с одной стороны, обогатил лечебно-реабилитационные технологии на пути совершенствования комплексной психиатрической помощи, с другой, изменил мышление врача-психиатра. Вопросы реабилитации лиц с психическими рас-

стройствами, как элемента целостной лечебной модели, сегодня является приоритетными. Исследователи придерживаются единой позиции, согласно которой методологическое противостояние между терапией и реабилитацией все более сглаживается, особенно в области психосоциального лечения и реабилитации с формированием единого лечебно-реабилитационного подхода [2, 3, 6-8].

К настоящему времени спектр терапевтических и социальных воздействий достаточно широк и разнообразен. Тем не менее, до сих пор не решена, пожалуй, главная задача восстановления доболезненного уровня функционирования пациента. Решение проблемы видится в обеспечении каждого больного оптимальным комплексом лечебных и реабилитационных воздействий с учетом индивидуальных психологических и психопатологических особенностей, особенностей микро- и макро-социального функционирования. Отчасти проблемы эффективности оказываемой помощи кроются в недостаточной преемственности между службами, призванными решать эту задачу, проблемами межведомственного взаимодействия.

Для преодоления такой разобщенности в ГУЗ СО «Психиатрическая больница №7» (г. Нижний Тагил) специалистами различной направленности (социальные работники, специалисты по социальной работе, врачи, психологи) проводится работа по усовершенствованию имеющейся системы медико-психосоциальной помощи. Так, определена задача разработать и внедрить комплексную «пациент-центрированную» модель работы, ассимилирующую передовые методы и формы оказания помощи в сфере психического здоровья. При этом должны учитываться принципы преемственности и взаимодействия различных структурных подразделений лечебного учреждения (стационар, реабилитационный дневной стационар, диспансер, лечебно-трудоустройство мастерские, реабилитационное общежитие, реабилитационная квартира) с вовлечением организаций пациентов и их родственников, общественных организаций.

В ближайшее время планируется расширенное вовлечение пациентов в лечебно-реабилитационный процесс в условиях полипрофессиональных бригад. Многоосевая диагностика на первых этапах лечения позволяет учитывать не только клинко-биологические особенности течения болезни, но и субъективную реакцию индивидуума на болезненные проявления и условия лечения, а также на

внешние психосоциальные факторы, дифференцированно использовать методы психосоциального воздействия.

Планируется внедрение унифицированной обменной документации, сопровождающей пациента и отражающей результаты, их динамику на разных этапах оказания помощи. Последнее обстоятельство позволяет устанавливать промежуточные и долговременные задачи, делать выводы об эффективности работы и своевременно вносить соответствующие коррективы. Подобный подход позволит индивидуализировать специализированную психиатрическую помощь, нацеленную на формирование индивидуальных ниш адаптации, а также контролировать ее эффективность.

### Заключение

Медико-психосоциальная помощь больным шизофренией далека от совершенства, и ее результативность, по-прежнему, остается невысокой. Тем не менее, комплексный подход к реабилитации, направленный на все звенья патогенеза страдания с построением четкой «пациент-центрированной» системы оказания помощи, на настоящий период является наиболее приемлимым и результативным.

### Литература

1. Александровский А. Б. Рецидивы шизофрении и пути их профилактики (клинкофизиологическое исследование). Под ред. проф. Рохлина Л. Л. М., Медицина. 1964; 210 с.
2. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология: Научная монография. Екатеринбург, Теzis. 2006; 368 с.
3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика 2004; 492 с.
4. Зеневич Г. В. Ремиссии при шизофрении. Л., Медицина. 1964; 215 с.
5. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Изд. 2-е, доп. и пере-Л.: Медицина, 1985; 216 с.
6. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии. Медицинские исследования, 2001; Том 1. Вып. L: 9-10.
7. Коцюбинский, А. П. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова, и др. С.-Пб.: Гиппократ+, 2004; 336 с.
8. Логвинович Г. В., Семке А. В., Бессараб С. П. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях. Томск, Издательство Томского Университета. 1992; 168 с.
9. Anthony W., Cohen M., Farkas M. Psychiatric rehabilitation. Biston Univercity, 1994. (Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Пер. с англ. В. Штенгелова. К.: Сфера, 2001; 298 с.)
10. Progress in dopamine research in schizophrenia. A guide for physicians. Ed. by Carlsson A., Lecrubier Y. Taylor & Francis, London & New York. 2004; 128 p.