

616.89

К 12

М. М. КАВАНОВ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

МЕДИЦИНА 1985

М. М. ҚАБАНОВ

Реабилитация ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

ИЗДАНИЕ 2-е, ДОПОЛНЕННОЕ И ПЕРЕРАБОТАННОЕ



© ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА» ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1985

ББК 56.14

К 12

УДК 616.89-08-036.868

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — Изд. 2-е, доп. и перераб. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с., ил.

М. М. Кабанов — заслуженный деятель науки РСФСР, д-р мед. наук профессор, директор Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, руководитель созданной в институте первой в нашей стране реабилитационной психиатрической клиники, председатель союзно-республиканской проблемной комиссии «Медицинская психология» АМН СССР и МЗ РСФСР и куратор общесоюзной проблемы «Реабилитация психически больных».

За 1-е издание монографии, вышедшей в 1978 г., автору присуждена премия им. В. М. Бехтерева АМН СССР в 1983 г. Во 2-м издании сделан больший акцент на медико-психологические аспекты, исходя из представлений о реабилитации как о динамической системе различных воздействий и мероприятий (медицинских, психологических, социальных), адресованных прежде всего к личности больного. Развиваемые автором и руководимым им коллективом сотрудников Института им. В. М. Бехтерева идеи реабилитации за последние годы нашли широкое применение в научной и практической медицине как в нашей стране, так и за рубежом.

Книга рассчитана на психиатров, психологов, социологов, организаторов здравоохранения и социального обеспечения.

Издание содержит 4 схемы, 6 рисунков, 38 таблиц, список литературы включает 238 наименований.

For summary see page 215.

Рецензент: зав. кафедрой психиатрии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института д-р мед. наук профессор Случевский Ф. И.



К 4118000000—020 164—85
039(01)—85

© Издательство «Медицина»,
Москва, 1978 г.

© Издательство «Медицина», Москва, 1985 г., с изменениями

ПРЕДИСЛОВИЕ

Второе, переработанное и дополненное, издание настоящей монографии посвящено истории развития концепции реабилитации психически больных, ее современному состоянию и теоретико-методологическим основам. Помимо психиатрии, эта концепция получила сейчас распространение и в других областях клинической медицины: невропатологии, кардиологии, онкологии и др. В книге показывается тесная связь реабилитационного системного подхода с организацией психиатрической помощи. Описываются формы и методы восстановительного лечения и реабилитации. Отдельные главы посвящены специальным научным исследованиям различных сторон реабилитации, преимущественно клинико-психологическим и социально-психологическим. Публикуется новая глава, написанная при участии наших сотрудников (психиатра, психолога, социолога, математика), содержащая анализ накопленного за последние годы материала клинико-статистических исследований, проведенных с помощью ЭВМ. Во втором издании представлены также некоторые новые данные совместных работ сотрудников Института им. В. М. Бехтерева с коллегами из ГДР (главным образом из психиатрической клиники Лейпцигского университета им. К. Маркса). Новые подходы к оценке эффективности лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий дополняются традиционными клинико-катамнестическими исследованиями. Список литературы существенно обновлен и дополнен публикациями последних лет.

Надеюсь, что второе издание монографии будет полезным для дальнейшего развития теории и практики реабилитации больных нервно-психическими заболеваниями.

Автор

Проблема реабилитации больных и инвалидов в последние 2—3 десятилетия привлекает все большее внимание широких кругов врачей, психологов, педагогов, юристов, социологов, общественных деятелей различных стран. Издаются специальные журналы, созываются международные и национальные конгрессы, симпозиумы, конференции. Только в социалистических странах Европы за последние годы проведено много симпозиумов по вопросам реабилитации, из них 7 — по реабилитации психически больных¹. В ноябре 1967 г. в Праге состоялось IX Совещание министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран, посвященное проблеме реабилитации. В Москве и Ленинграде созданы научные общества, объединившие различных специалистов, работающих в этой области. Существуют международные организации — International Rehabilitation Medical Association (IRMA), Rehabilitation International, в которые входят и некоторые социалистические страны.

Развивающаяся концепция реабилитации все еще не имеет достаточно четких и общепризнанных положений. На своем пути она встречает немало трудностей, вызывает споры, различные, порой противоречивые суждения по поводу терминологии, методов и некоторых принципиальных вопросов. Многими специалистами реабилитация рассматривается как совокупность различных воздействий и мероприятий, проводимых обычно после окончания соответствующего лечения. Во внутренней медицине под реабилитацией практически имеют в виду различные процедуры (гимнастика, массаж, раннее вставание с постели после инфаркта, инсульта или оперативного вмешательства и т. п.), дополняющие «обычное» лечение и направленные на его оптимизацию. Травматологи и ортопеды, естественно, много внимания в реабилитационном плане уделяют протезированию, физиотерапевты — физическим методам, психиатры — трудовой терапии и психо-

¹ В 1963 г. в г. Родевише (ГДР) состоялся I симпозиум социалистических стран по реабилитации психически больных. Затем были проведены симпозиумы в ПНР, НРБ, СССР, ВНР, ЧССР. Через 20 лет (май 1983 г.) в том же Родевише был организован юбилейный симпозиум по этой проблеме, в резолюции которого содержатся дальнейшие рекомендации по совершенствованию исследовательской и практической деятельности в области реабилитации психически больных в социалистических странах.

терапии. Представители всех специальностей говорят о реабилитации как о рациональном бытовом и трудовом устройстве больного (инвалида), в связи с чем немаловажное значение придается экспертизе трудоспособности. Все эти положения, с учетом особенностей той или иной медицинской специальности, не вызывают возражений, но, как бы выхваченные из «контекста», они неправомерно сужают цели и задачи реабилитации, которую следует понимать гораздо шире, а главное — в виде сложной системы.

Сейчас уже ни у кого не вызывает сомнений исключительная важность проблемы реабилитации больных. Особое значение приобретают идеи реабилитации для социалистического общества, где имеются неизмеримо большие, по сравнению с капиталистическими странами, возможности для их успешного осуществления (государственная система здравоохранения и социального обеспечения, отсутствие безработицы, воспитываемые с ранних лет чувства взаимопомощи и коллективизма).

Чем же объясняется большое внимание к проблеме реабилитации во всех развитых странах? Прежде всего растущей тенденцией к гуманизации медицины, все большим интересом различных наук (в том числе и философии) к человеку как предмету познания [Ананьев Б. Г., 1969], изменением социальной ориентации науки [Волков Г. Н., 1969], интеграцией естественнонаучного и гуманитарного знания в комплексной проблеме человека [Карпинская Р. С., 1981]. О. Щепин, Г. Царегородцев и В. Ерохин (1981) подчеркивают усиливающуюся необходимость, в связи с этим, перестройки системы медицинского образования, в которой до настоящего времени преобладает так называемый организмоцентрический подход. «Медицину сегодняшнего дня надо повернуть лицом к человеку в целом, а не только к организму... Ее следует сделать человекоцентричной», — призывает В. П. Петленко (1982). Этические и ценностные проблемы биологии, медицины, психологии становятся сейчас предметом особого внимания многих ученых [Фролов И. Т., 1974, 1983; Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И., 1981; Векуа Г., 1983].

Но есть еще другое, «прикладное», обстоятельство, делающее чрезвычайно актуальной проблему реабилитации во второй половине XX столетия. Механизация, автоматизация и химизация производства, возрастающий удельный вес умственного труда, затрат нервно-психической энергии во всех сферах жизнедеятельности человека приводят к увеличению сердечно-сосудистой и нервно-психической заболеваемости. «Физиологическая адаптация человека не в состоянии поспевать за новыми темпами ритма жизни, развитием техники, прогрессом производства. Отсюда нервно-психическая усталость и утомление» [Тимakov В. Д., 1971]. Поэтому сердечно-сосудистые и нервно-психические заболевания получили наибольшее распространение, когда в развитых странах отодвинулись далеко на задний план многие инфекционные заболевания, возросла продолжительность жизни

человека, резко увеличилось число лиц пожилого и старческого возраста. Именно эти болезни — «болезни адаптации» по Г. Селье — часто имеющие хроническое течение (а также последствия различных физических травм), привлекают в первую очередь внимание тех, кто разрабатывает и проводит в жизнь идеи реабилитации. Помимо дальнейшего совершенствования клинических и клинко-биологических исследований, связанных в значительной степени с успехами современной биологии (молекулярная биология, генетика и др.), развитием идей медицинской кибернетики, в настоящее время при изучении различных заболеваний (и в первую очередь, конечно, нервно-психических и сердечно-сосудистых) все большее значение приобретают исследования личности больного и факторов социальной среды (психологические, социально-психологические и социологические исследования).

Соотношение биологического и социального в формировании человека, а также в развитии и динамике его заболеваний вновь и вновь привлекает интересы философов, педагогов, врачей¹. Сложность этого соотношения связана с тем, что «жизненные отображения целостного организма человека в силу его социальной природы имеют ту или иную социальную окраску, «снимаются» социальными моментами» [Степанов А. Д., 1975]. Необходимо также подчеркнуть существование различных взаимозависимостей биологического и социального на разных уровнях организации человека (чем выше «уровень», тем меньше его развитие определяется биологическими законами, и наоборот). «В наше время, — пишут А. А. Покровский и Г. И. Царегородцев (1977), — с одной стороны, все очевиднее становится зависимость патологических процессов от генетических и других биологических факторов, а с другой — усиливающаяся социологизация жизни современного человека все в большей степени определяет характер его патологии». Проблема личности и болезни становится в связи с этим предметом особого внимания медиков, психологов и философов [Мясищев В. Н., 1966, 1974; Снегур Е. А., 1975; Мельников Г. В., 1975; Платонов К. К., 1977, 1978; Петровский А. В., 1981, 1982; Полис А. Ф., 1981, 1982].

В то же время в широких научных кругах еще в недавние годы несколько односторонне рассматривалась патология человека — делается крен в сторону изучения «биологического» в ущерб «социальному», тогда как подлинное понимание сущности болезней человека возможно только в их единстве. В связи с этим уместно процитировать Т. А. Ламбо — одного из ведущих деятелей ВОЗ. «С большой пользой исследователи занимались отдельными

¹ См. книги: «Общество и здоровье человека». Под ред. Г. И. Царегородцева, М., 1973; «Соотношение биологического и социального в человеке» (ред. В. М. Банщиков, Б. Ф. Ломов), М., 1975; А. М. Изуткин и соавт. «Социология медицины», Киев, 1981; В. П. Петленко «Основные методологические проблемы теории медицины», Л., 1982; «Человек и медицината» (ред. Вл. Иванов), София, 1982.

механизмами, органами и системами, — сказал он во время своей публичной лекции в Женеве. — О самом больном на время позабыли, он рассматривался только как случайное поле битвы, на котором развивается бактериологический конфликт, или же как не имеющий значения сосуд, в котором протекают увлекательные биохимические процессы¹».

Некоторые последствия дифференциации различных наук, в том числе и медицины, уже давно волновали умы ученых и общественных деятелей. Так, А. И. Герцен² в 70-х годах прошлого столетия писал: «Физиология мужественно выполнила свою задачу, разложив человека на бесконечные действия и противодействия и сведя его к скрещению, вихрю рефлексивных актов. Пусть она позволит теперь социологии восстановить его цель. Социология вырвет человека из анатомического театра и возвратит его истории». Эти слова были сказаны свыше ста лет назад! И если подправить несколько устаревшую терминологию и понимать «физиологию» как крен в сторону «биологического», «социологию» — как ведущий аспект комплексного изучения человека и его интеграцию в обществе, то это высказывание поражает своей проницательностью, своим предвидением.

Нам представляется, что именно концепция реабилитации, концепция комплексного всестороннего подхода к больному человеку как раз и служит этой идее «цельности». Системный подход в его современном понимании [Афанасьев В. Г., 1964, 1980; Блауберг И. В., Юдин Э. Г., 1973; Садовский В. Н., 1974; Ломов Б. Ф., 1975, 1982; Кузьмин В. П., 1976, 1980; Венедиктов Д. Д., 1980; Петровский А. В., 1981; Платонов К. К., 1982; Bertalanffy L., 1973] позволяет комплексно решать многие проблемы различных наук, среди которых можно упомянуть бурно развивающуюся экологию и, в частности, экологию человека [Шварц С. С., 1974; Адо А. Д., 1976, 1980; Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г., 1980; Лисицин Ю. П., 1982; Dubos R., 1969, 1982]. С ней концепция реабилитации, так как мы ее далее будем излагать, входит сейчас в самое тесное соприкосновение [Кабанов М. М., 1982].

Реабилитация психически больных имеет свои особенности. Она прошла довольно сложную историю становления и, так же как и общая концепция реабилитации в медицине, не возникла на пустом месте (об этом пойдет речь в первой главе книги). Здесь надо отметить только то обстоятельство, что, несмотря на очевидные успехи социалистического здравоохранения, в частности в организации психиатрической помощи населению, все еще не раскрыты полностью большие возможности для осуществления

¹ Хроника ВОЗ, 1971, т. 25, № 12, с. 552.

² Из письма А. И. Герцена сыну. Было впервые напечатано в журнале «Revue philosophique» за 1876 г. во французском переводе с русского (А. И. Герцен, Избр. философские произведения, 1948).

на практике идей реабилитации психически больных. Нет еще должной ориентации в соответствующей подготовке медицинских кадров, не создано руководство по реабилитации, отсутствует необходимая координация в работе различных ведомств, осуществляющих многие аспекты реабилитационных программ, не развернуты еще надлежащим образом в масштабе страны научные исследования в этой области, не создано еще даже общесоюзное научное общество реабилитации больных и инвалидов, которое объединяло бы существующие региональные общества (московское, ленинградское и др.). Все это объясняется рядом причин, в первую очередь недостаточной теоретической разработкой концепции реабилитации.

«Простое наращивание материальной и кадровой базы медицины, — пишут О. Щепин, В. Ерохин и Г. Царегородцев в журнале «Коммунист» (1982, № 11, с. 80), — не уладит всех проблем, выдвигаемых жизнью. Нужен поиск новых подходов к их решению». Одним из таких подходов, на наш взгляд, является понимание системы реабилитации больных и инвалидов в ее историческом развитии.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Принято считать, что концепция реабилитации (rehabilitation) больных и инвалидов получила свое современное содержание в годы второй мировой войны в Англии и США, хотя имеются указания, что отдельные мероприятия и публикации имели место гораздо раньше. Несомненно, что в ряде других стран (Франция, Голландия, Швейцария и особенно СССР) было сделано немало в тех областях здравоохранения и социального обеспечения, которые сейчас принято относить к реабилитации. Однако терминология, определенная направленность накопленных знаний и их систематизация берут свое начало в англосаксонских странах. Следует отметить, что во Франции и франкоязычных странах предпочитают говорить о реадaptации (readaptation), вкладывая в этот термин несколько иное содержание¹. В некоторых странах в последние годы пользуются понятием «принцип нормализации» (principle of normalisation), сближающимся с термином «абилитация» (habilitation)², применяемом часто в отношении лиц, страдающих с раннего возраста каким-либо физическим или психическим дефектом (например, олигофренией). Термин «адаптация» многие авторы предлагают сохранить лишь для биологической приспособляемости [Greenblatt M., Simon B., 1959; Freedman A., 1967]. Не обсуждая преимуществ и недостатков всех этих понятий, скажем только, что термин «реабилитация» получил в настоящее время международное признание и распространение, его, в частности, поддержали Всемирная организация здравоохранения (1958, 1969)³ и Совещание министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран (1967)⁴.

¹ В буквальном переводе термин «rehabilitation» обозначает восстановление прав, способностей, а термин «readaptation» — «восстановление приспособляемости» (чаще всего имеется в виду восстановление приспособляемости на измененном болезнью уровне).

² Предоставление прав.

³ WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation: First Report, Geneva, 1958; WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation, Second Report, Geneva, 1969 (Ser. 419).

⁴ Резолюция IX совещания министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран по вопросу реабилитации. Прага, 21—24 ноября 1967 г.

Концепция реабилитации больных и инвалидов вначале исходила из идей так называемой физической медицины [Семинов С. Б., 1973; Krusen F., 1969], в дальнейшем она была дополнена положениями социальной гигиены, психологии, педагогики, социологии и других дисциплин¹. Существует много определенных реабилитаций. Приведем лишь несколько: «Развитие или улучшение тех способностей больного, которые могут быть использованы для его успешной социальной и трудовой деятельности вне больницы» [Fidler G., Fidler J., 1961]; «Восстановление больного как человека (личности) и как члена общества» [Gastager H., 1965]; «Специальное поле медицинской и социальной активности» [Bernier P., Bruck J., 1965]; «Попытка включения неполноценного индивидуума в социальную среду, в которой окажется возможным оптимальное применение его остаточных способностей» [Goldberg D., 1967].

Наиболее всеобъемлющим и последовательным является определение, содержащееся в резолюции IX Совещания министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран где говорится, что «реабилитация в социалистическом обществе есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду... Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается у него положительное отношение к жизни, семье и обществу». В 1977 г. на конгрессе в Лейпциге эксперты ВОЗ из социалистических стран пришли к заключению, что профилактику и реабилитацию следует рассматривать как единое целое.

Нередко приходится слышать, что концепция реабилитации включает в себя все и вся, т. е. профилактику, лечение, последующее после болезни приспособление к жизни и труду и т. п. Таким образом, как бы стираются грани, различия между этими понятиями, что верно лишь отчасти. Реабилитация — это не только профилактика, лечение или трудоустройство, это прежде всего новый подход к больному человеку (о сущности такого подхода см. в гл. 3).

Лучшему пониманию концепции реабилитации способствует разделение реабилитационной программы на последовательные этапы. В настоящее время, согласно рекомендации ВОЗ, принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. В ряде стран Западной Европы и США реабилитацию

¹ Некоторые авторы (например, Б. Деветаков, 1965) в классификации медицинских наук относят учение о реабилитации к разделу социальной гигиены.

рассматривают как «третичную профилактику»¹ [Querido A., 1966; Freedman A., 1967; Caplan G., Caplan R., 1967]. Цель «третичной профилактики» заключается в том, чтобы избежать инвалидности или уменьшить ее последствия. А. Querido подчеркивает, что чем больше «третичная профилактика» связана с лечением, тем она эффективней. Он же говорит, что различие между тремя ступенями (уровнями) профилактики носит в большей степени теоретический характер (лечение интересуется настоящим, а профилактика смотрит в будущее). На практике сегодняшнее лечение может стать профилактикой осложнения (декомпенсации и т. д.), которое может возникнуть завтра. «Поэтому, — пишет автор, — проведенное различие не представляет ценности за пределами вспомогательной структуры, предназначенной для облегчения нашего мышления и некоторой систематизации весьма сложной ситуации».

Реабилитация психически больных имеет свои особенности, отличающие ее от реабилитации, например, больных, с нарушениями опорно-двигательного аппарата или сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эти особенности в первую очередь связаны с тем обстоятельством, что при психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Поэтому реабилитация психически больных есть прежде всего их *ресоциализация* [Кабанов М. М., 1969]. И не удивительно, что в большинстве вышеприведенных определений реабилитации особенно звучит «социальная окраска». Личность больного в целом, ее социальные связи страдают обычно с самого начала психического заболевания — личность, а не отдельные функции (например, моторные, речевые и т. д.), на нарушение которых уже вторично личность может дать и, как правило, дает реакцию. Снятие или коррекция личностной реакции происходит в зависимости от успеха «основного» комплекса мероприятий, направленных на восстановление (реституцию) или компенсацию нарушенных функций.

Концепция психиатрической реабилитации не менее сложна, чем концепция «общей реабилитации», она берет начало в идее нестеснения психически больных и в учении о трудовой или понимаемой широко социальной терапии. Идеи нестеснения и трудовой терапии тесно взаимосвязаны и проходят через всю историю психиатрии, отражая на разных этапах развития общества отношение к душевнобольным.

Три имени стоят во главе того направления психиатрии, которое в конце концов привело к современной концепции реабилитации психически больных. Это — француз Филипп Пинель, англичанин Джон Конолли и шотландец Джон Батти Тьюк

¹ Под «первичной профилактикой» подразумевается профилактика заболеваний в обычном смысле этого слова, под «вторичной профилактикой» имеют в виду лечение.

(D. В. Tuske). Первый прославился своими реформами в 1792 г. в Бисетре и Сальпетриере (как образно выразился Н. Н. Баженов, «возвел сумасшедшего в ранг душевнобольного»); второй предложил в 1839 г. знаменитую концепцию «нестеснения» (по restraint); третий явился создателем в 1872 г. так называемой шотландской системы обслуживания психически больных, т. е. системы «открытых дверей» (open door system). Деятельность Ф. Пинеля и Д. Конолли хорошо знакома каждому психиатру. Заслуги же Д. Б. Тьюка, как это ни странно, известны гораздо меньше (его иногда путают с английским психиатром Даниелем Геском Тьюком — внуком известного Вильяма Тьюка, основавшего в 1792 г. в Йорке первый в истории Англии приют для душевнобольных с гуманным и мягким режимом). В то же время система «открытых дверей», столь модная в наши дни, была разработана и применена Д. Б. Тьюком еще сто лет назад в четырех психиатрических больницах Шотландии (как он утверждал, «без особых дополнительных затрат»).

Здесь уместно упомянуть о книге П. Лебедева (1858), посвященной петербургской больнице «Всех скорбящих», основанной в 1828 г. Это была лучшая больница того времени, где главным врачом в первые годы ее деятельности был Иван Федорович Рюль («пионер общественной психиатрии», по выражению М. Я. Греблиовского, 1966). П. Лебедев рассказывает, в частности, о тщательной подготовке обслуживающего персонала, а также о большом внимании, которое в те далекие годы уделялось тому, что сейчас называется лечебным воздействием среды, лечением занятостью, культуротерапией и т. д. С больными проводились различные занятия (обучение ремеслам, сельскохозяйственные работы, рукоделие, музыкальные занятия, хоровое пение, гимнастика), регулярно устраивались балы и спектакли. Занятия подбирались по вкусам больных. «Прежние меры к предупреждению каких-либо вредных последствий от беспокойных больных, например связывание их, содержание в особых комнатах и проч., по возможности заменены бдительным надзором прислуги, *строго и тщательно избираемой*; устроены залы, в которых больные находятся все вместе, как бы в *прежнем обществе*» (курсив М. К).

По мнению С. С. Корсакова, в России А. У. Фрезе был первым психиатром, пытавшимся осуществить принципы Д. Конолли в Казанской окружной психиатрической больнице в 1869 г. Много энергии внесли в это дело русские психиатры земского периода: Э. Андриоли, Б. А. Шпаковский, М. П. Литвинов и др. — в Колмовской и Бурашевской психиатрических больницах. Особенно важны взгляды С. С. Корсакова на систему нестеснения; изложенные им с исчерпывающей полнотой в докладе на I съезде отечественных психиатров в 1887 г. Многие высказывания на этом съезде самого С. С. Корсакова, председательствующего И. П. Мержеевского и других психиатров, выступавших в прениях по вопросам идей нестеснения, звучат вполне современно.

Идеи нестеснения и социотерапии истолковывались и проводились в жизнь в прямой зависимости от понимания сущности психических заболеваний. Часто сторонники концепции нестеснения вступали в споры друг с другом, по-разному трактуя суть этой концепции и ее методы. Например, во второй половине прошлого столетия велись оживленные дискуссии о пользе изоляции психически больных, постельного режима, о характере трудовых процессов.

Так, В. М. Бехтерев¹, В. П. Сербский, П. А. Останков и многие другие видные русские психиатры всегда были поборниками идеи нестеснения. Существовали и ее энергичные противники, например А. Ф. Эрлицкий, заявлявший, что абсолютный по restraint «есть одна только бесцеремонная неправда или злая комедия». Хотя идеи нестеснения, особенно после вышеупомянутого доклада С. С. Корсакова, в тех или иных вариациях становятся к концу прошлого столетия общепризнанными, нам не удалось найти в старой отечественной литературе указаний о внедрении системы «открытых дверей» в практику психиатрических больниц, за одним исключением: в монографии А. Чехова (А. Седого) (1897) сообщается, что в петербургской больнице «Св. Пантелеймона»² «врачебный персонал следует шотландской системе открытых дверей, павильоны с спокойными больными отперты весь день и запираются только на ночь». Там же говорится далее, что «...больные пользуются свободой, гуляют по саду и производят все внешние работы на открытом воздухе: колют дрова, чистят дорожки, работают в огороде и т. д. Но они свободны только в пределах больницы. За порог калитки они могут выходить только с разрешения главного врача. Беспокойные или буйные больные живут в павильонах, двери которых всегда держатся на замке». Как видно из данной цитаты, система «открытых дверей» даже в этой передовой для того времени больнице была в определенной мере ограничена.

Итак, Ф. Пинель, Д. Конолли, Д. Б. Тьюк, И. Ф. Рюль, русские земские психиатры, С. С. Корсаков... А дальше? Почему в конце прошлого — начале нашего столетия мы не видим заметного прогресса в развитии идей нестеснения и социотерапии? Определенный спад в этой области (который, впрочем, наблюдался и впоследствии) можно объяснить двумя обстоятельствами. Во-первых, изменением взглядов на природу и сущность психических заболеваний. Борьба между «психиками» и «соматиками» окончилась почти повсеместной победой последних (Т. Мейнерт, К. Вернике и др.). И это было тогда в основном прогрессивным явлением, сыгравшим огромную роль в психиатрии, которую стали

¹ Значению научного наследия В. М. Бехтерева для развития современного реабилитационного направления в психоневрологии посвящена работа Р. А. Зачепицкого (1982).

² Ныне часть Ленинградской психиатрической больницы им. И. И. Скворцова-Степанова.

понимать как учение о нарушениях психической деятельности, связанных с поражением головного мозга. Но это прогрессивное явление таило в себе и негативную сторону, а именно недооценивалась роль личности в патологии и ее социальная обусловленность, в связи с чем, естественно, недоучитывалось и значение социальных факторов для психиатрической практики, что стало сказываться на отношении к психически больным. Укрепилось мнение о неизлечимости психических заболеваний, хотя раздавались все громче и громче призывы к их лечению и делались многочисленные попытки осуществить его на практике путем применения различных медикаментов (снотворных, наркотиков и др.) и физических методов (ванн и др.). Существенных результатов, как известно, подобные лечебные методы не дали, и от многих из них в дальнейшем пришлось отказаться.

Вторая причина, которая, можно сказать, содействовала некоторому регрессу в реализации концепции нестеснения и социотерапии, на первый взгляд, кажется парадоксальной. Она заключается в широком внедрении в психиатрическую практику в 80—90-х годах прошлого столетия идеи «постельного режима». Эта идея в свое время вызвала много дискуссий. В оценке ее значения было и много крайностей. Например, Cl. Neisser утверждал, что постельное содержание может купировать психоз. Несомненно одно: идея в общем была прогрессивной и в определенной мере содействовала дальнейшему развитию системы нестеснения. При ее введении резко уменьшилось количество изоляторов, механические меры ограничения для обеспечения безопасности все в большей и большей степени заменялись надзором и т. д. Вместе с тем своевременная отмена постельного режима, по словам Н. Merguet (1961), «более удобного как для пациента, так и для обслуживающего персонала, и привлечение больного к работе и деятельности сталкивались со значительными трудностями; инициатива и решительность, необходимые для этого, часто отсутствовали с обеих сторон». Постельный режим, наряду с тем, что для него было характерным и прогрессивным, — внимательное отношение к больным, а также медикаментозное лечение, физиотерапия и многое другое нужное и полезное — в то же время тормозил внедрение трудовой и социотерапии (в лучшем случае к ней привлекалась половина пациентов). Так было фактически повсюду, хотя кое-где и были счастливые исключения. Однако не было стройной системы социальных воздействий, четкого метода работы с больными в плане того, что теперь принято называть социотерапией.

Создание такой системы было начато немецким психиатром Германом Симоном [Simon H., 1927]. Он рассматривал шизофрению и другие эндогенные психозы как заболевания, возникающие вследствие обменных нарушений, связанных с нарушением деятельности головного мозга. Для лечения этих заболеваний не существует «каузальных» методов. Однако значительная часть

психопатологических симптомов является, по его мнению, следствием патологической адаптации больного к неблагоприятной среде психиатрической больницы. На предотвращение развития этих явлений «госпитализма» (как бы мы сейчас сказали) и должно быть в первую очередь направлено внимание психиатра. В каждом больном, даже находящемся в очень тяжелом состоянии, надо суметь найти здоровые силы и способности. Обращаться к ним, стимулировать их, последовательно бороться с асоциальным поведением — такова основная задача врача.

Система Г. Симона вскоре получила большую популярность во многих странах. Несмотря на теоретическую несостоятельность многих его положений (например, им отделялось существо болезни от ее проявлений, на которых призывалось сосредоточить все внимание врача; почти не учитывалась личность больного в целом, а только ее поведенческие характеристики, привлекалось внимание не столько к рациональным, сколько к «аффективным и инстинктивным слоям» личности больного), положительные практические стороны этой системы трудно переоценить. Можно согласиться с А. М. Рапопортом (1958) и М. Я. Греблиовским (1966), которые полагают, что система Г. Симона внесла глубокие изменения не только в деятельность психиатрических больниц, но и в психиатрическую науку в целом. Во всяком случае он первый подчеркнул значение больничного артефакта и предложил действенные методы борьбы с ним. В рассматриваемой истории развития двух взаимопереплетающихся идей — нестеснения и социотерапии — Г. Симону принадлежит большая заслуга в развитии не первой, а второй идеи. Необходимо также помнить, что в период его деятельности практически отсутствовали какие-либо формы внебольничной помощи психически больным (за исключением имевшегося кое-где патронажа), что, разумеется, препятствовало их дальнейшей, как мы теперь бы сказали, реабилитации.

Во Франции заслуживает особого упоминания деятельность П. Сивадона (P. Sivadon) в области социотерапии¹, начавшаяся еще в годы, предшествовавшие второй мировой войне. Сивадон в лечебнице Виль Эврар показал, к каким успехам могут привести значительное увеличение и специализация штата обслуживающего персонала, создание благоприятной в психо- и социотерапевтическом отношении больничной среды, а также привлечение семей к делу лечения и диспансеризации больных. В 1938 г. только 18 % больных, помещенных в лечебницу в том году, было выписано из нее. Это число после двух лет применения нового режима возросло до 70 %. Средний срок пребывания больного составил 150 дней по сравнению с 394 днями в 1938 г. «Тем самым было окончательно доказано на практике, — пишет известный западногерманский психиатр Н. Merguet (1961), у которого

¹ П. Сивадон определяет социотерапию как модификацию искусственной социальной среды для адаптации психически больных к жизни.

мы заимствовали цифровые данные о деятельности Сивадона, — что обычно очень важно для финансирующих организаций, что такая дорогостоящая организация лечебницы при правильном руководстве может давать экономию средств».

В США метод Симона был весьма положительно оценен сторонниками концепции «лечения занятостью» (occupational therapy)¹, возникшей в этой стране еще в годы первой мировой войны. Вторая мировая война, с ее людскими потерями, потоком раненых и инвалидов дала еще один мощный толчок для развития этой концепции. Трудно установить дату и «место слияния» идей occupational therapy и физической медицины, но эти обе концепции послужили началом развития в США, Англии, а затем и в других странах концепции реабилитации, дополнившейся впоследствии, как указывалось, идеями социальной гигиены, социальной психологии и др.

Важнейшая цель occupational therapy — ресоциализация больных. Основной отправной ее пункт — групповая работа в лечебных мастерских, которые должны как можно меньше напоминать больному о лечебном учреждении и «стать символом семейного очага» (цит. по A. Requet, 1955). В американской психиатрии господствуют психоаналитические трактовки механизма действия «лечения занятостью». По мнению сторонников подобной трактовки, «занятия» сублимируют симптомы, являются отвлекающими средствами от враждебности и агрессивности, поощряют полезные идентификации, создают «способы искупления». Подобные рассуждения неубедительны и принципиально неприемлемы по методологическим соображениям. Концепция occupational therapy стала чрезвычайно популярной в США и получила большое распространение во многих других странах. Издаются специальные журналы, создана Всемирная федерация специалистов в этой области, которая провела уже несколько международных конгрессов; в разных странах организованы курсы с обширной программой для подготовки специалистов по occupational therapy. Несмотря на неприемлемость ряда теоретических положений этой концепции, практический опыт зарубежных специалистов в этой области заслуживает всяческого внимания.

Главное, что отличает советскую социальную психиатрию от социальной (society) или общественной (community) психиатрии западных капиталистических стран, — это планомерное развитие у

¹ У нас в стране нередко переводят этот термин как «трудовая терапия», что неправильно. Occupational therapy — это «всякая психическая или физическая деятельность в труде или отдыхе, предписанная и примененная определенным образом с целью способствовать лечению и ускорить выздоровление» (цит. по A. Requet, 1955). Трудовая терапия в нашем понимании — это то, что немцы называют Arbeitstherapie (лечение работой), в противоположность Beschäftigungstherapie (лечение занятостью); ближе к нашему понятию «трудовая терапия» стоят английские термины Workshop therapy (производственная терапия) и Industrial therapy (индустриальная терапия).



наш многозвеньевой системы психиатрической помощи. Организация службы психиатрической помощи, начало которой было положено на рубеже 20-х и 30-х годов в Москве и Ленинграде, является отличительной особенностью советской психиатрии и предметом подражания для передовых зарубежных психиатров. Эта служба, опирающаяся на преимущества социалистического здравоохранения и социального обеспечения, является той основой, на которой разворачиваются различные реабилитационные мероприятия.

177748
Уже в 1919 г. в Москве был создан институт районных психиатров, которые в первые годы своей деятельности, до создания психоневрологических диспансеров, занимались выявлением и учетом больных, осуществляли стационарирование их в психиатрические больницы и наблюдение над ними после выписки. В том же 1919 г. на I Всероссийском совещании по вопросам психиатрии и неврологии была подчеркнута необходимость развития профилактического направления в психиатрии, единства лечебной и профилактической медицины. В 1924 г. в Москве открылся первый в стране психоневрологический диспансер. В 1931—1933 гг. в столичных диспансерах были организованы лечебно-трудовые мастерские. В 1933 г. был впервые в мире открыт при I-й Московской (бывшей Преображенской) больнице дневной стационар. В том же 1933 г. в Харькове был создан лечебно-трудовой профилакторий. Таким образом, к середине 30-х годов в Москве, Ленинграде, Харькове и некоторых других городах сложилась та организация психиатрической помощи, которая, постепенно расширяясь и совершенствуясь, превратилась в существующую сейчас в нашей стране систему.

Среди многих имен советских психиатров, внесших вклад в развитие идей нестеснения и социотерапии, следует назвать несколько наиболее крупных. В. А. Гиляровский в 1926 г. первый предложил идею воздействия коллектива на больных неврозами и другими пограничными состояниями — сочетание коллективного труда, культтерапии, занятий физкультурой, ритмикой и соответствующего воспитания. Разработанная им и его сотрудниками [Озерцовский Д. С., 1927] в Донской больнице в Москве система «психоортопедии» оказалась достаточно эффективной. Но В. А. Гиляровский, считая свой метод воздействия в основном психотерапевтическим, ограничил, к сожалению, сферу его применения преимущественно в отношении больных неврозами.

Дальнейшим развитием идеи В. А. Гиляровского было предложено С. И. Консторовым (1930) понятие об активирующей терапии. Термин этот, возможно, заимствован у Г. Симона, но содержание его у С. И. Консторова было несколько иным, так как он полагал, что лечебный эффект достигается влиянием на «психическое целое», т. е. на личность больного в смысле ее перестройки на большую активность; он указывал, что труд, физкультура и ритмика, пронизанные психотерапией, пред-

ставляют основные методы воздействия на «психическое целое». Им подчеркивалось, что конечной целью активирующей терапии является не обучение больных физкультуре, ритмике или различным ремеслам, а «обучение» отношению к жизни и деятельности, что достигалось «психагогической работой». Теоретические положения С. И. Консторума представляются весьма важными для понимания сущности развивающегося сейчас реабилитационного направления. Надо только отметить неправильность одного из указаний С. И. Консторума о возможности проведения «психагогической работы» лишь в отношении постпроцессуальных больных шизофренией. Этот взгляд был высказан еще до появления психотропных средств, применение которых в значительной мере перестроило нашу терапевтическую тактику и стратегию.

Я. Г. Ильон представляет собой другую примечательную фигуру в советской психиатрии. Значение его работ, однако, для сих пор не оценено в достаточной мере¹. И хотя теоретические взгляды его были в ряде положений ошибочными, многие его разработки представляют и сейчас большой интерес. Свой метод «социально-трудового режима» Я. Г. Ильон обосновал рефлексологическим учением В. М. Бехтерева. Он отождествлял человеческую психику с социально-трудовой личностью, представляющей, по его мнению, выявление «социально-трудовых рефлексов». Так как материальный субстрат нарушенного поведения у больной личности недоступен непосредственному лечебному вмешательству, ее надо подвергнуть «механической ортопедии в отношении ее социально-трудовых рефлексов...», а также рациональной тренировке ее реакций на социально-трудовой режим. «Основной задачей в лечении заболеваний личности,— писал Я. Г. Ильон (1928),— должно быть вправление последней в обычный или нормальный трудовой коллектив на положение полноценной или частично восстановленной трудовой личности», что достигается созданием социально-трудового режима в больницах. Это в общем-то правильное и соответствующее современным задачам реабилитации положение опирается, как отмечено, на неверную методологическую основу. Кроме того, у Я. Г. Ильона нет достаточной ясности в том, что он имеет в виду под понятием «социально-трудовой режим». Так же, как и Г. Симон, он слишком много внимания уделял чисто поведенческим характеристикам (в ущерб и психопатологии, и клинической психологии). Можно согласиться с М. Я. Греблиовским (1966), отмечавшим, что, по Я. Г. Ильону, «все поведение человека характеризуется главным образом реакциями на внешние раздражители», что, таким образом, его концепция механистична. Однако большой заслугой Я. Г. Ильона является подчеркивание значения социально-тру-

¹ Только сравнительно недавно появилась публикация А. М. Шерешевского (1977), в которой отдается должное вкладу Я. Г. Ильона в реабилитацию психически больных.

довой активации для лечения психически больных, установление ее дифференцированности и этапности в зависимости от стадии заболевания. Я. Г. Ильон был, пожалуй, первым психиатром в нашей стране, который ввел элементы самоуправления больных в свой «социально-трудовой режим» (производственные совещания с отчетом инструктора по труду перед больными о проделанной работе). И, наконец, он и его ученица В. М. Чегодаева (1935) одними из первых пытались оценить эффективность проводимых социотерапевтических мероприятий при помощи психологических и психофизиологических методик.

Я. П. Бугайский — не менее значимая фигура в истории развития отечественной трудовой и социальной терапии. Он был наиболее видным сторонником и пропагандистом так называемого коллективно-трудового метода лечения психически больных. Приведем одну, звучащую очень современно цитату из статьи Я. П. Бугайского (1932), в которой изложено его кредо: «Бесспорно, при лечении психически больных стоит задача максимально извлечь заложенные в личности возможности, одновременно воспитывая и вырабатывая новые социальные навыки, а при наличии приводящего к изъяду и инвалидизирующего болезненного процесса эти дефекты должны быть восполнены путем новых связей для участия в социальной жизни. Однако одна лишь трудовая терапия, вне целостной системы социальных воздействий, составляющих с ней одно неразрывное целое, понимаемое лишь при активном участии самого больного в процессе воздействия на него — эта трудовая терапия создает одни лишь технические установки голого инструментализма, что понижает возможный терапевтический эффект. Нужна организация в психиатрическом отделении своего рода «искусственной» социальной среды с педагогической переработкой всего психотерапевтического процесса». Эти слова Я. П. Бугайского были сказаны еще в 1932 г. — до появления идей П. Сивадона и концепции английского психиатра М. Джонса о терапевтическом сообществе (therapeutic community). Однако во взглядах Я. П. Бугайского, привлечших в те годы всеобщее внимание, было и немало неприятия. Он делал крен в сторону социализации методов лечения психических заболеваний. В работу психиатрических отделений вводились: социалистическое соревнование, красные и черные доски, товарищеские суды. Труд считался главным и основным средством лечения и насыщался «пролетарским содержанием». Несмотря на ряд оговорок и разъяснений, все же его концепция, которую он, кстати сказать, противопоставлял взглядам С. И. Консторума и Я. Г. Ильона, хотя между ними, безусловно, есть много общего, встретила тогда острую критику.

Как это нередко бывает в истории терапии психических заболеваний, впадение в крайность — например, предложение применять трудовую терапию в качестве основного и чуть ли не единственного радикального средства лечения психических заболеваний, —

привело на некоторое время к другой крайности — почти полному игнорированию роли трудовой (социо-) терапии в лечении психических заболеваний. Такая же участь постигла и психотерапию, которая долгие годы применялась у нас преимущественно лишь для лечения больных неврозами. Впрочем, полностью роль трудовой терапии и психотерапии (особенно первой) в психиатрической клинике никогда не отрицалась (во всех хорошо организованных больницах имелись лечебно-трудовые мастерские, широко применялась так называемая внутриотделенческая трудовая терапия, создавались новые мастерские и т. д.). Однако интерес к ним стал заметно падать, сменившись увлечением биологическими методами лечения, особенно шокowymi, получившими большое распространение в середине и конце 30-х годов. Именно шокowe методы лечения да еще пирогенные средства и лечение сном стали называть и называли еще долгие годы «активной терапией», все же остальное (включая, разумеется, психотерапию) обычно относилось к «второстепенным» методам лечения. И хотя в годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне, появился ряд интересных работ, посвященных трудовой терапии и трудоустройству психически больных, созданное в 1940 г. специальное совещание по проблемам трудовой терапии справедливо отметило недостаточное внимание, уделяемое ей как в практическом, так и в научно-методическом аспектах [Мелехов Д. Е., 1941]. Еще ранее на связь трудового лечения и трудоустройства, на важный медицинский аспект последнего, на вопросы трудовой экспертизы обратил внимание Т. А. Гейер (1933, 1938). Что же касается развития в предвоенный период идеи нестеснения, то, к сожалению, односторонний интерес к биологическим механизмам психозов и биологическим методам их лечения не способствовал прогрессу в этом направлении.

Годы Великой Отечественной войны, повлекшие разрушение многих психиатрических больниц и многие другие лишения, привели к крайне тяжелому положению в оставшихся психиатрических учреждениях, хотя надо сказать, что работа в области восстановительного лечения, включающего в той или иной степени элементы психо-, трудо- и социотерапии, проводилась и в то суровое время. Особое значение тогда приобрели методы психокоррекции нарушенных функций вследствие черепно-мозговых боевых поражений.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Ряд причин привел к тому, что за последние годы во всем мире наблюдается растущий интерес к проблеме реабилитации психически больных. Среди них главной является изменение отношения общества и врачей к душевнобольным. Это обусловлено в первую очередь успехами биологического лечения психозов, особенно психотропными средствами, которые способствовали «перевороту» в терапевтическом мышлении врачей и позволили реорганизовать весь стиль работы психиатрических учреждений. Нет надобности подробно останавливаться на положительных сторонах широкого внедрения в практику психотропных средств, они общеизвестны. Уменьшилась длительность стационарного лечения; в большем числе стали выписываться больные, годами пребывавшие в психиатрических стационарах; изменились клиническая картина, тип течения многих заболеваний; появилась возможность активного медикаментозного лечения в амбулаторных условиях и др. Однако вскоре стали все более заметны некоторые иные стороны широкого применения психофармакологических препаратов. Увеличилось число повторных госпитализаций, по мнению некоторых авторов, ремиссии у больных шизофренией стали менее продолжительными [Зеневич Г. В., 1964; Демидов Н. А., 1969, Auch W., 1963, и др.]. Появились сообщения об усилении фазности и периодичности течения шизофрении при лечении нейролептиками [Жислин С. Г., 1962]. Г. Я. Авруцкий (1965) особо отметил вредное, «дезадаптационное» действие аминазина и других нейролептиков, применяемых без должной дифференциации, по шаблону.

Тем не менее почти везде в развитых странах в связи с успехами биологического лечения «миф о неизлечимости психических заболеваний» [Skoda C., 1968] был развеян. Интересные сведения приводит Р. Нох (1961), сравнивая данные, полученные Британским радиовещанием до и после проведения серии разъяснительных бесед о сущности и лечении психических заболеваний. Оказалось, что до передач 73 %, а после передач 85 % слушателей были уверены, что душевнобольные могут быть вылечены. Автор указывает, что «эти весьма внушительные цифры, несомненно, были бы совсем иными даже 20 лет тому назад». Другое обстоятельство, изменившее отношение общества к психически больным, — коренная перестройка организации психиатрической помощи. Речь идет в первую очередь о почти повсеместном развитии внебольничных (экстрамуральных) форм обслуживания, получивших вначале большое распространение в нашей стране. По примеру СССР, а также некоторых энтузиастов в других странах после 2-й мировой войны в Западной Европе,

США и Канаде стали возникать разнообразные учреждения внебольничной психиатрической службы. Перед работниками этих учреждений стояли уже не только лечебные, но и профилактические задачи.

Все три ступени профилактики, по терминологии ВОЗ, стали предметом внимания психиатров внебольничных служб. Широкая связь с различного рода государственными и общественными ведомствами приблизила психиатров к населению, сбросила покров таинственности с их действий и, конечно, содействовала лучшему пониманию в немедицинских кругах природы и сущности психических заболеваний. Особенно большое значение в этом отношении приобрели разного рода полустационары и дальнейшее развитие системы «открытых дверей» в стационарах. Различные звенья внебольничной психиатрической помощи оказались еще более необходимыми в период широкого распространения в психиатрической практике психофармакологических препаратов. Поэтому, а также по некоторым другим причинам (культуральные факторы, явления акселерации и др.), внебольничная психиатрия в последние годы все в большей и большей степени сталкивается с иными формами и типами течения психических заболеваний. Много внимания стало уделяться их инициальным формам, увеличилось количество «стертых», «атипичных», «пограничных», «вялотекущих» и т. п. заболеваний. А. В. Снежневский (1970) полагает, что число психически больных, находящихся в психиатрических больницах, с годами будет уменьшаться. В связи с этим, говорит автор, «еще острее встанет вопрос о расширении амбулаторной помощи и реадaptации психически больных». И, наконец, есть еще одно важное обстоятельство, усиливающее интерес и изменившее отношение к психически больным вообще и к проблеме их реабилитации в частности — это увеличение распространенности психических заболеваний. И хотя показатели распространенности психических заболеваний чрезвычайно вариabельны — по данным различных авторов, от 16,7 до 333 на 1000 человек населения [Цунг-И Лин, Стендли К., 1963], что зависит от различий в их трактовке, и от социально-экономических условий, не подлежит сомнению отчетливая тенденция к их росту [Петраков Б. Д., 1969; Снежневский А. В., 1970; Бориневич В. В., 1972; Беляев В. П., 1976; Yolles St., 1967]. Так, Б. Д. Петраков (1969), анализируя многочисленные статистические данные разных стран, установил, что если в 50-х годах нашего столетия в мире было зарегистрировано, по приблизительным подсчетам, не менее 50 млн. «только клинически диагностированных случаев психических расстройств, требующих стационарного лечения», то в середине 60-х годов число таких «случаев» достигло 60—65 млн., или 18—20 на 1000 населения. Итак, успехи терапии психических заболеваний, выход психиатрии за пределы больниц, а также рост психических заболеваний постепенно меняют отношение общества к душевнобольным и привлекают все большее внимание к их реабилитации.

Происходящее изменение отношения общества к душевнобольным тесно связано с растущим в последнее время процессом гуманизации всей медицины, развитием новых исследований в области медицинской психологии, социологии, педагогики. В психиатрии это выразилось прежде всего в оживлении интереса к проблемам «социальной психиатрии», на важность изучения которых уже давно обратила внимание ВОЗ¹. Предмет «социальной психиатрии» по-разному понимается. Для одних психиатров — это социальные аспекты психиатрии вообще, для других — обращение общества с душевнобольными, для третьих — учение о социальных причинах психических заболеваний. По определению Р. Носх (1961), «социальная психиатрия — важная новая ветвь психиатрии, которая стремится выяснить роль социальных факторов в психических заболеваниях, отношение общества к душевнобольным, социальные следствия психических заболеваний, социальную организацию лечебных учреждений и врачей в отношении к пациентам». Другие зарубежные психиатры дают весьма расплывчатое определение социальной психиатрии. Так, J. Ruesch (1965) перечисляет следующие отличительные, по его мнению, черты социальной психиатрии: 1) это, скорее, точка зрения, а не способ действия; 2) она сосредоточивает свое внимание более на социальном функционировании людей, чем на психопатологии; 3) она больше имеет дело с индивидуумами, находящимися в группах, чем с людьми, наблюдаемыми отдельно друг от друга; 4) она пытается повлиять не только на людей, но и на социальные организации, сеть коммуникаций и ситуаций; 5) она отстаивает профилактику и лечение психических заболеваний через широкий подход, который, кроме пациента, затрагивает его родственников и сотрудников, а также учреждения, влияющие на его жизнь; 6) она стремится повлиять на позиции здоровых людей по отношению к их повседневной жизни, которые должны приводить к духовному удовлетворению жизнью и к психическому здоровью.

В этих соображениях наряду с положениями, безусловно заслуживающими внимания, видна отчетливая тенденция распространить на общественную жизнь методы исследования психиатрической клиники. N. Bell и J. Spiegel (1966), проанализировав развитие концепции социальной психиатрии в США и Англии в течение 50 лет, заключают, что, «кроме своей полезности в качестве названия для определенного типа подготовки к научному исследованию в пересекающихся дисциплинах и исследовательского приема, термин „социальная психиатрия“, по-видимому, не имеет логического смысла». Эти авторы предлагают оставить данный термин для различения исследовательской деятельности психиатров, интересующихся социальной областью, от деятельности психиатров, интересующихся исключительно «внутри-

¹ Кандау М. Г. Международное общественное здравоохранение. Размышления через 25 лет. Хроника ВОЗ, 1973, 27, 10, с. 451.

психическими» или «биологическими» факторами. Можно согласиться, что термин «социальная психиатрия» имеет мало логического смысла, ибо человеческая психика и ее патология прямо или опосредованно «социальны». В связи с этим противопоставлять, даже терминологически, «клиническую» психиатрию «социальной» психиатрии было бы и на наш взгляд неправильно. Но когда N. Bell и J. Spiegel считают допустимым термин «социальная психиатрия» для обозначения «типа подготовки» психиатров и особенно «исследовательского приема», то это не может вызывать возражений.

Социальная психиатрия, несмотря на нечеткость и противоречивость ее теоретических обоснований, получила, как уже говорилось, за последние годы широкое распространение как концепция. Издаются международные журналы, начиная с 1964 г. состоялось несколько интернациональных конгрессов по проблемам социальной психиатрии. Симпозиумы и конференции по социальной психиатрии и реабилитации психически больных проводятся и в капиталистических, и в социалистических странах. Советские психиатры отмечают методологические различия между пониманием социальной психиатрии, преобладающим в социалистических странах, и пониманием большинства ее сторонников в капиталистических странах. Там идеи социальной психиатрии основаны большей частью на психоаналитических и психо-биологических положениях Зигмунда Фрейда, Адольфа Майера и их последователей или исходят из бихевиористских принципов.

Социальная ориентированность советской психиатрии обозначилась уже в первый период ее развития. Еще В. М. Бехтерев подчеркивал условность деления психиатрии на клиническую и социальную, призывая к тому, чтобы каждый психиатр-клиницист был одновременно и психиатром социальным. Проблемы социальной психиатрии и социальной реабилитации рассматриваются часто в едином плане. Например, Д. Е. Мелехов полагал, что реабилитация является прикладной частью социальной психиатрии. Не касаясь пока вопроса, в какой степени можно согласиться с этой точкой зрения, ограничимся здесь лишь напоминанием хорошо известной истины: дать всеобъемлющее определение любой концепции, а тем более растущей, не имеющей еще четких границ, — весьма трудная задача. Именно к таким относятся тесно соприкасающиеся друг с другом концепции социальной психиатрии и реабилитации психически больных. Рассмотрим несколько принципов реабилитации психически больных.

Общепризнано, что современная психиатрическая больница должна пересмотреть свою структуру, изменить стиль работы, иметь больше контактов с различными внебольничными учреждениями, с обществом. Для успешного лечения и реабилитации психически больных имеют значение многие факторы, на которые раньше не обращалось или мало обращалось внимания: географическое расположение психиатрической лечебницы, ее архитектура,

принцип добровольности стационарирования, режим открытых дверей, создание определенного комфорта в отделениях, палатах, самостоятельность и самоуправление больных, использование различных видов групповой терапии и многое другое. Подчеркивается, что самым важным фактором, без которого немыслима больничная реабилитация, является психотерапевтическое искусство персонала, его умение понять нужды и стремления больных, способность вселить доверие и привлечь их на равных началах к сотрудничеству. Использование собственных сил больного при его лечении не может, конечно, вызвать возражений, если при этом стоять на правильных, научно обоснованных методологических позициях.

Среди специалистов в области реабилитации нет единого мнения относительно границы (и ее правомерности) между лечебными и реабилитационными мероприятиями. Одни исследователи считают, что реабилитация является завершающей фазой лечения [Martens S., Peterson K., 1963; Klieber S., 1975], другие подчеркивают, что различие между лечением и реабилитацией относительно и условно: в отличие от лечения реабилитация больше направлена на будущее, но профилактику осложнений, инвалидности [Querido A., 1966]; третьи [Greerblatt M., Simon B., 1959; Klime N., 1973] полагают, что понятие реабилитации приближается к понятию тотального лечения. J. Howells (1975) говорит о реинтегративной терапии, понимая под этим термином преодоление трудностей, имеющихся у больного, не только его личными усилиями и усилиями врача, но также с помощью семьи и общества. Близка к этой точке зрения концепция резиденциальной терапии американских авторов (W. Easson)¹.

Сторонники первой точки зрения оценивают концепцию реабилитации пределами того, что еще в 1926 г. В. А. Гиляровский называл психоортопедией (перекликается с современным понятием «ортопсихиатрия»). Представители второй и третьей точек зрения (их, кстати сказать, сейчас большинство) более верно схватывают суть реабилитации, заключающуюся не только в стремлении различными методами уменьшить последствия дефекта осуществить ту или иную «ортопедию», что, конечно, само по себе очень важно, но и воспрепятствовать появлению дефекта или хотя бы приложить максимум усилий для уменьшения его объема. Для этой цели реабилитационные мероприятия психосоциального характера должны включаться в «программу действия» с первых симптомов болезни, а иногда даже могут предшествовать лечению (например, у больных алкоголизмом).

Реабилитация психически больных в *больничных условиях* представляет собой нелегкую задачу, так как проводится она

¹ См. Личко А. Е., Строгонов Ю. А. Концепция резиденциальной терапии в американской подростковой психиатрии. — В кн.: Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Л., 1975, с. 110—115.

в учреждениях, сочетающих в себе обычно 3 функции: лечебную, реабилитационную и для части больных — охранительную, защитную. В настоящее время появилось большое количество исследований, подтверждающих мнение старых авторов о вреде длительной госпитализации и о развитии при ней явлений так называемого госпитализма [Гарнис В. А., 1965, 1969; Корабельников К. В., 1971, 1976; Pupell G., 1968, 1973; Wing J., Brown G., 1970]. Е. Д. Красик и Г. В. Логвинович (1983) выделили 3 типа госпитализма у больных шизофренией — синдром патологической адаптации, фармакогенный и эндогеннозависимый. Они описывают клинические варианты при разных его типах: аспонтанный и псевдопонтанный — при синдроме патологической адаптации; апато-абулический и астенический — при фармакогенном госпитализме, и, наконец, эндогеннозависимые проявления госпитализма могут идти по пути негативного отношения к выписке из стационара («социальный паразитизм», по А. О. Эдельштейну). Авторами описан также смешанный вариант. Вследствие таких обстоятельств, естественно, затрудняется проведение больничной реабилитации, особенно в лечебницах старого типа.

D. Goldberg (1967) считает, что психические заболевания вызывают 2 типа ограничения социального функционирования: «первичный», к которому относятся хронические симптомы болезни, обусловленные психозом расстройства трудоспособности, и «вторичный» — вызванный отрицательными реакциями на заболевание со стороны самого больного или окружающей среды. Программа реабилитации, по его мнению, должна быть рассчитана на смягчение «вторичных» реакций и затруднений, идущих от среды.

Интересные наблюдения над молодыми волонтерами описали А. Г. Панов и соавт. (1969). У 22 здоровых мужчин в течение двухмесячного постельного режима появились, как пишут авторы, «неврологические сдвиги» в виде астенического синдрома, периферических нервно-мышечных расстройств и синдромов межполушарной асимметрии. Профилактически проводимый комплекс мероприятий в виде физических упражнений, аутогенной тренировки и др. смягчил отрицательные последствия длительного постельного содержания. В связи с рассматриваемым вопросом заслуживают внимания данные D. Svorad и J. Pogady (1966), которые в экспериментах на животных выявили изменения условнорефлекторной деятельности в зависимости от той или иной формы депривации, а также от того, проводились ли эти опыты над отдельными животными или в группах.

Таким образом, клинические наблюдения, психологические исследования и экспериментальные данные определенно говорят об отрицательных сторонах длительной госпитализации, включающей в себя в той или иной степени элементы депривации и приводящей к госпитализму в разных его формах. И так как даже самая совершенная и благоустроенная психиатрическая больница

не свободна полностью от нежелательных явлений изоляции (депривации), вопрос о реабилитации в стационарных условиях решается в двух направлениях. Во-первых, больничная среда должна иметь соответствующую направленность (не должна уродовать личность больного) [Clark D., 1965], и, во-вторых, госпитализация не должна быть продолжительной [Mendel W., 1966]; в тех же случаях, когда это становится невозможным, усилия врачей и всего персонала должны быть направлены на то, чтобы предотвратить «сползание больного к изоляции» [Querido A., 1966].

В настоящее время вряд ли у кого-нибудь возникнет сомнение в том, что старые психиатрические больницы с их рутинным режимом и традиционно воспитанным персоналом являются анахронизмом. Канадские психиатры M. Herjanic и R. Hales (1967) так и назвали одну из своих работ: «Хроническое отделение — анахронизм». Р. А. Наджаров (1969) пишет о том, что «архитектура и внутренняя планировка наших больниц не отвечает стоящим задачам». Автор ставит вопрос о правомерности приближения условий содержания пациентов в психиатрических больницах к условиям соматических больниц. И. А. Полищук (1969, 1975), подвергая критическому анализу современные зарубежные концепции организации больничного дела и социотерапии, в то же время подчеркивает необходимость заимствования всего лучшего из зарубежного опыта работы в этом направлении и также призывает к реорганизации традиционных психиатрических больниц.

Смешанный состав больных в психиатрических стационарах заставляет дифференцировать формы больничной реабилитации. Так, много занимавшийся реабилитацией больных шизофренией австрийский психиатр Н. Gastager (1965) предложил понятие о ранней и поздней реабилитации. Для «ранней реабилитации», которой подлежат больные с острыми и подострыми заболеваниями, нужны, по его мнению, открытые психиатрические больницы с особым образом организованной внутренней структурой. Для «поздней реабилитации», которая показана больным затяжными хроническими заболеваниями, должны быть созданы специальные отделения так же с хорошо продуманной «терапевтической средой», но с акцентом на трудовое лечение. Для этих больных автор даже предлагает больничные отделения старого типа заменить отделениями, приближающимися к лечебным мастерским или производственным цехам. В. М. Воловик (1976, 1980), Н. Häfner (1976, 1984) и ряд других психиатров также подчеркивает различия в формах и методах реабилитации в зависимости от остроты и тяжести заболевания. Промежуточное положение между ранней и поздней занимает так называемая последовательная реабилитация [Воловик В. М., 1981; Красик Е. Д., Логвинович Г. В., 1983, и др.].

Положительное влияние благоприятных условий в стационаре на психическое состояние больных, главным образом на их пове-

денческие характеристики, подчеркивают многие исследователи. W. Ruffin и соавт. (1965) установили, что 60 % больных шизофренией с выраженными психическими нарушениями, будучи помещенными в отделение с хорошо организованной milieu therapy¹, обнаруживали в течение первых 2 нед заметное улучшение состояния (поведения). S. Kellam и соавт. (1967) провели большое методически очень продуманное исследование значительного числа больных «острой шизофренией», находившихся в разных психиатрических больницах. Одна группа больных получала фенотиазиновые препараты, другая — плацебо. При этом статистически достоверно установлено изменение поведения больных (особенно параноидных) в зависимости от «среды» той или иной палаты. J. Wing и соавт. (1972) считают, что различное социальное окружение больных шизофренией требует применения разных нейролептиков. Назначение лекарственных препаратов, по мнению авторов, должно соотноситься с окружающей обстановкой, со средой, в которой пребывает больной шизофренией. N. Garneret и соавт. (1965) обнаружили в 2—3 раза большую эффективность нового психотропного препарата в тех отделениях больницы, которые работали на основе современных принципов (режим «открытых дверей», различные виды социотерапии и т. п.), по сравнению с отделениями, выполнявшими функцию контрольных и представлявшими собой, как выражаются авторы, «пристанище для душевнобольных». Об этом же, по существу, пишут Л. Л. Рохлин (1969) и P. Rajotte (1965), утверждая, что предосторожности, предпринимаемые при использовании новых фармакологических средств для исключения влияния субъективных факторов (двойной слепой метод и др.), недостаточны и необходимо учитывать факторы среды — «атмосферу доверия» (P. Rajotte) и «всю систему психиатрического обслуживания» (Л. Л. Рохлин) для правильной оценки всех условий, которые могут влиять и влияют на процесс лечения.

В. Н. Козырев (1967) также отмечает благотворное влияние «терапевтической среды» на больных с самыми различными заболеваниями и состояниями (в том числе и с состояниями острого психомоторного возбуждения).

Понятие «терапевтическая среда» трактуется в литературе по-разному. В широком смысле — это сочетание самых различных мероприятий и воздействий, о которых уже упоминалось (архитектура больницы, ее внутренняя структура, комфорт в палатах, режим «открытых дверей», различные виды занятости и др.). В последнее время при трактовке этого термина все больше внимания уделяется характеру складывающихся у больного и соответствующим образом направляемых взаимоотношений с окружающими его людьми: персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле понятие «терапевтическая среда» при-

¹ Лечение средой (франко-англ.)

ближается к концепции терапевтического сообщества¹, одним из основателей которой следует считать уже упоминавшегося английского психиатра и психотерапевта М. Jones. «Для меня, — писал он в 1966 г., — концепция терапевтического сообщества означает оптимальное использование лечебных способностей пациентов и персонала». Автор опирается в своей концепции на положения социологии и социальной психологии. Он широко пользуется такими понятиями, как «роль» и «социальная организация». Чтобы можно было лучше реализовать сотрудничество персонала и пациентов с целью, как говорит М. Jones, оптимального использования их лечебных способностей, необходимо создать соответствующую организацию, т. е. в какой-то мере институционализировать спонтанно складывающуюся систему социальных ролей в направлении, нужном для решения терапевтических (или, точнее, социотерапевтических) задач. Эта система часто складывается эмпирически, «на глазок», что не дает столь больших преимуществ, а иногда приводит к разочарованию. «Техника работы» с больными и персоналом в терапевтическом сообществе состоит из повседневного и постоянного общения тех и других, с проникновением во внутренний мир каждого больного. Надо не просто хорошо знать больных, особенности их психопатологии, но гораздо важнее, утверждают сторонники этой концепции, глубоко знать особенности их личности, характер системы их отношений, планов на будущее и т. д. Важно подчеркнуть, что в концепции «терапевтического сообщества» речь идет не столько об отношениях или даже взаимоотношениях, сколько о взаимодействии (interaction) персонала и пациентов. Врач должен видеть в своем пациенте равноправного сотрудника, помощника в лечении. Душевнобольной стоит перед угрозой потери своей социальной роли, часто появляется новая роль, нередко в связи с этим происходит потеря социального престижа. Отсюда основная задача персонала заключается в управлении социальной ролью больного².

Разорвать прежние патологические связи и зависимости и создать новые — вот суть проблемы и главный фактор успешной работы с больными, остальное — уже детали, как подчеркивают R. Lagor и соавт. (1963).

¹ Therapeutic community (англ.) [Die therapeutische Gemeinschaft (нем.)] — «термин британского происхождения, в настоящее время широко применяемый для обозначения специально структурированной больничной среды, поощряющей деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специальные обучающие методы применяют для преодоления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чувства личной ответственности и ускорения их социальной реабилитации» (Психиатрический глоссарий. Вашингтон, 1969).

² В одной из своих последних работ В. Н. Мясичев (1973) говорил, что психотерапия есть «система методов руководства и управления человеком», направленная на восстановление его здоровья. Он же писал ранее (1966), что «психотерапия представляет собой... процесс лечебного взаимодействия между лечащим врачом (психотерапевтом) и больным или группой больных».

Таким образом, основная роль в концепции «терапевтического сообщества» отводится прямой и опосредованной психотерапии. Подчеркивается исключительно большое значение различных видов групповой терапии, необходимость неформальных отношений с пациентами. Почти все сотрудники больницы, работающие по принципам «терапевтического сообщества», питаются вместе с больными, многие даже проживают на ее территории. М. Jones неоднократно повторяет, что «если мы хотим вовлечь больных в реальную жизнь, надо рассматривать их жизнь в стационаре как своеобразное «тренировочное поле». Психиатрическая больница, таким образом, представляется ему и его последователям как своего рода «общество в миниатюре». Концепция «терапевтического сообщества» получила широкое распространение на Западе и в практическом отношении представляет большой интерес, хотя ее теоретические положения, основанные главным образом на психоанализе и микросоциологии Дж. Морено, не являются удовлетворительными. Многие практические аспекты этой концепции, однако, могут и должны быть использованы в психо- и социотерапевтической работе. На важность социологических и социально-психологических исследований в психиатрии один из первых в нашей стране указал О. В. Кербиков (1965).

Развитие в наше время социологии и социальной психологии, в частности усиление интереса к социальным «микроструктурам», позволило с учетом успехов биологического лечения и достижений общей медицины по-новому подойти к лечебному использованию резервов личности больного, окружающей среды, коллектива, а также психо- и трудотерапии [Роговин М. С. и др., 1975; Беяева Т. В. и др., 1976; Кабанов М. М. и др., 1980; Вайзе и соавт., 1979]. Недостатком воззрений зарубежных психиатров, сторонников концепции «терапевтического сообщества», является как недоучет влияния социальной макроструктуры, так и недооценка роли биологических факторов в происхождении многих психических заболеваний и почти полное игнорирование клиники.

Во многих социалистических странах уже накоплен опыт различных медицинских учреждений, работающих по принципу «терапевтического сообщества»¹. В качестве теоретической основы деятельности этих «сообществ» — «терапевтических коллективов», как их называет S. Kratochvil (1975), — используется некоторыми психотерапевтами социалистических стран педагогическая система А. С. Макаренко [Hintnaus L., 1973]. Однако необходим еще длительный период исследований специалистов из социалистических стран для выработки единства позиций в теории

¹ Psychotherapie in sozialistischen Ländern. Bericht über d. I. Symposium in Prag von 13—15 III 1973, Leipzig, 1975 (Hrsg. M. Hausner, St. Kratochvil, K. Höck) Групповая психотерапия при неврозах и психозах (ред. Б. Д. Карвасарский и др.), Л., 1975. Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях (ред. Б. Д. Карвасарский), Л., 1979

и практике «терапевтического сообщества» и групповой психотерапии как основного «механизма» его деятельности. Говоря о «терапевтической среде» и «терапевтическом сообществе» и подчеркивая роль характера взаимоотношений между больными и персоналом, мы тем самым выделяем значение медицинской деонтологии в деле реабилитации. Медицинская деонтология становится важным «терапевтическим инструментом» в свете концепции реабилитации. В связи с этим следует отметить растущий повсеместно интерес к врачебной этике и медицинской деонтологии. Особо значимыми становятся вопросы подготовки персонала, которым за последние годы уделяется во всем мире огромное внимание, что в немалой степени можно связать с проблемой реабилитации. Комитет экспертов ВОЗ в 1965 г. счел нужным подчеркнуть, что вопросы реабилитации должны преподаваться как неотъемлемая составная часть медицинского лечения, в противном случае последнее не достигает своей истинной цели. Участники I Европейского конгресса по вопросам формирования врача (Сан-Ремо, 1969) указывали на важность изучения психологических и социологических аспектов медицины. Социология и психология начинают постепенно завоевывать прочное положение в учебных программах медицинских школ Европы. В настоящее время, подчеркивается в документах ВОЗ, для эффективной деятельности служб общественного здравоохранения необходимы глубокие знания не только в области медицины, но и методов организации и управления.

Подготовке среднего медицинского персонала сейчас уделяется не меньшее внимание. ВОЗ провела в 1961 г. в Копенгагене I-ю Европейскую конференцию, посвященную роли медицинской сестры в психиатрической практике. На этой конференции и на последующих международных совещаниях, посвященных «сестроведению», указывалось на возросшую роль медицинской сестры в психиатрии, особенно в связи с задачами реабилитации. В материалах Копенгагенской конференции, в частности, перечисляются те требования, которым должна удовлетворять медицинская сестра, работающая в психиатрическом учреждении. Она должна в совершенстве владеть не только медицинским уходом, но и знаниями и умением в области терапии занятостью и развлечениями (культтерапии). Кроме того, медсестра должна быть хорошим организатором, разбираться в психологии отношений, от нее требуются также большая наблюдательность и «искусство контакта»¹. Не в меньшей степени все эти качества, естественно, относятся к личности врача, особенно психотерапевта. В настоящее время уже не требует особых доказательств необходимость привлечения к практической и исследовательской работе в области реабилитации и немедицинских работников, в первую

¹ Работа медицинской сестры по восстановительному лечению больных в современной психиатрической больнице: Методическое письмо. — Л., 1972.

очередь психологов (а также социальных работников, специалистов по лечебной физкультуре, педагогов и др.). Министерствами здравоохранения СССР и РСФСР изданы по вопросу о работе медицинских психологов соответствующие методические рекомендации¹. Нельзя переоценить значение подготовки персонала потому, что она является одним из самых существенных условий реализации любой реабилитационной программы. Без подготовленного должным образом персонала не может быть и речи о подлинной реабилитации.

Можно сказать, что среди многообразия методических приемов реабилитации психически больных как в больничных, так и во внебольничных условиях особое значение приобретает групповая или коллективная психотерапия в различных ее вариантах. В классификации методов групповой психотерапии существует еще много трудностей. Преобладающие в западных странах теории групповой динамики уделяют внимание главным образом интеракционистским процессам эмоционального притягивания и отталкивания между участниками группы. Сторонники этих теорий имеют целью выявление бессознательных вытесненных влечений, обусловливающих, с их точки зрения, невротические или психические расстройства. Интерес лишь к непосредственным взаимодействиям, идущий от Дж. Морено, был справедливо охарактеризован Т. Shibutani (1969) как «грубое упрощение». Интерпретация получаемого таким образом материала остается психоаналитической. В противоположность этому советские психотерапевты и психологи [Мясищев В. Н., 1960, 1966, 1973; Иванов Н. В., 1968, 1971; Карвасарский Б. Д., Петровский А. В., 1974; Зачепиский Р. А., 1975; Воловик В. М., 1980, и др.], учитывая социальную обусловленность личности, стремятся к анализу содержания как осознаваемых, так и неосознаваемых проблем участников группы в процессе их взаимодействия, опосредованного общими значимыми целями и ценностями, объединяющими группу в коллектив².

В связи с этим у нас было распространено обозначение групповой психотерапии как коллективной [Гройсман А. Л., 1969; С. С. Либих, 1974]. Но дело, конечно, не столько в обозначении, сколько в содержании групповой психотерапии, ее методах и интерпретации ее процесса с диалектико-материалистических позиций. Во многих зарубежных работах психотерапевтическая группа выступает как «главная модель социальных отношений», да и «социальное» трактуется весьма ограниченно, в индивиду-

¹ О работе патопсихолога в психиатрической больнице: Методические рекомендации.— М., 1975. О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях: Методические рекомендации.— Л., 1976.

² Заслуживает особого внимания при построении теории групповой психотерапии стратометрическая концепция групповой активности, разрабатываемая в нашей стране А. В. Петровским (1975—1982)

ально-психологическом плане, что, разумеется, снижает ценность таких исследований [Ploeger A., 1972]. Материалистическое понимание отношений в группе рассматривает их как отражение отношений, характерных для общественной среды.

Помимо групповой или коллективной психотерапии в специальном смысле, очень широко применяются различные формы групповой терапии, которые весьма трудно поддаются классификации. Речь идет о самых разнообразных видах совместной деятельности больных в малых и средних группах (от простого склеивания конвертов или плетения сеток до работы над сложными приборами; от совместного прослушивания музыкальных пластинок до хорового пения и постановки спектаклей; от обучения или восстановления элементарных бытовых навыков до коллективных занятий домоводством; от пассивного участия в несложных гимнастических упражнениях до спортивных игр и соревнований; от коллективных прогулок до проведения собраний и работы совета больных и т. д.). Самые различные социотерапевтические приемы (нередко их называют опосредованной психотерапией) как бы преломляются сквозь призму группы (вначале) и коллектива (когда он уже сложился). Литература по этому вопросу неисчерпаема, упомянем лишь об авторах нескольких монографий: М. Я. Греблиовский (1966), Д. Пантелеев и соавт. (1971), М. М. Кабанов, К. Вайзе (1980), Н. Harflinger (1968), L. Levi (1970), К. Нёск (1976).

Как правило, почти все отечественные работы в области коллективной психотерапии были посвящены главным образом лечению больных неврозами; в психиатрической клинике этот метод внедряется пока еще очень медленно. Накапливающийся опыт и обоснование применения различных методов групповой психотерапии при психозах в последнее время освещены в работах С. В. Днепровской (1973, 1977), В. М. Воловика, В. Д. Вида (1975, 1982), В. М. Воловика, С. В. Днепровской, Х. Вайзе (1980) и др. Социотерапевтические методы, которые по своему характеру также обычно имеют групповую или коллективную направленность, нередко применяются и у нас, и за рубежом без достаточного теоретического обоснования и должной дифференциации в зависимости от клинических особенностей заболеваний, различных психологических и социологических характеристик.

В СССР уже многие годы успешно разрабатываются различные формы и методы трудовой терапии, которая имеет самую тесную связь с психотерапией. Другим методам социотерапии в нашей стране уделялось меньше внимания, что отчасти можно объяснить широким пониманием термина «трудовая терапия». В зарубежной литературе, напротив, этот термин понимается более узко, чаще говорится об «occupational therapy», т. е. о лечении занятостью. О том, какое содержание вкладывается в эти понятия, уже была речь. Необходимо отметить, что трудовая терапия — эта специфическая для человека форма лечебного воздействия [Мяси-

щев В. Н., 1960] — наряду с психотерапией является важнейшим методическим приемом реабилитации психически больных. Многие авторы, особенно зарубежные, сближают и даже идентифицируют ее с психотерапией. Однако представляется более правомерной точка зрения большинства советских исследователей на трудовую терапию как на самостоятельный метод лечения [Геллерштейн С. Г., Цфасман И. Л., 1964; Рубинова Ф. С., 1971; Хвиливицкий Т. Я., Малахов Б. Б., 1975; Круглова Л. И., 1981; Хвиливицкий Т. Я., 1982].

Растет число работ, положительно оценивающих новый стиль работы психиатрических больниц, характеризующийся акцентом на лечение средой, на социотерапию. R. Johnson и H. Lee (1966) провели в течение трех лет обследование 236 больных хронической шизофренией со средним сроком пребывания в стационаре 12 лет. Подбирались в экспериментальную и контрольную группы больные, однородные по полу, возрасту, диагнозу, длительности госпитализации, образованию, профессии до заболевания и т. п. (по 118 человек в каждой группе). Больные обеих групп продолжали получать прежнее медикаментозное лечение. В экспериментальной группе проводили активную социотерапию с акцентом на лечение трудом (больные должны были работать 5 дней в неделю, при хорошей работе и поведении предоставлялись отпуска домой, свободные прогулки и т. п.). Применялись шкальные методы оценки состояния. Экспериментальная группа дала лучшие показатели оценочной шкалы, хотя различия между группами в отношении выписки не отмечалось. Авторы подчеркивают, что выписка из стационара не может быть главным критерием оценки состояния больных. R. Elosuo (1967) обследовал 105 больных шизофренией, которых вели по реабилитационной программе в рамках «терапевтического сообщества» (кроме того, 208 больных шизофренией составили контрольную группу). У всех обследованных давность заболевания была не менее двух лет. «Психосоциальный статус», под которым автор понимает психическое состояние и степень социальной адаптации, существенно не изменялся в обеих группах. Однако у больных, прошедших реабилитационную программу, отмечался более высокий «оперативный статус», под которым подразумевалась их практическая работоспособность (по результатам проведенного тестирования). Z. Soucek и соавт. (1967) обследовали 30 больных шизофренией в конечной стадии в условиях длительной госпитализации. Одна группа, состоявшая из 10 больных, находилась на лекарственном лечении, не получала активной социотерапии и осталась в течение трехмесячного периода наблюдения без каких-либо существенных изменений в психическом состоянии. Больные другой группы (10 человек) получали лекарственное лечение в сочетании с психотерапией (в течение 1 ч ежедневно) и обнаружили кратковременное улучшение состояния. Больные третьей группы (10 человек) получили комплексное психофарма-

кологическое и интенсивное психо- и социотерапевтическое лечение. Их состояние улучшилось значительно, особенно в области социальных отношений.

Э. А. Бурденко (1968), применяя в течение двух лет комплекс лечебно-восстановительных мероприятий 859 больным с острыми психотическими состояниями (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.), отмечает снижение частоты инвалидности у больных этой группы по сравнению с частотой инвалидности у пациентов, лечившихся на этом же отделении в прошлом — до внедрения лечебно-восстановительного комплекса. Исследования В. Л. Лисовенко (1976) выявили значительное улучшение работы крупной психиатрической больницы на Украине (1500 коек), функционирующей с учетом требований реабилитационного подхода к больным. Например, в 2,5 раза улучшились показатели инвалидизации больных и социально-трудового восстановления инвалидов, значительно уменьшилось число регоспитализаций (с 13 % до 9,4 %) после введения системы реабилитационных мероприятий. S. Matthews и соавт. (1979) сравнивали две группы больных шизофренией, одну — леченных нейролептиками и другую, в которой использовался «интенсивный межличностный подход». Спустя год после выписки из госпиталя вероятность сохранения ремиссии была значительно выше у больных последней группы, хотя в ней лишь 10 % получали поддерживающее фармакологическое лечение.

Большинство цитированных авторов делают акцент в своих реабилитационных программах на подготовке персонала, стиле его работы с больными, создании в учреждениях «терапевтической среды», лечении занятостью и трудом, групповой психотерапией и т. п. Меньше внимания ими уделяется системе «открытых дверей» для всех больных. D. Zerssen и H. Häfner (1965) даже проводили свои наблюдения над эффективностью психо- и социотерапии в закрытом отделении. В то же время другие исследователи уделяют существенное внимание системе «открытых дверей». C. Smith и G. McKerracher (1964) сообщают о своей работе в открытом психиатрическом отделении при общей больнице, расположенном на 5-м этаже (окна без решеток), где двери никогда не запирались. Соотношение персонала и больных — 1:1. В это отделение принимались больные с любыми психическими заболеваниями без какого-либо отбора. За 9 лет было 4500 поступлений; за это же время ни один больной не был переведен в городскую психиатрическую больницу из-за трудностей в обслуживании (были переведены только из-за недостатка коек). За все эти годы здесь имели место только два суицидальных случая. Авторы сравнивают, применяя, в частности, оценочные шкалы, две группы больных — по 90 человек каждая (одну — поступивших в открытое отделение общей больницы, другую — в городскую психиатрическую больницу), и приходят к выводу, что хорошо обученный персонал может успешно обслуживать больных с любыми психи-

ческими заболеваниями в полностью открытом отделении (за исключением особо опасных). С. Smith и G. McKerracher (1964) также указывают, что это обстоятельство позволяет преодолеть неправильную позицию общества в отношении к душевнобольным, полагающего, что для них нужны специальные учреждения, несущие оградительные функции. В работе этих авторов утверждается, что чрезмерные меры предосторожности, фиксирующие внимание больных (замки, решетки на окнах и т. д.), наносят им несомненный вред и приводят к учащению суицидальных попыток.

Н. Schulberg (1963) также является сторонником лечения психически больных в специализированных открытых отделениях общих больниц. Он подчеркивает значение подготовки среднего медицинского персонала для работы в отделениях, где применяются принципы «терапевтического сообщества». Главное в этой работе, по мнению автора, — характер интерперсональных отношений больных и персонала; биологическому лечению, как и у ряда других зарубежных авторов данного направления, отводится второстепенная роль. Р. Dale и Н. Wright (1962) описывают трехлетний опыт работы небольшой соматической больницы, куда поступали психически больные (большей частью с депрессивными состояниями) равномерно «на все этажи», без развертывания специального психиатрического отделения. Суицидов за время наблюдения не отмечалось. Больных одновременно лечили психиатр, терапевт и хирург. Авторы полагают, что наличие в общей больнице психиатрической службы позволило улучшить медицинское обслуживание всех пациентов учреждений (учет психических факторов). Подчеркивается значение хорошо обученного персонала, что позволило лишь в очень редких случаях прибегать к индивидуальным постам. В публикации L. Marchand (1965) освещается деятельность смешанного психиатрического отделения больницы общего типа в Канаде. Через это отделение с режимом «открытых дверей» прошло за год 660 больных различными психозами, принимавшихся без отбора. Количество персонала в отделении соответствовало числу больных (1:1). За год 7 больных совершили 12 суицидных попыток, агрессивных и разрушительных действий было 11. Автор расценивает свой опыт работы как положительный.

М. Quidu и соавт. (1964) сообщают о четырехлетнем опыте деятельности психиатрической больницы открытого типа (Институт Marcel Riviere), оценивая его также положительно, хотя из лечившихся в этой больнице 817 человек 19 кончили жизнь самоубийством (2,5 %), в том числе в самой больнице — 4 из них (0,5 %) и после выписки за время наблюдения (4 года) — 15 человек (обычно до устройства на работу).

В нашей стране С. М. Симановский (1954, 1960) и еще ранее Г. Я. Тартаковский (1933), А. И. Ющенко и В. В. Браиловский (1935) и К. А. Скворцов (1958) отмечали преимущества

лечения психически больных в специализированных отделениях больниц общего типа. В частности, С. М. Симановский (1960) считал, что эти отделения «являются серьезным фактором в деле ликвидации предубеждений в отношении психически больных и психиатрических стационаров». Перспективность развития открытых психиатрических отделений в соматических больницах отмечает и И. А. Полищук (1969).

А. Querido пришел к выводу, что только половина обследованных им в обычной психиатрической лечебнице больных способны были извлечь максимальную пользу из медицинского обслуживания. Примерно об этом же говорят J. Vitale и M. Steinbach (1965), считая, что психиатрический стационар после известного промежутка времени перестает удовлетворять своими методами лечения около 50 % его пациентов. Авторы предлагают несколько путей для повышения «коэффициента полезного действия» психиатрических больниц. Одним из них является реформа их рабочих программ. Очень важно, указывают они, сокращать сроки пребывания больных в психиатрическом стационаре. О необходимости кратковременной госпитализации, исходя из соображений профилактики «госпитализма», пишут Н. Burks и А. Serrano (1965), W. Mendel (1966), С. Caton (1982). Некоторые психиатры полагают, что психиатрические больницы в том виде, в каком они существуют сейчас, не оправдывают своего назначения. J. Bierer (1965) вообще отрицает перспективы развития больничной психиатрии и возлагает большие надежды на дневные и ночные стационары и другие так называемые промежуточные формы психиатрической помощи. По данным советских и зарубежных авторов, в том числе и экспертов ВОЗ¹, от 40 до 60 % всех больных, содержащихся в психиатрических больницах, могли бы получать необходимую им помощь в условиях дневных стационаров. Моральные и экономические последствия такого рода положений трудно переоценить.

Большое внимание уделяется «ступенчатым» режимам внутри психиатрических отделений, значение которых было подчеркнуто еще в свое время Г. Симоном. G. Tappenburg и соавт. (1965) говорят о повышении эффективности стационарного лечения в тех случаях, когда пациенты некоторое время после выписки из больницы посещали ее затем в дневное время (выписка через «систему дневного стационара»). К такому же выводу приходят и отечественные авторы [Беляева Т. В., 1971; Беляева Т. В., Кабанов М. М., 1971; Кутин В. П., 1971, и др.]. В отечественной литературе последних лет появилось немало работ, освещающих опыт применения режима «открытых дверей» в психиатрической клинике. Однако следует сказать, что во

¹ Рецензия В. С. Ястребова на книгу «Будущее психиатрических больниц». Отчет о совещании рабочей группы. Мангейм, 2—5 ноября 1976 г. Изд. ВОЗ, Копенгаген, 1979.

многих из них система «открытых дверей» толкуется по-разному. Обычно речь идет о введении лишь элементов свободного режима, открытых дверей для части больных при наличии «палаты строгого надзора» с «неподвижным постом» медицинской сестры.

Б. В. Мурович и О. В. Матвейчук (1969), учитывая меняющийся состав больных, считают нецелесообразным целиком открывать отделения, потому отдают предпочтение организации в каждом отделении специальной палаты для больных, находящихся на открытом режиме. Т. Я. Хвиливицкому (1965) представляется необоснованным стремление «открыть двери» в принципе для любого больного. В. П. Кутин (1970) вообще возражает против организации в «приемных отделениях» психиатрических больниц режима «открытых дверей». В статье Н. И. Козловой и соавт. (1970) отмечается ошибочность сведения сути реабилитации в стационарных условиях к созданию максимального нестеснения психически больных и к обеспечению их максимальной занятостью. Авторы делают упор на «психотерапевтически опосредованных риадаптационных мероприятиях». Суть реабилитационной работы в современной психиатрической больнице состоит не в том, открыты или закрыты в ней двери, а в перестройке ее внутренней структуры, стиля деятельности персонала, в том, что Н. Hoff (1966) назвал «духом» лечебного учреждения. Эта перестройка структуры должна проводиться постепенно, осторожно, с обращением особого внимания на подбор и перевоспитание персонала, чтобы не было разочарований и компрометирующих идею «терапевтической среды» последствий непродуманного ее внедрения.

Н. Merguet (1961) считает, что в тех психиатрических больницах, которые обычно должны оказывать помощь тяжелым психически больным и лишены возможности переложить заботу о них на другие учреждения, около 25 % пациентов допустимо содержать в открытых помещениях. Но при умелой организации больничного дела, полагает он, соотношение «закрытых» и «открытых» отделений может измениться (т. е. при перестройке структуры отделений, увеличении численности и качества подготовки персонала 75 % пациентов психиатрической больницы может находиться в полностью открытых помещениях). Н. Gastager (1965) приводит примерно такие же цифры — 85 % больных, по его мнению, могут содержаться в «открытых» и лишь 15 % — в «закрытых» отделениях. Само собой разумеется, что разные суждения по поводу многих вопросов, связанных с режимом «открытых дверей», возникают тогда, когда речь идет о больных с выраженными психическими заболеваниями. Относительно больных «выписных», «рабочих», «санаторных» отделений психиатрических больниц разных суждений не существует. Следует согласиться с мнением С. Б. Семичова (1971), полагающего, что нет однозначного решения проблемы «открытых дверей», переставшей быть, как в прошлом, в большей

степени благонамеренным лозунгом, осуществлявшимся на практике по принципу «все или ничего», и приобретающей ныне характер научно обоснованной программы исследований и практических мероприятий.

Специального рассмотрения требуют вопросы реабилитации больных во *внебольничных условиях*. Наличие широко развитой системы внебольничной психиатрической помощи является, как отмечалось, основой для успешного проведения реабилитации психически больных в экстрамуральных условиях. Основными задачами реабилитации психически больных после их выписки из стационара должны быть: предотвращение новых обострений, коррекция резидуальных явлений и помощь в трудоустройстве [Мелехов Д. Е., 1963; Зеневич Г. В., 1964, 1966; Белов В. П., Шмаков А. В., 1977; Красик Е. Д. и др., 1980; Hafner H., 1968; Wing J. et al., 1981]. Для этой цели и были созданы различные внебольничные психиатрические учреждения, число которых во всех развитых странах растет из года в год: психоневрологические диспансеры и кабинеты, дневные и ночные стационары, различные формы патронажа, «постгоспитальные центры» и «центры психического здоровья», лечебные мастерские, специальные цехи на промышленных предприятиях, трудовые профилактории, пансионаты, общежития, клубы для психически больных.

Среди этих учреждений в нашей стране ведущее место занимает психоневрологический диспансер, в структуру которого входят и другие важные звенья реабилитации психически больных: лечебно-производственные мастерские, дневные стационары и др. По сути дела, современный крупный психоневрологический диспансер с включенными в его структуру специализированными кабинетами, дневными и ночными стационарами, лечебно-трудовыми мастерскими является внебольничным центром по восстановлению психического здоровья. В других странах получили большое развитие иные организационные формы внебольничной помощи. В США, например, особенно после принятия в 1963 г. конгрессом соответствующего закона, получили большое распространение «центры психического здоровья» [Volles S., 1967], в Англии — социальные клубы и дневные стационары [Bierer J., 1959, 1965], в ГДР большое внимание уделяется дневным и ночным стационарам [Lange E., Bergman N., 1966; Weise K., 1966; Rennert H., Kühne G., 1968; Vietze G. et al., 1974].

Анализу работы всех этих разнообразных внебольничных учреждений посвящена громадная литература. Помимо диспансеров и психоневрологических кабинетов, структура и функции которых в нашей стране достаточно хорошо известны [Зеневич Г. В., 1966—1983], следует особо указать на значение различных полустационарных форм обслуживания больных (дневные и ночные стационары и др.), чья роль в системе реабилитационных мероприятий возрастает все в большей и большей мере.

Главное преимущество дневных и ночных стационаров состоит в том, что больные во время лечения не отрываются от реальной жизни (нет депривации), в связи с чем снижается угроза «госпитализма». Кроме того, в них создаются лучшие условия для комплекса лечебных воздействий, проводимого не только с участием врачей, всего персонала и пациентов, но и с вовлечением в процесс лечения (и реабилитации) семей последних и их ближайшего окружения дома и на работе. Не приходится уже говорить о той огромной роли, которую приобретают дневные и ночные стационары, а также другие «промежуточные» формы помощи в организации правильного отношения широких кругов населения к психическим заболеваниям и к лицам, ими страдающим.

Особенно перспективны дневные стационары в лечении и реабилитации больных шизофренией. Л. Ф. Кириченко (1969) анализирует эффективность лечения в условиях дневного стационара 349 психически больных, 65 % которых составляли страдающие шизофренией. Автор особо подчеркивает успех реабилитации этих больных (подавляющее их большинство после выписки из дневного стационара вернулись к своей прежней работе). В работе J. Wilder и соавт. (1966) сравнивались на основе случайного отбора 2 группы больных с острыми психотическими проявлениями (по 189 человек в каждой), направлявшиеся: одна — в дневной стационар, другая — в психиатрическую больницу. Несмотря на то, что часть возбужденных пациентов не удерживалась в дневном стационаре и их приходилось на какое-то время переводить в больницу, авторы приходят к выводу, что дневной стационар вполне пригоден для лечения больных с острыми психическими нарушениями, особенно при шизофрении. Применение некоторых видов социотерапии в условиях дневного стационара (так называемых функциональных групп по В. М. Воловику) сократило срок пребывания в нем больных шизофренией, а также повысило качество ремиссии [Буркин М. М. и др., 1979].

В литературе до сих пор обсуждается вопрос о преимуществах различных форм работы дневного стационара. Т. Voag (1960) различает 3 направления в развитии этих форм или стилей работы современных дневных стационаров: 1) особое отделение психиатрической больницы с «частичной госпитализацией» (D. Cameron); 2) дневной стационар, возникший на базе социального клуба и других подобных организаций (J. Bierer); 3) завершающая стадия лечения в психиатрической больнице (G. Bagman). Наряду с дневными стационарами, в системе различных звеньев реабилитации психически больных во внебольничных условиях все более заметное место начинают занимать ночные стационары. Н. Rennert и G. Kühne (1968) подчеркивают, что для ряда больных «дневное» и «ночное» лечение является не только заменой пребывания в обычном стационаре,

но и «оптимальной и незаменимой формой терапии». G. Carstairs и G. Voineskas (1970) описывают результаты своих наблюдений над пациентами «ночной палаты» (25 коек для мужчин и женщин), организованной в обычном психиатрическом стационаре для пациентов с острыми психическими расстройствами. Больных с психозами в этой палате было, однако, не более 20 %. Авторы весьма положительно оценивают свой опыт работы, отмечая ряд преимуществ «ночного» лечения (больные не теряют связи со своей работой, не страдает их социальный престиж, лечение более рентабельно в экономическом отношении).

«Социальные» или «терапевтические» клубы (иногда их называют «клубами бывших пациентов») также начинают играть большую роль в реабилитации психически больных [Киселев В. А. и др., 1966; Беляев В. П. и др., 1970; Богатская Л. К., 1973; Вид В. Д., 1973; Блохина В. П. и др., 1975; Головченко Т. Л. и др., 1975; Гарнис В. А., 1977; Борд Э. И., Енин В. И., 1982; Поляков Ю. И. и др., 1982; Weise K., 1966; Kühne G., 1970]. Проводимую в них работу можно рассматривать как своеобразное сочетание «поддерживающей» психотерапии, лечения занятостью и развлечениями (или, иначе, — как «поддерживающую» психосоциотерапию).

Немало внимания уделяется в последнее время созданию специальных общежитий, пансионатов, гостиниц (в том числе так называемых гостиниц или «домов на полпути» — half-way house) и даже кемпингов для душевнобольных [Гладышев А. С., 1976; Бажин Е. Ф. и др., 1979; Weisman M. et al., 1966; Walker D., 1967; Freedman A., 1967; Skoda C., 1968], а также стационарному обслуживанию на дому [Мазур М. А., Фомина Н. С., 1962; Freedman T. et al., 1964; Dąbrowski S., Truscynska-Wachowska Z., 1969].

В. Вроок и соавт. (1975) предлагают в качестве «альтернативы интенсивного лечения в психиатрической больнице» кратковременное помещение (до 10 дней) психически больных на частные квартиры в здоровые семьи, где они, получая в необходимых случаях медикаментозное лечение, как бы тренируют навыки повседневного общения, помогая хозяевам квартир в домашних делах. Больных ведут психиатры и две квалифицированные медсестры. Оплата всех услуг производится реабилитационным центром. При подборе кандидатур пациентов для размещения в частных домах они максимально согласуются с характером хозяев. Авторы за 4 года лечили таким образом 220 больных (в 5 квартирах) и весьма положительно оценивают свой опыт работы, считая его более эффективным, чем госпитализацию в психиатрический стационар. Р. Polak и М. Kirby (1976) даже полагают, что подобного рода лечение в семьях может заменить лечение в психиатрической больнице. Надо заметить, что В. М. Бехтерев еще в начале века предлагал семейный патронаж как форму внебольничного содержания, делающую

возможным «освобождение известной части душевнобольных хроников из-под ключа». М. Weismann и соавт. (1966) описывают работу «психиатрического кемпинга», созданного с целью реабилитации хронических психически больных в максимально короткий срок (обычный срок пребывания в кемпинге — 2 нед, иногда больных оставляли на повторный срок).

Исходя в основном из психоаналитических концепций, акцент в работе с такими больными делается на «свободе выбора» различного рода деятельности (домоводство, художественные ремесла, игры и пр.), носящей чаще всего опосредованный психотерапевтический характер. Отечественные психиатры, не отрицая всей важности этих методов, нуждающихся во многом в видоизменении соответственно нашим условиям, с давних пор делают акцент на трудотерапии, профессиональном переобучении или выработке производственных навыков (там, где это требуется) и, наконец, самое главное — на последующем трудоустройстве. В этом отношении накоплен огромный опыт, который отражен в обширной литературе. Особенно большое влияние на развитие экспертизы трудоспособности и последующего трудоустройства психически больных оказала школа Т. А. Гейера и Д. Е. Мелехова. Ее последователи всегда подразумевали под трудоустройством «не просто единичный акт направления больного на работу», а «своеобразный компонент общего комплекса лечебной работы на новой стадии, когда больной переходит на общественно полезный труд, в коллектив...» [Дукельская И. Н., Коробкова Э. А., 1958].

Трудоустройству больных в специальных цехах промышленных предприятий посвящены, в частности, работы А. С. Борзуновой и П. А. Маккавейского (1965), В. П. Петрунека (1971); устройству на обычных промышленных предприятиях — А. С. Борзуновой и соавт. (1969); Н. Я. Зайденберг (1969), Л. Ф. Кириченко (1969), А. И. Гуревич и В. Г. Ротштейна (1975), Л. И. Кругловой (1981), Е. Д. Красика и П. П. Балашова, (1981), В. М. Морковкина с соавт. (1982). Указанные исследователи отмечают, что социально-трудовая реабилитация психически больных (в основном речь идет о больных шизофренией) существенно облегчается, когда она проводится в условиях промышленного предприятия. Е. Д. Красик и соавт. (1970, 1974), А. И. Потапов и К. И. Кошкарева (1971), В. Л. Лисовенко и соавт. (1974), А. Л. Шмилович (1975), Е. А. Щербина и соавт. (1975), Е. Т. Даниленко и Б. В. Мурович (1975), В. Г. Андреев (1976), Д. Ф. Исполатов и соавт. (1981) и другие советские исследователи показали возможность поэтапного трудоустройства тяжелых психически больных в промышленности и сельском хозяйстве. А. К. Лифшиц и Ю. Н. Арзамасцев (1975) описали интересный опыт работы по «промышленной реабилитации» психически больных в условиях специально созданного цеха Калужского турбинного завода. По мнению одного из этих

авторов [Лифшиц А. Е., 1979], специальные цехи могут функционировать в различных вариантах: на территории психиатрических больниц, при психоневрологических диспансерах, непосредственно в заводских помещениях. Организация подобного рода работы резко повышает количество инвалидов, занятых производственным трудом (до 67 %), из которых только 5—7 % заняты в рамках трудотерапии, а остальные трудоустроены.

З. Н. Серебрякова (1971) подчеркивает необходимость сужения противопоказаний для приема в высшие учебные заведения больных, страдающих некоторыми формами течения шизофрении (главным образом вялотекущей и периодической). Важному вопросу реабилитации больных психическими заболеваниями студентов вузов посвящены исследования Э. Г. Кельмишкейта (1969, 1971), Е. А. Крюкова (1975), Е. Д. Красика и Б. С. Положий (1979). По данным Е. А. Крюкова, около 80 % студентов, больных шизофренией с большой продолжительностью заболевания, при принятии соответствующих лечебно-восстановительных мероприятий успешно заканчивают учебу в высшем учебном заведении.

Устройство на работу психически больных, особенно с хроническими заболеваниями, встречает немало трудностей, среди которых на первое место следует поставить встречающееся еще в населении предубеждение против душевнобольных¹. Поэтому приобретают особое значение изучение отношения тех или иных общественных кругов (различных «микроструктур») к психически больным, а также попытки соответствующим образом корректировать это отношение. Изучению отношения общества к душевнобольным посвящена в настоящее время большая литература [Вайзе К. и др., 1979; Кабанов М. М., Вайзе К., 1980; Вайзе К. и др., 1981]. L. Hartlage (1964) разослал 500 предпринимателям анкеты, в которых предлагалось определить отношение к душевнобольным и потенциальную возможность приема их на работу. Было получено 127 заполненных анкет. Те предприниматели, которым прежде приходилось нанимать психически больных, давали более благоприятные по сравнению с другими нанимателями ответы. А. Koslacz и соавт. (1966) изучили 483 анкеты, заполненные представителями различных слоев общества. Отмечены следующие типы реакций в отношении психически больных: безотчетный страх (10 %), страх интеллектуальный (10 %), чувство беспомощности (5 %), сочувствие (60 %) и др. На частоту возникновения той или иной реакции оказывают влияние среда, образование, пол и особенно наличие в семье душевнобольных. Б. Б. Малахов

¹ В связи с этим обстоятельством интересно отметить исследования сотрудников Всесоюзного института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского [Гендин Я. Л., 1973; Подрезова Л. А., 1975; Шумаков В. М., 1976], показавших отчетливую связь общественно опасных действий больных шизофренией преимущественно с психологическими и социальными факторами.

соавт. (1969) опросили 150 студентов педагогического института и также пришли к выводу, что отношение к психически больным было лучше там, где в семье имелись родственники, страдающие душевными заболеваниями.

Отношение психически больных к персоналу и персонала к больным становится сейчас предметом специального научного исследования [Кабанов М. М., Мельник Е. М., 1971; Ташлыков В. А., 1974, 1980; Кабанов М. М. и др., 1975, 1980; Горелик Б. М., 1976, 1982; Бурковский Г. В. и др., 1980; Бурковский Г. В., 1984; Cancro R. et al., 1968; Almond R. et al., 1969].

Исходя из психоаналитических позиций, D. Zerssen и H. Häfner (1965) рекомендуют практиковать критику больными действий врачей в психиатрическом отделении (нарушение «табу»). R. Cancro и соавт. (1968), изучив психологические особенности больных, совершивших побеги из психиатрической лечебницы, приходят к выводу, что такие действия в значительной мере зависят от стиля работы с больными врачами и другого персонала. Существуют, по их мнению, 2 типа отношений с психически больными в отделении: один тип характеризует стиль работы с пациентами, нуждающимися в «психологической близости», другой — стиль обращения с пациентами, в отношении которых нужна «психологическая дистанция». Недоучет этих психологических факторов, по мнению авторов, сильно затрудняет общение с больными и может привести к побегам из больницы. Имеются зарубежные публикации об исследованиях реакции больных, например, на снятие персоналом спецодежды или попытку использования некоторых из них в качестве лиц, помогающих трудоустройству других пациентов и т. п. Методологические позиции авторов почти всех этих работ нередко весьма неопределенны или базируются в основном на психоаналитических и экзистенциальных концепциях. Однако взаимоотношения больных и персонала, больных и общества заслуживают изучения на научной основе как психиатрами, так и психологами и социологами, чему только в последнее время в нашей стране стали уделять должное внимание.

Д. Е. Мелехов (1963, 1971, 1972) не раз указывал на различные пути развития советской и западной социальной психиатрии и реабилитации. Помимо акцента на трудовой терапии и трудоустройстве, еще одно чрезвычайно важное обстоятельство характеризует подход советских авторов к социальным аспектам психиатрии. Речь идет о гораздо большем, чем это принято за рубежом, внимании отечественных психиатров к синтезу клинических и социальных факторов при рассмотрении природы психических заболеваний и методов лечения и реабилитации больных. В очень многих зарубежных работах (особенно американских авторов) речь идет, например, о шизофрении вообще, клинические же особенности заболевания обычно игнорируются, или же говорится о них весьма упрощенно, например о шизо-

френии с острым или хроническим течением. Советские же психиатры всегда подчеркивали значение особенностей клинической формы шизофрении и типа течения заболевания для его прогноза и реабилитации больных [Воловик В. М., 1980, и др.].

В. А. Галкин (1965), наблюдая 60 больных простой формой шизофрении, нашел, что наилучшая «социально-трудовая реадaptация» имеет место у больных с астенопатическим, а наихудшая у больных — с апато-абулическим синдромом. Л. М. Шмаонова (1965, 1968) установила у больных с длительной вялотекущей шизофренией зависимость «социально-трудовой адаптации» от возраста, особенностей инициального периода, этапа и темпа течения заболевания, а также от особенностей преморбидной и клинической картины. Например, по данным автора, вялые, затяжные, адинамические депрессии, выраженные астенические и ипохондрические расстройства, навязчивости и выраженные эмоционально-волевые нарушения «затрудняли адаптацию». Ф. К. Филяновский (1967), отмечая благоприятную «социально-трудовую реадaptацию» при параноидном и психопатоподобном дефектах больных шизофренией (60—70 % больных, по его мнению, могут возвратиться к привычному труду), полностью исключает ее при грубом апато-абулическом дефекте. Напротив, Б. С. Драбкина и Л. С. Овчаренко (1969) наблюдали «наиболее полную» реадaptацию и социально-трудовую реабилитацию у больных шизофренией с апато-абулическим типом дефекта, а наиболее низкий их уровень — у больных с параноидным и психопатоподобным типом дефекта.

Эти противоречия, возможно, следует объяснить тем обстоятельством, что в одних случаях (Ф. К. Филяновский) речь идет о прослеживании дальнейшего течения заболевания после выписки больных из психиатрического стационара, где они получили интенсивное психофармакологическое лечение (регистрация уровня достигнутой адаптации, констатация достигнутой цели), а в других (Б. С. Драбкина и Л. С. Овчаренко) — это активное вмешательство в процесс (реабилитация, понимаемая в первую очередь как метод подхода) и затем уже регистрация уровня адаптации, достигнутой цели. Надо подчеркнуть, что в последнем случае имеются в виду пациенты, длительное время (нередко многие годы) находившиеся в психиатрических больницах в условиях психической и социальной депривации, способствующих развитию явлений госпитализма, больные, имевшие большой «реабилитационный потенциал».

Е. М. Холодовская и соавт. (1969) изучили катамнезы 165 больных параноидной формой шизофрении после снятия их с принудительного лечения и выписки из стационара. Авторы, так же как и Л. М. Шмаонова, считают наиболее благоприятным в отношении прогноза и реабилитационных возможностей вялый тип течения шизофрении. Они же указывают, что полноценному приспособлению больных к окружающей среде препятствует

ряд социальных условий (настороженное отношение к приему на работу, отсутствие специальности и др.). Исследованиями З. А. Абдужабаров (1976) на большой популяции больных шизофренией с вялым типом течения в одном из районов г. Москвы установлено, что свыше 73 % всех обследованных больных со средним специальным, незаконченным и законченным высшим образованием занимались адекватной трудовой деятельностью. Автор отмечает, что лучше приспособленными в бытовом отношении были больные, проживающие в семьях, понимающих их болезненное состояние, внимательных к больным и активно способствующих лечению.

З. Н. Серебрякова (1970), в отличие от ряда других авторов, пользуется терминологией, соответствующей проведенным эпидемиологическим исследованиям. В ее работе дается характеристика квалификации и трудоспособности больных непрерывно текущей формой шизофрении (параноидной — 296 и злокачественной — 92 больных). Значительной разницы в числе работающих между этими двумя группами выявлено не было, несмотря на наличие среди больных со злокачественной формой большого числа инвалидов I группы. По данным З. Н. Серебряковой, трудоспособность и квалификация больных шизофренией с ремиссиями, не сопровождавшимися продуктивными расстройствами, имеют тенденцию к повышению после четырех и более приступов, несмотря на продолжающееся увеличение числа лиц, признанных инвалидами. Это несовпадение изменения трудоспособности и инвалидизации у больных шизофренией на определенных этапах течения заболевания составляет еще одну важную особенность психиатрической реабилитации и указывает на еще недостаточно раскрытые возможности.

Заканчивая обзор современного состояния проблемы реабилитации психически больных, остановимся еще на одном весьма существенном и сложном вопросе. Что является определяющим в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на реабилитацию больного, на интеграцию его в общество: биологические или психосоциальные¹ факторы? В какой-то мере отвечают на этот вопрос данные изучения причин повторных госпитализаций психически больных, а также анализ некоторых обстоятельств, связанных с их лечением.

Одни исследователи делают упор на биологические или клинко-биологические факторы, выделяя, в частности, значение интенсивного медикаментозного лечения в стационарных и амбулаторных условиях для успешной интеграции психически больных в общество. Н. Freeman и О. Simmons (1963), проследив в

¹ «Психосоциальные факторы определяются как факторы, оказывающие влияние на здоровье, службы здравоохранения и благополучие общества, формирующиеся из психологии индивидуума и структуры и функций социальных групп». Из доклада Генерального директора ВОЗ на 57-й сессии Исполнительного комитета (ЕВ 57/22, 20.II.75 г.).

течение года после выписки 649 больных различными психическими заболеваниями, пришли к выводу, что определяет неудачу пребывания их в обществе болезнь, а не социальные факторы. F. Forrest и соавт. (1964) на основании изучения 3000 больных заключают, что при интенсивной терапии большими дозами фенотиазиновых препаратов 50 % хронических психически больных, длительно находящихся в психиатрических больницах, могут быть выписаны и приспособлены к жизни в обществе. Главной причиной их регоспитализации следует считать, по мнению этих авторов, уменьшение доз лекарственных препаратов или полное прекращение «поддерживающего» лечения (авторами применялись большие «поддерживающие» дозы лекарств — 600—1200 мг хлорпромазина в сутки). L. Grinspoon и соавт. (1967) в течение 2 лет лечили одну группу больных шизофренией нейролептиками (чередую с плацебо) и проводили психотерапию, а в другой — только психосоциотерапию. У тех больных, которые не получали медикаментов, не обнаружилось улучшения состояния. В группе же больных, получавших лекарственное лечение, ухудшение состояния возникало каждый раз, когда они переходили на плацебо. На основании этой работы все же нельзя сделать вывод об эффективности лечения больных хронической шизофренией одними фенотиазиновыми препаратами, так как обе группы больных (всего по 5 человек в каждой) получали интенсивную психо- и социотерапию. В. Ф. Дедов (1964), анализируя повторные поступления в психиатрические больницы больных, находящихся на амбулаторном лечении психотропными препаратами в одном из районов Ленинграда, нашел, что главной причиной регоспитализации являются погрешности в приеме медикаментов. Существенную роль в регоспитализации, по его данным, играют различные экзогенные вредности. Недавно D. Kline (1980) подверг сомнению эффективность психосоциальных методов при лечении больных шизофренией, расценивая эту болезнь как своего рода «рак психики».

Другие авторы не придают такого важного значения биологическим факторам в успехе реабилитационных программ. J. Vitale и M. Steinbach (1965), анализируя повторные поступления в стационар психически больных, установили, что причиной рецидивов в 10 случаях из 11 являются в первую очередь неблагоприятные психосоциальные факторы (недостаточная поддержка дома, неспособность организовать свободное время и т. д.). Тяжесть болезни, говорят они, не играет никакой роли. D. Watt и D. Buglass, (1966), рассмотрев влияние клинических и социальных факторов на выписку хронических больных, нашли, что тяжесть заболевания имеет при этом относительное значение (в этой работе, как, впрочем, и во многих других исследованиях зарубежных авторов, диагностические критерии просто опускаются). E. Goldberg (1966) показал, что в тех случаях, когда

больные шизофренией возвращались после выписки в хорошую семейную обстановку, их интеграция в обществе была намного лучше. На важную роль семьи в деле реабилитации психически больных говорили еще раньше М. Wessler и V. Kahn (1963). На это указывают и сотрудники Ленинградского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева [Воловик В. М., Черниловская И. М., 1971; Воловик В. М. и др., 1978; Варламов Э. В., 1978; Эйдемиллер Э. Г., 1978; Горбунова Л. И. и др., 1980]. Тщательно проследив судьбу 156 больных шизофренией, выписанных из больниц Лондона после двухлетнего там пребывания, G. Carstairs (1969) пришел к выводу, что ухудшение состояния больных после выписки связано с «уровнем эмоциональных затруднений» в домашних условиях. «Пациенты лучше преуспевают в обществе, — пишет этот видный английский психиатр, — когда им удастся установить оптимальное «социальное расстояние» между собой и другими. Если их полностью предоставить себе, у них начинается постепенное снижение в сторону все большего аутистического отчуждения и социальной несостоятельности, но если их окружить настойчивыми эмоциональными требованиями, ухудшение наступает еще быстрее и более драматично». О биологическом лечении, в том числе и о «поддерживающей» терапии психотропными средствами, G. Carstairs даже не упоминает.

L. Kolb (1984) ссылается на исследования G. Huber и соавт. (1980), показавших, что больные шизофренией, даже получающие нейролептики, оказываются незащищенными при столкновении со стрессорными ситуациями. Такие ситуации особенно непереносимы при неблагоприятном отношении к больным в семье по их возвращении из больницы. Однако чрезмерно щадящее с ними обращение, лишенное всякой стимуляции, и в семье, и в общежитиях может вызвать у больных «регресс в социальных навыках». Поэтому, заключает L. Kolb, «поддержка и совершенствование социальной компетентности у больных шизофренией требует... равновесия между недостаточной и избыточной стимуляцией».

M. Weisman и соавт. (1966) не устанавливают никаких корреляций между теми или иными диагностическими критериями и реакциями хронически больных (в основном шизофренией) на различные социотерапевтические мероприятия.

J. Dinein и T. Witheride (1982) разделили 132 исследованных после выписки из стационара больных на 2 группы (75 % — больные шизофренией). В одной из групп акцент делался на активную реабилитацию — приобретение трудовых навыков самостоятельности, курс обучения по программе средней школы, профилактику регоспитализма в специальной дискуссионной психотерапевтической группе по овладению стрессовыми ситуациями. В этой группе нуждались в госпитализации спустя 9 мес после завершения программы лишь 14 % больных (в другой

группе, где больные получали лишь «поддерживающее» медикаментозное лечение, — 44 %).

Некоторые психиатры указывают на особое значение для успешной реабилитации постоянной связи пациента с одним и тем же врачом в больничных и внебольничных условиях, которую они, однако, рассматривают с психоаналитических позиций [Rayotte C., Denber H., 1963; Raskin M., Dyson W., 1968]. Советские авторы [Авруцкий Г. Я., Демидов Н. А., 1969], исходя, разумеется, из других теоретических предпосылок, также отмечают важность постоянного наблюдения больного «своим» врачом. О положительном действии эмпатического (сопереживающего) отношения врача к больному говорят многие исследователи [Ташлыков В. А., 1974, 1984; Симонов П. В., 1979; Чазов Е. И., 1984].

Продуктивными являются работы тех исследователей (в их составе сейчас большинство отечественных и многие зарубежные психиатры), которые придают большое значение, в зависимости от этапа заболевания, как биологическим, так и психосоциальным факторам в реабилитационных программах. «Важно подчеркнуть, — пишет Л. Л. Рохлин (1969), — что при анализе потенциальных возможностей психофармакологического лечения следует исходить не из абстрактно понимаемых имманентных лечебных свойств и качеств психотропных средств, а обязательно принимая во внимание всю систему психиатрического обслуживания, все условия организации лечения психотропными средствами в стационаре и вне его». Существует много работ, в которых рассматривается и анализируется эффективность сочетанного применения биологической терапии и психосоциотерапии. Б. Б. Малахов (1966), Т. Я. Хвиливицкий и соавт. (1969), Э. А. Бреслав и соавт. (1969, 1974), Л. Р. Каплан (1971), Л. И. Круглова (1977), М. М. Кабанов и К. Вайзе (1980) показали эффективность применения различных социотерапевтических мероприятий в сочетании с «поддерживающей» и «купирующей» терапией психотропными средствами в условиях диспансерного наблюдения. Ю. М. Саарма (1967) отстаивает необходимость длительного применения небольших доз нейролептиков для создания исходного «фона», на котором разворачивается комплекс различных риадаптационных мероприятий. Л. И. Завилянская (1968) успешно пользовалась различными видами психотерапии дефектных больных шизофренией в сочетании с «поддерживающим» лечением нейролептиками. G. Gemignani (1968) сообщает о своих наблюдениях над 20 больными шизофренией и депрессивными состояниями нешизофренического круга с продолжительностью заболевания свыше 5 лет. Интенсивное лечение различными комбинациями психотропных средств позволило автору в очень короткий срок (10—20 дней) добиться у тяжелых больных заметного улучшения, которое стало более выраженным после присоединения социотерапии.

Особое значение в последнее время приобретает применение пролонгированных фармакопрепаратов как весьма существенного звена в системе комплексных лечебно-восстановительных мероприятий в больничных и особенно во внебольничных условиях [Вовин Р. Я., Вовина Е. Н., 1971; Вовина Е. Н., 1975; Свердлов Л. С. и др., 1979; Фотьянов М. И. и др., 1979; Гурович И. Я., Никитина Г. Ф., 1980; Ерышев О. Ф., 1980, 1982; Freeman H., 1971]. На основании изучения эффективности модитена-депо у 128 больных шизофренией в Москве и Ленинграде (исследование проводилось одновременно в двух городах) Р. Я. Вовин и соавт. (1977) приходят к выводу, что этот вид лечения отчетливо способствует предупреждению рецидивов, а также приводит не только к увеличению продолжительности ремиссий, но и к повышению их качества. Авторы подчеркивают, что применение модитена-депо способствует успешной реализации реабилитационных программ¹.

В работе М. И. Фотьянова и соавт. (1979) показано, что применение в амбулаторных условиях больным эндогенными психозами интенсивной психофармакотерапии в сочетании с психосоциальными мероприятиями (использование режима дневного стационара, стационара на дому) позволило на 51 % уменьшить число повторных поступлений в больницу. Правда, следует отметить, что, в частности, подчеркивается в последних работах Е. Д. Красика (1982), зависимость эффективности проведенных лечебно-восстановительных мероприятий от эволюции всей системы организации помощи психически больным за последние десятилетия.

Из приведенных примеров успешного сочетания психосоциальных и биологических методов лечебного воздействия вытекает, что идея комплексной терапии, идея «блока» биологических и психосоциальных воздействий, высказываемая еще в 30-е годы советскими психиатрами, становится в настоящее время все более общепризнанной. В современной концепции реабилитации она приобретает исключительно важное значение и в свете системного подхода наполняется новым содержанием.

ГЛАВА 3

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Концепция реабилитации, как уже подчеркивалось, — концепция формирующаяся, с еще нечеткими границами. Суть ее до сих пор по-разному трактуется представителями разных и

¹ См. также: Биологическая терапия в системе реабилитации психически больных (ред Р. Я. Вовин и Л. С. Свердлов). Л., 1980.

даже' одних и тех же специальностей. В 1968 г. мы разослали 20 видным отечественным психиатрам хорошо знакомым с вопросами социальной психиатрии, специальные анкеты, в которых попросили определить свое отношение к понятиям «реабилитация», «реадаптация», и «восстановительная терапия». 14 из них сочли возможным ответить на заданные вопросы, причем ответы в некоторых анкетах были прямо противоположны по своему содержанию. В 7 анкетах отдавалось предпочтение термину «реадаптация», в 2 — «восстановительная терапия» и только в 2 — «реабилитация». Кроме того, в одной анкете было отмечено, что термины «реабилитация» и «реадаптация» практически являются синонимами, в другой — автор, посчитав все эти термины неудачными, предложил свой собственный, и, наконец, еще один автор сообщил, что все они характеризуют разные понятия и надо их употреблять соответственно назначению каждого. Последний ответ, естественно, очень логичен, но ведь анкеты потому и рассылались, что у нас в стране и за рубежом назначение предложенных для обсуждения терминов понимается не всеми одинаково. И сложность вопроса, конечно, не в том, что кто-то предпочитает один термин другому, а в разном толковании их содержания¹. Нечеткость, а порой и запутанность в терминах является следствием недоучета некоторых принципиальных положений в проблеме реабилитации психически больных.

Реабилитация, согласно приведенному выше определению IX Совещания министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран представляет собой систему различных мероприятий, направленных на профилактику развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, или на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. В 1969 г. мы предложили видеть в концепции реабилитации «направление современной медицины, которое в своих разнообразных методах опирается прежде всего на личность больного, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи». Реабилитация психически больных нами понимается как их ресоциализация, как возможно более полное восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса² [Кабанов М. М., 1978]. Во всех реабилитационных мероприятиях, во всех методах воздействия стержневым является апелляция к личности больного. Это положение любой реабилитационной программы отличает ее от лечения в обычном смысле этого слова. Реабилитация

¹ Югославский психиатр D. Кесмановић (1975) даже считает недопустимым применение понятия «реабилитация» применительно к психически больным, которых, по его мнению, можно лечить, но не реабилитировать.

² Личный статус и социальный статус — положение индивидуума в собственных глазах и положение его в глазах общества

тировать можно только человека, лечить же, как известно, можно и животное.

Все построение реабилитационных мероприятий должно быть таким, чтобы включить самого больного в лечебно-восстановительный процесс, привлечь его как можно больше к участию в восстановлении тех или иных функций (например, памяти или внимания) или социальных связей: трудовых, семейных и др. Этот принцип реабилитации психически больных можно назвать *принципом партнерства*. Ресоциализировать больного без его активного участия невозможно. Даже лекарственное лечение помогает больше, когда больной в него верит, верит в авторитет врача, назначившего ему то или иное фармакологическое средство. В литературе имеется немало указаний, свидетельствующих о выраженной зависимости эффекта медикаментозного лечения от психо- и социотерапевтических воздействий. Появились сообщения о том, что даже исход оперативного вмешательства при пересадке органов (сердца, почек) во многом зависит от настроенности больного, желания сотрудничать с врачом в период лечения. Изучается возможность обучения пациентов способам управления физиологическими реакциями, как, например, электрической активностью головного мозга. Совершенно очевидно, что применение психосоциальных методов воздействия без доверия к врачу и к этим методам, без активного соучастия, сотрудничества (партнерства) пациента с врачом нецелесообразно, так как не только не приводит к положительным результатам, но и может вызвать разочарование в лечении обеих «сторон». Можно вылечить больного от пневмонии, применяя антибиотики, не требуя от пациента положительного к ним отношения (хотя лучше, чтобы оно было), но нельзя добиться успеха от психо- или социотерапевтических воздействий, если больной отрицательно относится к врачу, персоналу и предлагаемому ими лечению.

Необходимо создать атмосферу доверия и сотрудничества, систему положительных отношений «врач — больной» (правильнее, «врач — средний медицинский и немедицинский персонал — больной и его родственники и ближайшее окружение»). Нередко это положение звучит как трюизм (как, впрочем, и многое другое в реабилитации), но, к сожалению, еще очень мало сделано в психиатрических учреждениях для того, чтобы изменить традиционный стиль работы с больными, неудовлетворительность которого, как было показано в предыдущей главе, у большинства психиатров уже не вызывает сомнений. Многие стороны реабилитации больных тесно связаны с вопросами медицинской этики и деонтологии. Особую важность этико-деонтологических положений в психиатрии следует рассматривать в связи с ролью социально-нормативных реакций на психические заболевания. Дело в том, что социальные реакции на психические нарушения у того или иного лица часто не представляют собой их

непосредственное отражение. На характер этих реакций влияет семантика психиатрического диагноза, невыводимая из конкретных форм проявления заболевания. При этом имеет значение не столько медицинское содержание диагноза, сколько то представление о болезни, с которым связано, например, понятие о шизофрении в сознании людей как о синониме «психического заболевания» вообще. Этот фактор Т. Scheff (1973) обозначил термином «преувеличение первичного отклонения». За ним нередко полностью исчезает действительное лицо больного с его способностями и возможностями.

Этические аспекты реабилитации психически больных, особенно страдающих хроническими заболеваниями, требуют самого пристального внимания со стороны психиатров. Пренебрежением этими аспектами в клинической психиатрии следует в первую очередь объяснить появление на Западе так называемых антипсихиатров, которые, чрезмерно раздувая недостатки и просчеты традиционной психиатрии, дошли до крайности — игнорирования (и даже отрицания) медицинской модели психического заболевания¹. В связи с выдвигаемым принципом партнерства необходимо подчеркнуть, что деонтологическая ориентация и перераспределение медицинского персонала — обязательное условие для осуществления реабилитации. Без его соблюдения все мероприятия в этом направлении оказываются малоэффективными и даже бесполезными.

Другой принцип реабилитации психически больных назван нами *принципом разносторонности (разноплановости)* усилий (воздействий, мероприятий) по реализации реабилитационной программы. Он состоит в понимании реабилитации как сложного процесса, объединяющего усилия врача и пациента, направленные на различные сферы «психосоциального функционирования» последнего. Следует различать психологическую, профессиональную, семейную, общественную сферы реабилитации, а также сферы, связанные с воспитанием (образованием) пациента и проведением его досуга: влияние развлечений, игр, искусства и т. п. Перестройка нарушенных отношений и одновременно как бы приспособление индивидуума к этим важным сторонам жизнедеятельности составляют психологическую основу реабилитации. В западной, в частности в американской, литературе эта перестройка отношений трактуется обычно в психоаналитическом и психодинамическом плане. В отличие от этого В. Н. Мясищев (1966), исходя из материалистических воззрений, подчеркивал, что личность характеризуется прежде всего системой отношений человека к окружающей действительности. Он писал:

¹ Один из лидеров антипсихиатров Th. Szasz свою нашумевшую книгу назвал «Миф о психических заболеваниях» (The Myth of mental illness. New York, 1968). Впрочем, за прошедшие годы движение «антипсихиатров» распалось на враждующие группы, и многие из них перешли на позицию синтеза клинической и социальной психиатрии [Семичов С. Б., 1984].

«Отношения человека представляют сознательную, избирательную, основанную на опыте психологическую связь его с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях». Надо подчеркнуть, что речь в ряде случаев идет не только и не столько об отношениях, сколько о взаимоотношениях с окружающими. В связи с этим особое значение в системе реабилитации приобретает социально-психологическая проблема общения.

В клинической практике умение направлять систему отношений (взаимоотношений) в нужном для реабилитационных целей направлении составляет важную медико-педагогическую и одновременно лечебно-восстановительную задачу. Человек заболевает в обществе и может быть вылечен по-настоящему от своего заболевания и его последствий только в нем. Личность формируется в социальном общении, аспекты которого разнообразны и не могут быть сведены к социально-трудовому при всей его огромной значимости. Отношения к себе, своим поступкам, своей болезни, семье, близким, своему и их престижу, полученному или получаемому образованию, досугу, культурным ценностям, ценностям вообще и их коррекция занимают очень большое место в процессе социализации и ресоциализации (здесь можно говорить о медицинской аксиологии¹, перекрещивающейся во многом с медицинской деонтологией). Можно сказать, что умение врача (психолога, среднего персонала, семьи и других привлекаемых лиц) перестроить систему установок в новые социально-значимые ценностные ориентации — наиболее рациональный путь направленности реабилитационных воздействий, включающий возможность устранения эмоциональных перегрузок [Платонов К. К., 1978; Кабанов М. М. и Днепровская С. В., 1982].

Учитывая, что при психических заболеваниях страдают в первую очередь социальные связи, принцип разносторонности усилий по ресоциализации больных приобретает в психиатрической практике особое значение. В связи с этим становится ощутимой роль в реабилитационной программе, помимо психиатров, медицинских психологов, педагогов, социологов, специалистов по различным видам занятости, труду, развлечениям и др. Важность привлечения к реабилитационным программам специалистов немедицинского профиля подчеркивается в статье О. Щепина и соавт. (1982).

Третьим принципом реабилитации является *принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия*. Хотя апелляция к личности лежит в основе любой реабилитационной программы, реабилитация представляет собой не только социальную, но и клиническую проблему, требующую для своего

¹ Аксиология — область этики, изучающая проблемы добра и зла. (Краткий словарь по этике. Под общей ред. О. Г. Дробницкого и И. С. Кона. М., 1965).

успешного разрешения понимания как ее психологической, так и физиологической и патофизиологической сущности. Встает необходимость использования (воздействия, регулирования) механизмов реституции, адаптации и компенсации, средств физиологической защиты. Воздействие на эти механизмы может проводиться на разных уровнях адекватной регуляции физиологических реакций. В последнее время советскими исследователями справедливо подчеркивается важность изучения механизмов «психологической защиты», существенно дополняющих механизмы «физиологической защиты» в понимании И. П. Павлова [Бассин Ф. В. и др., 1972; Воловик В. М., Вид В. Д., 1976; Прангшвили А. С. и др., 1978; Зачепиский Р. А., 1980; Зейгарник Б. В., 1981; Тихомиров О. К., 1981; Кабанов М. М., 1982]. Эти явления играют бесспорно огромную роль в процессе реабилитации.

Противопоставление реабилитации лечению неправомерно. Они представляют собой единый процесс. «Основное,— замечает Н. Н. Тимофеев (1970),— в учении о реабилитации — это борьба за человека, а не борьба против болезни». Не всегда легко провести четкую границу между профилактикой и лечением, и тем более трудно провести ее между лечением и реабилитацией. Ее не надо абсолютизировать, так как это мешает делу, а иногда отдаст схоластикой. Поэтому предпочтительнее говорить о трех ступенях профилактики или, что одно и то же, о первичной, вторичной и третичной профилактике по терминологии экспертов ВОЗ. Успех любой реабилитационной программы зависит от учета как клинко-биологических, так и психосоциальных факторов. Соотношение их при различных заболеваниях неодинаково. Так как большинство работ по реабилитации психически больных посвящено шизофрении, скажем, что разные авторы ставят прогноз этого заболевания в большую или в меньшую зависимость то от биологических, то от социальных факторов. Например, Э. Крепелин и его школа, как известно, придавали решающее значение первым, а современные исследователи А. Hollingshead и F. Redlich (1958) — вторым факторам в генезе и прогнозе шизофрении. По мнению венской школы психиатров (Н. Hoff, О. Arnold, Н. Gastager), прогноз шизофрении на 50 % зависит от клинко-биологических и на 50 % — от психосоциальных факторов. Советские психиатры таких процентов не подсчитывали, но всегда подчеркивали необходимость учета как биологических, так и социальных факторов при оценке прогноза шизофрении [Мелехов Д. Е., 1963; Зеневич Г. В., 1964; Давыдовский И. В., Снежневский А. В., 1965; Снежневский А. В., 1970; Хвиливицкий Т. Я., 1975; Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981; Вовин Р. Я., 1982].

Уже давно ни у кого не вызывает сомнения, что все психические заболевания, в том числе и шизофрения, связаны в своем развитии с тремя категориями факторов: клинко-биологическими,

личностными, средовыми. Спор между отдельными школами и направлениями идет лишь в отношении удельного веса каждого из них. Сейчас имеются труднооспоримые доказательства того, что даже при таких «эндогенных» заболеваниях, как шизофрения, роль средовых и личностных факторов оказалась намного большей, чем об этом думали ранее [Поллин В. и др., 1969]. Исходя из принципа единства психосоциальных и биологических методов воздействия в процессе реабилитации и понимания последней не только как социальной, но и как клинической проблемы, учитывая направленность реабилитационных усилий и на организм, и на личность, и на социум, мы полагаем, что прилагательные «социальная» или «социально-трудовая» реабилитация не охватывают всего емкого содержания этого понятия и поэтому не являются вполне правомерными. Правильнее говорить просто о реабилитации. Поэтому, естественно, лишь социальная реабилитация может быть прикладной частью социальной психиатрии, но не реабилитации в излагаемом широком понимании этого термина.

И, наконец, четвертый принцип реабилитации можно назвать *принципом ступенчатости (переходности)* прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Всякого рода лечебные воздействия, в том числе и психосоциальные (психотерапевтические, трудотерапевтические и т. д.), необходимо назначать в определенных дозах, чаще всего нарастающих с постепенным переходом от одного реабилитационного воздействия (мероприятия) к другому, от одной формы организации психиатрической помощи к другой. Этот принцип, как известно, лежит в основе организации психиатрической службы нашей страны [Зеневич Г. В., 1972, 1983; Беляев В. П., 1976; Кабанов М. М. и др., 1976; Воловик В. М., 1980; Серебрякова З. Н., Чуркин А. А., 1981; Беляев В. П., Коновалова С. М., 1981]. Здесь следует уточнить некоторые обстоятельства, связанные с нашим пониманием этого принципа. Дело не только в постепенных переходах от различных видов лечения занятостью и развлечениями к различным видам, в том числе и сложным, трудовой терапии и трудоустройству. Речь идет также о создании переходных режимов внутри психиатрических отделений больниц, учреждений типа дневных или ночных стационаров, не говоря уже о психоневрологических диспансерах. Дифференцированность, многоступенчатость, «переходность» везде: в терапии, лечебных режимах, быто- и трудоустройстве — вот что определяет содержание этого принципа. Недаром такое большое распространение получили как в нашей стране, так и за рубежом различные «переходные», или «промежуточные», формы организации психиатрической помощи (дневные и ночные стационары и др.)

Принцип ступенчатости находит физиологическое обоснование в павловском учении. Комментируя опыты своей сотрудницы М. К. Петровой, показавшие, что выработка условных рефлексов

зависит от постепенного введения раздражителей, И. П. Павлов говорил об этом обстоятельстве как о «факте общего значения», который, по его мнению, «должен проникать всю человеческую деятельность, начиная с умственной и кончая физической» [Павловские среды, М., 1949, т. 2, с. 81]. Реабилитацию больных можно сравнить с процессом подъема на высокую гору, где фазность физиологического приспособления к изменяющимся условиям является очевидной необходимостью. Итак, *единство проводимых «ступенчато» биологических и психосоциальных воздействий и мероприятий, направленных на разные стороны жизнедеятельности и опосредованных через личность, составляет суть реабилитационного подхода к больному человеку.*

На схеме 1 даны 4 предложенных нами принципа.

Схема 1. Принципы реабилитации больных и инвалидов

I принцип — партнерства

Все построение реабилитационных мероприятий должно быть таковым, чтобы вовлечь больного в лечебно-восстановительный процесс. Во всех реабилитационных методах воздействия стержневым содержанием является апелляция к личности больного.

II принцип — разносторонности усилий (воздействий)

Реабилитация понимается как сложный процесс, объединяющий усилия врача (персонала) и пациента, направленные на различные сферы жизнедеятельности последнего.



Сферы реабилитации (по М. Greenblatt)

III принцип — единства психосоциальных и биологических методов воздействия

Реабилитация и лечение представляют собой единый процесс, разделяемый главным образом в аналитическом плане на то, что «смотрит» больше вперед и направлено на человека в целом (реабилитация), и на то, что «смотрит» больше на настоящее, наличествующее и направлено в основном на болезнь (лечение).

IV принцип — ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий

Всякого рода воздействия, в том числе и психосоциальные (психотерапевтические, трудотерапевтические и др.), необходимо назначать в определенных дозах, с постепенным («ступенчатым») переходом от одного реабилитационного воздействия (усилия, мероприятия) к другому, от одной формы организации помощи к другой.

Существующие до сих пор среди специалистов разногласия в понимании реабилитации — например, сведение ее сути к тем или иным методам воздействия (физиотерапии, трудотерапии, психотерапии и др.) или к бытовому и трудовому устройству — в значительной мере объясняется недостаточной разработкой ее методологии, в частности динамичности, этапности процесса реабилитации. Является общепризнанной целесообразность выделения в реабилитационных программах ряда этапов. Уже упоминалось о предложенном ВОЗ делении реабилитации на медицинскую, профессиональную и социальную. В соответствии с принципами ВОЗ в 1968 г. нами была разработана схема реабилитации психически больных, уточняющая некоторые особенности ее трех этапов, которые мы предложили назвать: 1) восстановительной терапией; 2) реедаптацией и 3) реабилитацией в собственном (прямом) смысле этого слова. Разумеется, главное в нашей классификации не в наименовании этапов, а в том содержании, которое в них вкладывается.

Первый этап — *восстановительная терапия* — не только средство для достижения реедаптации и реабилитации, но и начальная стадия этого сложного процесса. Задачей восстановительного лечения является предотвращение формирования психического дефекта, явлений так называемого госпитализма, «сползания больного к изоляции», его инвалидизации. В этом заключается профилактическая направленность проводимых на первом этапе лечебно-восстановительных мероприятий. Целью этого этапа являются предупреждение или ослабление «госпитализма», усиление различных компенсаторных механизмов и восстановление нарушенных у больного функций. Этап восстановительной терапии характеризуется сочетанным применением биологических методов лечения (включая медикаментозные) с различными психосоциальными воздействиями (так называемое лечение средой, занятостью, психотерапия и др.). Для некоторых категорий больных, например больных с двигательными нарушениями, на этом этапе реабилитации приобретают большое значение различные методы физиотерапии и лечебной физкультуры (ЛФК). Впрочем, ЛФК играет немаловажную роль при восстановительном лечении больных с самыми различными заболеваниями.

Целью второго этапа реабилитации, названного нами *реедаптацией*, является приспособление больных на том или ином уровне к условиям внешней среды. На этом этапе преобладают психосоциальные воздействия, среди которых на главное место выдвигается стимуляция социальной активности больных различными методами. Особенно большое значение приобретают здесь трудовая терапия с профессиональным обучением или переобучением больных, а также специальная педагогическая (воспитательная) работа с психотерапевтической направленностью, проводимая не только с больными, но и с их родственниками. Обучение «умению жить», «умению общаться с людьми» играет весьма

существенную роль в ресоциализации психически больных, длительное время находящихся в психиатрических стационарах, что реализуется все в большей мере в групповом общении больных и здоровых (различные формы групповой психотерапии, включая семейную). Разумеется, и на этапе реадaptации представляются важными лечение занятостью, развлечениями (так называемая культтерапия), лечебная физкультура, но не они здесь являются определяющими стратегическую линию в реализации реадaptационной программы. Именно трудовая переориентация со всеми вытекающими отсюда последствиями — главное, что характеризует второй этап реабилитации. В этой связи следует сказать о необходимости психологической коррекции у больного неадекватной модели ожидаемых результатов лечения [Смирнов В. М., 1975; Смирнов В. М. и Резникова Т. Н., 1983]. Биологическое лечение на этапе реадaptации ограничивается, как правило, «поддерживающими» или купирующими обострения дозами психотропных средств. В известной мере этот этап в системе реабилитации соответствует в нейрофизиологическом аспекте уровню функциональной компенсации, который описывается Э. С. Бейн и соавт. (1973) при реабилитации больных, перенесших инсульт.

Третий этап реабилитации — *реабилитация в прямом смысле* этого слова. Возможно более полное восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, восстановление доболезненных отношений с окружающей действительностью составляет основное содержание этого этапа. Здесь главенствуют различные социальные мероприятия. Помощь в бытовом и трудовом устройстве является фактором, определяющим подлинную реабилитацию психически больных. Очень трудным и в то же время весьма важным делом, способствующим успеху реабилитации, является организация правильного отношения к больным со стороны окружающих (в первую очередь в семье и на работе). Немаловажное значение на этом этапе придается клубной работе с больными, которая содержит в себе элементы «поддерживающей» психотерапии, терапии занятостью и развлечениями. Биологическое лечение на этом этапе имеет еще более ограниченное место. Здесь обычно идет речь лишь об эпизодических приемах психотропных средств — «поддерживающая» или «купирующая» терапия.

Для каждого этапа реабилитации предпочтительна та или иная организационная форма психиатрической помощи. Восстановительное лечение следует проводить преимущественно в условиях стационарных (больница) или полустационарных (дневные и ночные стационары, специализированные санатории). Реедaptацию можно осуществлять как в стационарных (и полустационарных) учреждениях, так и в психоневрологических диспансерах с их лечебно-производственными мастерскими. Реабилитация же в собственном смысле этого слова реализуется

только во внебольничных условиях (надомный труд, работа в лечебно-производственных мастерских, специальных цехах промышленных предприятий, на обычном производстве). Изложенные этапы реабилитации кратко представлены на схеме 2.

Схема 2. Этапы реабилитации психически больных



Реабилитация представляет собой одновременно *цель* — восстановление или сохранение статуса личности, *процесс* (имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы) и *метод подхода* к больному человеку, сущность которого была раскрыта выше в четырех принципах. Цель реабилитации видоизменяется в зависимости от ряда обстоятельств, прежде всего от того, с каким больным приходится иметь дело. Необходимо с самого начала определить наличные и потенциальные возможности реабилитации, связанные с многими факторами, как биологическими (возраст, пол, клинические особенности заболевания и др.), так и личностными и средовыми (направленность интересов, система ценностей, характер отношений с окружающими, полученное с детства воспитание, трудовые установки, наличие или отсутствие семьи, материальная обеспеченность и т. д.).

В связи с задачами реабилитации вновь и в большем объеме поднимается вопрос о функциональном диагнозе в психиатрии, впервые поставленный в отечественной литературе еще в 30-х годах Т. А. Гейером (1933) и Д. Е. Мелеховым (1939, 1963). Затем Е. Kretschmer (1957) предложил концепцию «многомерного диагноза». Последняя классификация психических болезней, утвержденная в 1982 г. Американской психиатрической ассоциацией — DSM-III, построена на принципе мультиаксиальной (многоосевой) диагностики.

Однако, как показал А. Е. Личко (1983), хотя DSM-III введена в целях обоснования выбора лечения и прогноза, в ней имеются существенные недостатки. Он справедливо отмечает, что одна из осей (IV) «служит для оценки тяжести психосоциальных факторов, обуславливающих развитие психических расстройств или их обострение. При этом безоговорочно утверждается, что чем тяжелее стрессор, тем лучше прогноз». При перечислении видов стрессоров полностью игнорируется их индивидуальная значимость для больного. Этому недостатка лишены разработанные в Институте им. В. М. Бехтерева совместно с Лейпцигской психиатрической клиникой (ГДР) основы функциональной диагностики, учитывающей, по В. Н. Мясищеву, прежде всего значимость для больной личности тех или иных неблагоприятных факторов микросоциальной среды (в семье, на работе и др.). В соответствии с этими основами функциональный диагноз, характеризующий аналитико-синтетическую деятельность врача, состоит из 3 частей (как бы сторон трехгранного напильника, выражаясь метафорически): клинической (патодинамической), психологической и социальной. Врачу при реабилитационном подходе к больному важно знать не только «название» болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности) и в какой среде (имеется в виду социальная микросреда) эта болезнь возникает. Функциональный диагноз и отвечает на эти вопросы [Воловик В. М., 1975, 1977; Вайзе К., Воловик В. М., 1980]

Он является настоящим клиническим диагнозом в свете современного понимания клиники психических заболеваний, связанной не только с нозосом (и патосом), но и с особенностями личности и социальной среды (схема 3).

Схема 3 Схема функционального диагноза
(по В. М. Воловику, 1980)

Характеристика функциональной недостаточности

I Сфера функциональной недостаточности:	II. Отклонения в социальном «поле»:	III. Характер нарушения деятельности:
1. Профессия	а) Гипер-, б) гипо- и в) диссоциабельность:	а) выпадение (ослабление)
2. Межличностные отношения (общение, ролевое поведение)	1. Имеющая конструктивный характер (созвучная с устремлениями и ценностями социального окружения)	б) патологическое усиление
3. Активность свободного времени	2. Имеющая деструктивный характер (противоречащая интересам, нормам, установлениям, общим тенденциям социального развития окружения или общества в целом)	в) дезорганизация
4. Организация быта и экономики повседневной жизни		г) искажение содержания и (или) направленности
5. Сексуальные (партнерские) и супружеские отношения		д) искажение или отсутствие графикационного подкрепления (удовлетворения деятельностью)
6. Отношения с родителями		
7. Воспитание детей		
8. Формирование собственной линии поведения и «жизненной перспективы»		

Факторы функциональной недостаточности

I Патодинамические:	II Психологические:	III. Внешние (социальные):
A. Активность процесса:	A. Нарушения смыслообразующих отношений	I. Характер дезадаптирующих влияний.
а) прогрессирующее расстройство (активный процесс)	1. Отсутствие или подавление мотиваций и (или) противоречивость отношений	A. Искажение ролевых предписаний (ожиданий).
1) вызывающий функциональную недостаточность	2. Искажение ценности (индивидуальной значимости) цели:	Б. Патологическая фиксация в адекватных социальных ролях
2) усиливающий недостаточность, имевшуюся до болезни	а) чрезмерная устремленность	В. Завышение или занижение требований (ограничивающая или потворствующая гиперпротекции, «социальный марафон»)
б) стационарное состояние со стойким нарушением функций	б) избегание	Г. Дефицит или искажение информации о распределении социальных ролей в референтной группе или их сущности (неопределенность ситуации)
в) резидуальные изменения (регрессионный процесс)	3. Нарушения социальной перцепции: неправильное опознание, замещение, «мистификация» действительности, ложная идентификация и пр. Ошибки в опознании доступности цели, средств ее достижения	
г) следовые явления болезни		
д) функциональная лабильность (состояние неполной и неустойчивой компенсации при вялотекущих процессах)		

Б. Актуальность патологических переживаний: а) высокая — переживания определяют поведение б) различные формы неполной переработки (рационализация, инкапсулирование, вытеснение и т. д.) в) полная переработка патологических переживаний В Психофизиологические особенности приспособляемости по отношению к меняющимся ситуациям и эмоциональным нагрузкам а) высокая (сохранная) б) ослабленная (низкая) в) нарушенная (искаженная) Г Дефицит энергетики и равновесия динамических свойств личности	4. Противоречия между значимыми отношениями личности и требованиями среды или складывающейся ситуацией 5. Сужение возможностей вследствие субъективного завышения ожиданий и требований Б. Искажение представления о собственной личности (несоответствие субъективного представления реальности) 1 Искажение представления о себе или неправильная его оценка в глазах окружающих 2. Неосознание неадекватности собственных установок В Искажение внутренней картины болезни и представлений о ее последствиях. 1 Неправильное понимание сущности болезненных явлений: а) психологизация церебрального (соматогенного) расстройства б) соматизация психической дисфункции 2. Неправильная оценка истинных масштабов расстройства 3. Искажение модели ожидаемых способов и результатов лечения Г Недостаточность индивидуального опыта: 1 Дефицит навыков и знаний 2. Негативный индивидуальный опыт 3 Распад (подавление) позитивного опыта	Д. Отклонение со стороны значимого социального окружения и десоциализирующие влияния: 2. Сферы, являющиеся источником дезадаптирующего влияния: а) семья: 1) родительская 2) супружеская б) профессиональная сфера в) микросоциальные группы г) общественные институты (лечебные учреждения и воспитательные заведения)
---	---	---

Не требует особых пояснений, что реабилитация больных шизофренией и сходными состояниями имеет свои особенности, так же, как, впрочем, и больных эпилепсией, олигофренией, старческим слабоумием, неврозами, алкоголизмом и другими заболеваниями. Соотношение биологических и психосоциальных воздействий на разных этапах при этом может меняться в зависимости от особенностей болезни (нозологической принадлежности, типа течения и др.). Например, для больных олигофренией уже с первого этапа акцент делается на психосоциальных факторах, среди которых медико-педагогическим (олигофрено-педагогика) и трудовым воздействиям принадлежит ведущая роль. При врожденном слабоумии, ранней эпилепсии, часто сопровождающейся слабоумием, правильнее говорить об адаптации, о приспособлении больного к среде, а не о реадaptации, т. е. восстановлении приспособляемости [Круглова Л. И., Рубинова Р. С., 1968]. В отношении такого рода больных предлагаются упоминавшиеся нами термины (и понятия) «нормализация» и «абилитация» — предоставление прав «с самого начала» [Wolfensberger W., 1970; Попов Ю. В., 1982]. Термин «адаптация» многими, особенно за рубежом, употребляется преимущественно в биологическом смысле. При реабилитации больных старческого возраста, имеющей другое содержание, чем реабилитация лиц молодого и среднего возраста, очень важны восстановление способности к самообслуживанию, нормализация отношений с окружающими, содействие правильной перестройке системы ценностей [Тибилова А. У. и др., 1974, 1982]. Для больных неврозами реабилитационная программа должна быть составлена так, чтобы в первую очередь снять или хотя бы уменьшить чувство неполноценности и переоценки болезни. Конечные цели реабилитации больных неврозами должны соотноситься с конкретным содержанием психогении, вызванной теми или иными конфликтами в сфере общественных, производственных, бытовых и семейных отношений [Страумит А. Я., 1965, 1969; Телешевская М. Э. и др., 1980]. Больные алкоголизмом обычно не нуждаются во втором этапе реабилитации (если, конечно, не идет речь о выраженной алкогольной деградации или психотических проявлениях), акцент в различных мероприятиях делается на реабилитации их в обществе [Зеневич Г. В., 1969, 1971; Skala J., 1971; Кабанов М. М., 1977; Гузиков Б. М. и др., 1978; Романюк В. Я., Виш И. М., 1982].

Итак, конкретные цели реабилитации в зависимости от многих обстоятельств могут быть различными. Цель может быть довольно скромной: например, добиться уменьшения необходимого ухода за больным в домашних и даже больничных условиях (например, при старческом слабоумии или так называемых конечных состояниях шизофрении). В других случаях цель реабилитации более существенна: изменить профессию, приспособить к ней больного, приспособить его к жизни и деятельности

во внебольничных условиях. Наконец, во многих случаях: там, где достигнута хорошая и стойкая ремиссия, которой удалось добиться активными воздействиями на первом этапе реабилитации, или там, где речь идет о достаточной компенсации имеющегося дефекта, что чаще всего достигается на втором этапе реабилитации, — цель ее может заключаться в возвращении на работу по прежней специальности или в продолжении учебы. Само собой разумеется, что и методы реабилитации могут быть также различными в зависимости от того, с каким больным имеет дело врач.

Предложенное деление этапов реабилитации носит, естественно, схематический характер, но в то же время определяет общую направленность различных лечебно-восстановительных комплексов, которой надлежит руководствоваться в работе с больными. Ничто так не вредит концепции реабилитации, как ее упрощение, редуцирование, сведение к трудоустройству (или лишь восстановлению тех или иных функций — например, двигательных или речевых). «Реабилитация — нечто большее, чем просто применение специальных методик», — подчеркивается в статье редактора «Международного журнала реабилитационных исследований» (*Intern. J. rehabilit. research*) Р. Nichols (1979).

Концепция реабилитации может быть лучше понята с точки зрения современных представлений о системном подходе [Афанасьев В. Г., 1964, 1980; Анохин П. К., 1971; Блауберг И. В., Юдин Э. Г., 1973; Садовский В. Н., 1974, 1980; Кузьмин В. П., 1976, 1980]. Системный подход, в частности так называемая общая теория систем, дает методологическую основу для объединения ряда положений различных дисциплин, или, как выражается один из основоположников этого направления в современной науке Л. Берталанти, «новый компас для научного мышления». В отличие от кибернетики, занимающейся анализом механизмов обратной связи, общую теорию систем интересует динамическое взаимодействие внутри систем со многими переменными¹.

В. П. Кузьмин (1976), упоминая о различном толковании понятия «система», считает, что оно есть «...определенное множество взаимосвязанных элементов, образующее устойчивое единство и целостность, обладающее интегральными свойствами и закономерностями». П. К. Анохин (1971) называет системой «такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношение приобретают характер взаимодействия компонентов на получение фокусированного полезного результата». «Ни одна область науки, практики, управления не может обойтись без системных представлений, системного подхода», — подчеркивает В. Г. Афанасьев (1980).

¹ Берталанти Л., фон. Общая теория систем: критический обзор. В кн.: Исследования по общей теории систем (пер. с англ.). М., 1969, с. 41.

Реабилитация, если ее рассматривать как процесс, ускоряющий саногенез и с позиций экологии человека [Адо А. Д., 1976, 1980], может быть представлена как биопсихосоциальная система. Конечная цель (конкретный результат) реабилитации является системообразующим фактором, а «внутренняя операциональная архитектоника» этой системы характеризуется формально примерно теми же механизмами, о которых говорит П. К. Анохин применительно к биосистеме. Реабилитация как динамическая система направлена на достижение определенной цели (восстановление личного и социального статуса больного — полное или частичное) особым методом, главная суть которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, с учетом не только клинко-биологических, но и психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза. Видно, в настоящее время можно рассматривать реабилитацию с этих позиций, пользуясь языком специалистов по кибернетике, как «диффузную» систему, так как при изучении таких систем [Бирюков Б. В., Геллер Е. С., 1973] исследователь испытывает большие трудности ввиду необходимости учитывать влияние многих различных факторов. Моделирование подобной системы, вероятно, возможно, но лишь в форме «эскизных моделей».

Так же как и в экологии человека, относительно реабилитации больных (инвалидов) имеются разные суждения о предмете ее изучения. Приведем наиболее существенные.

1. Реабилитация является составной частью существующих научных медицинских дисциплин: медицинской психологии, социальной гигиены, физиотерапии (или, правильнее, — физической медицины). Предмет ее изучения — интеграция больного в общество, или, в случае рассмотрения ее как близкой или составной части физической медицины, — восстановление нарушенных функций. При этом последнее положение не всегда включается в первое, т. е. акцент делается на восстановление функций и недоучитывается или даже игнорируется проблема реинтеграции личности больного человека (инвалида) в общество.

2. Реабилитация есть одна из развивающихся частных медицинских наук, включающая в себя аспекты некоторых других наук и занимающаяся вопросами интеграции больного человека в окружающей среде (акцент делается на микро-социальную среду).

3. Реабилитация представляет собой самостоятельную научную дисциплину (междисциплинарную науку, сферу научной и практической деятельности) в рамках наук о человеке, объединяющую комплекс медицинских, психологических, социальных и иных знаний. Задачи те же — интеграция больного человека в общество.

4. Реабилитация не является самостоятельной научной дисциплиной в традиционном понимании этого слова. Она пред-

ставляет собой концепцию (систему понятий), выполняющую интегративную функцию в системе медицинского знания, служит общенаучной методологией исследования «больной человек — окружающая среда».

Нам больше импонирует последняя точка зрения, так как задача восстановления (сохранения) личного и социального статуса больного человека не может быть решена в отрыве от окружающей среды, главным образом социальной. Реабилитация — это особый ракурс, особое видение больного во всем: в диагностике, профилактике, лечении, в восстановлении функций и социальной его значимости. Такое понимание и составляет реабилитацию в прямом (собственном) смысле данного термина. Связь реабилитации с экологией человека следует видеть в общности методологических функций этих концепций, в использовании ими системных идей, имманентно присущих диалектическому и историческому материализму. Экология человека — более широкое понятие, чем реабилитация, оно включает в себя некоторые аспекты последней. В свою очередь, реабилитация имеет особенности, выражающиеся в специальных медико-социальных задачах, которые она перед собой ставит. Можно сказать, что экологический подход, иначе говоря экологизация медицины, особенно наглядно проявляется в концепции реабилитации.

Реабилитация, если ее рассматривать как метод подхода к больному человеку, представляет собой «арену системной деятельности», где участниками взаимодействия являются человек (как организм и как личность), сам по себе являющийся «открытой системой», и окружающая его социальная и биологическая среда [Кабанов М. М., 1974]. Объединение медицинской, психологической и социальной модели в системной концепции реабилитации является особой методологической установкой, дающей возможность избежать альтернативности (биологическое или социальное) в подходе к человеку, страдающему тем или иным недугом, и открывающей большую возможность правильного понимания целей и задач профилактики и лечения. Здесь мы рассматриваем реабилитацию как концептуальную систему, пользуясь классификацией типов систем, приводимой П. И. Калью (1975).

Научное исследование реабилитации (как процесса и как системы) должно включать макроскопическое и микроскопическое рассмотрение: наблюдение «системы реабилитации» как целого и рассмотрение в деталях одной из ее подсистем, к числу которых следует отнести клинико-биологический, социально-психологический, этический, социально-экономический, юридический и ряд других аспектов. Основной «элемент» клинико-биологической подсистемы может быть выражен такими понятиями, как «гомеостаз», «адаптация», «компенсация». Элементом подсистемы социально-психологической, вероятно,

можно считать понятия «общение», «отношение» и «взаимоотношение». Этический аспект системы реабилитации должен основываться на упоминавшемся принципе партнерства (врача и больного). Социально-экономический аспект реабилитации тесно связан со стоимостью соответствующих затрат, экономической рентабельностью проводимых мероприятий, юридический — с разработкой правовых норм и т. д. Соединение всех этих подсистем, их гармония должны образовать ту «внутреннюю операциональную архитектуру», о которой писал П. К. Анохин (разумеется, речь идет о совершенно разных «архитектурах» — сходен лишь принцип системообразования!).

Изложенные теоретические и методологические положения легли в основу деятельности созданной нами в Институте им. В. М. Бехтерева реабилитационной психиатрической клиники (отделения восстановительной терапии психически больных). В проведенных здесь исследованиях ставились следующие задачи.

Организация реабилитационной клиники, разработка методов ее работы, того комплекса мероприятий, который был назван восстановительной терапией и реадaptацией, составляли первую задачу. Хотя основное внимание было уделено начальным двум этапам реабилитации, проводимым преимущественно в стационарных условиях, вместе с тем учитывался и третий, завершающий этап, проводимый во внебольничных (экстрамуральных) условиях, т. е. реабилитации в собственном смысле слова. Поэтому разработка методических вопросов, связанных с переходом от реабилитации в больничных условиях к внебольничной реабилитации, также служила предметом исследования. Естественно, что оценка эффективности проводимых в клинике лечебно-восстановительных мероприятий являлась составной частью программы ее деятельности.

Вторая задача, тесно связанная с первой, заключалась в организации научного исследования некоторых аспектов реабилитации психически больных (конечно, деление этих задач в известной мере искусственно, так как изучение ряда вопросов, связанных с решением первой задачи, например оценки эффективности лечебно-восстановительных комплексов, требовало именно той организации научного исследования, о которой пойдет речь при формулировании второй задачи). Сюда входило создание программы научного исследования, включающей составление соответствующей документации, подбор и отчасти разработку адекватных методик исследования. Довольно широкий «набор» методик (клинико-биологических, психологических и социальных) позволил комплексно изучить различные уровни жизнедеятельности исследованных больных — «уровни адаптации», как их можно назвать.

И, наконец, результаты специальных исследований способствовали усовершенствованию адекватных лечебно-восстановительных комплексов, нашедших применение в ряде научных и

практических учреждений нашей страны и за рубежом (ГДР, ПНР, ВНР и др.). Разработанные теоретические положения реабилитации психически больных, анализ многолетнего опыта работы реабилитационной клиники и данные специальных исследований легли в основу соответствующих рекомендаций практическому здравоохранению.

ГЛАВА 4

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Требования к организации психиатрической помощи в связи с задачами реабилитации. Понимание реабилитации как динамической системы взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленной на восстановление или сохранение личного и социального статуса больного человека, и особого метода подхода к нему, важнейшим составным компонентом которого является обращение к личности при всех лечебных воздействиях и мероприятиях, вызывает необходимость перестройки организации психиатрической помощи, изменения ее стиля, а также изменений в подготовке кадров врачей, медицинских психологов, социальных работников. В литературе нередко можно встретить отождествление реабилитации психически больных с организацией специализированной медицинской помощи, что получает, например, отражение в оглавлениях различных сборников, программах научных заседаний и т. п. Такое отождествление неправомерно и ведет к упрощению врачебного мышления. Правильнее говорить о взаимосвязи задач реабилитации с соответствующей организацией медицинской помощи. Перестройка в реабилитационном направлении деятельности всех медицинских учреждений — важнейшая задача здравоохранения, подчеркивают Б. В. Петровский (1977), Н. Т. Трубилин (1980). Об этом же, по существу, говорит и комитет экспертов ВОЗ¹.

Процесс реабилитации, нередко длительный и трудоемкий, требует максимальной отдачи сил медицинского и другого персонала, активного участия в его реализации самого больного и его ближайшего окружения (в первую очередь семьи). Требуется он и немалых финансовых затрат, хотя в конечном счете окупает себя во всех отношениях [Хвиливицкий Т. Я. и др., 1969; Мецов П. Г., 1976; Гладышев А. С., 1976; Лифшиц А. Е., 1981; Прахов В. Е. и др., 1981]. Поэтому некоторые специалисты говорят о необходимости отбора больных, нуждающихся в первую

¹ Изменение характера и методов охраны психического здоровья (доклад рабочей группы ВОЗ, Кельн, 1978) Изд. ВОЗ, Копенгаген, 1981

очередь в реабилитации, с целью более рационального использования имеющихся ресурсов, сил персонала и достижения большего эффекта, в том числе экономического [Kline N., 1973]. Такую постановку вопроса следует считать в принципе неправильной и неприемлемой с этической точки зрения. Конечно, практические соображения диктуют в ряде случаев необходимость подбора больных (инвалидов) для проведения того или иного комплекса лечебно-восстановительных мероприятий с учетом клинических, психологических и социальных показателей. Для этой цели имеет смысл создание специализированных реабилитационных отделений (служб). В принципе же надо стремиться реабилитировать всех больных (инвалидов), в каких бы психиатрических учреждениях они ни находились, независимо от их так называемого «реабилитационного потенциала» (т. е. заложенных в их клиническом, психологическом и социальном статусе возможностей к восстановлению). Организация же специальных реабилитационных отделений в психиатрических больницах (как, впрочем, и любых видов реабилитационных служб в медицинских учреждениях) оправдана только на первом этапе деятельности с целью подготовки персонала, отработки соответствующих методов воздействия, накопления опыта для его дальнейшего распространения. Реабилитировать всех больных надо как можно раньше. Постановка вопроса: этого больного надо реабилитировать, а того — не надо — аналогична с этической точки зрения постановке вопроса о том, кого надо и кого не надо лечить. Всех больных надо лечить и всех надо реабилитировать, т. е. всем надо стремиться максимально помочь всеми возможными способами.

Создание специализированных реабилитационных служб с целью постепенного распространения методов их работы на всю психиатрическую сеть, как больничную, так и внебольничную (экстрамуральную), предусматривает единство (и преемственность) функционирования различных учреждений, входящих в систему органов здравоохранения (психоневрологические больницы, диспансеры, поликлиники общего типа с психоневрологическими и психотерапевтическими кабинетами, амбулатории на промышленных предприятиях), социального обеспечения (ВТЭК, психоневрологические интернаты), просвещения (соответствующие службы в учебных заведениях), а также привлечение различных общественных организаций (в первую очередь профсоюзных) для оказания помощи в трудоустройстве психически больных; обеспечение на производстве соответствующего психологического климата; содействие в организации психосоциотерапевтической работы в санаториях и др. Для координации реабилитационных мероприятий, проводимых, к сожалению, зачастую разрозненно, необходимо создание межведомственного совета, на что уже обращали внимание Д. Е. Мелехов (1974) и другие видные специалисты в этой области. Успехи отдельных

энтузиастов в области реабилитации психически больных требуют закрепления и распространения передового опыта в организационном и административном порядке (в частности, необходимы новые критерии оценки деятельности медицинских учреждений и совершенствование оплаты персонала с учетом внедрения и эффективного использования проводимых лечебно-восстановительных мероприятий).

В организации психиатрической помощи в связи с задачами реабилитации также надо осуществлять системный подход. Должен быть выделен системообразующий фактор: конкретный результат или конечная цель — восстановление статуса личности. Следует определить основной элемент системы организации помощи. Таким элементом является принцип диспансеризации, последовательно реализуемый в Советском Союзе. В свете высказанных положений содержание этого принципа и его понимание должны быть расширены и углублены как за счет всестороннего учета условий, определяющих психическое здоровье и социальную активность больных, так и в плане большей разносторонности практических мер на основе личностного подхода.

С позиций *принципа партнерства*¹ вся работа в психиатрических учреждениях должна быть подчинена тому, чтобы больные не только не чувствовали себя стесненными в стенах больницы (полустационара, лечебных мастерских и т. д.), но имели бы возможность приобщаться к делу их собственного лечения (социального восстановления). Повторим еще раз, что необходимым условием для этого должна быть соответствующая ориентация персонала. Больной не должен себя чувствовать изгоем в психиатрической лечебнице. В ней должен создаваться благоприятный социально-психологический климат² («терапевтическая среда»), о которой далее будет сказано подробнее в связи с анализом специально проведенных совместных исследований в Ленинграде и Лейпциге в 1980 г. Организационной структурой, в наибольшей мере способствующей реализации принципа партнерства, являются учреждения частичной госпитализации, дневные и ночные стационары, режимы «открытых дверей» и «частичной госпитализации» в психиатрических больницах и др. Важное значение теперь приобретает организация специализи-

¹ Этот принцип не всегда, разумеется, надо понимать буквально. Выводя больного из коматозного состояния, врач должен лишь иметь в виду необходимость установления с ним сотрудничества, как только это позволит его состояние. В то же время уже на выходе из эндогенной депрессии или в начальной стадии шизофрении имеются условия для реализации этого принципа, а при неврозах и других пограничных состояниях он составляет основу всех проводимых психосоциотерапевтических мероприятий.

² «Под социально-психологическим климатом подразумевается преобладающая и относительно устойчивая духовная атмосфера или психологический настрой коллектива, проявляющийся как в отношениях людей друг к другу, так и в их отношении к общему делу» [Парыгин Б. Д., 1978]

ровавших санаториев, пансионатов (общежитий) для психически больных, клубов для выздоравливающих или реконвалесцентов. Большие перспективы имеют различные виды и формы так называемой промышленной и сельскохозяйственной реабилитации, а также «охраняемого труда» (в специальных цехах на промышленных предприятиях). Все эти формы работы с больными способствуют лучшему восстановлению их социальных функций, росту их самосознания как членов общества, препятствуют депривации, служащей основной причиной госпитализма. Благодаря таким видам деятельности медицинский персонал в перечисленных учреждениях на деле убеждается в действительной значимости психически больных, видя их в новых ролях, не выявляемых при содержании их в закрытых лечебных учреждениях и даже в традиционных лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) психоневрологических диспансеров при рутинной организации их работы. Таким образом, в свете концепции реабилитации не только должна быть реорганизована и расширена традиционная схема больницы — диспансер за счет включения новых («промежуточных») звеньев психиатрической службы, но должен быть существенно изменен сам стиль деятельности больниц и диспансеров.

Для реализации принципа разносторонности (разноплановости) усилий в структуру психиатрических учреждений (больниц, интернатов системы социального обеспечения, дневных стационаров, лечебно-трудовых мастерских и др.), помимо должностей врачей-психиатров, следует вводить должности психологов, социальных работников, специалистов с педагогическим образованием. Необходимо выделение помещений для спортивных игр, различных форм занятости, так называемой культуротерапии (не говоря уже об имеющей давние традиции трудовой терапии, которая пока еще в ряде учреждений, особенно стационарных, оставляет желать лучшего). Не только бытовое устройство (и, следовательно, тренировка бытовых навыков, если они оказались в результате заболевания и длительного пребывания в больнице утраченными полностью или частично), не только трудовое устройство (и, следовательно, трудовое лечение и при необходимости профессиональная переориентация), но и другие аспекты реабилитации как системы деятельности требуют соответствующего организационного оформления. В программу реабилитации, как уже указывалось, входят перестройка отношений больного к себе, своей болезни, своим профессиональным и социальным возможностям, семье, лицам из близкого окружения и т. д. Решение этих задач требует усовершенствования и широкого применения индивидуальной и групповой психотерапии. Возникает потребность в квалифицированных кадрах врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, ориентированных в вопросах психокоррекционной (по сути дела психотерапевтической) работы. Необходимо правильное распре-

деление обязанностей между основным лечащим врачом, врачом-психотерапевтом (лучше, когда это одно лицо) и медицинским психологом. Такой «тандем» (врач и психолог) должен работать согласованно, предотвращая ненужное дублирование обязанностей. При общем руководстве врача делом лечения и социального восстановления больного психологу необходимо сохранять свой стиль работы, проявляя самостоятельность в вопросах специальных психологических исследований. Надо соответствующим образом организовать деятельность и других специалистов, работающих в бригаде, занятой восстановительным лечением и реабилитацией. Иначе больной, «разрываемый на части» разными специалистами, получит очень мало пользы (а может быть, даже и вред!) от потока всевозможного рода мероприятий, плохо связанных друг с другом.

Нельзя не иметь в виду, что в учреждениях, перешедших на новый («реабилитационный») стиль работы, взамен старого госпитализма (институционализма) может развиваться другое явление, которое мы называем неогоспитализмом [Кабанов М. М., 1973] и для которого характерно стремление больного уклониться от вступления в «ролевые функции» здорового человека из-за неприятия им трудных для него условий жизни за пределами лечебного учреждения. Поэтому усилия всего персонала лечебного учреждения должны быть направлены не только на предупреждение (или снятие, смягчение) явлений госпитализма, но также на профилактику явлений неогоспитализма (в сущности, представляющих собой тот же госпитализм, только как бы с другой стороны).

Принцип единства биологических и социальных воздействий состоит не в том, чтобы «добавить» к психотерапии, социотерапии, трудотерапии, например, психофармакологические препараты (это делалось и ранее), а в том, чтобы применение различных методов лечения было взаимосвязано и опосредовалось через личность больного. Более того, лекарства должны в большей степени «привязываться» к его личности с учетом не только физиологического, но и психологического соответствия того или иного препарата, наиболее приемлемого способа его применения (тут большая роль отводится, в частности, препаратам с депонированным действием — так называемым пролонгам), возможного развития зависимости от лекарства, депривационного его действия, психологической установки на тот или иной препарат лишь потому, что он представляется дефицитным, оценки плацебо-эффекта и т. д. Следует создавать палаты и даже отделения интенсивной биологической терапии с целью быстрого выведения больного из острого психотического состояния и возможно более раннего применения комплекса психосоциальных воздействий и мероприятий.

Концепция реабилитации в ее современном понимании требует более четкого соблюдения *принципа переходности* («ступен-

частости»), который предполагает введение в организационную систему больницы — диспансер (амбулатория, поликлиника) дополнительных ступеней (так называемых промежуточных форм), о которых уже была речь. Особенно важно подчеркнуть значение дифференцированных лечебных режимов как в стационарах, так и в полустационарах. В СССР в последнее время получают распространение лечебно-восстановительные режимы, разработанные в клиниках Института им. В. М. Бехтерева. Суть этих лечебных режимов и их связь с так называемыми режимами наблюдения будут изложена далее.

Ступенчатость, переходность должны иметь место во всем, в применении различных лекарственных препаратов, разнообразных форм психосоциальных воздействий, включая терапию занятостью, развлечениями (культтерапию), психо- и трудотерапию. Принцип ступенчатости претворяется и при разработке тех или иных форм реабилитации больных в условиях промышленных предприятий [Круглова Л. И., 1981; Красик Е. Д. и др., 1981; Морковкин В. М. и др., 1982] или сельского хозяйства [Гладышев А. С., 1976], а также в учреждениях органов социального обеспечения [Галкин В. А., 1974, 1979; Керман М. С., 1975; Петрунук В. П., 1971; Шилов А. Н., 1978, и др.]. При этом решающая роль принадлежит единству и преемственности функционирования различных учреждений, на что уже обращалось внимание.

Приведем несколько примеров из литературы последних лет, свидетельствующих о действенности на практике изложенных соображений. Как показали данные В. М. Морковкина и соавт. (1982), в реабилитационном центре психиатрической больницы им. П. П. Кащенко в Москве наблюдались пациенты, для большинства которых «характерны выраженная прогрессивность заболеваний, значительная степень социально-трудового регресса». По этим данным, из 239 больных, в основном шизофренией, на момент окончания 3-летнего периода в индивидуально созданных условиях на обычном производстве работали 96 человек, самостоятельно трудились на промышленных предприятиях 11 человек, в ЛТМ при диспансере — 14 человек, т. е. около половины больных удалось занять общественно полезным трудом за пределами больницы (86 больных продолжают лечение в дневном стационаре, 18 — посещают ЛТМ стационара).

В Калужской области (А. Е. Лившиц) в трудовую деятельность на промышленных предприятиях вовлечено до 60 % инвалидов по психическим заболеваниям. Объем валовой продукции только в печах Калужского турбинного завода, где работают психически больные, составил 9 млн. руб. в 1980 г. По материалам Е. Д. Красика и соавт. (1982), на базе реабилитационного комплекса Томской областной психиатрической больницы 44 % больных, работавших в лечебно-трудовых мастерских,

были трудоустроены на обычном производстве. Из общего числа учтенных в этой области психически больных инвалидов более половины (60 %) вовлечены в трудовую деятельность (в лечебно-трудовых мастерских, в спеццехах на обычном производстве или в домашних условиях). Здесь в 1980 г. психически больные произвели на промышленных предприятиях продукцию на сумму 1147 тыс. руб. Социально-трудовая реабилитация в спеццехах, на спецучастках на промышленных предприятиях, а также в колхозах и совхозах развернута и на многих других территориях страны.

Интересные сведения о динамике инвалидности по психическим заболеваниям приводят М. С. Розова и соавт. (1982). При изучении трудоустройства 3400 инвалидов, осуществленного психиатрическим отделением Центрального института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов в 1975—1980 гг., выяснилось, что в последние 2 десятилетия в составе психически больных изменился контингент инвалидов. Сократилось число больных с полной блокадой функциональных возможностей, стали вовлекаться в труд больные на этапе поздних ремиссий после многолетнего течения заболевания и 15—25 лет инвалидности. Например, при шизофрении инвалидность удается отменить в 20 % случаев. Установлено, что подавляющему большинству больных шизофренией, впервые признанных инвалидами, дается та или иная трудовая рекомендация. Даже при инвалидности с детства до 90 % больных могут вовлекаться в те или иные трудовые процессы.

Сходную динамику инвалидности у больных шизофренией описывает М. Х. Гонопольский (1982), однако, отмечая при этом известные колебания. Автор указывает, что если в 1965—1968 гг. только в первый год заболевания больные получали больничные листы и продолжали работать по прежней специальности, то по новым данным (материалы 1975—1978 гг.) адаптация на прежнем профессиональном уровне сохраняется до 3—4 лет. Следует особо подчеркнуть значимость разработки новых критериев оценки и учета эффективности лечебно-восстановительной работы в практических учреждениях здравоохранения, что представляет собой непростую задачу [Миронов Б. Е., 1981; Гарнис В. А., 1982]. Как справедливо замечает А. Д. Зурабашвили (1982), «в наши дни понятие о больном „хронике“ свободно от тумана фатальной безнадежности». Даже в далеко зашедших случаях шизофрении, согласно справедливому замечанию автора, «решающее значение получает использование в первую очередь широких возможностей эрго- или трудотерапии, равно как и создание условий „живой“ жизни так называемым хроническим больным. Долг психиатра — усилить, расширить и утвердить условия „живой“ жизни».

Организационными предпосылками реабилитации больных в системе психиатрической помощи являются ее децентрализация

и приближение к месту жительства больных, что позволяет согласовать содержание реабилитационных мероприятий с условиями их реальной жизни в обществе и вовлечь в процесс реабилитации их социальное окружение; дальнейшее развитие дифференцированной экстрамуральной сети учреждений, включающей наряду с диспансерами и диспансерными кабинетами дневные и ночные стационары, стационары конца недели, а также промежуточные (комплементарные) учреждения, которые обеспечивают защищенные условия для работы больных, их жилья и проведения свободного времени (ЛТМ, специальные места на производстве, общежития «на полпути», терапевтические клубы и т. д.); функциональное объединение всех звеньев психиатрической помощи на основе территориального принципа обслуживания; установление тесных отношений сотрудничества с местными органами коммунального управления, производственными предприятиями и общественными организациями; преемственность обслуживания во всех сферах реабилитации между всеми вовлеченными в этот процесс звеньями на основе реализации принципа диалектического единства в деятельности различных звеньев и дифференциации психо-, социо-, трудо- и соматотерапии с учетом характера заболевания и состояния больных. Перечисленные принципы и предпосылки реализованы и продолжают совершенствоваться в организационных формах психоневрологической помощи, существующих в СССР.

Организация восстановительного лечения (формы и методы). Исходя из изложенного понимания восстановительного лечения как начального этапа процесса реабилитации, психиатрическую реабилитационную клинику Института им. В. М. Бехтерева, как указывалось, назвали отделением восстановительной терапии психически больных. Клиника организовывалась в 1966 г. постепенно, в течение ряда месяцев на базе существовавшего ранее психиатрического отделения, насчитывающего 60 штатных коек, где лечились больные, достаточно типичные для психиатрической больницы, являющиеся обычно также предметом особого внимания врачей психоневрологических диспансеров с их лечебно-производственными мастерскими и полустационарами. Сюда поступали (и продолжали поступать после реорганизации) психически больные с самыми различными диагнозами: шизофренией, маниакально-депрессивным, инволюционным и сосудистым психозами, органическими заболеваниями головного мозга с психотическими нарушениями и др. Практически здесь постоянно была представлена почти вся «номенклатура» психических заболеваний, за исключением больных эпилепсией, старческим слабоумием, алкоголизмом и невротами¹. Если ранее отделение

¹ Эти больные обычно направляются в другие специализированные клиники института (геронтопсихиатрическую, эпилепсию, наркологическую, неврозов).

принимало больных с психозами в острой стадии (чаще в стадии обострения, декомпенсации), то после 1966 г. в большей степени — в стадии хронического течения заболевания¹.

До реорганизации отделение работало в традиционном стиле. Больные при поступлении сразу же попадали в систему различных ограничений, предусмотренных существовавшей повсеместно традицией. Имелись, в частности, палаты «строгого надзора» (или «наблюдательные») с неподвижным постом санитарки около них, прогулки больных проводились почти исключительно в огороженном высоким забором участке институтского парка под наблюдением персонала; свидания с родственниками лимитировались, практически не допускалась возможность поговорить с ними или с друзьями по телефону, осуществлялся жесткий контроль за перепиской, получением передач и многое другое, что всегда производило и производит неприятное впечатление на больных и их родственников. Если добавить к этому унылую, кое-где «утяжеленную» мебель, голые стены, отсутствие дверей в палатах и даже занавесей вместо них, личных тумбочек или шкафчиков, куда можно было бы поместить свои вещи (да и перечень разрешенных «своих вещей» был весьма ограничен, особенно в палатах «строгого надзора»), однообразную и лишенную всякой привлекательности больничную одежду, то возникает столь знакомая и, увы, столь привычная каждому психиатру картина жизни психиатрического отделения, начинающая теперь во многих местах постепенно уходить в прошлое. Напомним, что здесь речь идет о клинике научно-исследовательского института, находившейся все же в несколько лучших условиях, чем отделения в городских или областных психиатрических учреждениях (нет столь большой перегрузки, свойственной обычным психиатрическим больницам, врачи курируют здесь меньше больных, несколько лучше снабжение медикаментами).

Больные после тщательного обследования (клинического и лабораторного с акцентом на поиски соматических или «органических» знаков) получали интенсивное для того времени биологическое лечение, главным образом инсулиновые шоки, ЭСТ, психотропные препараты и др. Социотерапевтические мероприятия, по существу, сводились к обучению ряда больных элементарным трудовым процессам в отделении под руководством недостаточно квалифицированных трудинструкторов. Многие больные посещали лечебно-производственные мастерские института, расположенные в другом здании, где им предлагалось ограниченное число видов труда при почти полном

¹ Подробнее клиническая характеристика больных, находившихся в клинике на излечении в 1966—1970 гг., будет представлена в следующей главе. После 1971 г. в эту клинику вновь поступают больные преимущественно с обострениями психотической симптоматики или начальными формами психозов.

отсутствии столь необходимой в этих случаях психотерапевтической работы¹. Психотерапевтическая работа в самом отделении практически отсутствовала, хотя элементы ее, конечно, имели место при индивидуальных беседах врачей (в гораздо меньшей степени — медицинских сестер) с больными. В клинике были телевизор, настольные игры, больные имели возможность читать газеты, журналы, книги, но использование всего этого никем не направлялось, и во второй половине дня подавляющее большинство пациентов оставались в полном безделье. В отделении работал, в общем, неплохой, можно сказать квалифицированный персонал, но рутинный подход к больному, основанный на упрощенной биологической модели психического заболевания, заставлял делать ударение в лечебной тактике на биологической стороне болезненного процесса, при почти полном игнорировании особенностей личности пациентов и окружающей их среды (точнее, при неумении использовать эти особенности в терапевтических целях).

Медицинские сестры при подготовке в училище и за годы работы в психиатрических учреждениях были обучены в основном той тактике обращения с душевнобольными, которая включала ряд приемов, ограничивающих пациентов, «ограждающих» их от общества. Считалось в то же время очень прогрессивным подчеркивать каждый раз медицинским сестрам, что обстановка в психиатрическом отделении должна приближаться к обстановке соматической больницы, и, таким образом, если не считать вопросов надзора, крайне важных ввиду необходимости предотвращения неадекватных поступков больных, уход и лечение здесь должны быть в принципе такими же, как и в обычной терапевтической клинике (для многих больных — постельный режим; для тех, кого надо «лечить», а не просто «наблюдать», лечение означало регулярный прием различных медикаментов или физиотерапевтических процедур, в ряде случаев применение шоковой терапии).

Врачи, воспитанные в духе традиционного клинического подхода к больному, понимали этот «подход» как требование возможно более точно описывать психопатологическое состояние в его статике и динамике, без надлежащего учета и углубленного анализа особенностей личности пациента и окружающей социальной среды. Назначив то или иное биологическое лечение, врач в дальнейшем видел больного в основном только во время обходов, изредка приглашая его в кабинет для беседы — обычно тогда, когда имелись какие-нибудь тревожные сигналы об изменившемся поведении в записях в «дневнике наблюдения» дежурной

¹ Многие психиатры еще и сейчас наивно полагают, что больным с определенными диагнозами (клиническими состояниями) показаны определенные виды труда. Например, больным эпилепсией — штамповка на прессах, бредовым больным — столярное дело и т. п.

сестры (кстати сказать, в этом «дневнике» обычно отражались только те эпизоды в поведении больных, которые казались медсестрам заслуживающими внимания в отношении динамики психопатологических проявлений). Повторные беседы врача с больным были нечасты и, как правило, непродолжительны (исключение составляли лишь «острые» больные и сложные в диагностическом отношении «случаи», требующие нередко экспертной оценки). Родственников своих больных врач видел большей частью только с целью получить объективные анамнестические данные и перед выпиской, чтобы дать необходимые рекомендации.

Связь с внебольничными учреждениями (психоневрологическими диспансерами, кабинетами) была, по существу, формальной — путем отправки туда по почте медицинских сведений о выписанном больном, где, помимо краткого описания психического статуса, его динамики и диагноза, самыми главными были рекомендации относительно «поддерживающего» лечения психотропными препаратами. Лечащие врачи, конечно, интересовались домашней и производственной обстановкой своих пациентов, давали необходимые советы, но не всегда учитывали реальные возможности этой обстановки. Преемственность в работе врачей стационара и диспансера была нередко недостаточной. Для многих больных, особенно для тех, кто длительное время находился в стационаре, переход от больничного уклада к жизни во внебольничных условиях, от одного врача к другому (и нередко от одной лечебной тактики к другой) оказывался непосильным и приводил часто к социальной дезадаптации, к ухудшению клинического состояния и нередко к повторной госпитализации.

В таком психиатрическом отделении, в основном с теми же врачами и медицинскими сестрами, была предпринята работа по организации новой клиники. Работа началась с переподготовки персонала путем проведения регулярных собеседований с врачами с целью перестройки их прежних установок и с циклов занятий с медицинскими сестрами, в которых участвовали все врачи и научные сотрудники отделения. Постепенно была произведена замена всех постовых санитарок медсестрами — переход на так называемую двухступенную систему обслуживания. Вопросы медицинской психологии, социологии, педагогики, этики и деонтологии заняли существенное место в программе переподготовки персонала (само собой разумеется, при сохранении внимания к вопросам клинической психиатрии и психопатологии). Переобучение шло, если так можно выразиться, под девизом: «Больной не объект, а равноправный партнер в лечении». Преодолевая немалый скепсис отдельных врачей и медсестер (с некоторыми из них пришлось расстаться), в конце концов удалось добиться самого главного — научить персонал видеть в психически больном человека, личность со

множеством ее особенностей, преломляемых в различных житейских ситуациях. Чувствуя доверие и расположение врачей, больные со своей стороны стали больше доверять им. Медицинские сестры получили большую самостоятельность в действиях, направленных на создание в отделении атмосферы товарищества, взаимопонимания и взаимоподдержки. Постепенно изменился весь стиль работы клиники. Изменились не столько внешний вид отделения и статус больных (его интерьер — появились новая мебель, декоративные украшения; ношение больными собственной одежды; телефон предоставлялся в вечерние часы в их полное распоряжение и др.), сколько *внутренний* аспект (гораздо более важный!) стиля работы, к которому следует отнести создание особого психологического климата («терапевтической среды») в отделении.

Изменению стиля работы в клинике способствовало прежде всего введение *системы дифференцированных лечебных режимов*, которой мы придаем огромное значение. Среди лечебных факторов, используемых в терапии различных заболеваний, едва ли не самым постоянным, весьма существенным, но не всегда учитываемым и поэтому наименее изучаемым является лечебный режим. Известны различные виды лечебных режимов. Наиболее удобно в практическом отношении выделить трех основных: охранительного (включающего постельный), щадящего и активирующего. Суть лечебно-охранительного режима хорошо известна. В настоящее время не требуется, видимо, особых доказательств необходимости крайне ограниченного применения этого режима в психиатрической практике (допустимого в основном по соматическим показаниям). Характер щадящего режима как промежуточного между охранительным и активирующим будет более ясным, если подробно остановится на описании последнего. Следует отметить, что активирующий режим является важнейшей и неотъемлемой частью восстановительного лечения, проводимого преимущественно в стационарных или полустационарных условиях. Он включает:

- такую организацию лечебного процесса, которая предусматривает минимальную изоляцию больных от общества и строится с сохранением их естественных социальных связей;
- рациональное размещение больных внутри отделения, применение для каждого больного системы максимального нестеснения, основанной на уважении к его личности (даже глубоко измененной болезнью), индивидуальным запросам и интересам;
- создание коллектива больных и такой атмосферы, которая всемерно поощряет социальную активность членов этого коллектива и развивает в нем отношения, свойственные обществу здоровых людей (или приближенные к ним);
- обеспечение полезной занятости больных, максимально учитывающей их индивидуальные склонности, включая и систему самообслуживания. Сюда примыкает проведение систематической

культурно-развлекательной и просветительной работы, основанной на развертывании и всемерном поощрении самостоятельности больных, а также осуществление активирующих их мероприятий (гимнастика, содержательные прогулки и экскурсии, выезды за город, вечера отдыха, домашние отпуска и т. д.), в которой развлечения составляют одну из важных сторон, хотя и не самую главную.

Существенным аспектом активирующего режима является развитие элементов самоуправления путем организации совета больных, занимающегося обсуждением различных вопросов их жизни и деятельности, проведения собраний и др. [Ефименко В. Л., Беляева Т. В., 1973]. Постоянно и постепенно прививается больным чувство ответственности, играющее важную роль в реализации принципа партнерства. Перечисленные элементы этого лечебного режима находятся в тесной связи и как бы дополняют друг друга, образуя тем самым систему, вне которой отдельные ее элементы, как бы искусно они ни применялись, теряют свое значение. Любой из этих элементов может являться в то же время средством косвенной психотерапии, а также рассматриваться в ряду мероприятий социотерапевтического характера.

Наружные двери отделения остаются закрытыми. Таким образом, формально оно не может быть отнесено к типу отделений «открытых дверей». В общем оценивая весьма положительно концепцию «открытых дверей», мы не считаем, что ее всегда и везде надо понимать буквально. В частности, знакомство с «открытыми» отделениями как в нашей стране, так и за рубежом позволяет сделать вывод, что во многих психиатрических отделениях подобного типа сохраняются в виде изоляторов или палат «строгого надзора» элементы закрытого режима, неблагоприятно действующие на пациентов. Трудности на пути повсеместной организации отделений «открытых дверей» существуют и в той или иной степени будут всегда существовать и потому, что даже в самых совершенных учреждениях, какое-то число отделений (пусть незначительное) должно быть закрыто. А при этом неизбежно и функционирование системы переводов больных из одного отделения в другое со всеми вытекающими из этого последствиями: перемена врача, обслуживающего персонала, сложившейся или складывающейся неформальной группы пациентов отделения со ставшими привычными для них отношениями и др.

Мы отказались от общепринятой системы выделения режимов наблюдения («строгий надзор», «усиленное наблюдение» и др.), кстати сказать, никем официально не утвержденных, и предпочли поэтому в рамках одного закрытого отделения иметь ступенчатые дифференцированные режимы наблюдения. Были введены 4 таких режима: «ограничительный», «дифференцированного наблюдения», «открытых дверей» и «частичной госпитали-

зации» (персонал и больные называли их чаще цифрами: «первый», «второй», «третий», «четвертый»). Введенные такого рода режимы предусматривают как осуществление психиатрического наблюдения, так и различные степени обусловленных им ограничений и, соответственно, изъятий из общего установленного для отделения распорядка, основанного на максимальном нестеснении. Надо отметить, что наш «ограничительный» режим не идентичен прежнему «строгому надзору». В отличие от последнего не допускается изоляция больного в пределах палаты, за редкими и кратковременными исключениями (состояние значительного возбуждения). Находящиеся на ограничительном режиме больные (обычно несколько человек), если они не нуждаются в постельном содержании, пользуются свободой передвижения внутри отделения; они могут участвовать в проводимых в отделении коллективных мероприятиях. Но медицинский персонал незаметно для больных осуществляет непрерывное наблюдение за ними, не теряя их из виду, — «надзор по цепочке» («цепочка» расставленного в разных местах персонала) ¹.

Обыкновенно поступающие больные начинали свое знакомство с отделением с режима «дифференцированного наблюдения», который предусматривает не только беспрепятственное передвижение по отделению, но и прогулки по институтскому парку в сопровождении персонала, родственников или других пациентов клиники. Но главную «погоду» делали другие режимы наблюдения: «открытых дверей» и «частичной госпитализации», на которых находилась большая часть пациентов (60—70 %). Эти режимы создавали как бы лечебную перспективу для больных, содержащихся на первых двух режимах. Находясь на режиме «открытых дверей», больные имели возможность в любое удобное для них время, по согласованию с медицинским персоналом, покинуть отделение (для прогулки, поездки к родным или друзьям, в кино, театр и т. д.). Наличие дифференцированных режимов в психиатрическом отделении, ведущем постоянный и оживленный прием больных, дает возможность не иметь в нем «надзорных» («наблюдательных») палат, а также позволяет одному и тому же врачу курировать одного и того же больного от поступления до выписки, не переводя его по мере изменения состояния в другое отделение. Дифференцированные, ступенчатые режимы наблюдения, являющиеся одновременно и лечебными режимами ² (схема 4), позволяют избежать у больного так называемой травмы перевода.

¹ Здесь уместно подчеркнуть, что общее количество среднего и младшего медицинского персонала в отделении осталось таким же, как и в годы, предшествовавшие реорганизации клиники, изменилось только соотношение медицинских сестер и санитарок (число последних сократилось) в связи с переходом на двухступенную систему обслуживания.

² Точнее, дополняющие лечебные режимы (лечебно-охранительный, щадящий, активирующий), являющиеся в известной мере их составной частью.

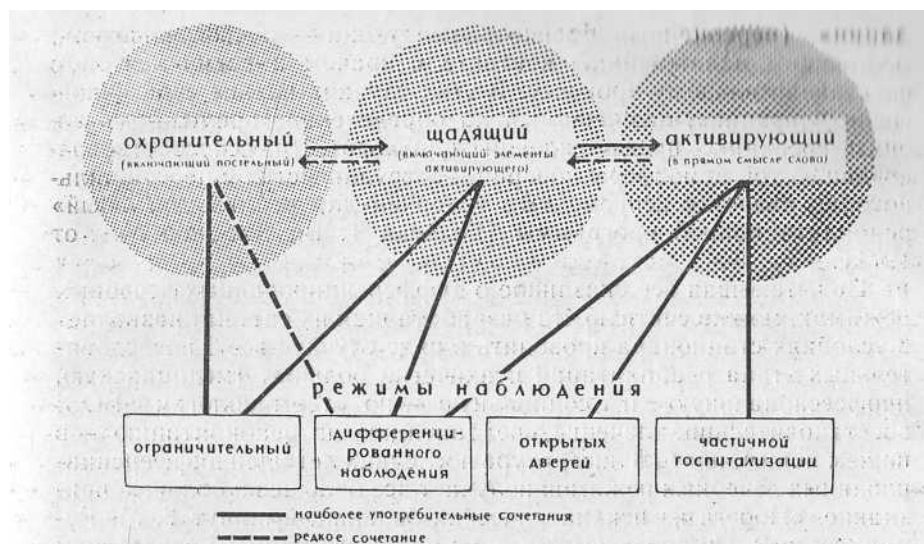


Схема 4. Лечебные режимы.

Как правило, больные, выписанные из клиники, заканчивали свое пребывание в ней на режиме «открытых дверей». Однако некоторая часть пациентов нуждалась перед выпиской в переводе на режим «частичной госпитализации» (некруглосуточного пребывания в стационаре). Этот режим в стационарных условиях представляет собой связующее звено между больницей и внебольничными учреждениями. Являясь гибким инструментом в руках опытного врача, он варьирует в разных пределах: от режима, построенного по типу дневного или ночного стационара, до более или менее продолжительных домашних отпусков с посещением клиники в определенные дни. Режим «частичной госпитализации» назначается обычно больным, имеющим трудности психологического, социального и иного порядка, связанные с предстоящей выпиской из стационара. Он позволяет, «выпуская больного в жизнь», продолжать за ним наблюдение, вносить психотерапевтические и лекарственные коррективы в связи с возникающими в новых условиях особенностями его поведения и состояния. В некоторых случаях режим «частичной госпитализации» назначается не перед выпиской, а примерно в середине лечебного процесса или даже уже вскоре после поступления больного в стационар. Имеются в виду больные без антисоциальных тенденций, которым полезна активирующая домашняя или производственная обстановка. Частичная госпитализация по возможности осуществлялась и в отношении больных с отрицательным отношением к госпитализации, для которых сам факт пребывания в психиатрическом стационаре

являлся выраженным психотравмирующим обстоятельством, мешающим налаживанию контакта с врачом и всему лечебно-восстановительному процессу. В этих случаях режим «частичной госпитализации», назначаемый на определенное время, помогал снять реакцию предубеждения или протеста, способствовал созданию той атмосферы доверия и сотрудничества с персоналом, которая является неременным условием для реализации любой реабилитационной программы [Беляева Т. В., Кабанов М. М., 1971].

Подытоживая все сказанное о дифференцированных лечебных режимах, можно считать, что разработанная их система позволяет в условиях стационара проводить в ряде случаев все 3 последовательных этапа реабилитации психически больных (медицинскую, профессиональную и социальную — по терминологии ВОЗ; восстановительное лечение, реадaptацию и реабилитацию — в нашем понимании). В литературе последних лет идея дифференцированных лечебных режимов получает все большее и большее признание. «Побеги из психиатрических больниц. — пишут Г. М. Румянцева и В. П. Котов (1976), — не являются прямым следствием расширения реабилитационных режимов. Наоборот, они возрастают вопреки большей строгости содержания».

Некоторые исследователи, занимающиеся реабилитацией психически больных в стационарных условиях, говорят о целесообразности организации смешанных по половому составу отделений [Прахов В. Е. и др., 1981; Kretz H., 1969; Chlopocka M. et al., 1974]. В 1967 г. описываемое здесь реабилитационное психиатрическое отделение, ранее — женское, было преобразовано в смешанное. Сюда стали принимать и мужчин (также с самыми разнообразными психическими заболеваниями). Этому предшествовала соответствующая работа как с персоналом (многие медицинские сестры, особенно с большим стажем работы, были вначале очень смущены и даже напуганы предложением размещать в женском отделении... мужчин), так и с пациентами — вначале пациенты из мужских отделений приглашались лишь в дневное или вечернее время для проведения совместных культурно-просветительных мероприятий, устраивались коллективные прогулки, экскурсии и т. д. Совместное пребывание представителей обоих полов в одном отделении скоро весьма благоприятно сказалось на поведении больных (в том числе и так называемых дефектных). Оно заметно повысило их активность и стало важным фактором, способствующим построению активизирующего режима. На основании многолетнего опыта работы смешанного по половому составу психиатрического отделения можно рекомендовать подобного рода совместное содержание психически больных при соблюдении ряда условий (тщательная подготовка персонала и больных, подбор пациентов с учетом их психического состояния, наличие соответствующей планировки отделения — главным образом мест санитарно-гигиенического назначения).

В первый период пребывания в клинике (обычно продолжительный — редко более 2 нед) все поступающие в нее больные находились на так называемом щадящем лечебном режиме, имеющем элементы охранительного, но включающего в то же время некоторые факторы, побуждающие больного к деятельности. Больных практически предоставляли самим себе, пока не привлекая их активно к каким-либо мероприятиям. За это время они могли присмотреться к окружающей обстановке, установить необходимые контакты с врачом, с другим персоналом, пациентами. Роль персонала в этот период сводилась, с одной стороны, к наблюдению и изучению больного, а с другой — к попытке найти правильный «тон» обращения с ним, определить, чаще интуитивно, ту степень близости (или «дистантности»), которая так необходима при любой психо- и социотерапевтической работе. В этом, как, впрочем, и во многом другом, персонал находил помощь и поддержку со стороны других пациентов, особенно «старожилов» отделения.

Большей частью вновь поступающие больные вскоре начинали принимать в той или иной степени необычную для их заранее сложившегося представления о психиатрическом учреждении атмосферу клиники и, конечно, положительно ее оценивать (за исключением некоторых, большей частью глубоко дефектных, больных). Особенно хорошо больные воспринимали постоянно подчеркнутое уважение к их личности, проявляющееся в доверии, сочувствии и постепенно прививаемом чувстве ответственности. Работа по перестройке их отношений с окружающей действительностью, по изменению неадекватных ей ценностей начиналась уже в этот период щадящего лечебного режима. Изучались вкусы, интересы больных. Замечалась и использовалась в терапевтических целях их способность устанавливать контакты с другими пациентами (в частности, при размещении больных по палатам, при подборе различных видов групповой терапии и др.). Как правило, все терапевтические мероприятия проводились только с согласия и, по мере возможности, при активном участии пациентов. Сразу же при поступлении в клинику им разъяснялись (персоналом и другими больными) особенности существующего здесь стиля работы, в преимуществах которого они имели возможность наглядно убедиться сами. Конечно, бывали экзотические случаи, когда, исчерпав все возможности убеждения, персонал вынужден был прибегнуть к насильственному введению лекарства. Но это делалось крайне редко и всегда служило предметом специального обсуждения с целью нейтрализовать могущий возникнуть нежелательный психологический конфликт.

В различные социотерапевтические мероприятия (например, участие в собраниях, в тех или иных формах занятости) больные вовлекались обычно сами, по собственной инициативе, иногда с легким побуждением со стороны персонала (за исключением

глубоко дефектных больных, побуждение которых к различного рода действиям было более настойчивым; именно — побуждение, а не принуждение). В беседах персонала с больными уже в первый период пребывания в отделении обращалось их внимание на огромную важность комплекса лечебно-восстановительных воздействий, состоящего из психосоциальных (влияние факторов среды, в частности лечебных режимов, лечение занятостью и др.) и биологических компонентов (в основном лекарственных) в их тесном единстве. По прошествии первого периода адаптации к стилю работы клиники (пребывания на так называемом шадящем режиме) больные, уже в определенной степени изученные персоналом, постепенно вовлекались в различные активизирующие мероприятия.

Напомним, что большую часть пациентов клиники (около $\frac{2}{3}$), особенно в первые годы ее существования, составляли больные с хроническим течением заболевания. У поступивших в клинику в состоянии обострения болезни и у сравнительно немногочисленных пациентов с острым дебютом заболевания благодаря активному биологическому лечению (преимущественно психотропными средствами) обычно в 2—3-недельный срок удавалось снимать возбуждение, тревогу, смягчать бредовую напряженность, несколько «дистанцировать» продуктивную психопатологическую симптоматику (иногда для этого требовалось, конечно, значительно большее время). Применяя различные методы психо- и социотерапии в рамках лечебных режимов, среди которых доминирующее значение имел, как уже говорилось, активизирующий режим, мы стремились избежать «поголовного охвата» всеми методами всех больных. Глобальное внедрение в психиатрические учреждения трудовых процессов (которые далеко не всегда можно назвать трудотерапевтическими) с погоней за как можно большим «охватом» ими больных, без учета требований медицинской эстетики, индивидуальных интересов пациентов и без должного внимания к другим видам социо- и психотерапии приводит обычно к печальным последствиям. Все это создает нередко иллюзию кипучей деятельности персонала и больных, что хотя и лучше, чем ничегонеделание, но постепенно вырабатывает ненужный стереотип, штамп, что, конечно, не способствует обогащению и без того исковерканной болезнью и депривацией личности пациента.

Все больные отделения получали комплекс психосоциальных воздействий, но его отдельные составные компоненты варьировали в отношении разных пациентов в зависимости от ряда обстоятельств (особенностей клинического состояния, свойств их личности, поставленных терапевтических задач и др.). «Набор» психосоциальных методов воздействия был самым разнообразным: индивидуальная и групповая психотерапия (включая семейную), лечение занятостью и трудовая терапия в различных видах (включая музыкальные занятия, занятия в изостудии, трудовые

процессы в отделении, в цехах лечебно-производственного комбината института и на обычном производстве), лечебная физкультура и ритмика, специальные методы стимуляции социальной активности (в частности, развитие элементов самоуправления: собрания больных, совет больных), медико-педагогическая работа с больными и их родственниками и др.

Рассмотрим некоторые основные методы, точнее психосоциальные аспекты восстановительного лечения. Прежде всего остановимся на уже упоминавшихся понятиях: «терапевтическая среда», «терапевтическое сообщество», «лечение средой». Эти понятия, как уже говорилось, толкуются по-разному и в нашей стране не получили пока еще достаточного методологического обоснования, хотя и привлекают все большее внимание [Зацепицкий Р. А., 1975; Вольфогель Л. С. и др., 1975; Кабанов М. М., 1975, 1977; Воловик В. М. и др., 1982; Литвиненко В. И., 1982; Суворова Н. К., 1982]. В то же время «лечение средой» составляет, по нашему мнению, одну из существеннейших частей любой реабилитационной программы — во всяком случае ее психосоциальной стороны.

Взаимоотношения больного со средой являются важнейшим фактором реабилитации. В понятие «среда» (здесь имеется в виду социальная среда, точнее — так называемая микросреда) входят в первую очередь семья, лица, с которыми пациент общается на работе, учебе, в часы досуга. Сюда же относится очень важный круг общения больного с работниками медицинских учреждений — врачами, медицинскими сестрами и др., а также с другими пациентами. Характер общения и отношения (взаимоотношения) психически больного с окружающими людьми (родственники, друзья, медицинский персонал) зависит не только от особенностей клинической картины заболевания, личностных свойств больного или его окружения, но и от восприятия (принятия) окружающими людьми «роли» психически больного (сумасшедшего)¹. Последнее обстоятельство, в свою очередь, зависит от квалификации психического заболевания, диагностики (определение заболевания как «психоз», «невроз» или «психопатия» очень значимо в этом плане) и от того, с какого рода психиатрическими учреждениями вступает в соприкосновение больной. Каждый психиатр на своем опыте может убедиться,

¹ Интересно отметить, как стойко держится в представлении широкого круга людей искаженный образ «сумасшедшего», о чем свидетельствуют, в частности, персонажи многих художественных произведений, а также анекдоты на психиатрические темы. Предубеждение в отношении психически больных ведет свое начало от «психиатрии монстров», когда психическое заболевание связывалось в основном с нелепым поведением больного, нередко опасного для окружающих. Успехи современного лечения психически больных, появление множества «стертых», атипичных форм заболевания, проникновение идей реабилитации, повышение общей культуры населения позволяют надеяться на большой прогресс в изменении представления о психически больном человеке в будущем.

как меняется отношение персонала к больному в зависимости от того, в каком он находится отделении той или иной психиатрической больницы (или дневного стационара, лечебно-трудовых мастерских, пребывает ли дома и состоит ли на учете в диспансере, лечится в поликлинике и только консультируется с психиатром и т. п.) и каков его диагноз. J. Wing соавт. (1972) считают, что различное социальное окружение больных шизофренией требует различного применения нейролептиков. Назначение лекарственных препаратов, по их мнению, должно соотноситься с окружающей обстановкой, со средой, в которой пребывает больной шизофренией. В связи с этим обстоятельством особое значение приобретает в процессе реабилитации вопрос о роли и назначении персонала в психиатрических учреждениях [Воловик В. М. и др., 1972; Кабанов М. М., Вайзе К., 1980; Ischiyama T., 1968; Schindler F. et al., 1981; Kirk W., 1982].

В клиниках Института им. В. М. Бехтерева характер взаимоотношений между больными и персоналом в течение ряда лет служит предметом специального исследования, особенно в реабилитационной клинике. Оно проводится в связи с теоретико-методологической и методической разработкой положения о «терапевтической среде». Взаимоотношения — человек и среда — очень сложны и не укладываются в схему «стимул — реакция», как считают ортодоксальные сторонники бихевиоральной психологии. Термин «среда» в психиатрической клинике может пониматься по-разному, на что указывал, в частности, Р. Sivadon (1971). Одни трактуют его как субъективное отражение человеческих отношений, другие — берут за основу материальные и организационные структуры. Все же большинство исследователей подчеркивают значение социально-психологических факторов, составляющих сущность «терапевтической среды», а также «терапевтического сообщества». Этой точки зрения придерживаемся и мы, понимая под «терапевтической средой» в первую очередь направляемый в благоприятную сторону характер взаимоотношений, складывающихся в лечебном учреждении, между больными и их непосредственным окружением: персоналом, другими пациентами, а также семьей (контакты с ней всячески поощряются и, если надо, корректируются — используются приемы так называемой семейной терапии). Конечно, при этом придается определенное значение и «вещевому окружению» (продуманному интерьеру лечебного учреждения, максимально возможному комфорту, разрешению больным носить собственную одежду, пользоваться услугами парикмахера, телефоном и т. п.). Но последние возможности, повторяем, не главное, основное здесь — направляемый в лечебно-восстановительных целях характер взаимоотношений.

При организации терапевтической среды в отделении, как отмечалось, ставилась задача изменить коренным образом стиль работы персонала, в первую очередь врачей, что требовало

перестройки их образа мышления. Прежде всего (это самое трудное) необходимо было изменить старое отношение к больным; представление о «стигматизации» заменить чувством доверия и расположения, основанным на эмпатии¹, устранить чрезмерную авторитарность. В связи с исключительной важностью правильного подбора и подготовки персонала в перспективе следовало бы подумать о приеме на работу в отделения с психотерапевтическим уклоном людей с определенными личностными качествами (особенно со способностью к эмпатии). В понятие «стиль работы» включаются не только характер отношения к больным и способность пользоваться объемом необходимых теоретических знаний и практических навыков, но и вытекающее из этого осторожное отношение к психиатрическому диагнозу (что можно назвать этическим аспектом психиатрической диагностики). Призывы к такому отношению и предостережения о вредных последствиях для дела реабилитации, гипердиагностики психических заболеваний, особенно шизофрении, появились и в нашей литературе [Первомайский Б. Я., 1975; Булахова Л. А., 1975; Димитров Х., 1975].

Успешное осуществление реабилитации и организации терапевтической среды предполагает активное участие самого больного в лечебно-восстановительном процессе. В этом случае он выступает не только как объект лечения, но и как его субъект (принцип партнерства), включенный в сложную систему взаимоотношений с лечащими врачами, средним медицинским персоналом, а также с другими больными. Эти взаимоотношения в условиях психиатрической клиники (в отличие от соматической больницы) определяются не только личностными качествами персонала и больных, но также и психопатологическими особенностями последних, что обуславливает специфический характер контактов больных и персонала.

В связи с изложенным пониманием терапевтической среды в нашей клинике восстановительного лечения большое внимание уделялось изучению взаимоотношений в системе «врач — медицинская сестра — больной». Исследование этих взаимоотношений осуществлялось с помощью различных методик. Так, при изучении взаимоотношения «врач — больной» использовались методики семантического дифференциала (СД), полярного профиля (ПП) и незаконченных предложений (НП) [Горелик Б. М., 1973, 1976]. Применение этих методик позволило уточнить характер эмотивного, часто скрытого от самого больного, отношения к врачу. Анализ материалов исследований с помощью СД и ПП показал, что больные предпочитают свойства, относящиеся к морально-этическим характеристикам

¹ А. А. Бодалев и Т. Р. Каштанова (1975) определяют «эмпатию» как «способность человека понимать переживания других людей и, приобщаясь к их эмоциональной жизни, сопереживать».

медперсонала. Данные, полученные по методике НП, выявили следующие характеристики отношения больных к врачу: всеми больными оцениваются в первую очередь особенности личности врача; пациенты обычно не оценивают профессиональных его качеств; почти никто из больных не учитывает интеллектуальных или физических качеств врача. Как на наиболее существенную положительную характеристику отношений большинство больных указывают на взаимопонимание и доверие. Эти исследования показали также, что при анализе механизмов отношения между врачом и больным нужно базироваться на объективных оценках, а не только на тех, которые вербализуются самими больными.

Результаты исследований нашего сотрудника Б. М. Горелика находят в соответствии с данными проведенного в клинике изучения взаимоотношений «медицинская сестра — больной» [Беляева Т. В. и др., 1976]. Определение факторов, влияющих на характер их взаимоотношений, представляется актуальным в связи с тем, что при создании терапевтической среды и проведении психосоциальных воздействий особое значение в современном психиатрическом учреждении приобретает «терапевтический потенциал» среднего медицинского персонала. Положение медицинских сестер характеризуется тем, что они должны выполнять, помимо своих обычных и сравнительно простых «традиционных» обязанностей (уход за больными, выполнение врачебных назначений и процедур, организация прогулок, надзор за больными и т. д.), также и более сложные, собственно реабилитационные функции, наиболее важными из которых являются умение развивать интерперсональные отношения с больными, использовать элементы психотерапевтической работы, формировать их общение в группах, организовывать трудотерапию, терапию занятостью и развлечениями, проводить беседы с родственниками и др. Выполнение этих функций требует установления более тесного психологического контакта медсестер с больными, что связано нередко с определенными трудностями как объективного, так и субъективного характера.

Применялись специально разработанные методики опроса больных и медицинских сестер в сочетании с методом экспертных оценок. Методика опроса позволила выявить статусы сестер в глазах больных по критерию положительного или отрицательного отношения друг к другу. При этом наивысшим статусом обладала та сестра, которая получила наибольшее количество положительных выборов. Выявленные статусы сестер сопоставлялись с рядом их характеристик, которые были условно разделены на 2 группы: производственные и личностные. По каждой из этих характеристик обследуемые сестры были проанжированы сотрудником отделения, который был признан наиболее компетентным экспертом. Исследовательскими процеду-

рами были охвачены больные с различными формами психических заболеваний и сменные медицинские сестры отделения. Результаты исследований показали, что из всего многообразия социально-психологических характеристик сестер наиболее тесно связаны с их статусами среди больных те характеристики, которые определяют собственно реабилитационные качества среднего медицинского персонала. Особый интерес представляет наличие статистически значимой связи между статусами сестер среди больных и данными специального исследования, проведенного с помощью методики определения «симпатической дистанции» [Feldes D., 1971]¹, причем сама величина «симпатической дистанции» тесно связана с удовлетворенностью сестер работой. Это свидетельствует о том, что сестра испытывает тем больше удовлетворение от своей работы, чем более выражена ее положительная установка по отношению к психически больным, которые в этом случае отвечают ей тем же.

В приведенных исследованиях взаимоотношений «врач — больной» и «сестра — больной» рассматривались некоторые характеристики лишь одной стороны этих взаимоотношений — отношения больных к врачам и сестрам. Исследование другой стороны — отношения врачей и сестер к больным — было проведено нами совместно с В. М. Воловиком и другими сотрудниками также с помощью методики «симпатической дистанции» и охватило значительный контингент врачей и медсестер, работающих в психиатрических учреждениях, отличающихся различным уровнем реабилитационной направленности. Полученные в результате исследования данные [Кабанов М. М. и др., 1975] показывают, что наименьшей величиной «симпатической дистанции» (соответственно наибольшей степенью приемлемости психически больного и готовности к социальным контактам с ним) характеризуются врачи и сестры реабилитационных клиник Института им. В. М. Бехтерева, а наибольшей — врачи и медицинские сестры периферийной психиатрической больницы, характеризующейся преимущественно биологической ориентацией и недостаточным применением психосоциальных методов воздействия. Установленные в этом исследовании различия величин «симпатической дистанции» в зависимости от уровня реабилитационной направленности медицинского учреждения указывают на необходимость изменения устарелого стиля работы врачей и сестер психиатрических отделений. Основой терапевтической среды должна стать рационально и гуманистически направляемая система взаимоотношений больного с окружающими его лицами. Все лечебные (и даже многие исследовательские) мероприятия

¹ Методика определения «симпатической дистанции», разработанная в ГДР, используется нами в рамках международного научного сотрудничества Института им. В. М. Бехтерева с психиатрической клиникой Университета им. К. Маркса в г. Лейпциге. Она предназначена для измерения степени готовности к социальному контакту с психически больными.

«В нашей клинике, включая применение фармакологических препаратов, имели в той или иной степени психотерапевтическую окраску. Лечение средой, о котором идет речь, может рассматриваться как опосредованная психотерапия. Что касается психотерапии в собственном смысле этого слова, являющейся важнейшим методом реабилитационной программы, то надо отметить, что определение понятия «психотерапия» представляет сложную задачу. Его содержание до настоящего времени истолковывается по-разному представителями различных школ и направлений. Психотерапия, являясь определенной формой человеческого вмешательства и общения, может быть рассмотрена во многих аспектах [Leder-St., 1975]: 1) как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма (формулировка основана на медицинской модели); 2) как метод влияния, связанный с обучением (психологическая модель); 3) как инструмент социального контроля (социологическая модель); 4) как явление коммуникации между людьми (модель, связанная с философскими системами). В соответствии с этими положениями и решаются вопросы: зачем, для кого, кем и какими средствами, а также в рамках каких общественных и организационных структур должна осуществляться психотерапия. Исходя из медицинской модели психотерапии как процесса лечебного воздействия на психику больного или группы больных, вместе с тем надо признать, что в психотерапии объединяются лечение и, в известном смысле, воспитание человека [Мясищев В. Н., 1973].

В нынешнее время во всем мире видна отчетливая тенденция к изменению направленности психотерапии от нозоцентрической (установка на болезнь) и антропоцентрической (установка на человека) и далее — к социоцентрической (установка на связи личности с социальной средой) ориентации. Поэтому и получают сейчас все большее распространение методы психотерапии, обращенные, с одной стороны, к личности и, с другой — также и к микросреде (лечение средой, различные формы групповой психотерапии, семейная психотерапия). Таким образом, медицинская модель психотерапии дополняется положениями («моделями») психологическими и социальными. На Западе нередко противопоставляется одна модель другой — чаще всего социально-психологические концепции противостоят медицинским, но такое размежевание, как уже отмечалось, нельзя считать оправданным.

Индивидуальная психотерапевтическая работа, требующая очень много стараний, проводилась прежде всего врачами отделения, а также их помощниками, в первую очередь психологами, в какой-то мере медицинскими сестрами и другим вспомогательным персоналом. Нередко она внешне малозаметна, нелегко поддается объективному учету, и оценить ее эффективность весьма трудно, так как она практически никогда не применяется изолированно от других методов воздействия, включая общее влияние среды (психологическое и «вещевое»), медикаментозное лечение

и т. д. То же самое, впрочем, можно сказать и о других методах психо- и социотерапии, ибо никогда они не проводились и не могут проводиться — за редким исключением — отдельно, не в комплексе с другими лечебно-восстановительными воздействиями. В то же время польза применения индивидуальной психотерапии очевидна. И врачи, и больные весьма положительно оценивают ее действенность, свидетельством чему может служить то обстоятельство, что ни один из методов психосоциального воздействия не получил столь большого числа «голосов» при проведенном опросе, как метод индивидуальной психотерапии [Кабанов М. М., Мельник Е. М., 1971; Ефименко В. Л., Мельник Е. М., 1974]. Умение найти правильный «тон» в беседах с больным, завоевать его доверие и расположение, помочь разобраться в себе и своих переживаниях и поступках, установить более или менее правильные отношения с окружающими, направить должным образом «ролевое поведение», попытаться создать там, где это необходимо, новую систему ценностей¹ и многое другое — вот в чем заключается эта постоянная, часто очень тонкая работа, называемая индивидуальной психотерапией². Что касается специальных ее видов, то чаще всего использовалась так называемая рациональная психотерапия, иногда применялось внушение, реже — плацебо-эффект и еще реже — аутогенная тренировка. По своей направленности различалась седативная, активирующая и корригирующая психотерапия.

Успех проводимой психотерапии во многих случаях зависит не только от обращения к сознанию больного, но и от умения врача (или психолога) вскрыть неосознаваемые механизмы, влияющие на те или иные психические или физиологические функции или поведение больного. Требуется, в частности, способность вместе с пациентом (опять принцип партнерства) сделать минимальным разрыв между моделями ожидаемых и полученных результатов лечения [Смирнов В. М., Резникова Т. Н., 1983], точнее сделать такой разрыв, если он имеет место, менее чувствительным для больного. В этой кропотливой и упорной работе многое зависит не только от особенностей личности пациента, но и от личностных особенностей врача, его «эмпатийного потенциала», а также в ряде случаев от разработки адекватной модели ожидаемых результатов лечения, помимо больного, у его родственников (ближайшего окружения). Многолетние наблюдения, проведенные в нашей клинике, показали большое значение для прогноза заболеваний и уровня ресоциализации отношения больных к характеру своего

¹ Представляется правомерным, наряду с медицинской деонтологией (учением о должном отношении врачей и всего персонала к больному), готовить и о медицинской аксиологии (учении о ценностях — ценностных ориентациях личности больного и их коррекции в процессе ресоциализации) [Кабанов М. М., 1973].

² В литературе все больше появляется работ, подчеркивающих значение личности психотерапевта для успеха проводимого лечения [Ташлыков В. А., 1974, 1984; Николаева И. С., 1975; Betz B., 1967; Greben St., 1981].

заболевания, создания у них адекватной модели ожидаемых результатов лечения [Днепровская С. В., 1975, 1977].

Наши наблюдения показали, что в психотерапевтической работе с психически больными часто не удается «рационализировать» механизмы различных патологических проявлений «лобовой атакой». Нередко приходится оставлять нетронутыми некоторые приемы «психологической защиты», представленные в виде тех или иных моделей своего заболевания (в таких случаях иной раз дает хороший результат методика «козла отпущения», заключающаяся в поисках больным совместно с врачом приемлемых «причин» его болезненного состояния, дискомфорта). Весьма интересно с психологической точки зрения, что те виды лечебного воздействия, которые являлись общепризнанными (например, лекарственная терапия) или доставляли пациентам клиники немалое удовлетворение, хотя и не воспринимались обычно как лечение (например, режимы полного нестеснения — «открытых дверей», «частичной госпитализации»), чаще положительно ими оценивались [Кабанов М. М., Мельник Е. М., 1971; Ефименко В. Л., Мельник Е. М., 1974].

Особого внимания заслуживает групповая психотерапия. Как уже отмечалось, групповые методы психотерапевтической работы были предложены еще В. А. Гиляровским (1926)¹, но, в сущности, он и другие советские психиатры и психотерапевты ограничивали применение этих методов клиникой неврозов и пограничных состояний (да и тут они до самого последнего времени разрабатывались и применялись у нас крайне недостаточно) — разговорная групповая (или коллективная) психотерапия больных психозами в нашей стране, за редким исключением, не проводилась. В нашей клинике началось ее применение в тесном единстве с индивидуальной психотерапией, а также с другими формами группового взаимодействия (совет больных, психопедагогическая работа, занятость, лечебная физкультура и др.). При разработке методик групповой психотерапии была выбрана в качестве ведущей методика систематической работы в малой психотерапевтической группе. Если групповые методы воздействия, носящие в той или иной степени психотерапевтическую окраску («групповая терапия»²), применялись практически в отношении всех больных отделения, то групповая психотерапия в малых группах проводилась со сравнительно ограниченным числом пациентов, которых можно было разделить на 2 категории. Это больные с непрерывно-прогредиентной формой течения шизофрении (часть

¹ У лиц, страдающих алкоголизмом, впервые начал применять метод «коллективной психотерапии» В. М. Бехтерев в 1912 г. путем гипнотических внушений и разъяснений, проводимых в группах пациентов.

² Отличают «групповую терапию» (использование влияния группы при любой работе с больными — например, при занятиях лечебной физкультурой) от «групповой психотерапии», с которой сближается «семейная психотерапия». Но это разделение носит часто условный характер.

из них со сформировавшимся грубым апато-абулическим дефицитом¹⁾ и больные с различными депрессивными состояниями нешизофренического круга с затяжным течением (маниакально-депрессивный, инволюционный психозы и др.). Подробнее о клинической характеристике указанных двух категорий больных пойдет речь в следующей главе.

Групповая психотерапия больных *шизофренией* с выраженными апато-абулическими проявлениями с самого начала оказалась связанной с рядом почти непреодолимых трудностей. Группа для коллективных бесед сперва не создавалась специально для этой цели — были взяты больные, курируемые одним врачом. Однородность состава группы, включавшей обычно 7—10 человек, явилась основной трудностью при проведении бесед. Больные собирались раз в неделю. Беседа продолжалась около часа. На первых порах больные были скованны, неактивны, в обсуждении не участвовали, пассивно соглашались со всем, что говорил врач. Структура группы не намечалась, терапевтического коллектива тоже вначале не создавалось. После начальных групповых бесед больные оставались все еще разобщенными. Добиться положительных сдвигов в их поведении было трудно. Вскоре можно было прийти к выводу, что однородность группы определяла отсутствие «лидеров». Кроме того, создавалось впечатление, что необходимо несколько изменить обстановку, сделав ее как можно непринужденнее. С этой целью было решено совместить коллективные беседы с элементами совместной деятельности больных (различные занятия, развлечения, прогулки и т. д.). Беседы во время прогулок протекали живее, больные несколько растормаживались, активизировались, и впервые начали зарождаться внутригрупповые связи. Больные стали заботиться друг о друге, по возвращении с городских прогулок делились впечатлениями. С появлением подобных внутренних связей стало легче проводить коллективные беседы и в условиях отделения, в кабинете. С каждой беседой активность возрастала, постепенно преодолевалась принужденность больных. В последующем многие из них сами начинали предлагать темы обсуждения, охотно собирались на беседы.

Если вначале обсуждались темы общего порядка, касающиеся лечебного режима, течения и прогноза заболевания, трудовой терапии, занятости и т. д., то позже (приблизительно после 12—15 бесед) можно было перейти к обсуждению некоторых частных вопросов, в том числе и касающихся психопатологии (например, темой обсуждения в группе были даже галлюцинации — их природа, разумеется, в соответствующем изложении).

¹⁾ Больные шизофренией с выраженными дефектными состояниями обесценивались в основном в первые годы существования клиники. Как уже упоминалось, в настоящее время клиническая характеристика больных шизофренией и стиль групповой психотерапии изменились [Горелик Б. М., Николаева И. С., 1975; Горелик Б. М., 1977; Лукина И. С., 1980].

Обсуждению подвергались не только проблемы, связанные с заболеванием, лечением, режимом, но и вопросы взаимоотношений, быта, а также доступные темы из области литературы, искусства. Основными приемами, которые применялись во время групповой психотерапии, были: 1) групповые дискуссии; 2) метод «лечебной перспективы» (на некоторые из групповых бесед приглашались больные, выписанные из стационара, которые рассказывали о том, как трудовая деятельность помогла им справиться с болезнью); 3) совместные занятия рисованием, лепкой, музыкой, несложные трудовые процессы в отделении (например, изготовление игрушек), лечебная физкультура, спортивные игры и др.¹

В последующем в группу больных шизофренией с апато-абулическим синдромом были введены другие пациенты (в частности, с психопатоподобными и бредовыми синдромами), в результате чего была достигнута некоторая неоднородность группы. Это сразу облегчило работу². Наметились определенная групповая структура, выявились «положительные» и «отрицательные» лидеры. Беседы стали протекать более оживленно. И если вначале высказывания больных иногда носили неадекватный характер, то в дальнейших беседах неадекватные высказывания и нарушения поведения возникали реже. Выводы, которые были сделаны в первый период работы клиники [Беляева Т. В. и др., 1969] относительно методики групповой психотерапии больных шизофренией, подтвердились дальнейшими наблюдениями [Горелик Б. М., Николаева И. С., 1975; Горелик Б. М., 1977, 1982]. Они могут быть сведены к следующим положениям: 1) основные трудности связаны с комплектованием группы; 2) последняя должна быть неоднородной по составу, не следует объединять больных одной нозологической формы и тем более — одним ведущим синдромом; 3) группа должна состоять как из вновь поступающих больных, так и из достигших определенных результатов в лечении и из выздоравливающих («лечебная перспектива»); 4) при проведении групповой психотерапии следует стремиться создать непринужденную обстановку, атмосферу откровенности и взаимодоверия, что достигается не пассивными приемами психотерапии (лекции, беседы), а живой дискуссией между самими больными³.

¹ Эти приемы «групповой психотерапии» практически неотделимы от «групповой терапии» в нашем понимании.

² В дальнейшем в нашей клинике психотерапевтические группы, как правило, комплектовались из нозологически неоднородных психически больных [Горелик Б. М., 1977; Говоров Н. С., 1977; Днепровская С. В., 1977].

³ В старых работах, посвященных групповой или коллективной психотерапии (например, групповому гипнозу или разнообразной психотерапии в группе), имело место как бы множественное повторение связей «врач — больной», тогда как здесь идет речь о тонко направляемом врачом межличностном общении и взаимодействии не только (и не столько) врача и пациентов, но и больных друг с другом. При помощи такого личностного (обычно недирективного) взаимодействия достигается восстановление (укрепление) таких качеств личности, как социальность, сознательность, самостоятельность [Мясищев В. Н., 1973, 1974; Карвасарский Б. Д., 1975, 1982].

5) влияния групповой психотерапии усиливаются при сочетании ее с элементами совместной деятельности больных (различные виды занятости, игровые приемы, театрализация).

В тактике и методических приемах групповой психотерапии с больными *затяжными депрессивными состояниями* нешизофренного круга различного происхождения было много общего с описанными особенностями психотерапии больных шизофренией. Однако имелись и некоторые различия. Объединению в психотерапевтическую группу обычно предшествовали беседы врача с двумя-тремя депрессивными больными в палатах, позволившие участникам будущей психотерапевтической группы поближе познакомиться друг с другом и привыкнуть к определенному типу собеседования. Как правило, групповые беседы проводились в кабинете врача. Больным предоставлялось право свободного выбора мест. Чаще первоначально выбранные больными места сохранялись за ними при всех последующих беседах. Недалеко от врача обычно располагались лица, склонные к подчеркиванию тяжести своего состояния, больные с элементами психопатизации личности. С первых же бесед они проявляли себя как «отрицательные лидеры», в течение длительного времени сохраняя свое влияние на других больных как в период бесед, так и вне их в отделении. Групповая психотерапия проводилась в зависимости от содержания бесед то в средних по численности группах (10—12 человек), то в малых группах (5—7 человек).

Вначале беседы обычно посвящались вопросам затяжного течения депрессий, взаимоотношениям врач — больной, роли среды, труда в лечении больных. Иногда тема общей беседы возникала во время обхода в результате выяснения негативного отношения того или иного больного к лекарственным назначениям, методам исследования. Так, специальные беседы были проведены о дозировках лекарственных препаратов, об объективных показателях психического и физического состояния¹. Беседы обычно хорошо воспринимались больными, способствовали углублению контакта с врачом. Обсуждение вопросов самочувствия имело место преимущественно в малых группах. Использовались самоотчеты больных, перекрестная характеристика состояния: больным предлагалось назвать наиболее тяжелых и самых легких больных. Такая взаимная оценка состояния в известной мере корректировала жалобы и поведение ряда больных, в том числе и «отрицательных лидеров». Использовались также методы анонимного обсуждения и «лечебной перспективы». В дополнение к тем принципиальным положениям, которые были сделаны в отношении групповой психотерапии с больными шизофренией, можно отметить, что, несмотря на внешне безучастную форму поведения, пассивные депрессивные больные нередко достаточно адекватно относятся к беседам

¹ По наблюдениям С. В. Днепровской (1977), больные, обнаружившие установку на лекарственное лечение, плохо включались в групповую психотерапию.

и пытаются реализовать рекомендации общего порядка. Наименее активными в группе оказывались больные с эндогенными компонентами в структуре депрессивного состояния. Напротив, склонными к лидерству были преимущественно пациенты с преобладанием реактивно-личностных компонентов в картине депрессии; среди них встречались и лица с отрицательным отношением к проводимому психотерапевтическому лечению.

В дальнейшем нашими сотрудниками [Горелик Б. М., Николаева И. С., 1975; Горелик Б. М., 1977; Днепровская С. В., 1973, 1975, 1977; Днепровская С. В. и др., 1979, и др.] проведено усовершенствование методик групповой психотерапии больных психозами. Немало сделано в этой области сотрудниками другого психиатрического отделения Института им. В. М. Бехтерева¹. Наряду с общими положениями, свойственными и групповой психотерапии больных неврозами [Зачепиский Р. А., 1974; Карвасарский Б. Д., 1975, 1982; Исурина Г. Л., 1983], имеются, как показал опыт работы, существенные различия. В общих чертах эти различия сводятся к преобладанию эмоциональных и поведенческих аспектов групповой психотерапии в случаях ее применения психически больным в отличие от клиники неврозов, где существенное значение приобретает и интеллектуальный аспект психотерапии (осознание значения психогенных факторов и особенностей личности в возникновении патогенных конфликтов и развитии невроза как основа патогенетического метода психотерапии, разработанного В. Н. Мясищевым и его школой). Эмоциональная поддержка в группе: отреагирование и коррекция отношений, а также тренировка наиболее адекватных форм межличностного общения и социального поведения составляют главную задачу групповой психотерапии при психических заболеваниях. Так называемая эксплорационная психотерапия, направленная на вскрытие причин болезненных переживаний, должна, с нашей точки зрения, применяться крайне осторожно в психиатрической клинике. Она допустима главным образом в случаях начальных форм шизофренического процесса и при неглубоких депрессивных состояниях эндогенного круга со значительными компонентами личностной «переработки» психопатологического «материала» и факторов окружающей среды, при наличии патологических форм так называемой психологической защиты [Воловик В. М., Вид В. Д., 1975; Днепровская С. В., 1975, 1977; Днепровская С. В., Вайзе Х., 1980]. Второе существенное отличие групповой психотерапии при психозах заключается в том, что применение так называемых недирективных методов не должно исключать некоторых активных действий психотерапевта, направленных на защиту больных, характеризую-

¹ См. Методические рекомендации Минздрава СССР, подготовленные сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева (В. М. Воловик и др.); Групповая психотерапия психически больных. М., 1983.

щихся нередко фрустрационной интолерантностью. Таким образом, из трех, по S. Kratochvil (1976), ориентаций в групповой психотерапии, получивших распространение в ряде клиник нашего института, — биографической, тематической и интеракционной, — в психиатрической практике (особенно при лечении больных с достаточно выраженной психотической симптоматикой) следует уделять большее внимание первым двум¹. Требуются большое искусство и определенные личностные качества психотерапевта для того, чтобы группа «получилась» и начала спонтанно функционировать.

Способствует этой работе, по нашим наблюдениям, парная деятельность психотерапевтов, обычно врача и психолога; второго психотерапевта в литературе принято называть ко или сотерапевтом.

Как уже отмечалось, и в начале нашей работы в области групповой психотерапии, и в дальнейшем был и остается сложным вопрос о привлечении больных к групповым занятиям. Для преодоления связанных с этим трудностей использовались различные методические приемы. Один из них, например формирование первичных «пробных» групп, из которых потом отсеиваются по тем или иным причинам больные, не обладающие минимумом способности к идентификации с другими людьми и способности к принятию социальных норм [Горелик Б. М., 1977]. Другие три пути привлечения больных к групповой психотерапии описывает С. В. Днепровская (1977): назначение лечащего врача (основной), приглашение на групповые занятия кого-нибудь из больных отделения одним из членов уже сформировавшейся группы и, наконец, приход больного в группу по собственному желанию. Противопоказания к включению пациентов в группу условно разделялись ею на «психиатрические» (расторженность, наличие грубой психопатологической симптоматики, отражающейся на поведении) и «психологические» (недоброжелательное отношение к больным группы, противопоставление себя этим больным или просто отказ от подобного вида лечения). В зависимости от целого ряда обстоятельств организовывались группы, составленные из лиц одного пола или разнополые, так называемые открытые (т. е. с постоянным поступлением в действующую группу новых членов) и закрытые (т. е. создаваемые с постоянным составом на какой-то определенный срок — обычно

¹ Биографическая ориентация сосредоточивается обычно на одном из членов группы путем обсуждения (иногда замаскированного, как бы анонимного) его биографии. Группа оказывает больному поддержку, одновременно подвергая его критике. Тематическая ориентация сосредоточивается на обсуждении различных вопросов и проблем, имеющих значение для всей группы (или ее большинства). Список тем для этих бесед может быть большим (о некоторых из них уже говорилось). Интеракционная ориентация в отличие от предыдущих «направлена на групповую динамику, на то, что происходит между членами группы «здесь и теперь», на их взаимоотношения и взаимодействия в их развитии и изменении».

от 2 до 4—6 мес). Длительность группового занятия составляла 1½—2 ч, частота — 1—2 раза в неделю. По мере увеличения числа врачей (и психологов), направленно занимающихся групповой психотерапией, значительно расширился диапазон технических приемов вербальной и невербальной групповой психотерапии, у каждого психотерапевта вырабатывался свой «почерк» работы.

С накоплением опыта в работе с группами больных (а он у нас уже насчитывает более 15 лет у отдельных психотерапевтов) возникает немало новых сложных и дискуссионных проблем, на которых мы здесь не останавливаемся: они требуют специального рассмотрения¹.

Коснемся кратко и других форм групповой психотерапии, которые принято отличать от вышеописанных. Речь пойдет о семейной психотерапии, клубной деятельности, различных видах психотерапевтической работы с группой больных, которая занимается той или иной деятельностью (музыкотерапия, терапия искусством — art therapy, театрализованная психотерапия и др.), на опыте главным образом нашей клиники, а также ряда других клиник Института им. В. М. Бехтерева. Процесс реабилитации, реализуя системный подход к больному, имеет одним из основных своих принципов разносторонность условий (воздействий, мероприятий).

Это означает, что не только больной выступает как единственный объект и субъект реабилитации, но последняя должна включать в себя также и окружение больного, в котором важное место принадлежит семье.

Семья больного тем или иным образом включается в процесс реабилитации и оказывает на него значительное влияние. Характер этого влияния во многом зависит от степени понимания больного его родственниками и от установок, которые они имеют по отношению как к самому больному, так и к процессу его лечения.

Изучению этих вопросов было посвящено исследование нашей сотрудницы Л. Н. Горбуновой (1974) в родительских семьях больных шизофренией. Родители больного в ответах на вопрос об отличии образа жизни их семьи от других семей, как правило, отмечали лишь наличие тяжелых переживаний, возникавших с осознанием ими душевной болезни сына или дочери. В то же самое время было выявлено наличие конфликтных отношений и сужения круга общения у членов семьи больного,

¹ Интересующихся этими проблемами читателей отсылаем к сборникам трудов Института им. В. М. Бехтерева: «Психотерапия при нервных и психических заболеваниях», Л., 1973; «Групповая психотерапия при неврозах и психозах», Л., 1975; «Восстановительная терапия психически больных», Л., 1977; «Клинико-психологические исследования групповой психотерапии», Л., 1979; «Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях», Л., 1982.

что, однако, обычно ими отрицалось («тенденция к камуфлижу» по К. Kisker)¹.

Анализ результатов исследования семей больных лишний раз показал необходимость всестороннего (в методологическом плане — системного) подхода к больному в процессе его реабилитации, предполагающего необходимость выхода за пределы больничной среды, включая применение так называемой «семейной психотерапии». Этот термин был предложен примерно 25 лет назад и с тех пор получил большое распространение за рубежом (см. обзорные работы В. М. Воловика, 1973; В. К. Мягер и Т. М. Мишиной, 1973). Интерес к семейным исследованиям и семейной психотерапии проявила ВОЗ². В нашей стране вопросы семейной психотерапии разрабатываются главным образом сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева³. Сторонники «семейной психотерапии» на Западе исходят в основном из психоаналитических и близких к ним теоретических концепций, развивая положение о «семейном диагнозе»⁴, где семья, по существу, рассматривается как «больное сообщество». Мы стоим на иных позициях, имеющих целью не лечение семьи, а лечение больного с участием семьи в психотерапевтическом процессе. Объединение членов семьи при этом происходит вокруг единой цели — коррекции сложившихся неадекватных отношений (разумеется, при этом не исключается использование неосознаваемых психических процессов). Так же, как и при любом виде психотерапии, здесь используются механизмы осознания, отреагирования и в меньшей степени — внушения. Как правильно указывает В. М. Воловик (1973), семейная психотерапия подразумевает «систему методов направленного изменения совокупных и взаимосвязанных отношений, складывающихся в семье и обнаруживающих значимую связь с болезнью, лечением и социальным восстановлением больного». Рассматривая семью как «основанную на браке и родстве малую социальную группу, члены которой заинтересованы в совместном проживании

¹ Работы, проведенные в отделении внебольничной психиатрии Института им. В. М. Бехтерева, показали также, что в большинстве исследованных семей больных с начальными проявлениями медленно развивающейся шизофрении выявлены расстройства семейных отношений. Это выражалось в нарушении взаимопонимания и нормального взаимодействия между членами семьи [Воловик В. М., 1973; Черниловская И. М., 1973; Черниловская И. М., Костерева В. Я., 1973; Воловик В. М. и др., 1978]. Нарушения семейных отношений у подростков, страдающих шизофренией, а также различными формами психопатий и психопатоподобными состояниями, выявлены в отделении подростковой психиатрии Института им. В. М. Бехтерева Э. Г. Эйдемиллером (1973, 1978).

² Семейная психиатрия и проблемы психогигиены в Европе Тетради общественного здравоохранения. № 28, изд. ВОЗ, Женева, 1966.

³ См. сборник трудов Института им. В. М. Бехтерева «Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях». Л., 1978.

⁴ «Под семейным диагнозом понимается попытка типологизации супружеских или семейных расстройств, включающая типы взаимодействия и типы взаимодополнения, способы разрешения конфликтов, способность к адаптации к семейным ролям и к росту во внутрисемейных отношениях» [Мягер В. К., 1974].

и взаимопомощи» [Харчев А. Г., 1968], надо считать семейную психотерапию, т. е. лечение методом психологической коррекции сложившихся внутри семьи неправильных взаимоотношений, влияющих или могущих повлиять на те или иные проявления болезни, одним из видов групповой психотерапии¹. Хотя очень многие вопросы групповой и семейной психотерапии еще не разработаны, особенно в методологическом плане, это не должно мешать их применению в лечебно-восстановительной практике.

В реабилитационной клинике Института им. В. М. Бехтерева первые шаги в области семейной психотерапии (супружеские семьи) психически больных (с затяжными депрессивными состояниями) были сделаны С. В. Днепровской (1971). Затем соответствующие исследования выполнены психологом Л. Н. Горбуновой (1974) совместно с психиатром Э. В. Варламовым [Варламов Э. В., Горбунова Л. Н., 1977; Горбунова Л. Н. и др., 1980] в родительских семьях больных шизофренией. В результате применения различных методов групповой психотерапии, проводимой обоими психотерапевтами, использовавшими данные предварительных исследований характера взаимоотношений в семьях своих пациентов, удалось психологической коррекцией этих отношений добиться их улучшения в большинстве семей. Это благоприятно отразилось на психическом состоянии пациентов. Улучшение взаимоотношений в родительских семьях больных шизофренией входило в общий комплекс лечебно-восстановительных мероприятий и способствовало ресоциализации больных. Более подробный анализ результатов исследования семьи см. в гл. 7.

Большое значение среди форм и методов лечебно-восстановительной работы имеет так называемое лечение занятостью, научному изучению которого, в отличие от трудовой терапии, в нашей стране до последнего времени не уделялось должного внимания. Четких границ между лечением занятостью и лечением трудом (т. е. трудовой терапией) не существует, ибо труд — это тоже «занятость». Однако и у нас, и за рубежом различают на практике эти важные виды психосоциальных лечебных воздействий [Греблиовский М. Я., 1966; Рубинова Ф. С., 1971; Гарнис В. А., 1973; Суворова Н. К., 1982; Weise K., 1966; Harflinger H., 1974]. От терапии занятостью в самой общей форме трудовая терапия отличается тем, что предусматривает контролируемое врачами участие больного в трудовых процессах, имеющих (или могущих иметь) профессиональный характер. Иначе говоря, при трудовой терапии имеет место побуждение больного разными способами к регулярной производственной деятельности в обществе. Перед больным ставятся задачи восстановления прежних профессиональных навыков или обучения новым.

¹ Различные формы и методы групповой психотерапии, включая семейную, можно рассматривать как лечебный фактор общения, направляемого и контролируемого врачом (психологом), как «лечение общением» [Кабанов М. М., 1976].

Терапия занятостью таких задач не ставит — здесь имеется в виду реализация индивидуальных интересов и склонностей не обязательно профессионального характера, проявляющаяся в самых разнообразных формах и зачастую носящая познавательный или развлекательный характер. При этом основное значение имеет эстетическое содержание деятельности. Существует, конечно, множество переходов между этими важными формами «лечения деятельностью», сочетающейся, как правило, с тем, что мы называем «лечением общением». То, что можно сегодня назвать непрофессиональной занятостью, завтра может превратиться в трудовую потребность. Например, печатание на пишущей машинке или художественное вышивание могут быть и тем, и другим в зависимости от особенностей личности и обстоятельств, сложившейся ситуации (для одних больных — это занятость, помогающая отвлечься от грустных дум, для других — трудовая деятельность, которая может приобрести или уже приобретает характер профессионального труда). Само собой разумеется, что принимаются во внимание и особенности клинической картины заболевания, но в ряде случаев не они определяют потенциальные возможности восстановления личного и социального статуса больного тем или иным методом, включая лечение занятостью и трудом. Часто занятость является методом привлечения больного к труду, т. е. является начальным этапом трудовой терапии [Рубинова Ф. С., 1971; Гарнис В. А., Корабельников К. В., 1975].

Обычно занятость неразрывно связана с другими формами психосоциальных воздействий. Уже говорилось, что она является составной частью лечебно-активирующего режима. Добавим, что лечение занятостью имеет также тесную связь с лечением средой и групповой терапией. В одной из своих последних работ В. Н. Мясищев (1973) высказал следующую мысль: «Принцип лечения методом психотерапии заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта». Из этого видно, как один из ведущих советских медицинских психологов и психотерапевтов на склоне лет своей жизни широко трактовал понятие «психотерапия», апеллируя к личности с ее категорией общения в процессах лечения и восстановления (реабилитации). Стимуляция социальной активности больных любыми методами, путем поощрения элементов самообслуживания, самостоятельности и даже самоуправления с учетом, конечно, преморбидных интересов и ценностных ориентаций личности, лежит в основе всех методов социотерапии. В этой связи приобретает немаловажное значение деятельность так называемых советов больных и собраний.

Преморбидные черты личности, как указывал Д. Е. Мелехов (1963), особенно важны для определения прогноза трудоспособности больных шизофренией. Это положение подтверждается выполненным в нашей клинике исследованием влияния преморбидных ценностных ориентаций личности больных на возможность их последующего вовлечения в процессы трудовой терапии

и занятости [Ефименко В. Л., 1971], что является одной из сложных задач. Проведенное сотрудниками клиники В. А. Гарнис и К. В. Корабельниковым исследование группы психически больных (преимущественно шизофренией) сосредоточивалось на выявлении преморбидных установок, склонностей и интересов, ориентированных на занятость. При этом учитывалось, что цели и формы занятости, естественно, должны соответствовать конкретной жизненной ситуации и возможностям больного. Особое значение придавалось сочетанию индивидуальных и групповых форм работы с акцентом на последние. Результаты исследования показали, что наиболее устойчивое участие больного в предлагаемых ему занятиях достигается в тех случаях, когда их содержание соответствует значимым установкам больного. Сюда, в частности, относятся: 1) укрепление личностного престижа и самооценки; 2) приобретение новых знаний и навыков, полезных в практической жизни вне больницы, в том числе способствующих возвращению к профессиональной деятельности; 3) облегчение общения в условиях коллективной деятельности. Специальное анкетирование показало, что учет этих факторов позволил увеличить количество больных, вовлеченных в занятость систематического характера, в разнообразные ее виды.

Можно условно разделить все виды занятости, как это сделала в нашей клинике В. А. Гарнис (1973), на 3 категории: 1) занятия по способностям (музыкальные занятия, изобразительное искусство, литература); 2) занятия «прикладного характера» (кружки домоводства, кулинарии, кройки и шитья, фотокружок и др.); 3) мероприятия, имеющие развлекательно-познавательный характер (беседы на различные темы, тематические литературно-музыкальные вечера, экскурсии, посещение кино, театра, вечера отдыха, танцев и др.). Эту классификацию занятости (как, впрочем, и любую другую) можно оспорить, сославшись на то, что музыкальные занятия (музыкотерапия) или занятия изобразительным искусством (арттерапия) могут с таким же успехом быть отнесены к разновидностям психотерапии [Конечный Р., Боухал Б., 1974, 1983; Кемпински А., 1975; Ploeger A., 1972] или к самостоятельным видам психосоциальных воздействий, имеющим довольно сложную структуру и механизм лечебного действия, изучением которого занимались в нашей клинике Л. С. Брусиловский (1971) и Р. Б. Хайкин (1977). Отдельные виды занятости с лечебной целью относятся к так называемому лечению развлечением [Skoda C., 1971; Kondas O., Hermanek S., 1976] или к тому, что раньше у нас называли культуротерапией [Браиловский В. В. и Бреслав А. Е., 1935; Милявский В. М., 1969]. Можно некоторые из этих видов обозначать как психопедагогические занятия. Все эти формы занятости, пронизанные в той или иной степени психотерапевтическим содержанием, называют по-разному — не в этом суть дела. Главное, чтобы они отвечали поставленным задачам ресоциализации больного, а для

этого нужны их индивидуализация и учет тех факторов, о которых уже говорилось (преморбидные особенности личности и др.). Даже занятия лечебной физкультурой и ритмикой должны в свете вышеизложенного пронизываться психотерапевтической направленностью с учетом факторов групповой динамики, т. е. социально-психологических воздействий [Бондаренко Е. И., 1971; Брусиловский Л. С., 1971].

Кстати, большое значение лечебной физкультуры и спортивных игр в деле реабилитации психически больных отмечается в имеющейся по этому вопросу отечественной и зарубежной литературе [Копшицер И. Э. и др., 1971; Merguet H., 1961; Кършутски А., 1965; Skoda C., 1971].

Психотерапевтический аспект содержится и в одной из основных форм реабилитации психически больных — трудовой терапии в собственном смысле этого слова (уже упоминалось, что некоторые психиатры даже сводят, по существу, реабилитацию к трудовому лечению с последующим трудоустройством, что, повторяем, свидетельствует об упрощенном взгляде на этот сложный процесс — «систему деятельности»). Исследования, проведенные в Институте им. В. М. Бехтерева в области изучения трудовой терапии — этого чисто человеческого метода лечебной активации, по выражению В. Н. Мясищева, показали огромное значение психотерапевтических факторов в лечении трудом. В нашей клинике использовались труд в отделении и труд в специализированных лечебных мастерских, многие годы существующих при Институте им. В. М. Бехтерева. Подавляющее большинство больных реабилитационной клиники предпочитали какую-либо деятельность в отделении (включались в различные формы занятости). Отдельные больные привлекались к канцелярской работе, к переводам с иностранных языков, библиотечной работе и т. п. Были случаи, когда находящиеся в клинике на излечении больные-медики использовались по специальности, разумеется, очень осторожно и под контролем наших врачей. Возможности так называемого четвертого режима (режима «частичной госпитализации», т. е. некруглосуточного пребывания больного в стационаре) позволяли привлекать часть больных к различным видам учебной или производственной деятельности вне отделения в тех или иных учреждениях (предприятиях). Эта форма привлечения больных к привычному труду в коллективе здоровых людей — при умелом применении «поддерживающей» психотерапии (психологической коррекции системы отношений¹) и при наличии соответствующего понимания и поддержки со стороны членов семьи больного и производственного коллектива, что является весьма нелегкой задачей, — служит наиболее

¹ Нелишне напомнить, что в необходимых случаях больные получали курсовое и поддерживающее лечение лекарственными препаратами (чаще всего психотропными средствами).

адекватной формой ресоциализации психически больных, длительное время находящихся в стационаре.

Конечно, вовлечение больных в трудовую деятельность в привычной для них обстановке коллектива здоровых людей встречает много трудностей и далеко не всегда может быть осуществлено по ряду соображений, среди которых порой существенное место занимает тяжесть (или неустойчивость) клинического состояния. Но в принципе это как бы растворение больного в здоровом коллективе является, при наличии подходящих условий, наиболее благоприятным путем реабилитации больных на завершающем этапе. Такой путь реабилитации представляет собой как бы разновидность «промышленной реабилитации» в ее деинституционализированной форме. Промышленная же реабилитация в институционализированных формах (т. е. трудоустройство больных в специально организуемые цеха или участки с «охраняемым» трудом) получает у нас достаточное признание. В последнее время ставится вопрос о целесообразности упразднения ЛТМ, предлагается взамен их создание на базе бывших лечебных мастерских цехов промышленных предприятий [Лифшиц А. Е., Арзамасцев Ю. Н., 1975]. Эта форма «промышленной реабилитации» заслуживает самого серьезного внимания и поддержки. Сходные идеи стали высказывать сейчас и другие авторы [Андреев В. Г., 1976]. Создаваемые у нас в стране различные формы «промышленной реабилитации» свидетельствуют о растущем интересе к делу подлинной реабилитации психически больных. Особое значение и наибольшие перспективы промышленная реабилитация получает в общей системе психиатрической помощи, ориентированной на реабилитацию¹.

Весьма существенным для больных преимущественно с выраженными формами психических расстройств, грубыми дефектами психики, а также с менее выраженной психотической симптоматикой, но не имеющих родственников, долгое время оторванных в силу болезни от реальной жизни, является создание общежитий, где проживающие там лица могут заниматься общественно полезной деятельностью — на промышленном производстве или в сельском хозяйстве [Марьянич Р. Я., 1974; Петров М. И., 1975; Гладышев А. С., 1976; Бажин Е. Ф. и др., 1979; Лифшиц А. Е., 1982; Burian R., 1981]. Для многолетних «обитателей» психиатрических больниц организация таких общежитий с обязательным привлечением больных к труду является важным и неотложным делом. Но главное внимание врачей-психиатров должно быть направлено, как справедливо отмечает Л. И. Круглова (1976, 1981, 1982), на так называемую первичную и вторичную промышленную реабилитацию психически больных, проживающих дома и находя-

¹ См. сборник трудов Института им. В. М. Бехтерева «Организация и практика трудовой терапии в психиатрии и неврологии» (ред. Б. Б. Малахов и др.). Л., 1982.

щихся на диспансерном учете, — в условиях обычных промышленных предприятий. Не меньшую актуальность имеет соответствующая работа (организационная, клиническая, медико-психологическая, социальная) врачей-психиатров и их помощников в деле реабилитации психически больных студентов высших и средних специальных учебных заведений. Э. Г. Кельмишкейт (1977), например, ставит вопрос о «безотлагательном» открытии в студенческих поликлиниках психогигиенических кабинетов. З. Н. Серебрякова в ряде работ (1971, 1974) подчеркивает, что следует учитывать относительность нетрудоспособности психически больных (шизофренией и другими заболеваниями, характеризующимися затяжным течением), которая обусловлена не только самой болезнью, но и «отношением больного к окружающей действительности». О последнем обстоятельстве пишет также Л. И. Круглова (1976), говоря о значительных трудностях, возникающих у многих психически больных при попытках привлечения их к труду в условиях лечебно-трудовых мастерских (особенно это относится к лицам с высшим образованием, которые нередко испытывают неприязнь к примитивным видам труда, предлагаемым чаще всего в ЛТМ).

Нельзя не согласиться с Ю. Я. Бутневым и Б. Б. Малаховым (1976), отмечающими полезность для работы больных в ЛТМ правильного подбора видов труда, их разнообразия, причем авторы подчеркивают важность «эмоциональной насыщенности» и «социальной значимости» лечебного труда, необходимости его приближения к обычным производственным условиям. При исследовании этими авторами 190 больных шизофренией, получавших лечение трудом в Лечебно-производственном комбинате Института им. В. М. Бехтерева, выяснилось, что устойчивость трудовых установок повышается на протяжении пребывания больных в лечебных мастерских. Она достигает 80 % к десятилетнему сроку работы в них. В то же время указываются сроки пребывания в мастерских первично туда поступивших больных, максимально допустимые с точки зрения авторов. Они предполагают, что в среднем после двух лет амбулаторной трудовой терапии в психическом состоянии больных шизофренией наступают такие изменения, которые позволяют произвести их «размежевание»: одна их часть может переводиться на дальнейшие ступени трудовой терапии, т. е. трудоустраиваться на промышленные предприятия («промышленная реабилитация»), другая часть больных остается в ЛТМ, где максимально используется в дальнейшем их остаточная трудоспособность. Л. И. Круглова (1976), анализируя опыт трудовой деятельности 150 больных шизофренией в ЛТМ одного из ленинградских психоневрологических диспансеров, считает достаточной продолжительность работы 1 год для больных с реальной перспективой возвращения к прежней профессиональной работе. Следует учесть, что Л. И. Круглова, с одной стороны, и Ю. Я. Бутнев и Б. Б. Малахов — с другой, исследовали разные контингенты

больных шизофренией (у последних больные были более хронизированны), чем, вероятно, и можно объяснить разные сроки, максимально допустимые для лечения больных трудом в ЛТМ разными авторами.

В целом, подводя некоторые итоги организационно-методическим вопросам трудового лечения, следует прийти к выводу, что могут и должны быть применены в деле реабилитации психически больных самые различные формы: от организации разнообразных видов занятий и трудовых процессов в стационаре до рационально направленного трудоустройства больных на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве¹. Надо еще раз подчеркнуть одно чрезвычайно важное обстоятельство — необходимость сочетанного применения трудовой терапии и психотерапии. Порой решающим в реабилитации фактором является умение врача, психолога (всего персонала, родственников больного, даже других больных) изменить отношение пациента к труду, к различным социально-психологическим аспектам, связанным с трудовой деятельностью.

Особенно это важно (и трудно!), когда имеет место наметавшееся или уже вполне наметившееся снижение трудовой квалификации больного. Здесь огромное значение приобретает коррекция врачом или (и) психологом так называемого уровня притязаний и уже упоминавшихся моделей ожидаемых и полученных результатов лечения. Лишенное «психотерапевтической окраски» лечение занятостью и трудом, как, впрочем, и все остальные виды лечения (включая медикаментозное и лечебную физкультуру), не дает должного «коэффициента полезного действия», о чем свидетельствуют результаты наших собственных исследований и данные литературы.

При изложении форм и методов лечебно-восстановительной работы так много уделялось внимания вопросам организации дифференцированных лечебных режимов, потому что они являются основным стержнем, вокруг которого «вертятся» все остальные реабилитационные мероприятия. Наличие ступенчатых дифференцированных лечебных режимов (и одновременно режимов наблюдения) дает возможность проведения всех трех последовательных этапов реабилитации уже в стационарных условиях. Многолетний опыт работы с этими режимами говорит о целесообразности их применения в широкой практике и, повторим еще раз, при обязательном условии — достаточной подготовки всего медицинского персонала.

Без перестройки прежде всего психологии персонала, стиля его работы (в первую очередь отношения к психически больным)

¹ См. Методические рекомендации Минздрава РСФСР, подготовленные сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева: Л. И. Круглова, Промышленная реабилитация психически больных в условиях психоневрологического диспансера. Л., 1978. Е. Ф. Бажин и А. С. Гладышев, Восстановительное лечение больных с затяжным течением психозов. Л., 1979.

реабилитационная деятельность выхолащивается и лишается должной эффективности¹.

Однако очевидно, что работа по реабилитации не может быть исчерпана только периодом пребывания больного в стационаре, как бы хорошо она там ни была организована. Режимы «открытых дверей» и «частичной госпитализации» лишь способствуют ресоциализации больных, содействуя бытовому и трудовому устройству, а также изменению отношения к психически больным в обществе. Но они не могут заменить всей системы внебольничной помощи, основным элементом которой является диспансеризация, осуществляемая психоневрологическими диспансерами и кабинетами. При проведении восстановительного лечения в стационаре надо учитывать важное обстоятельство, с которым приходится в последнее время встречаться все чаще. Оно касается появления у ряда больных состояния психологической отгороженности от внешнего мира, связанного со сложившимися неблагоприятными условиями (семейными, материальными и др.), за пределами психиатрического учреждения и усугубляемого искусственной («оранжерейной») средой в больнице, что, как указывалось, названо нами «неогоспитализмом»² [Кабанов М. М., 1973].

Госпитализм и неогоспитализм являются, таким образом, близкими проявлениями (можно сказать, разными сторонами) так называемого институционализма. Напомним, что госпитализм — это то, что возникает в среде того или иного учреждения, бедного социальными стимулами, а неогоспитализм — то, что возникает в результате «передержки» больного в учреждении с несколько «однобокой» социальной стимуляцией пациента (например, в сторону большего вовлечения в импонирующие ему формы занятости, при отсутствии должных побуждений к профессионально ориентированной деятельности). Институционализм, как говорит сам термин, в его различных проявлениях может встречаться в самых разнообразных лечебных учреждениях, например в ЛТМ психоневрологических диспансеров. Л. И. Круглова (1976) пишет о тех больших трудностях, которые возникают в лечебных мастерских при длительном пребывании в них «на искусственно заниженном уровне трудовой деятельности» определенных категорий больных, нуждающихся в переводе на обычное производство. Различные формы институционализма представляют в настоящее время явление, с которыми все чаще приходится сталкиваться врачам, психологам и другим специалистам, занимающимся реабилитацией. Исследования, проведен-

¹ Дифференцированные лечебные режимы, как и некоторые другие положения восстановительного лечения и реабилитации психически больных, находят сейчас широкое применение и в неврологической клинике [Демиденко Т. Д., 1976, 1982; Громов С. А. и др., 1980; Савченко Ю. С., 1982; Богат З. И. и др., 1982].

² Термин «неогоспитализм», возможно, не совсем удачен, так как и в далеком прошлом в некоторых лечебных учреждениях с тепличной обстановкой имели место подобные проявления отгороженности больных от внешнего мира.

ные в нашей клинике, в частности К. В. Корабельниковым (1971, 1976), выявили в общей массе психопатологических проявлений у хронических психически больных, главным образом шизофренией, удельный вес той симптоматики, которая в большей степени связана с проявлениями госпитализма, обусловленными неблагоприятными воздействиями окружающей среды.

Важнейшей формой организации психиатрической помощи, способствующей профилактике госпитализма, борьбе с ним и в целом восстановительному лечению и дальнейшим этапам реабилитации, являются дневные и ночные стационары. При создании первых в Ленинграде дневных стационаров мы обратили внимание на перспективы их развития как учреждений «частичной госпитализации» [Кабанов М. М. и др., 1965]. С тех пор дневные стационары в нашей стране получили дальнейшее развитие (в гораздо меньшей степени, к сожалению, ночные стационары), их структура и функции изменились и наполнились новым содержанием¹. Однако до сих пор даже в пределах одного и того же города дневные стационары, несмотря на сходство условий работы, существенно отличаются по характеру своей деятельности. Об этом свидетельствует, в частности, специально проведенное В. М. Воловиком и А. П. Коцюбинским (1973) изучение работы дневных стационаров Ленинграда. Выяснилось, что все они, существующие при психоневрологических диспансерах, могли быть разделены на 2 группы: одни выполняли активные лечебные функции, другие в основном дублировали деятельность ЛТМ (кстати, подобного рода функции дневных стационаров преобладали в прошлом в стране, что имело смысл до реорганизации деятельности ЛТМ в 1964 г., приблизившей их функции к лечебным, — расширение медикаментозного лечения, введение бесплатного питания и др.). В исследовании этих авторов достаточно убедительно показана роль дневных стационаров (особенно тех, где была развернута активная лечебно-восстановительная работа) в снижении уровня госпитализации в психиатрические больницы. Так, в диспансерах с активно действующими дневными стационарами показатель госпитализации был наименьшим (28,77 % к числу учтенных больных), а в диспансерах, которые не имели в своей структуре дневного стационара, этот показатель был большим (39,2 %, $p < 0,001$). Другими исследователями [Сухаребский Л. М., 1959; Красик Е. Д., 1968; Зайцев Д. А., Мазур М. А., 1982] также показана роль дневных стационаров лечебного типа в снижении потребности в коечном фонде. Следует еще сказать, что при надлежащей перестройке работы в ЛТМ — усилении их лечебных функций — также имеет место значительное снижение повторных поступлений

¹ См. методические рекомендации Минздрава СССР и РСФСР «Формы и методы работы дневных стационаров». М., 1979; «Организация работы дневных стационаров при ранней реабилитации психически больных». Л., 1981.

больных в психиатрическую больницу. Так, по данным М. Н. Владимировой (1974), активная лечебно-восстановительная работа ЛТМ в рамках так называемого восстановительного внебольничного реабилитационного центра при Рязанском областном психоневрологическом диспансере (центр состоит из дневного стационара на 70 мест, ночного профилактория на 30 мест и мастерских на 200 мест) позволила сократить число регоспитализаций больных почти в 3 раза. Дневные стационары имеют ряд преимуществ перед психиатрической больницей, о чем уже было сказано. Для больных с той или иной степенью сохранности трудоспособности и социальной активности В. М. Воловик и соавт.¹ предлагают разработанные ими показания и противопоказания к приему в полустационарные учреждения, выдвигая основные принципы их работы. Так же, как и в стационарах, в учреждениях полустационарного типа должны применяться различные варианты лечебных режимов. В период начальной организации дневных стационаров в Ленинграде нами были разработаны 2 лечебных режима для пациентов этих учреждений [Кабанов М. М. и др., 1965].

В настоящее время система дифференцированных лечебных режимов в полустационарах получила дальнейшее развитие; например в отделении внебольничной психиатрии Института им. В. М. Бехтерева (табл. 1).

Таблица 1

Дифференцированная система лечебных режимов,
применяемых в отделении внебольничной психиатрии
Института им. В. М. Бехтерева

Режим пребывания	Режим наблюдения	Лечебный режим
Дневной стационар «Продленного дня» Ночной стационар «Частичной недели» или «неполного дня»	Дифференциро- ванного наблю- дения Амбулаторный	Шадающий Обычной актив- ности Активирующий

В последние годы в Институте им. В. М. Бехтерева ведутся поиски новых форм частичной госпитализации больных нервными и психическими заболеваниями. Одной из таких форм является так называемый воскресный стационар (точнее, стационарирование на конец недели), который, по примеру чехословацкого психиатра и психотерапевта М. Hausner (1976), был создан в отделении эпилепсии Института им. В. М. Бехтерева [Курпатов И. В., 1977]. Реабилитационную направленность все в большей степени приобретает деятельность участковых психиатров психоневрологи-

¹ Воловик В. М., Зеневич Г. В., Колтун Л. В., Коцюбинский А. П. Дневные и ночные стационары как центры частичной госпитализации психически больных. — В кн.: Организация психоневрологической помощи городскому населению. Л., 1976.

ческих диспансеров. Об этой работе написано пока еще сравнительно мало [Хвиливицкий Т. Я. и др., 1969; Бреслав Э. А. и др., 1969; Бреслав Э. А. и др., 1974; Мазур М. А., Гольдфельд З. И., 1982]. Между тем именно работа на врачебном участке психоневрологического диспансера, а также в поликлинике общего типа и в заводской амбулатории (при консультативном участии врача-психиатра) является основой реабилитационной деятельности, понимаемой в широком профилактическом плане.

Реабилитация психически больных во внебольничных (экстрамуральных) условиях наиболее целесообразна при коренном преобразовании деятельности психоневрологического диспансера (районного, городского, областного). В нашей стране одними из первых внебольничных учреждений, ставших, по существу, центрами по восстановлению психического здоровья, явились районные психоневрологические диспансеры г. Ленинграда и областной психоневрологический диспансер в г. Рязани. В печати более широко освещен опыт работы по реабилитации психически больных психоневрологического диспансера Московского района Ленинграда, который на протяжении многих лет является экспериментальной базой Института им. В. М. Бехтерева. В структуру этого диспансера входят 8 кабинетов участковых психиатров (на каждом участке от 600 до 800 психически больных, состоящих на динамическом учете, предложенном еще в 30-х годах Г. В. Зеневичем и усовершенствованном за последние годы¹), и ряд специализированных кабинетов: психотерапевтический, наркологический и др. Помимо этих врачебных кабинетов, имеются кабинет социальной помощи, где работают опекунский совет и юрист, а также кабинет психолога. Большинство больных диспансера (примерно 70 %) посещают врача сами, согласно устанавливаемым системой динамического учета срокам, остальные посещаются на дому в эти же сроки врачом или медицинской сестрой. Соотношение посещений больных врачами и медицинскими сестрами составляет 1:3 [Беляев В. П. и др., 1976].

В состав восстановительного центра этого психоневрологического диспансера входят: ЛТМ на 400 мест со специализированными цехами, включая надомный цех и цех для детей с выраженными нарушениями психики (последний обслуживает в какой-то степени и другие районы города), дневной стационар на 100 мест и ночной стационар (ночной профилакторий) на 20 мест, а также городской дневной стационар для детей, страдающих «пограничными состояниями». На протяжении многих лет здесь функционирует клуб психически больных. Работа психоневрологического диспансера Московского района, являющегося,

¹ Выделяется 7 групп динамического учета в зависимости от состояния больного и применяемого лечения (см. описание в работах Т. Я. Хвиливицкого и др., 1969; Э. А. Бреслава и соавт., 1973; В. П. Беляева и соавт., 1976)

по сути дела, школой передового опыта, служит моделью для развертывания аналогичной деятельности в других диспансерах. Сходный стиль работы имеют сейчас внебольничные реабилитационные центры в Москве, Ленинграде и ряде других городов, в частности реабилитационный центр при Рязанском областном психоневрологическом диспансере. В Томске с 1972 г. существует реабилитационный центр, насчитывающий 7 секторов, включая сектор внебольничной реабилитации¹.

В 1966—1967 гг. Л. Р. Капланом (1971) в психоневрологическом диспансере Московского района Ленинграда было проведено под нашим руководством специальное исследование, показавшее значительную эффективность реабилитационного подхода в системе лечения больных шизофренией. В дальнейшем в серии других экспериментальных исследований показаны преимущества лечебно-восстановительной работы врачей тех участков, которые обслуживали только психически больных, по сравнению с участковыми психиатрами, занимающимися лечебно-восстановительной работой со всеми больными (психически больные плюс лица, страдающие алкоголизмом, неврозами и другими «пограничными состояниями»), проживающими на их участках. Врачей первой группы освобождали от пациентов, страдающих различными «пограничными состояниями», которые были переданы для лечения врачам специализированных кабинетов (психотерапевтического, наркологического и др.). Врачи этих кабинетов, естественно, смогли оказывать более квалифицированную помощь своим пациентам, а участковые психиатры, занятые только больными с психотическими проявлениями, улучшили качество лечебной и реабилитационной работы за счет большей концентрации усилий на привычном для них деле, требующем определенного стиля работы, который постоянно совершенствовался. Выяснилось, что у психиатров, обслуживающих на участке только психически больных, количество госпитализаций сократилось на 20 %, значительно выросло число встреч медицинского персонала с каждым больным, состоящим на учете: до 14—16 в год вместо прежних 7—8.

Надо согласиться с В. П. Беляевым и соавт. (1976), у которых заимствованы вышеприведенные цифры, что радикальное решение вопроса об улучшении реабилитационной работы во внебольничных условиях (и добавим от себя — не только внебольничных) может быть осуществлено в широких масштабах только с учетом характера этой работы при определении нагрузки врача (в настоящее время нагрузка врача психоневрологического диспансера или кабинета измеряется в основном только числом амбулаторных приемов и посещений больных на дому). Но дело тут не

¹ Структура и опыт работы этого центра описаны в методических рекомендациях (составители — Е. Д. Красик, М. И. Петров, П. П. Балашов). Томск, 1980.

только в отсутствии должных «реабилитационных показателей». В специально проведенных польскими авторами [Dąbrowski S. и Sek H., 1974] исследованиях врачей и психологов (применялись анонимные анкеты) были выявлены факторы, затрудняющие введение новых форм лечения и реабилитации психически больных. К этим факторам, заслуживающим самого серьезного внимания, относятся: отсутствие соответствующих знаний, старые привычки, традиционное мышление, отрицательное отношение к новым переменам, сопротивление, боязнь потери позиции и боязнь ответственности.

Для преодоления этих факторов нужны ломка устаревших представлений о психически больных, изменение системы подготовки кадров, о чем в последнее время пишут и в нашей стране [Кабанов М. М., Зачепицкий Р. А., 1983]. Следует уже сейчас подумать об отборе студентов в медицинские высшие и средние учебные заведения не только по обнаруженным ими во время экзаменов или собеседований тем или иным знаниям, но и по определенным психологическим особенностям абитуриентов (в первую очередь с учетом наличия способности к эмпатии). Такого же мнения придерживаются и некоторые другие исследователи. Например, D. Light (1975) считает необходимым проводить отбор в вузы в 2 этапа — вначале по результатам вступительных экзаменов, затем — по психологическим тестам, после чего окончательное решение принимается в ходе собеседования.

Далее, сам процесс подготовки специалистов-психиатров, мягко говоря, заслуживает большого внимания и нуждается в перестройке. Помимо ничтожного количества учебных часов (лекций и практических занятий), отведенных на психиатрию, неоправданно мало отведено времени также на преподавание медицинской психологии. Организация преподавания психиатрии и медицинской психологии, которые фактически объединяют, хотя это и разные дисциплины, нуждается в совершенствовании. Их объединение является вынужденным из-за отсутствия должного числа подготовленных преподавателей медицинской психологии, а потому считается, что с этим лучше справятся психиатры, которые, однако, зачастую превращают занятия по медицинской психологии, по сути, в пропедевтику психиатрии. Но задачи подготовки врачей в свете излагаемых в настоящей книге положений гораздо шире и сложнее. Видимо, надо подумать о курсе общих вопросов реабилитации («общей реабилитологии»), который, может быть, следует читать на одной из кафедр терапии, скорее всего — пропедевтики. Кроме того, каждая медицинская специальность, каждая клиническая кафедра (терапии, хирургия, акушерства и гинекологии, нервных болезней и др.) должна иметь возможность в рамках своего предмета освещать соответствующие аспекты реабилитации (с учетом психологических и нейрофизиологических особенностей, свойственных боль-

ным с теми или иными заболеваниями). Пока реабилитация в учебных программах медицинских вузов чаще всего понимается как своего рода усовершенствованная физиотерапия или протезирование с последующим трудоустройством, нередко как оптимизация лечения. К сожалению, упрощенное понимание реабилитации еще довольно распространено¹. Реабилитация психически больных не может рассматриваться изолированно от реабилитации больных (и инвалидов) другими заболеваниями.

Нуждается в пересмотре традиционная система преподавания психиатрии. Она, по существу, изолирована от соматической клиники (даже психиатрические больницы, на базе которых до сих пор в основном ведется преподавание психиатрии, — что тоже устарело, ибо основная масса психически больных уже давно «стала экстрамуральной», — находятся где-то поодаль от соматических больниц и живут замкнутым мирком), а психиатрия недостаточно связана с социальной гигиеной, социологией, общей, социальной и даже медицинской психологией). Р. Randels и соавт. (1976) провели сравнительное исследование, с одной стороны, системы индивидуального самостоятельного изучения психиатрии студентами, с другой — традиционных лекционных методов преподавания психиатрии. Авторы решительно утверждают преимущества индивидуального обучения. Вряд ли можно, по ряду соображений, согласиться с подобным выводом, но несомненно, что большая индивидуализация учебных программ заслуживает самого серьезного внимания. Преподавание психиатрии в психиатрических отделениях, расположенных в соматических больницах, в психоневрологических диспансерах с полустационарами, лечебно-трудовыми мастерскими, в поликлиниках общего профиля, где существуют психиатрические или психотерапевтические кабинеты, имеет огромное значение в воспитании будущего врача-интерниста и его коллеги — врача-психиатра. Слишком еще разделены до сих пор внутренняя медицина и психиатрия.

Специфика психиатрии должна не только не отгораживать ее от других медицинских дисциплин, а приближать их к себе через связь с психологическими и социальными науками на основе материалистической диалектики с ее принципами историзма и системности. Только при этих условиях можно рассчитывать на более радикальное положительное изменение отношения к психиатрии как медицинской специальности и к ее пациентам — психически больным людям. Интересное исследование было проведено А. Mezey и I. Syed (1975), которые нашли, что к психически больным было лучше отношение со стороны окружающих в

¹ В США, например, уже много лет выходит журнал «Physical Medicine and Rehabilitation». Название издания говорит само за себя. Сложные исторически обусловленные связи концепции реабилитации и физической медицины освещены С. Б. Семичовым (1973)

больницах общего типа (чем в психиатрических). Громадное значение отношения к психически больным в деле реабилитации, в частности, хорошо продемонстрировали томские психиатры в своих работах, посвященных реабилитации больных в промышленности и сельском хозяйстве [Красик Е. Д. и др., 1974, 1980].

Напомним, что результаты проведенного в 1973 — 1975 гг. сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева исследования отношений к психически больным различных профессиональных групп в связи с задачами реабилитации позволили прийти к выводу, что готовность к социальному контакту с психически больными, отражая уровень «психиатрической культуры», практический клинический опыт и свойственные данной профессиональной группе установки и представления, может направленно изменяться и достигает максимума у людей, занятых практической реабилитационной психиатрической работой (в частности, в специализированных реабилитационных клиниках). На то же указывают и результаты таких же исследований, выполненных нами в СССР и нашими коллегами в ГДР [Feldes D. и др., 1976] в сходных психиатрических учреждениях. Это свидетельствует в пользу надежности (валидности) применявшейся совместно методики исследования («симпатической дистанции») для изучения отношения к психически больным.

ГЛАВА 5

МЕТОДИЧЕСКИЙ АППАРАТ И МАТЕРИАЛ ПРОВЕДЕННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Задача научной разработки и оценки эффективности реабилитационных программ исключительно сложна, и многие вообще подвергают сомнению возможность ее разрешения. Однако попытки дать оценку той или иной реабилитационной программе делаются довольно часто, о чем свидетельствуют данные, приведенные в гл. 2. Традиционная система оценки эффективности любой лечебной программы в психиатрической клинике перестает теперь удовлетворять и ученых, и практических врачей. В самом деле, такие общепринятые критерии, как исчезновение (а зачастую невозможность обнаружения) той или иной психопатологической симптоматики или выписка из психиатрической больницы, повторная госпитализация и т. п., не всегда свидетельствуют об улучшении (или ухудшении) психического состояния. Психопатологическая симптоматика может «исчезнуть» в связи с диссимуляцией, а выписка или регоспитализация — целиком зависеть от социальных факторов (например, от соответствующей позиции родственников больного). Это обстоятельство давно было замечено психиатрами. В нашей литературе, в частности, неоднократно подчеркивалось значение не только клинической,

но и социально-трудовой оценки терапевтических или спонтанных ремиссий у психически больных [Мелехов Д. Е., 1963; Зеневич Г. В., 1966, 1983].

Известная всем советским психиатрам классификация ремиссий у больных шизофренией М. Я. Серейского основана именно на этом принципе — учете клинического улучшения в сочетании со степенью социально-трудовой адаптации. Однако оценка состояния больного по Серейскому страдает многими недостатками, среди которых наиболее существенным является отсутствие психологических и, в частности, социально-психологических критериев, показывающих отношения и взаимоотношения больной (или выздоровевшей) личности с окружением. В последнее время появились исследования, в которых даже при оценке эффективности психофармакологических средств, наряду с традиционными клиническими критериями, учитываются и критерии социально-психологические [Вовин Р. Я. и др., 1977]. Как полагают Т. Г. Дичев и К. Е. Тарасов (1976), «необходимо, видимо, дополнить обычную историю болезни социально-медицинской картой, составленной из нескольких основных разделов. Например, в первом разделе описываются трудовые условия больного: его место в системе общественного производства, принадлежность к определенной профессиональной группе, характер взаимоотношений его с этой группой, отношение к профессии, труду и т. п. Во втором разделе устанавливается семейное положение больного: позиция его в семье, его роль в семье до и после заболевания, изменения в отношениях к нему членов семьи. В третьем разделе дается характеристика больного вне семьи и трудовой деятельности: участие в общественной работе, социальная активность или изолированность, авторитет среди людей и др. В четвертом разделе изучаются личностные особенности больного, его характер, темперамент, интересы, увлечения, образование, медицинская культура и т. п. В пятом разделе рассматриваются взаимоотношения между больным и медицинской службой.

В конце намечается план проведения социально-медицинских мероприятий в пользу больного. Такая социально-медицинская карта позволяет глубже и полнее выявлять социальные причины и социальную сущность заболеваний отдельного человека и различных групп людей».

Эта длинная цитата приведена для того, чтобы показать, какое значение придается сейчас в медицине социально-психологическим факторам. Заметим, что авторы книги, в которой содержатся приведенные положения, не являются ни психиатрами, ни психологами, и речь идет об истории болезни лиц, страдающих любым заболеванием, в первую очередь, конечно, соматическим. Какое же огромное значение следует придавать этим факторам и вообще психологическим исследованиям в психиатрии, особенно когда дело касается реабилитации!

Неудивительно, что психологические критерии и в разработке реабилитационных программ, и в оценке их эффективности привлекают сейчас большое внимание¹. И действительно — как же можно заниматься восстановлением личного и социального статуса больного (а в этом цель и в этом суть реабилитации), как можно апеллировать к его личности, не зная, не изучая ее? В. Н. Мясищев (1974) совершенно справедливо предложил исходить в психологических исследованиях из понятия личности в ее конкретных отношениях, а не из ее абстрактных свойств и отдельных психических функций. Исследование психических функций, процессов и состояний, взятых изолированно, уже не может удовлетворить потребности развивающейся теории, пишут А. Леонтьев, Б. Ломов, В. Кузьмин (1976), а мы добавим: не только теории, но и практики — практики реабилитации, практики постановки функционального диагноза. Поэтому в наших психологических исследованиях уделяется первостепенное внимание изучению некоторых особенностей личности больных в процессе реабилитационных воздействий, а затем уже изучению у них тех или иных психологических процессов и функций.

Психофизиологические исследования как бы перебрасывают мост к проведенным нами в свое время биологическим исследованиям, в основном — к изучению реактивности (гипофизарно-адреналовой, симпатико-адреналовой системы², иммунобиологической). Проводились также поиски социологических критериев оценки эффективности реабилитационных воздействий не была оставлена без внимания (в частности, катamnестические исследования). В то же время основным в клиническом методе изучения больных была приближенность к задачам реабилитации — более тесная связь с психологическими исследованиями, попытка синтеза «клинического» и «психологического».

Надо сказать, что само понятие «клиника» является динамичным, постоянно меняющимся в своем развитии. То, что не относилось к ней вчера, относится сегодня с достаточной очевидностью. Например, понятие «внутренняя картина болезни» [Лурия Р. А.] уже начинает входить в содержание термина «клиника» [Николаева В. В., 1970, 1976; Резникова Т. Н. и Смирнов В. М., 1976; Смирнов В. М. и Резникова Т. Н., 1983; Ташлыков В. А., 1981, 1982], а ныне привычный клинический анализ крови когда-то в

¹ См. сборники трудов Института им. В. М. Бехтерева: «Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими нарушениями». Л., 1978; «Социально-психологические исследования в психоневрологии». Л., 1980; «Реабилитация больных психозами». Л., 1981; «Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных». Л., 1984.

² См.: Кабанов М. М., Ковалева Т. Б., Зыкова Н. Г. Исследование реактивности коры надпочечников у больных с затяжным течением психоза в связи с задачами восстановительной терапии. — В кн.: Нейрофизиологические исследования в психоневрологии. Л., 1972, с. 50—56.

него не входил. Клиника психических заболеваний в своих проявлениях претерпела существенное изменение за последние десятилетия. Появление многих «стертых», атипичных форм психических заболеваний, приближающих их к тем состояниям, которые принято называть «пограничными», можно объяснить различными причинами: Тут и широкое распространение современных психотропных средств, и фактор акселерации, и демографические сдвиги в населении (увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста и, как следствие этого, рост числа нервно-психических заболеваний со свойственным многим из них в этом возрасте атипичным течением). По-новому освещается сейчас в литературе вопрос о влиянии психосоциальных факторов на группу «эндогенных» психических заболеваний [Рохлин Л. Л., 1970; Рахальский Ю. Е., 1973, 1978; Хвиливицкий Т. Я., 1975, 1977; Кашкаров В. И., 1977; Thom A., 1974, 1975, 1980].

Клиника — понятие не только динамическое, но и системное [Волков П. П., 1977; Граве П. С., 1977, 1979]. Следуя принципам историзма и системности — основополагающим положениям марксистской диалектики, — надо признать, что то, что раньше вмещалось в понятие «клиника психических заболеваний», сейчас уже становится недостаточным. Чисто биологическая модель болезни, по сути дела редукционистская, сменяется теперь «смешанной» моделью, где биологическое и социальное (точнее, психосоциальное) дополняют друг друга, взаимопереплетаясь по-разному на разных этапах течения того или иного заболевания. Клиника психических заболеваний в настоящее время включает в себя не только описание различных «традиционных» психопатологических феноменов (галлюцинации, бред, депрессия, деменция и др.), но и новых, нередко более сложных, психопатологических (а зачастую и препсихопатологических) характеристик, таких, как «отклоняющееся поведение», акцентуации характера, явления «госпитализма» (институционализма) и др., которые нельзя правильно понять с помощью только клинико-(медико-)биологических категорий. Нужны, наряду с последними, другие категории — клинико-(медико-)психологические и медико-социальные. Короче говоря, требуются самые широкие исследования, углубляющие познание природы человека. Но не менее важны исследования клинико-психологические и медико-социальные, адресованные в большей степени не к природе, а к сущности человека в марксистском ее понимании. Так как они гораздо менее разработаны в психиатрии, им уделялось нами большее внимание.

Вначале представим клиническую характеристику обследованных больных и обрисуем организацию проведенного их комплексного научного исследования. Затем изложим данные клинико-психологических и других методов исследования. В последней главе приведем итоги клинико-катамнестических исследований, сделанных по общепринятой форме.

Исследование было начато в 1966—1970 гг. в двух группах больных: 1) шизофренией и 2) с затяжными депрессивными состояниями различного генеза (нешизофренического круга). Такой выбор был обусловлен не только значимостью этих заболеваний той и другой групп больных в процессе изучения и лечения. При этом учитывалось крайне незначительное число работ о реабилитации больных с депрессивными состояниями. В отличие от многих зарубежных авторов, главным образом англо-американских, изучавших «шизофрению» или «депрессию» вообще (или «хроническую шизофрению», «хроническую депрессию»), значительное внимание было уделено клиническим особенностям этих заболеваний. Были подвергнуты специальным и разносторонним исследованиям 158 больных¹, из них шизофренией — 108 и депрессивными состояниями — 50.

У больных шизофренией в большинстве определялся непрерывно-прогредиентный тип течения заболевания (по А. В. Снежевскому). Они разделялись на 2 подгруппы.

Первую подгруппу составляли больные с преобладанием апато-абулических нарушений (73 человека). У многих из них имелись галлюцинаторно-бредовые переживания, формальные расстройства мышления, психические автоматизмы. Однако так называемые продуктивные симптомы не являлись ведущими и постоянными — высказывались лишь отдельные отрывочные идеи отношения, преследования, особого значения; галлюцинации, как истинные, так и ложные, если и имели место, то проявлялись в виде редких эпизодов. Формальные же расстройства мышления, как правило, были достаточно выраженными в различных вариантах: в резонерстве, схоластической рационализации, соскальзываниях, атактических замыканиях, разорванности и т. п. Отчетливые расстройства эмоциональности были характерны для всех этих больных. Развивались они в плане общего снижения и уплощения личности, на фоне которого временами возникали явления то амбивалентности, то немотивированной раздражительности и злобности. Отмечалось значительное снижение в волевой сфере, вплоть до полной утраты побуждений к чему-либо, кроме вегетативных потребностей, полной бездеятельности. Все больные были внешне пассивны, безразличны к окружающему. Многие из них, предоставленные самим себе, предпочитали целыми днями лежать в кровати или бесцельно бродили по отделению. В одежде, постели, еде они были часто небрежны, неряшливы, неразборчивы. У ряда больных оказывались утраченными элементарное чувство чистоплотности, брезгливости, навыки в самообслуживании. Многие из них были глубоко аутичны, что приводило к потере связей со своими близкими и окружающими людьми. Критика к болезни

¹ Всего за 5 лет (1966—1970) в клинике лечилось гораздо больше больных (710). Их краткая характеристика представлена в гл. 8.

у большинства пациентов отсутствовала или была частичной в отношении понимания своей измененности. У них не было стремления помогать врачу в лечении. Нередко они тяготились пребыванием в психиатрических больницах и обращались с просьбами о выписке.

И все же даже обычное клиническое наблюдение позволяло уловить определенную эмоциональную контактность части больных с отдельными людьми; у некоторых из них выявлялись хотя и сниженные, но все же эмоционально значимые пункты («эмоциональные островки») в отношении семьи, своего одиночества, работы и др.

Вторую подгруппу больных шизофренией составляли лица с преобладанием в клинической картине параноидных или галлюцинаторно-параноидных расстройств (35 человек). Снижение в аффективной сфере у них еще не занимало значительного места; состоянию эмоций чаще всего соответствовало содержание галлюцинаций и бреда. Несмотря на большую давность заболевания и проводившуюся ранее интенсивную биологическую терапию, ведущей являлась так называемая продуктивная симптоматика. У ряда этих больных имелись галлюцинации, чаще всего слуховые; как правило, они были неприятными по содержанию, угрожающими благополучию. Довольно часто отмечался синдром Кандинского — Клерамбо в различных его вариантах: звучания или открытости собственных мыслей, появления чужих мыслей и т. п. Бред чаще всего проявлялся в виде идей преследования с мыслями об отравлении и физическом воздействии, подкрепляемыми наличием разного рода неприятных ощущений («прохождение электрического тока», «жжение», «изменение внутренних органов» и т. п.). Нередко бред преследования выражался в виде идей гипнотического или телепатического воздействия. У отдельных больных бред носил парафренный характер с высказываниями идей особой значимости своей личности, ее высокой миссии и особого предназначения. Так называемые негативные симптомы у всех больных были либо незначительными, либо маскировались вышеуказанной симптоматикой. Отношение к близким людям вообще в основном определялось характером галлюцинаторно-бредовых переживаний. Однако многие больные проявляли эмоциональную заинтересованность в своей судьбе, высказывали ряд определенных и конкретных желаний: вернуться к семье, приступить к работе и т. п. Некоторые из них имели частичное сознание своего болезненного состояния и реагировали на него соответствующей эмоциональной реакцией. У других отмечалась адекватная эмоциональная реакция на изменение своего положения в семье, на уменьшение связей с внешним миром, падение своего социального престижа, положения в обществе. Все они, как правило, тяготились пребыванием в психиатрических больницах. Тем не менее во многих случаях можно было обнаружить

«эмоциональную формальность» при беседах на различные жизненно важные для больных этой подгруппы темы.

В группу 50 больных с депрессивными состояниями различного генеза нешизофренического круга входили страдающие маниакально-депрессивным, инволюционным, сосудистым, соматогенным психозами, а также органическим поражением головного мозга с психическими нарушениями (на почве перенесенного энцефалита, черепно-мозговой травмы и др.). У всех больных депрессия характеризовалась затяжным течением, до поступления в нашу клинику они находились в депрессивном состоянии не менее года. Активное биологическое лечение, проведенное в прошлом в условиях психиатрических учреждений с применением антидепрессантов, нейролептиков и даже у ряда больных — электрошока, оказалось практически неэффективным. Клиническая картина была представлена 3 синдромами: меланхолическим, тревожно-депрессивным и астено-депрессивным — примерно в равных соотношениях. Большинству больных был присущ несколько стертый характер симптоматики. Снижение настроения, тоска, тревога, заторможенность не достигали степени глубокой выраженности, но были при этом стойки и упорны. Монотонность переживаний и высказываний сочеталась с многочисленными ипохондрическими, а нередко и истероформными проявлениями. В болезни получали отражение заострение характерологических особенностей, а также реактивные переживания. Большая или меньшая их выраженность в клинической картине позволила, в известной мере условно, разделить и этих больных на 2 подгруппы.

У больных одной подгруппы (21 человек) депрессивная симптоматика определялась в основном превалированием эндогенного радикала. Они характеризовались тоскливым или тревожным аффектом, наличием суточных колебаний настроения, некоторой заторможенности, соматических признаков депрессии, идей виновности и т. д. Мотивы переживаний у больных этой подгруппы имели свои особенности: отрицательная оценка своего здоровья и пессимистический взгляд на будущее («эндогенная подгруппа»). У больных другой подгруппы (29 человек) депрессивная симптоматика тесно переплеталась с личностными реакциями. Они выражались в отрицательных установках, постоянном недовольстве окружающим, конфликтности, чрезмерной требовательности, страхе перед жизнью, одиночеством, неудовлетворенностью семейно-бытовыми условиями, фиксацией внимания на своем соматическом состоянии. Заболеванию здесь в 2 раза чаще предшествовала психотравмирующая ситуация. Преобладающие мотивы переживаний этих больных были связаны с нарушенными бытовыми, семейными, личными и другими социальными отношениями («эндореактивная подгруппа»).

В табл. 2—6 представлены данные о составе больных обеих групп.

Таблица 2

Распределение больных по полу

Пол	Больные шизофренией				Больные с депрессивными состояниями	
	с преобладанием апато-абулических нарушений		с преобладанием параноидных расстройств			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Мужчины	11	15	9	26	—	—
Женщины	62	85	26	74	50	100
Всего	73	100	35	100	50	100

Как видно из табл. 2, среди больных шизофренией в обеих подгруппах большую часть составляли женщины. Все депрессивные больные были женщинами. Здесь, как и в последующих таблицах, больные с депрессивными состояниями не подразделяются на подгруппы вследствие относительной малочисленности каждой из них. Данные табл. 3 показывают, что среди больных шизофренией в обеих подгруппах преобладали лица молодого возраста — от 21 до 40 лет. В составе депрессивных больных находились преимущественно женщины более позднего возраста — от 41 до 50 лет и старше. Такие возрастные различия, как известно, характерны для того и другого заболевания. Из табл. 4 видно, что $\frac{2}{3}$ депрессивных больных страдали маниакально-депрессивным и инволюционным психозами, остальные — соматогенными, сосудистыми психозами и психическими

Таблица 3

Распределение больных по возрасту

Возраст (лет)	Больные шизофренией				Больные с депрессивными состояниями	
	с преобладанием апато-абулических нарушений		с преобладанием параноидных расстройств			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
До 20 лет	4	6	4	11	1	2
От 21 до 30	31	43	22	63	1	2
» 31 » 40	28	38	8	23	8	16
» 41 » 50	9	12	—	—	16	32
Старше 50 лет	1	1	1	3	24	48
Всего	73	100	35	100	50	100

Таблица 4
Распределение больных с депрессивными состояниями по диагнозам

Диагноз	Число больных	%
Маниакально-депрессивный психоз	18	36
Инволюционный психоз	19	38
Сосудистый психоз	2	4
Соматогенный психоз	4	8
Органические поражения головного мозга с психическими нарушениями	7	14
Всего	50	100

нарушениями на почве органического заболевания головного мозга. Данные табл. 5 показывают длительность заболевания, количество госпитализаций и время пребывания в больнице по обеим группам пациентов. Табл. 6 характеризует лечение больных до поступления в нашу клинику. Интенсивность лечения психотропными препаратами условно расценивалась следующим образом: низ-

кая (нейролептики — аминазин до 20 мг в сутки, стелазин до 20 мг, мажептил до 10 мг, антидепрессанты — до 100—150 мг); средняя (аминазин — 200—500 мг, стелазин 20—50 мг; мажептил 10—30 мг; антидепрессанты — 150—300 мг); высокая (более

Таблица 5
Распределение больных по давности заболевания, числу госпитализаций и непрерывности пребывания в больнице до перевода в клинику

Основные характеристики	Больные шизофренией				Больные с депрессивными состояниями	
	с преобладанием апато-абулических нарушений		с преобладанием параноидных расстройств			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Длительность заболевания (лет):						
до 1	1	1	—	—	1	2
от 1 до 3	4	5	11	31	24	48
» 3 » 5	12	16	10	29	3	6
» 5 » 10	23	32	9	26	12	24
свыше 10	33	46	5	14	10	20
Число госпитализаций:						
0	9	12	7	20	11	22
1	13	18	11	31	17	34
2—3	21	29	8	23	16	32
свыше 3	30	41	9	26	6	12
Непрерывность пребывания в больнице:						
отсутствует	16	22	14	40	11	22
до 6 мес	10	14	5	14	18	36
от 6 до 12 мес	5	7	6	17	9	18
» 1 » 3 лет	17	23	7	20	9	18
» 3 » 5 »	9	12	—	—	—	—
» 5 » 10 »	13	18	3	9	3	6
свыше 10 лет	3	4	—	—	—	—

Таблица 6

Лечение, проведенное за весь период заболевания
до поступления пациентов в клинику

Основные виды лечения	Больные шизофренией				Больные с депрессивными состояниями	
	с преобладанием апато-абулических нарушений		с преобладанием параноидных расстройств			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Инсулиношоковая терапия:						
не проводилась	8	11	9	26	39	78
1 курс	46	63	21	60	11	22
2 курса и более	19	26	5	14	—	—
Электросудорожная терапия:						
не проводилась	40	55	28	80	40	80
1 курс	28	38	7	20	8	16
2 курса и более	5	7	—	—	2	4
Нейролептики (интенсивность лечения):						
не проводилась	—	—	5	14	7	14
низкая	7	10	4	11	11	22
средняя	23	31	9	26	22	44
высокая	43	59	17	49	10	20
Антидепрессанты (интенсивность лечения):						
не проводилась	63	86	26	75	11	22
низкая	3	4	4	11	6	12
средняя	7	10	4	11	21	42
высокая	—	—	1	3	12	24

значительные дозы психотропных средств или комбинации различных препаратов в умеренных дозировках).

Громадное количество клинических, психологических, биологических и социальных характеристик, которые необходимо было учитывать при изучении динамики состояния больных и оценке эффективности лечебно-восстановительных мероприятий, требовало их выражения в стандартизированной форме для математико-статистической обработки. Существующая форма истории болезни, даже в идеальном ее «исполнении», не отвечает (и не может отвечать) поставленным задачам системного исследования процесса реабилитации. Нужно было создать принципиально новую документацию, позволяющую более успешно решать задачи диагностического, лечебно-восстановительного и научного плана. Такой документацией явилась подготовленная коллективом наших сотрудников так называемая реабилитационная карта (формализованная история болезни), первый вариант которой был разработан в 1967 г. [Кабанов М. М. и др., 1967]. Реабилитационная карта создавала условия для применения математико-статистических методов с использованием электронно-вычислительных машин. Применявшиеся математико-статистические методы включали определение уровней статисти-

Оценочная шкала основных клинико-психопатологических характеристик

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Преморбидные особенности		1	2	3	4	5	6
Внешний вид	Причудливость Вычурность	Претенциоз- ность	Чрезмерное внимание к своей внеш- ности	Аккуратный	Неаккуратный	Неряшливость	Неопрятность	Крайняя неоп- рятность						
Двигательная активность	Чрезвычайно вы- раженное двига- тельное беспокое- ство	Двигательное беспокойство	Повышенная двигательная активность	Подвижный	Спокойный	Сниженная двига- тельная активность. Пассивность	Заторможенность	Ступор						
Речь	Постоянное рече- вое возбуждение	Периодическое речевое воз- буждение	Многоречи- вость	Разговорчивый	Немногослов- ный	Чрезмерная мол- чаливость	Речевая затормо- женность	Мутизм						
Склонность к агрес- сии, самоуничиже- нию и самонистязи- нию	Склонность к раз- рушительным дей- ствиям	Склонность к аг- рессии	Склонность к конфликтам	Стеничный	Скромный с тенденцией к недооценке се- бя	Идеи малоценно- сти	Склонность к само- истязанию, самопо- вреждению	Суицидные тенденции						
Подверженность внешним влияниям	Не может обхо- диться без посто- янной поддержки и руководства	Нуждается в поддержке и руководстве	Повышенная внушаемость	Мягкий, вну- шаемый	Ригидный, ко- силь	Патологическое упрямство	Внутреннее проти- водействие внеш- ним влияниям	Выраженный негативизм						
Общительность	Расторможенность	Назойливость	Чрезмерная общительность	Экспансивный	Импрессиный	Недостаточный контакт, малооб- щительный	Трудно доступен контакту, необщи- тельный	Недоступность контакту						
Трудовая деятель- ность	Склонность к раз- рушительным дей- ствиям в процессе работы	Беспорядочная активность	Чрезмерная активность	Активный	Малоактивный	Отсутствие интере- са к работе	Сопротивление включению в труд	Невозмож- ность включить в труд						
Отношение к пище	Прожорливость, пытается есть не- съедобное	Прожорли- вость	Повышенный аппетит	Неразборчи- вый	Разборчивый	Резкое снижение или отсутствие ап- петита	Анорексия, отказ от пищи, кормле- ние с принужде- нием	Кормление че- рез зонд						
Сон	Тяжелая бессонни- ца	Умеренная бессонница	Беспокойный сон	Поверхност- ный сон	Глубокий сон	Сонливость	Патологическая сонливость	Летаргический сон						
Отношение к про- тивоположному по- лу	Гиперсексуаль- ность с попытками нападения	Гиперсексу- альность без коррекции по- ведения	Гиперсексу- альность с кор- рекцией пове- дения	Повышенная сексуальность	Пониженная сексуальность	Снижение интере- са к противополо- жному полу	Полное отсутствие интереса к проти- вположному полу	Гомосексуаль- ные тенденции						

Настроение	Резко повышенное, выраженная эйфория	Значительно повышенное, эйфория	Приподнятое настроение	Склонен к по- вышенному на- строению	Склонен к по- ниженному на- строению	Снижение настро- ения, угрюмость	Значительно сни- женное, тоскливое настроение	Резкое сниже- ние настро- ения, тяжелая тоска
Характер аффекта	1. Выраженный страх	Тревога	Раздражи- тельность, на- пряженность	Секситивность	Несекситив- ность	Безразличие, вя- лость, эмоциональ- ное снижение	Эмоциональное ос- лабление, апатич- ный, монотонный	Эмоциональ- ная тупость
	2. Спонтанная взры- вчатость	Эксплозив- ность	Лабильность	Несдержанный	Сдержанный	Сниженная экс- прессивность	Значительное сни- жение экспрессив- ности	Неадекватный аффект
Внимание и реакция на окружающее	Неспособность к сосредоточению внимания	Значительная отвлекаемость	Умеренная от- влекаемость	Без нарушений		Погруженность в себя с достаточной реакцией на окру- жающее	Недостаточная ре- акция на окружа- ющее, аутизм	Полное отклю- чение от ре- альности. Рез- ко выражен- ный аутизм
Память	Конфабуляция	Вымыслы, вплетенные в действитель- ность	Навязчивые воспоминания	Хорошая	Посредствен- ная	Заметное снижение	Выраженное сни- жение	Амнезия
Характер ассоциа- ций	Скачка идей	Резкое ускоре- ние ассоциаций	Ускорение и избыточность ассоциаций по побочным при- знакам	Без нарушений		Заметное замедле- ние и уменьшение ассоциаций	Резкая обеднен- ность ассоциаций	Полная затормо- женность
Мышление	Бессвязное, разор- ванное, атактиче- ское	Нелогичное паралогиче- ское	Поверхност- ное. Резонер- ство	»	»	Склонность к де- тализации, вяз- кость	Навязчивые мыс- ли, умственная жвачка	Персеверации
Восприятие	Резко выраженные явления деперсо- нализации и дереа- лизации	Выраженные явления деперсо- нализации	Единичные яв- ления деперсо- нализации и дереализации (нарушения схемы тела, метаморфозы и др.)	»	»	Гипногогические и гипнагогические галлюцинации в течение дня	Эпизодически воз- никающие галлюци- нации с длительны- ми светлыми про- межутками	Постоянные галлюцинации
Бред	В высокой степени актуальный, по- лностью определя- ющий поведение больного	Актуальный бред, возмож- но отвлечение на индиффе- рентные темы	Мало актуаль- ный для боль- ного, почти не сказывающий на поведе- ние бред, ре- зидуальный и инкапсулиро- ванный бред, сверхценные идеи	»	»	Ипохондричность	Выраженная ипо- хондричность, сверхценные идеи ипохондрического характера	Ипохондриче- ский бред

ческой значимости изучаемых показателей, корреляционный, факторный и дискриминантный анализы, причем последние 2 осуществлялись с использованием ЭВМ¹.

Психопатологическая картина болезни и ее динамика нашли отражение в «Оценочной шкале основных клинико-психопатологических характеристик» (табл. 7), которая рассматривалась как дополнение к «Реабилитационной карте». Эта шкала позволяла в стандартной форме описывать и регистрировать психопатологические проявления с учетом степени их выраженности, следовательно, их количественно измерять (квантифицировать). А это, в свою очередь, давало возможность сопоставлять психопатологические признаки с психологическими, социопсихологическими и биологическими показателями, что и предусматривалось программой исследований. Подробное описание шкалы и методики ее применения содержится в наших прежних публикациях [Кабанов М. М. и др., 1968; Иовлев Б. В. и др., 1970; Кабанов М. М., 1978]. При разработке нашей шкалы за основу был взят вариант шкалы Маламуда — Сэндса [Malamud W., Sands S., 1947], видоизмененный применительно к задачам настоящего исследования. Преимуществами этой шкалы по сравнению с существующими другими являются ее относительная простота и достаточное отражение поведенческих характеристик, учет которых важен при оценке эффективности восстановительной терапии, особенно больных с хроническим течением болезни.

В модифицированной нами оценочной шкале имеется 18 характеристик, в каждой из которых регистрируется тот или иной признак в различных градациях. Условно все эти признаки могут быть подразделены на отдельные группы. Одна группа объединяет ряд признаков, которые в большей степени отражают характеристики поведения больных (внешний вид, двигательная активность, речь и т. д.), другая — включает признаки, характеризующие так называемые витальные функции организма (отношение к пище, сон, отношение к противоположному полу), третья — отражает нарушения восприятия, аффективно-волевой и интеллектуально-мнестической сфер. Учитывая важность для клинической оценки больного таких кардинальных психопатологических симптомов, как галлюцинации и бред (эти психопатологические проявления не нашли отражения в шкале Маламуда — Сэндса), были введены 2 новые характеристики (признаки): «восприятие» и «бред». Некоторые другие графы шкалы подверглись изменениям, которые касались как содержания и обозначения отдельных признаков, так и составляющих их градаций (симптомов). Центральная часть

¹ Подробнее о структуре реабилитационной карты в ее последнем варианте и об исследованиях, проведенных с ее помощью за последние годы, будет сказано в гл. 7.

шкалы (основная линия) регистрирует ряд психологических характеристик преморбидной личности больного. Обычно в шкалах патологические отклонения в поведении сравниваются с так называемой нормальной личностью, хотя очевидно, что «норма» — понятие довольно переменное. Поэтому степень патологических отклонений у больного и их нормализацию правильнее рассматривать в связи с его собственными исходными преморбидными особенностями. В разделе «Преморбидные особенности» приводятся альтернативные психологические характеристики, в связи с чем он и разбит на два столбца. Следует указать, что установление преморбидных психологических особенностей ряда характеристик весьма затруднительно или вообще невозможно. Это касается таких признаков, как «внимание и реакция на окружающее», «характер ассоциаций», «мышление», «восприятие» и «бред». В связи с этим в соответствующих графах преморбидные особенности не регистрировались. По обе стороны от центральной части шкалы в каждой графе расположены по нарастающей степени выраженности основные психопатологические проявления, характеризующие данный признак. Имеются 6 основных градаций, каждая из которых оценивается соответствующим баллом.

Там, где это возможно, симптомы, расположенные с разных сторон от «преморбидных особенностей», характеризуют различную направленность психопатологических проявлений (например, повышение и понижение настроения).

К оценочной шкале приложены регистрационные листы, в которые заносятся в закодированной форме соответствующие градации каждого признака. Окончательная оценка в баллах по данному признаку производится с учетом преморбидных особенностей. Баллы окончательной оценки подсчитываются путем суммирования балла отмеченной градации признака и балла, определяемого преморбидными особенностями. Прибавляется 1 балл, если есть свободная клетка в центральном разделе, 0,5 балла — если отметка располагается по центральной линии. По характеристикам, где не регистрируются преморбидные особенности, всегда прибавляется по 0,5 балла. Регистрационные листы позволяют указать не только степень выраженности отдельных признаков, но и их суммарную оценку («общая шкальная оценка»).

Листы заполняются обычно один раз в 1—2 мес. В них регистрируется состояние больного за определенный промежуток времени, в течение которого отмечаемая симптоматика носит довольно стабильный характер.

Для иллюстрации методики работы с оценочной психопатологической шкалой приведем выписки из истории болезни двух больных и регистрационные листы, составленные при заполнении на этих больных оценочных шкал, отражающих их состояние в начальный период пребывания в отделении.

Больная П., 30 лет, находилась в клинике восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева с 16.01.67 г. по 15.02.68 г. Диагноз — шизофрения, простая форма.

Родилась в семье рабочих вторым ребенком. Наследственность отягощена эпилепсией у двоюродной сестры. Отец злоупотребляет алкоголем, из-за чего в семье возникали постоянные ссоры. Физическое развитие больной протекало удовлетворительно. В двухлетнем возрасте перенесла какое-то острое заболевание, сопровождавшееся лихорадкой с высокой температурой. Больше ничем не болела. В детстве по характеру была малообщительной, подруг не имела. Была спокойной, эмоционально неотзывчивой. В школе училась плохо. Окончив 5 классов, ушла из школы и поступила работать на фабрику. Работала до начала заболевания. Менструации появились в 16 лет, протекали регулярно. Замужем не была, периодически вступала в случайные связи. Беременностей 3, из них одна закончилась нормальными родами. Девочка здорова.

Психическое заболевание развилось в возрасте 21 года. Окружающие стали замечать, что больная становилась задумчивой, молчаливой, наблюдались случаи беспричинного ухода с работы. В дальнейшем в поведении появилась грубость, отмечались случаи немотивированной агрессии. В связи с этими нарушениями в поведении была госпитализирована в психиатрическую больницу. После выписки из больницы не работала. Дома ничем не занималась, находилась на иждивении родных. Так как психические нарушения нарастали, в 1961 г. вторично госпитализирована в ту же больницу, где находилась вплоть до перевода в нашу клинику. В больнице у нее наблюдались главным образом нарушения в эмоционально-волевой сфере с постепенным нарастанием психического дефекта. Поведение было довольно однообразным: не интересовалась окружающим, большую часть времени находилась в кровати, иногда проявляла агрессию импульсивного характера. К родным и дочери относилась с безразличием. Не удавалось вовлечь ее в трудовые процессы. Бреда и обманов чувств не отмечалось. Проводилось интенсивное лечение психотропными средствами, в последние годы получала до 800 мг аминазина в сутки. Биологическая терапия не изменяла состояния больной.

При поступлении в Институт им. В. М. Бехтерева состояние характеризовалось отсутствием продуктивной психопатологической симптоматики. Как и прежде, большую часть времени проводила в постели, совершенно не обнаруживала интереса к окружающему, отказывалась ходить в столовую, выходить на прогулку, уклонялась от всякого участия в трудовых процессах. Была крайне неряшлива; не следила за собой, контакт носил формальный характер, лишь изредка односложно отвечала на вопросы. С больными не общалась, была аутичной, отмечались эмоциональные реакции неадекватного характера, к родственникам относилась безразлично.

Как видно, в приводимом регистрационном листе к оценочной шкале основных клинико-психопатологических характеристик (табл. 8) в достаточной мере адекватно отражается характер имеющейся у больной психопатологии. Наиболее выраженные нарушения (6,5 балла) относятся к признакам, отражающим эмоционально-волевые проявления — «характер аффекта», «подверженность внешним влияниям», «общительность», «внимание и реакция на окружающее». Высокими были и оценки нарушений по характеристикам «внешний вид» (4,5 балла), «двигательная активность» (4 балла) и др. С другой стороны, нулевыми оценками в шкале регистрируется отсутствие бреда, галлюцинаций и расстройств мышления.

Больная Г., 64 лет, находилась в клинике восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева с 23.09.67 г. по 10.01.69 г. Диагноз: маниакально-депрессивный психоз, депрессивная фаза.

Таблица 8

Регистрационный лист к оценочной шкале основных клинико-психопатологических характеристик
 Больная П.— шизофрения; дата заполнения 1.02.67 г.

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Преморбидные особенности	1	2	3	4	5	6	Оценка в баллах
Внешний вид							+				✓			4,5
Двигательная активность							+				✓			4
Речь							+					✓		5
Склонность к агрессии, самоуничтожению и самоистязанию							+							0
Подверженность внешним влияниям							+						✓	6,5
Общительность							+						✓	6,5
Трудовая деятельность							+						✓	6
Отношение к пище							+			✓				3,5
Сон							+							0
Отношение к противоположному полу							+				✓			5
Настроение							+							0
Характер аффекта	1						+						✓	6,5
	2						+						✓	6,5
Внимание и реакция на окружающее							+					✓		5,5
Память							+							0
Характер ассоциаций							+							0
Мышление							+							0
Восприятие							+							0

Продолжение таблицы 8

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Преморбидные особенности	1	2	3	4	5	6	Оценка в баллах
Бред							+							0
Общая шкальная оценка														59,5

Примечание. Здесь и в других регистрационных листах знаком + отмечены преморбидные особенности; знаком V — наличные симптомы.

Нервно-психических заболеваний в роду не было. Росла физически крепкой; в детстве, кроме дифтерии, ничем не болела. В последующем перенесла малярию и ревмокардит. Менструации с 14 лет, регулярные, за исключением периода минувшей войны. Менопауза наступила в возрасте 46 лет. По характеру была жизнерадостной, общительной, властной и вместе с тем чувствительной и обидчивой. Работала бухгалтером. Личная жизнь сложилась неудачно: развелась с мужем через 2 года после вступления в брак. Одна воспитывала единственного сына. Последние годы сын жил в другом городе. Очень из-за этого страдала, чувствовала себя одинокой. С 1958 г. — на пенсии по возрасту.

Начало заболевания совпало с наступлением менопаузы (1948—1949 гг.). Отмечались колебания настроения, бессонница, головные боли. Лечилась амбулаторно у психиатра. В 1950—51 гг. дважды помещалась в Витебскую психиатрическую больницу по поводу депрессии. После выписки состояние было вполне удовлетворительным, работала. В 1965 г. наступило ухудшение, стала «чувствовать сердце», обращалась к терапевту. После сердечного приступа, развившегося 31.01.65 г., появилась тревога, не могла находиться дома одна, лечилась амбулаторно андаксином и мелипрамином. Вследствие нарастания депрессивной симптоматики в январе 1966 г. вновь помещена в психиатрическую больницу, клиническая картина была представлена меланхолическим синдромом. Лечилась мелипрамином, тизерцином, плегوماзином и малыми дозами инсулина. Отмечались лишь кратковременные улучшения. Переведена в Институт им. В. М. Бехтерева в связи с затяжным характером фазы, неэффективностью проводившейся медикаментозной терапии и имеющимися реактивно-личностными наклонностями.

Состояние в клинике при поступлении: сознание ясное, ориентирована полностью, несколько заторможена, вялая, медлительна. Мимика лица и выражение глаз грустное. Речь тихая, монотонная. В контакт с врачом вступала охотно, рассказывала о своих переживаниях, искала помощи и сочувствия. Настроение значительно снижено, тоскливо, «давит грудь», «тяжело на душе». К вечеру отмечались некоторое улучшение общего самочувствия и уменьшение тоски. Переживала бесперспективность будущего, свою «никчемность», беспомощность. Самооценка была значительно сниженной. Обнаруживала элементы скорбного бесчувствия, притупления чувств к близким. Не проявляла интереса к жизни отделения, держалась обособленно, в течение дня много лежала, была почти бездеятельна, на короткое время включалась в трудотерапию, выполняла самые элементарные операции. Работала без интереса. Отмечалась бессонница, снижение аппетита и запоры. Наряду с собственно депрессивной симптоматикой, в клинической картине имелись и реактивно-личностные компоненты: упорная фиксация на своем одиночестве и неудовлетворенность прошлой жизнью. Связывала бесперспективность будущего с плохими взаимоотношениями с семьей сына.

Как и в предыдущем наблюдении, симптоматика у этой больной, отмечаемая в регистрационном листе (табл. 9), соответствует особенностям психопатологической картины, причем относительно более выраженные нарушения регистрировались в характеристиках «настроение» (4,5), «восприятие» (4,5), «двигательная активность» (4), а также в графах, характеризующих соматические проявления депрессии: «сон» (3,5), «отношение к пище» (2,5).

Таблица 9

Регистрационный лист к оценочной шкале основных клинико-психопатологических характеристик

Больная Г.— маниакально-депрессивный психоз; дата заполнения 10.10.67 г.

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Проморбидные особенности	1	2	3	4	5	6	Оценка в баллах
Внешний вид							+ V							0
Двигательная активность							+			V				4
Речь							+		V					3
Склонность к агрессии, самоуничтожению и самонистязанию							+		V					3
Подверженность внешним влияниям							+ V							0
Общительность							+		V					3
Трудовая деятельность							+		V					3
Отношение к пище							+		V					2,5
Сон				V			+							3,5
Отношение к противоположному полу							+				V			4,5
Настроение							+				V			4,5
Характер	1						+		V					3
аффекта	2						+		V					2

Продолжение таблицы 9

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Преморбидные особенности	1	2	3	4	5	6	Оценка в бал- лах
Внимание и реакция на окружающее							+		✓					2,5
Память							+							0
Характер ассоциаций							+		✓					2,5
Мышление							+			✓				2,5
Восприятие			✓				+							4,5
Бред							+		✓					2,5
Общая шкальная оценка														50,5

Из приведенных примеров можно видеть, что регистрационные листы «Оценочной шкалы основных клинико-психопатологических характеристик» достаточно отражают особенности психопатологии у больных с различными нозологическими и синдромологическими формами. Вместе с тем трудности точной количественной оценки различных симптомов (т. е. их «веса») как в пределах одного признака, так и по отношению к различным признакам обуславливают тот факт, что количественная оценка симптома (градация) приобретает характер простого ранжирования с учетом степени тяжести оцениваемого патологического проявления. В связи с этим может быть выдвинуто возражение против использования общей шкальной оценки, так как она получается при суммировании совершенно различных по своему характеру болезненных проявлений без учета их относительного значения в данной клинической картине. Это в первую очередь относится к сравнению больных между собой по степени тяжести и выраженности симптоматики. Но такое сравнение, следует думать, может проводиться, если используются общие шкальные оценки у больных определенной нозологической и синдромологической принадлежности, и чем выше однородность группы, тем более правомерно использование общей шкальной оценки психопатологического синдрома у такой группы больных. Меньше возражений вызывает использование такой оценки для изучения динамики симптомов у одного и того же больного.

Для сравнения тяжести состояния больных определенных нозологических или синдромологических групп могут быть использованы дополнительные, так называемые «малые шкалы»,

включающие в себя признаки оценочной шкалы, наиболее характерные для той или иной группы. Такие шкалы были разработаны (внутри оценочной шкалы) для больных с затяжными депрессивными состояниями и шизофренией. В малую шкалу для больных шизофренией вошли следующие графы: внешний вид, двигательная активность, подверженность внешним влияниям, общительность, трудовая деятельность, характер аффекта, внимание и реакция на окружающее, мышление, восприятие, бред. Малая шкала для больных депрессивными состояниями включает такие признаки, как двигательная активность, речь, склонность к агрессии, самоуничтожению и самоистязанию, трудовая деятельность, отношение к пище, сон, настроение, характер аффекта (главным образом симптомы, отражающие страх и тревогу), характер ассоциаций, восприятие (симптомы деперсонализации).

Правомерность выделения обычным клиническим путем перечисленных выше характерных для больных шизофренией и депрессивными состояниями групп симптомов, составивших малые шкалы, в дальнейшем была подтверждена специально проведенным исследованием с использованием метода факторного анализа [Иовлев Б. В. и др., 1970]. Так как факторный анализ позволяет выявлять группы наиболее взаимосвязанных признаков (в нашем случае — симптомов), несущих наибольшую информацию о клинической картине, то проведенный подобным методом [Lowly D., Maxwell A., 1967] анализ данных психопатологической симптоматики больных шизофренией и депрессивными состояниями оказался полезным для верификации малых шкал, составленных на основании чисто клинических представлений. Так, при факторном анализе шкальной симптоматики больных шизофренией наибольший вес по первому фактору имели следующие признаки: внимание и реакция на окружающее (0,90), общительность (0,86), трудовая деятельность (0,79), внешний вид (0,78), характер аффекта (0,77), подверженность внешним влияниям (0,74), мышление (0,73), расположенные в порядке убывания их факторного веса. Таким образом, видно, что выделенные нами клинические симптомы, составившие малую шкалу шизофрении, почти полностью, совпали с симптомами, имеющими наибольший вес по первому фактору. Сходным образом первый фактор, выделенный при анализе шкальной симптоматики больных с депрессивными состояниями, объединил ряд симптомов, практически совпадающих с признаками «депрессивной» малой шкалы. Надо особенно подчеркнуть, что объединение симптомов при проведении факторного анализа основано на объективном учете их взаимосвязи с меньшей долей неизбежных для клинициста субъективных моментов, обусловленных индивидуальным опытом, принадлежностью к различным клиническим направлениям. Поэтому указанный статистический метод может быть использован для построения малых шкал применительно и к другим клиническим задачам

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе деятельности нашей реабилитационной клиники были организованы исследования для решения нескольких конкретных задач: 1) изучение степени изменения отдельных сторон личности психически больного в связи с показателями, опосредованно характеризующими затяжное хроническое течение болезненного процесса, а также в зависимости от выраженности психопатологических нарушений; 2) определение возможностей использования экспериментально-психологических данных при проведении отдельных реабилитационных воздействий; 3) исследование прогностического значения некоторых психологических характеристик. На другом этапе научно-исследовательской работы клиники использовалась в качестве методического инструмента созданная под нашим руководством «Реабилитологическая автоматизированная информационная система» (РАИС), чему посвящена следующая глава.

В связи с задачами комплексной оценки личности психически больных для целей восстановительной терапии и реадaptаций изучались эмоционально-волевые и интеллектуальные особенности больных и некоторые аспекты их личности, обуславливающие возможности социального приспособления, т. е. те характеристики личности и психических процессов, учет которых крайне важен при определении резервных возможностей больного для его реабилитации. Указанный характер психологического исследования потребовал отбора адекватных психологических методик, при необходимости — их адаптации, а также в ряде случаев разработки методических приемов, учитывающих специфику контингента больных реабилитационного отделения и конкретных задач исследования. Для изучения эмоциональных отношений личности применялась психофизиологическая методика. Регистрировался физиологический показатель (кожно-гальваническая реактивность — КГР) в моменты включения больных в воображаемые ситуации, отражающие их существенные отношения. Реакции на значимые сюжеты сравнивались с реакциями на сюжеты индифферентные. Значимыми сюжетами стремились вызвать у больного представления, связанные с системами отношений, касающихся семьи, сексуальной жизни, ближайшего окружения, работы, будущего. Например, больного в процессе психофизиологического эксперимента просили представить свою будущую жизнь, какой она ему кажется, к чему он будет стремиться после выписки, много ли препятствий ему встретится при осуществлении планов, связанных с будущим. Данные этой психофизиологической методики дополнялись сведе-

ниями, получаемыми с помощью методики «незаконченных предложений», которая позволяет содержательнее и шире охарактеризовать систему отношений личности. Был использован модифицированный вариант методики Сакса и Сиднея, включающий 60 незаконченных предложений, направленных на характеристику 15 основных отношений личности (отношения производственные, к ближайшему окружению, к семье и отдельным ее членам, к прошлому и будущему и др.). Анализ ответов больных позволил выявить нарушенные отношения в этой целостной системе и учитывать их при проведении социотерапевтических воздействий.

Волевое усилие исследовалось оригинальной полиэффекторной психофизиологической методикой, а также с помощью теппинг-теста. Выбор той или другой из этих методик определялся степенью сохранности больных. Известно, что в экспериментальной психологии в течение длительного времени не было достаточно убедительного метода изучения волевого усилия. Исследовалось не столько волевое усилие, сколько продуктивность работы. В свое время В. Н. Мясищевым (1930) были предложены принцип и методика измерения волевого усилия, заключающиеся в соотносительном изучении выполнения испытуемым нарастающих по трудности заданий и соответствующих им вегетативно-соматических изменений. Используя этот принцип, наши сотрудники [Карвасарский Б. Д. и др., 1969; Корабельников К. В., 1971] разработали новый вариант методики. Степень усилий оценивалась по соотношению между фоновыми показателями ряда физиологических реакций (ЭЭГ, реоэнцефалограммы, ЭКГ, пневмограммы и гальванограммы) и изменением их при выполнении нарастающих по трудности заданий по счету, динамометрии и задержке дыхания. При этом учитывалось теоретически обоснованное и экспериментально подтвержденное положение В. Н. Мясищева о том, что чем больше усилие, тем более выражены изменения регистрируемых физиологических показателей. У больных с резко выраженным психическим дефектом, которым была недоступна эта методика, волевое усилие изучалось с помощью такого относительно более простого приема, как теппинг-тест. Этот тест использовался ранее для определения степени волевого усилия как в клинике, так и в различных областях прикладной психологии. Оценка волевого усилия производилась по соотношению между произвольным и максимальным результатами.

Для изучения выполнения больными интеллектуальных заданий была применена методика Векслера. Известно, что этот стандартизированный набор тестов используется для определения интеллекта у здоровых, у психически же больных он применяется главным образом для дифференциально-диагностических целей, так как выполнение ими интеллектуальных заданий зависит от характера и степени выраженности психопатологических нарушений, в том числе от расстройств в эмоционально-волевой

сфере [Гильяшева И. Н., Калинин А. М., 1971; Гильяшева И. Н., 1983]. Однако само определение имеющихся у больных возможностей выполнения интеллектуальных заданий представляется целесообразным, наряду с учетом и других характеристик личности, для выбора дифференцированных реабилитационных воздействий.

При исследовании некоторых сторон личности больных представляли интерес 2 ее аспекта: *степень зависимости от окружающих и стремление к лидерству*, претерпевавшие в процессе болезни существенные изменения, с которыми в определенной степени была связана социальная дезадаптация больных. Очевидно, что знание этих особенностей является важным в связи с задачами стимуляции социальной активности больных в процессе их реабилитации, а также для изучения вопросов, касающихся структуры и формирования терапевтических групп. В целях исследования указанных личностных свойств были использованы шкалы зависимости и лидерства из адаптированного многопрофильного опросника (ММРІ). Первая из них отражает те характеристики личности, которые главным образом определяют степень снижения самостоятельности больного, способности принимать решения, а также нарастание пассивности, потребности в помощи и поддержке со стороны. Шкала лидерства уточняет особенности личности, характеризующие степень ее активности в общении с другими людьми, возможность оказывать на них влияние. Этими методиками не исследовались больные с глубоким дефектом, выраженными расстройствами мышления и с некоторыми другими психопатологическими состояниями исключающими достаточно адекватное отношение больного к заданию. В процессе исследования экспериментатор контролировал смысловую адекватность ответов. Возможности перечисленных экспериментально-психологических методов для решения сформулированных выше задач иллюстрирует приводимое ниже наблюдение.

Больная Г., 33 лет, находилась в клинике восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева с 20.06.68 г по 07.10.68 г. Диагноз — шизофрения, простая форма.

Наследственность отягощена психическими заболеваниями: сестра отца перенесла психоз; отец с психопатическими чертами характера. Больная старшая из двух детей, родилась в срок. В раннем детстве перенесла тяжелую дизентерию, росла слабым, болезненным ребенком. По характеру была робкой, застенчивой, необщительной. Шумным детским играм предпочитала книги, была послушной и исполнительницей. В школе училась средне, несмотря на хорошее прилежание. После ее окончания по настоянию родителей пыталась поступить в медицинский институт, но не выдержала экзамена. В последующем работала и училась, сначала на заочном отделении технологического института, затем перешла на дневное отделение. Учеба давалась с большим трудом. Закончив обучение в институте, работала по специальности, но обнаружила полную несостоятельность, не могла самостоятельно выполнить ни одного производственного задания. Приблизительно к этому же времени можно отнести заострение характерологических особенностей, нарастание замкнутости, нерешительности, сужения круга интересов. Как молодой специалист

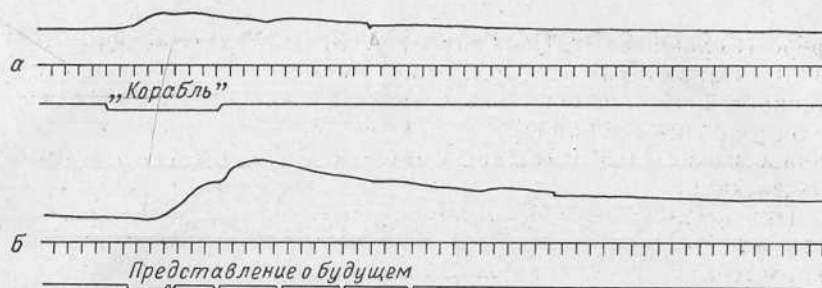


Рис. 1. Кожно-гальваническая реакция на индифферентный (а) и значимый (б) сюжеты у больной Г. до лечения.

не была уволена, использовалась не по своей профессии. В последующем сменила ряд производств, с порученной работой нигде не справлялась. Была переведена на должность техника. Менструации с 14 лет, регулярные. Уже будучи больной, вышла замуж. Имеет дочь 2 лет.

В возрасте 22 лет впервые госпитализирована в клинику неврозов в связи с нечеткими дисморфобическими проявлениями и длительной бессонницей. Лечилась в течение 2 мес, в последующем длительное время амбулаторно получала небольшие дозы аминазина. С первых же дней замужества не вела домашнего хозяйства, была равнодушна к родившемуся ребенку, не проявляла никакой заботы о нем. Нарастали вялость, безразличие, апатичность, не следила за собой. Возникли семейные конфликты, которые привели к уходу мужа из семьи. Довольно тяжело переживала развод. В связи с резким ухудшением состояния поступила в клинику Института им. В. М. Бехтерева.

При поступлении: временами трудно доступна продуктивному контакту; периодически обнаруживает аффективную неадекватность; наблюдаются расстройств мышления в виде расплывчатости и единичных атактических замыканий; бред и галлюцинации не выявляются; держится обособленно, отказывается от участия в трудовых лечебных процессах; не проявляет интереса к жизни отделения, не участвует в самоуправлении; крайне несамостоятельна, нуждается в постоянном стимулировании со стороны персонала клиники.

Клиническая характеристика и данные анамнеза свидетельствовали о наличии у больной вялого течения шизофренического процесса (непрерывно-прогредиентная форма течения). Изучение у нее эмоциональных отношений, проведенное психофизиологической методикой, показало, что представления, связанные с некоторыми из них (будущее, работа и др.), сопровождались более выраженными кожно-гальваническими реакциями, чем это отмечалось в ответ на индифферентные сюжеты. Особенно отчетливой была реакция на представления, связанные с будущим (рис. 1), что свидетельствует об относительно большей эмоциональной значимости этой системы для больной.

Выявленные отдельные эмоционально значимые отношения содержательно раскрылись при интерпретации данных исследования по методике «незаконченных предложений». Здесь заслуживают внимания окончания фраз, отражающие отношение больной к работе и будущему. Предложение «будущее кажется мне...» больная заканчивает: «неясным». Весьма характерны также и другие окончания фраз: «Больше всего я желала бы в жизни... работать»; «Я всегда хотела... работать!» «Я могла быть очень счастливой, если бы... немного полечиться». Особенно отчетливо эмоциональная значимость отмеченных систем отношений видна при сравнении приведенных примеров с рядом других окончаний фраз, относящихся к более индифферентным для больной отношениям. Предложение «Думаю, что мой отец редко...» больная заканчивает «читает»; «Считают, что большинство матерей... работает»; «Считаю, что большинство девушек... умны». Таким образом, данные обеих методик позволили охарактеризовать степени эмоциональной «заряженности» определенных отношений больной.

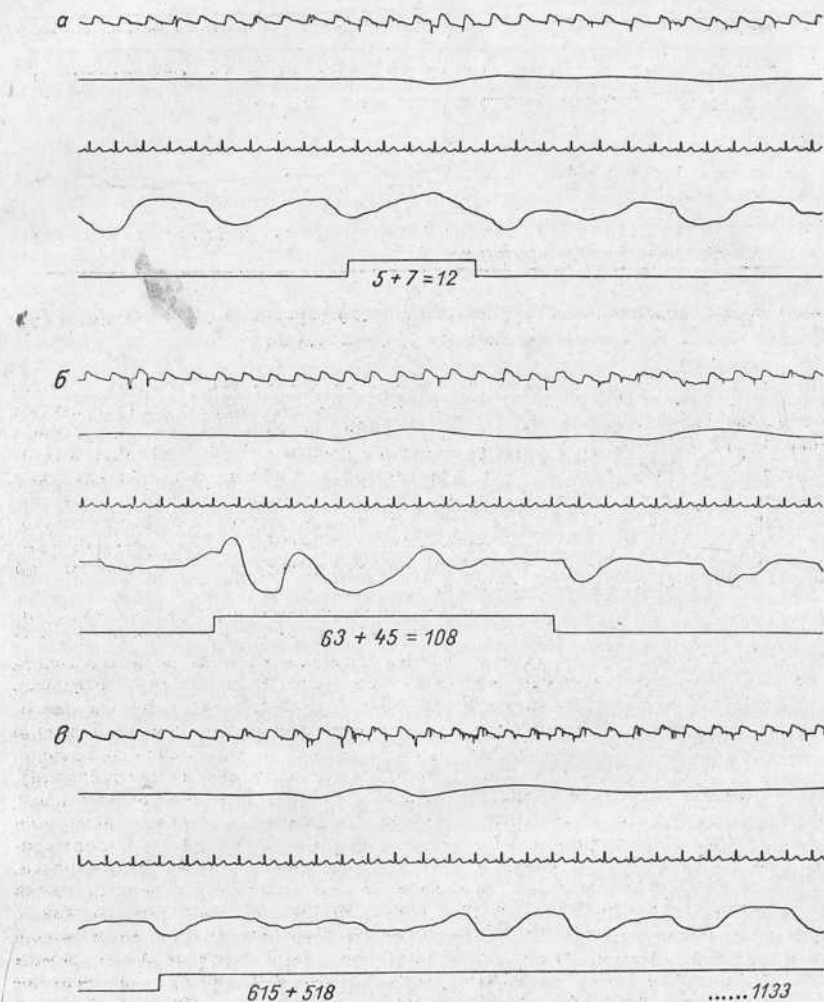


Рис. 2. Психофизиологическое исследование волевого усилия у больной Г. до лечения.

Сверху вниз — реоэнцефалограмма, гальванограмма, электрокардиограмма, пневмограмма, отметка раздражения; а — задание легкое; б — задание средней трудности; в — задание трудное.

Результаты экспериментального исследования с помощью шкал лидерства и зависимости (из ММРІ) показали, что у больной резко повышена зависимость от окружающих (43 балла) и снижено стремление к лидерству (8 баллов)¹. При

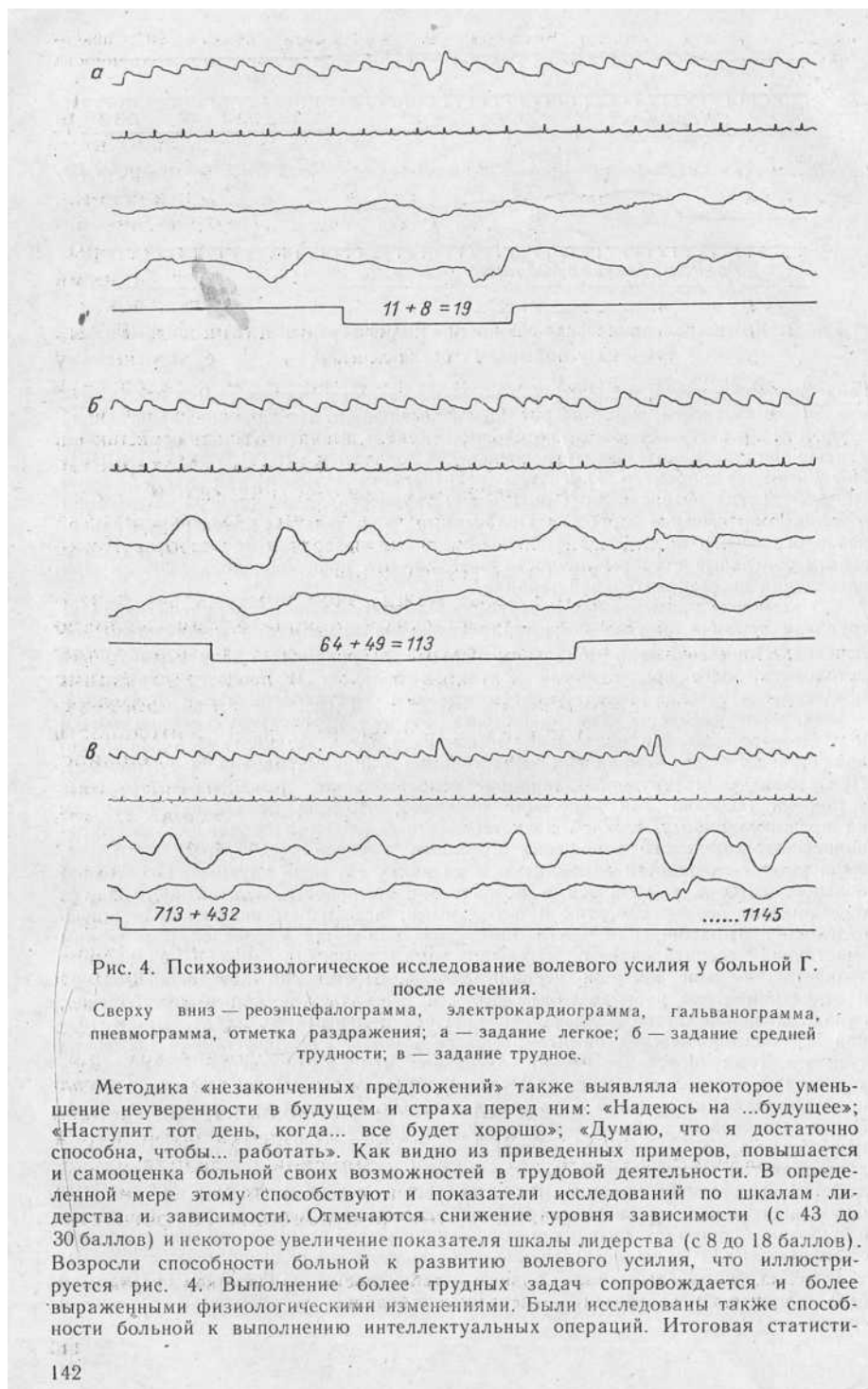
¹ Нормативные данные были установлены нашими сотрудниками: по зависимости от окружающих — $24,5 \pm 7,4$ балла, по стремлению к лидерству — $25,3 \pm 6,2$ балла [Горбунова Г. Н. и др., 1971].



Рис. 3. Кожно-гальваническая реакция на индифферентный (а) и значимый (б) сюжеты у больной Г. после лечения.

психофизиологическом исследовании волевого усилия выявлено резкое его снижение. Это, в частности, видно на рис. 2, показывающем, что задания нарастающей трудности по счету сопровождаются лишь крайне незначительным нарастанием изменений регистрируемых физиологических показателей (КГР, ЭКГ, РЭГ и ПГ). Подобный же характер изменения реактивности отмечен при предъявлении больной других возрастающих по степени трудности задач (задержка дыхания и динамометрические пробы). Полученные в результате экспериментально-психологического обследования больной данные позволили точнее охарактеризовать отдельные стороны личности больной, что представлялось важным при проведении восстановительной терапии.

В комплекс примененных лечебно-восстановительных мероприятий входили: трудовая терапия, другие социотерапевтические воздействия и биологическое лечение. Примененные в начальном периоде нейрорептики дали возможность установить более продуктивный контакт с больной. В процессе длительных психотерапевтических бесед удалось «развить» установленную в психологическом эксперименте особую значимость для нее перспектив семейной жизни и трудоустройства. На разрешение имеющихся здесь затруднений в значительной степени была направлена психотерапия (индивидуальная и групповая). При проведении трудовой терапии использовались выявленные трудовые установки больной. Так как было очевидно, что она не сможет вернуться на прежнюю работу, важной психотерапевтической задачей явилось формирование положительного отношения к работе в условиях ЛТМ. В частности, были учтены склонности ее к шитью и вязанию. По мере улучшения состояния больной, которое выразилось в возрастании активности, контактности как с медицинским персоналом, так и с больными, в большем включении в жизнь отделения, в расширении круга интересов, она была переведена на режим «частичной госпитализации». Будучи дома, помогала матери в ведении хозяйства, больше времени уделяла дочери. Постепенно поведение больной в отделении стало упорядоченным. Хотя и держалась несколько обособленно, однако довольно легко вовлекалась другими больными в беседу. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявлялось. Аффективно несколько тускла. Дома поведение было активнее, чем в отделении. Занималась хозяйством, заботилась о дочери. В таком состоянии была выписана с рекомендацией продолжения лечения в условиях дневного стационара и работы в ЛТМ. Перед выпиской из клиники были проведены повторные исследования, позволившие судить о динамике изучавшихся экспериментально-психологических характеристик. Исследование эмоциональных отношений личности психофизиологической методикой выявило, что по сравнению с первой записью по-прежнему наибольшую кожно-гальваническую реакцию вызывает представление, связанное с будущим. Однако относительная выраженность этой реакции при сопоставлении с изменением КГР на индифферентные сюжеты стала значительно меньше (рис. 3), что может свидетельствовать о некотором уменьшении тревоги больной за свое будущее. В определенной мере это относилось к проблемам «семья» и «работа».



ческая оценка по методике Векслера — 92, вербальная оценка — 101, невербальная — 81. Эти результаты свидетельствуют об интеллектуальной сохранности больной.

Экспериментально-психологические обследования данной пациентки показывают, что их результаты могут дополнять клинические представления о больных, способствовать построению программы восстановительного лечения и объективизации динамики их состояния. Подобные клинико-психологические исследования были проведены у 142 человек, среди которых больных шизофренией было 95, больных с депрессивными состояниями нешизофренического круга — 47. При этом показатель эмоциональности отношений личности по данным КГР был специально проанализирован у 64 больных, волевое усилие — у 94, такие характеристики личности, как «стремление к лидерству» и «степень зависимости от окружающих», с помощью личностного опросника — у 60 и особенности выполнения интеллектуального задания по методике Векслера — у 98 больных. Материалы, полученные посредством описанных психологических и психофизиологических методик, во всех клинических подгруппах больных были проанализированы в соответствии со сформулированными выше задачами по единому плану.

Устанавливалась взаимосвязь между экспериментально-психологическими данными и клиническими показателями, условно представленными в виде трех групп. *Показатели первой группы* в целом опосредованно указывают на степень хронизации болезни у исследованных больных. Это — длительность заболевания, число госпитализаций, наибольшая продолжительность госпитализации и непрерывность пребывания в больнице. Выбор именно этих показателей обусловлен тем, что они в наибольшей степени, по-видимому, могут быть использованы для установления влияния так называемого госпитализма на структуру личности больного¹. *Данные второй группы* указывали на выраженность психопатологических нарушений — это общая и малая шкальные оценки психопатологической шкалы. Очевидно значение этих характеристик (признаков хронизации и показателей шкалы) для изучения соотношения между изучаемыми личностными нарушениями и психопатологической картиной как в части ее, являющейся непосредственно выражением болезненного процесса, так и в части психопатологических расстройств, которые обусловлены явлениями госпитализма. *Третью группу* составили 2 показателя, устанавливающие, во сколько раз уменьшались общая и малая шкальные оценки после курса восстановительного лечения, перед выпиской. Следовательно, речь шла о таких показателях, при учете которых возможно выявить личностные особенности, имеющие наибольшее прогности-

¹ Следует учесть относительную стабильность клинической картины в течение длительного времени у исследуемых больных.

Таблица 10

Взаимосвязь показателей психологического и клинического исследований
больных шизофренией с преобладанием параноидных расстройств

	Клинические показатели	Экспериментально-психологические показатели				
		Эмоциональность отношений личности (по данным КГР)	Волевое усилие (по данным полиэффекторной психофизиологической методики)		Стремление к лидерству	Степень зависимости от окружающих
			с большим снижением усилия, $M_1 \pm m_1$	с меньшим снижением усилия, $M_2 \pm m_2$		
Хронизация	Длительность заболевания (в годах)	Н	Н	Н	+0,35	Н
	Число госпитализаций	Н	Н	Н	+0,37	-0,53*
	Наибольшая длительность госпитализации (в годах)	Н	Н	Н	+0,34	-0,56*
	Непрерывность пребывания в больнице (в годах)	Н	Н	Н	+0,59*	Н
Выраженность симптоматики	Общая шкальная оценка	Н	$37,2 \pm 3,6$	$26,5 \pm 3,1$	+0,40	Н
	Малая шкальная оценка	Н	$29,5 \pm 2,8$	$21,7 \pm 2,7$	Н	Н
Прогноз	Показатель изменения общей шкальной оценки	Н	$0,1 > p > 0,05$	Н	Н	Н
	Показатель изменения малой шкальной оценки	Н	Н	Н	Н	Н

Примечание. В табл. 10—13 звездочкой отмечены статистически достоверные коэффициенты корреляции; Н — связь статистически недостоверна; остальные коэффициенты носят характер тенденции.

ческое значение и на которые в связи с этим можно опираться при проведении восстановительного лечения.

Схематично основные данные о характере взаимосвязи между экспериментальными и клиническими показателями представлены в табл. 10—13. Каждая таблица представляет собой корреляционную матрицу показателей психологического и клинического исследований. В таблицах указаны коэффициенты ранговой корреляции (по Спирмену), превышающие уровень статистической значимости и близкие к этому уровню. Для характеристики взаимосвязи между клиническими и психофизиологическими данными исследования волевого усилия в таблицах приведены средние величины показателей хронизации, выраженности симптоматики и прогноза, существенно различающиеся (согласно критерию Стьюдента) в группах с резко и незначительно сниженным волевым усилием, выявляемым в эксперименте. Положительная корреляционная взаимосвязь указывает на то, что возрастание одного из показателей сопровождается увеличением

Таблица 11

Взаимосвязь показателей психологического и клинического исследований больных шизофренией с преобладанием апато-абулических нарушений

	Клинические показатели	Экспериментально-психологические показатели						
		Эмоциональность отношений личности (по данным КТР)	Волевое усилие (по данным полиэффек- торной психофизио- логической мето- дики)		Данные теппинг-теста	Стремление к лидерству	Степень зависимости от окружающих	Выполнение интеллектуаль- ных заданий (по методике Векстера)
			с большим сни- жением усилия, $M_1 \pm m_1$	с меньшим сни- жением усилия, $M_2 \pm m_2$				
Хронизация	Длительность заболе- вания (в годах)	Н	$10,2 \pm 1,2$	$7,1 \pm 1,0$	Н	Н	Н	Н
	Число госпитализаций	Н	$0,1 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,1$	Н	Н	Н	Н
	Наибольшая длитель- ность госпитализации (в годах)	Н	$1,3 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,1$	Н	Н	$+0,76^*$	Н
	Непрерывность пребы- вания в больнице (в годах)	Н	$3,3 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,3$	$-0,37$	Н	$+0,65^*$	Н
Выражен- ность симп- томатики	Общая шкальная оцен- ка	Н	$51,1 \pm 2,3$	$41,3 \pm 3,2$	$-0,73^*$	$-0,56^*$	$+0,37$	Н
	Малая шкальная оцен- ка	Н	$40,7 \pm 1,9$	$31,6 \pm 2,5$	$-0,77^*$	Н	Н	Н
Прогноз	Показатель изменения общей шкальной оцен- ки	Н	$1,4 \pm 0,155$	$2,2 \pm 0,32$	$+0,62^*$	Н	Н	Н
	Показатель изменения малой шкальной оцен- ки	$+0,59^*$	$1,4 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,32$	$+0,62^*$	Н	$-0,57^*$	Н

и другого; при отрицательной корреляционной взаимосвязи возрастание одного сопровождается уменьшением другого.

Как уже отмечалось, одной из основных задач исследования являлось сопоставление полученных в экспериментально-психологическом исследовании данных с так называемыми факторами хронизации, т. е. показателями, опосредованно указывающими на степень хронизации болезни. В каждой из рассматриваемых клинических подгрупп различным факторам хронизации соответствует в той или иной степени снижение уровня исследуемых психических процессов, в первую очередь волевого усилия. Что же касается личностных свойств, то результаты в этом случае неоднородны. Такая существенная для оценки личности больного характеристика, как степень зависимости от окружающих, возрастает по мере хронизации особенно отчетливо у больных шизофренией с апато-абулическими нарушениями (см. табл. 11) и у больных с депрессивными состояниями преимущественно эндогенной структуры (см. табл. 12). Эти данные в известной

Таблица 12

Взаимосвязь показателей психологического и клинического исследований больных с затяжными депрессивными состояниями без значительно выраженных психогенных включений

	Клинические показатели	Экспериментально-психологические показатели				
		Эмоциональность личности	Волевое усилие (по данным полиэффекторной психофизиологической методики)		Стремление к лидерству	Степень зависимости от окружающих
			с большим снижением усилия, $M_1 \pm m_1$	с меньшим снижением усилия, $M_2 \pm m_2$		
Хронизация	Длительность заболевания (в годах)	Н	Н	Н	-0,60*	Н
	Число госпитализаций	Н	Н	Н	Н	+0,55*
	Наибольшая длительность госпитализации (в годах)	-0,54	Н	Н	Н	+0,61*
	Непрерывность пребывания в больнице (в годах)	Н	Н	Н	-0,58*	Н
Выраженность симптоматики	Общая шкальная оценка	Н	$38,1 \pm 2,8$	$28,2 \pm 1,9$	-0,79*	Н
	Малая шкальная оценка	Н	$25,7 \pm 2,2$	$19,6 \pm 1,8$	Н	Н
Прогноз	Показатель изменения общей шкальной оценки	+0,48	Н	Н	Н	-0,62*
	Показатель изменения малой шкальной оценки	Н	Н	Н	Н	-0,57*

мере подтверждаются результатами исследования другой, в определенной степени противоположной, личностной характеристики — лидерства.

У больных шизофренией с параноидным синдромом показатели хронического течения заболевания отрицательно коррелируют со степенью зависимости от окружающих и положительно — со стремлением к лидерству (см. табл. 10). Такая связь носит, на первый взгляд, несколько неожиданный характер, так как было бы логичнее предположить, что в этом случае хронизации болезненного процесса должно соответствовать повышение зави

Таблица 13

Взаимосвязь показателей психологического и клинического исследований больных с затяжными депрессивными состояниями со значительно выраженными психогенными включениями

	Клинические показатели	Экспериментально-психологические показатели					
		Эмоциональность отношений личности	Волевое усилие (по данным полиэффекторной психофизиологической методики)		Стремление к лидерству	Степень зависимости от окружающих	Выполнение интеллектуальных заданий (по методике Векслера)
			с большим снижением усилия, $M_1 \pm m_1$	с меньшим снижением усилия, $M_2 \pm m_2$			
Хронизация	Длительность заболевания (в годах)	Н	Н	Н	Н	Н	
	Число госпитализаций	Н	Н	Н	Н	Н	
	Наибольшая длительность госпитализаций (в годах)	Н	Н	Н	Н	Н	
Выраженность симптоматики	Непрерывность пребывания в больницах (в годах)	Н	Н	-0,52*	Н	Н	
	Общая шкальная оценка	Н	$35,3 \pm 2,4$	$30,5 \pm 1,5$	-0,90*	-0,59*	Н
	Малая шкальная оценка	Н	$0,2 \pm p \pm 0,1$	Н	Н	-0,51*	Н
Прогноз	Показатель изменений общей шкальной оценки	-0,43	Н	Н	Н	+0,63*	Н
	Показатель изменений малой шкальной оценки	Н	Н	Н	-0,60*	Н	Н

симости и стремления к лидерству, как это наблюдалось в предыдущих группах. Очевидно, указанные взаимоотношения могут быть поняты при учете особенностей психопатологических нарушений у больных шизофренией с параноидным синдромом в связи с тем, что, наряду с нарастанием отгороженности больных от внешнего мира, значительным ослаблением адекватных социальных связей, у этих больных отмечается упорство в попытках реализации и патологических идей, т. е. своеобразная болезненная «стеничность».

Из трех основных исследовавшихся психологических характеристик (эмоциональных, волевых, интеллектуальных) с факторами хронизации в большей степени коррелируют психофизиологические показатели волевого усилия, причем эти взаимосвязи устанавливаются только в подгруппе больных шизофренией с преобладанием апато-абулических нарушений (см. табл. 11). По мере нарастания хронизации заболевания отмечается выявляемое в психофизиологическом эксперименте снижение способности больного к волевому усилию. Уровень всех коэффициентов корреляции, характеризующих взаимосвязь показателя эмоциональности отношений личности по данным КГР с факторами хронизации, не достигает степени статистической значимости для данного числа наблюдений. Однако при одновременном рассмотрении всех клинических подгрупп и всех признаков хронизации большинство коэффициентов корреляции и наибольшие из них являются отрицательными, т. е. в целом данные КГР в соответствии с клиническими представлениями указывают на снижение эмоциональных отношений личности психически больного по мере хронизации заболевания [Богатская Л. К. и др., 1969]. Не удалось выявить взаимосвязи между факторами хронизации и успешностью выполнения интеллектуальных заданий. Обращает на себя внимание, что среди показателей, опосредованно указывающих на затяжное хроническое течение болезни, в наибольшей степени с данными экспериментально-психологического исследования оказалась взаимосвязанной непрерывность пребывания в больнице. С клинической точки зрения, все рассматриваемые признаки хронизации характеризуют в известной мере явления госпитализма, учет которых столь важен для выполнения реабилитационных программ. Очевидно, что явления госпитализма в наибольшей степени, учитывая контингент больных, характеризуют именно показатель непрерывности пребывания в больнице.

В общем плане проводимого исследования было целесообразным провести изучение взаимосвязи экспериментально-психологических данных с показателями выраженности психопатологических нарушений у больных с хроническим затяжным течением заболевания. Это представлялось особенно необходимым потому, что, как можно было полагать, некоторые психопатологические проявления у подобного рода больных зависят в известной мере и от явлений госпитализма. В связи с этим заслуживают внимания полученные данные об особенностях взаимосвязи экспериментальных показателей с общей и малой шкальными оценками. Как видно из табл. 10—13, во всех подгруппах установлены корреляции как с экспериментальными показателями, характеризующими психические процессы, так и с личностными свойствами. Однако более выражены эти взаимосвязи для общей шкальной оценки, отражающей симптоматику в целом, в том числе в значительной степени особен-

ности поведения больного, по сравнению с малой шкальной оценкой, в которую включена наиболее характерная симптоматика для определенной подгруппы больных.

При анализе взаимосвязи между степенью выраженности психопатологических нарушений и отдельными личностными свойствами представляют интерес различия в характере их как внутри группы больных шизофренией, так и в группе пациентов с депрессивными состояниями. Если у больных с апато-абулическими проявлениями большей выраженности психопатологических нарушений соответствовали уменьшение лидерства и возрастание зависимости (см. табл. 11), то в группе параноидных больных эти отношения имели обратную тенденцию (см. табл. 10). Возможное объяснение факту возрастания лидерства у больных шизофренией с параноидным синдромом было уже дано ранее, при анализе признаков хронизации.

У больных с депрессивными состояниями с преимущественно эндогенной структурой симптоматики между выраженностью последней и стремлением к лидерству существует отрицательная корреляционная связь, т. е. чем выраженнее симптоматика, тем меньше показатель лидерства (см. табл. 12). Что же касается депрессивных состояний, отнесенных ко второй подгруппе больных, в клинической картине которых существенную роль играют психогенно-реактивные факторы, то характер связей между шкальными оценками и личностными свойствами оказывается совершенно иным (см. табл. 13). Относительно более высокий уровень лидерства у больных, имеющих и более высокие шкальные оценки, и уменьшение зависимости у этих же больных требуют специального рассмотрения. Возможно, частичное объяснение данного факта заключается в том, что у больных этой подгруппы именно личностный, психогенно-реактивный компонент оказывается существенным в картине психопатологических нарушений, отражая конфликтные психотравмирующие обстоятельства. В определенной степени они могут быть обусловлены и специфическими чертами характера: эгоцентризмом, повышенной претенциозностью, переоценкой собственной личности, неумением находить конструктивный выход из неблагоприятной ситуации, столкновением собственных интересов с интересами других лиц, которые были выражены у этих больных и в преморбидном периоде. Иными словами, нарастанию психопатологических нарушений в этой подгруппе сопутствуют увеличение стремления к лидерству и снижение зависимости от окружающих (см. табл. 13). Очевиднее представляется отрицательная корреляционная связь между психофизиологическим показателем волевого усилия и оценками психопатологической шкалы при затяжных депрессивных состояниях, в особенности в подгруппе больных без значительно выраженных психогенных включений (см. табл. 12). В полной мере это относится и к изученным больным шизофренией, т. е. к больным той группы,

в клинической картине которых волевые нарушения играли существенную роль.

При рассмотрении соотношения между факторами хронизации и изучаемыми показателями могла возникнуть мысль о том, что зависимость между признаками хронизации и экспериментальными данными в конечном счете обусловлена только их связью со степенью выраженности психопатологических нарушений. Однако больше данных за то, что снижение волевого усилия не только обусловлено тяжестью психопатологических нарушений, но и определяется, по-видимому, самой длительностью непрерывного пребывания в больнице. В пользу этого свидетельствуют полученные данные о наличии взаимосвязи между признаками хронизации и экспериментальными показателями волевого усилия лишь у больных шизофренией с выраженными апато-абулическими нарушениями (см. табл. 11), т. е. в той группе больных, где факторы хронизации были наиболее выраженными. Такое предположение может соответствовать клиническим представлениям о влиянии длительного пребывания в условиях больницы, некоторой социальной изолированности (депривации) на структуру личности психически больного, в данном случае на ее волевые проявления.

Переходя к анализу прогностического значения данных психологического исследования, вначале остановимся на группе больных шизофренией. Как видно из таблиц, наибольшее прогностическое значение эти данные имели у больных шизофренией с апато-абулическими проявлениями (см. табл. 11). Полученные в этой подгруппе результаты дают основание полагать, что низкая зависимость от окружающих и относительно более высокое стремление к лидерству у больных шизофренией с апато-абулическими нарушениями могут рассматриваться как косвенные прогностически благоприятные признаки. Напротив, высокий показатель зависимости от окружающих и низкое стремление к лидерству должны быть расценены как прогностически неблагоприятные. Прогноз восстановительной терапии у больных шизофренией с апато-абулическими нарушениями оказался также благоприятнее при относительно более высоких показателях эмоциональности отношений личности и более высоком уровне волевого усилия, определяемых психофизиологическими методиками.

В отличие от этого при шизофрении с параноидным синдромом не было выявлено прогностического значения рассматриваемых экспериментально-психологических показателей (см. табл. 10). Становится ясным, что в эффективности лечебно-восстановительного комплекса применительно к больным этой подгруппы главенствующую роль играла терапия, адресуемая в большей степени к биологическим механизмам патологических расстройств. В то же время на динамику состояния у больных шизофренией с апато-абулическими наруше-

ниями, по-видимому, больше влиял комплекс социотерапевтических мероприятий, обращенных к сохранным компонентам личности, выявляемым экспериментально-психологическим исследованием. Этим и можно объяснить большую связь здесь экспериментально-психологических показателей с прогнозом.

У больных с депрессивными состояниями преимущественно эндогенной структуры (см. табл. 12) прогноз оказывается благоприятнее при более низких показателях зависимости от окружающих. В отличие от этой подгруппы, у больных с депрессивными состояниями со значительно выраженными психогенными включениями (см. табл. 13) взаимосвязь между степенью улучшения (по шкальным оценкам) и личностными особенностями имела более выраженный характер. Лучший терапевтический эффект наблюдался у лиц с высокой зависимостью от окружающих и низким стремлением к лидерству. Это позволяет предположить, что больные с относительно более высокой зависимостью и низким лидерством, обуславливающими их недостаточную доступность социотерапевтическим мероприятиям, оказываются прогностически благоприятнее.

Показатель эмоциональности отношений, исследованный психофизиологической методикой, в двух анализируемых подгруппах больных с депрессивными состояниями, как оказалось, также имеет различное прогностическое значение. У больных с преобладанием эндогенной структуры в клинической картине заболевания (см. табл. 12) увеличение эмоциональности отношений соответствовало лучшему прогнозу. Напротив, у больных с преобладанием в клинической картине реактивно-личностных компонентов (см. табл. 13) прогноз был хуже. Отмеченное обстоятельство можно объяснить следующим образом. В первом случае, как известно, нередко имеет место своеобразное изменение эмоциональности, вплоть до психической анестезии. Кроме того, личность больного здесь в большей степени как бы повернута на самого себя; больные склонны в первую очередь винить во всем не других, а себя. Во втором случае эмоциональные отношения личности более тесно связаны с психопатологической симптоматикой и даже определяют ее в какой-то мере, поэтому выраженная эмоциональность отношений усиливает действие патогенных факторов и ведет к ухудшению психического состояния.

Изложенные результаты клинико-психологического исследования представляют материал для более углубленного понимания ряда теоретических вопросов, связанных с проблемой реабилитации психически больных. Вместе с тем данные этих исследований постоянно использовались для решения ряда практических задач. Содержательный анализ получаемых в психологическом эксперименте характеристик больных помогал индивидуализации выбора и проведения конкретных реабилитационных воздействий, а также более объективной оценке динамики состояния отдельных

больных под влиянием реабилитационных воздействий. К решению некоторых вопросов, в частности вовлечения в труд, изучения продуктивности работы и объективной оценки роли трудотерапии в восстановлении активности личности, привлекались данные психофизиологического исследования волевого усилия. Естественно, что в наибольшей степени указанное относилось к основной группе изучаемых больных шизофренией, у которых преобладали апато-абулические нарушения. В связи с резким снижением и во многих случаях утратой трудовых навыков, отсутствием всякого побуждения к трудовой деятельности применительно к больным данной группы особое значение приобретают вопрос о привлечении их к труду и выяснение возможностей овладения ими хотя бы самыми простыми операциями. В плане экспериментально-психологического исследования здесь важную роль приобретал учет тех изменений личности больного и его психических процессов, которые отражали, с одной стороны, снижение интересов, с другой — снижение активности и побуждений к деятельности.

Анализ материалов исследования волевого усилия показал, что степень снижения усилия не всегда соответствовала внешне проявляемой активности больных. У ряда из них, внешне характеризовавшихся апатичностью, безынициативностью, малоподвижностью, в процессе экспериментального исследования выявлялись гораздо менее выраженные нарушения усилия, чем можно было ожидать, судя по рисунку внешнего поведения. Это позволяет наметить соответствующую тактику вовлечения больного в трудовые лечебные процессы, подобрать адекватные по сложности виды работы в период вовлечения в трудовую терапию. Повторные экспериментальные исследования полезны и для решения вопроса о том, в какой степени трудотерапия приводит лишь к образованию у больного автоматических навыков в результате упражнения и тренировки конкретных форм трудовой деятельности и в какой мере она способствует повышению собственно волевого усилия, что является важной задачей восстановительного лечения.

При изучении 29 больных шизофренией с апато-абулическими проявлениями изменения волевого усилия под влиянием комплекса реабилитационных воздействий установлено, что у 13 из них (у 45 %) отмечались положительные сдвиги показателей, получаемых в эксперименте. Сопоставление динамики волевого усилия и клинического состояния больных показало, что в группе, где наблюдался более значительный эффект восстановительного лечения (и по изменению оценок психопатологической шкалы), положительное изменение волевого усилия отмечено в 71 % случаев. В то же время в группе больных, где комплекс реабилитационных воздействий привел к менее выраженному клиническому улучшению, оно наблюдалось значительно реже (в 14 %). Таким образом, достигнутое в процессе восстанови-

тельной терапии клиническое улучшение в состоянии больных шизофренией включало, как показали данные психофизиологического исследования, и увеличение способности к развитию волевого усилия. Это видно из следующего наблюдения.

Больная Н., 26 лет, находилась в клинике восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева с 17.07.67 г. по 26.12.67 г. Диагноз — шизофрения.

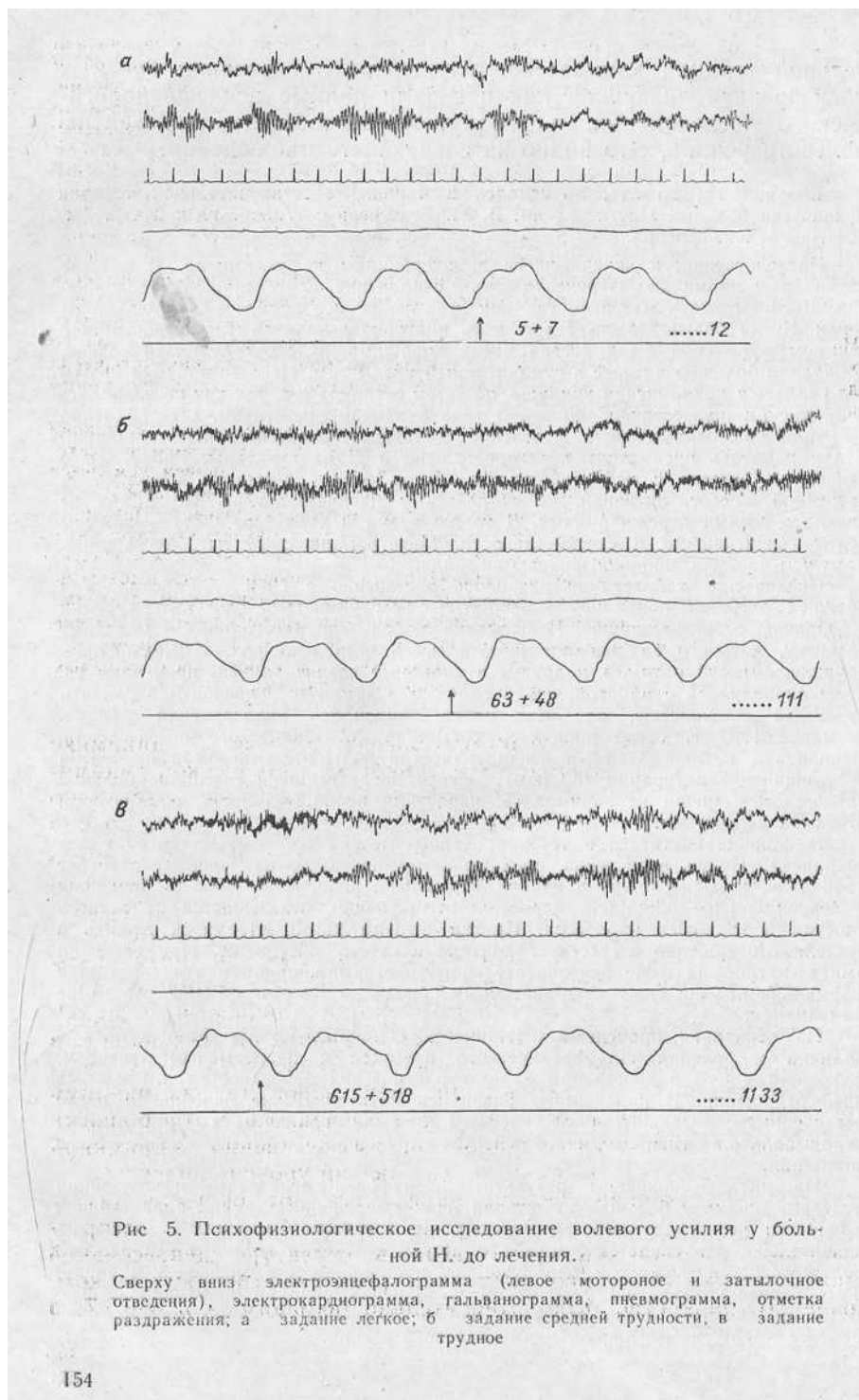
Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В детстве развивалась нормально. Перенесла корь и скарлатину, протекавшие без осложнений. Воспитывалась матерью, так как отец почти все время жил отдельно от семьи. Когда больной было 7 лет, мать повторно вышла замуж. Отношения с отцом у больной были всегда очень хорошими. В школе училась средне, проявляла большой интерес к гуманитарным предметам. После окончания школы год училась в медицинском училище, но затем оставила его, так как не нравилась медицинская профессия. Работала 3 года техником-синоптиком. Одновременно окончила хореографическое отделение культурно-просветительного училища. Стала работать преподавателем хореографии в Доме культуры. Работу свою любила и хорошо с ней справлялась. Была очень замкнутой, сдержанной, уверенной в себе, активной, не считалась с мнением других. Ни с кем не делилась своими переживаниями. В то же время в характере были выражены черты сенситивности и стеснительности. Менструации с 14 лет, регулярные. Замужем не была, половой жизнью не жила.

Психическое заболевание развилось постепенно с 1966 г. Работала без прежней энергии, появились конфликты с сослуживцами, до того времени совершенно отсутствовавшие. Испытывала любовь «на расстоянии» к молодому человеку, которого за ряд лет видела всего несколько раз. В дальнейшем появились мысли о том, что друзья и знакомые следят за ней, проверяют ее. Хуже справлялась с работой, стала еще более замкнутой, прекратила следить за своей внешностью, на лице часто появлялась неадекватная улыбка. В марте 1967 г. остро развилось состояние кататонического возбуждения. Лечилась в течение 3 мес в психиатрической больнице, где была проведена инсулиношоковая терапия (30 ком). Вскоре после выписки состояние больной ухудшилось — ничем не занималась, нарастали необщительность, замкнутость, отказывалась от еды.

В клинике института в течение первого месяца ориентировка всех видов сохранена. Почти недоступна продуктивному контакту, на вопросы отвечает правильно, но односложно и крайне формально, вяла, монотонна. С больными и персоналом не общается, держится отгороженно, отказывается от всякого участия в трудовых процессах. Иногда целыми днями стремится лежать в постели. Совершенно отсутствует критика к своему состоянию. При введении амитал-натрия на фоне речедвигательного растормаживания контакт остается формальным, мышление — паралогичным, бредовые идеи и обманы чувств не выявляются.

На основании приведенных клинических данных можно было думать о наличии у больной шизофренического процесса с непрерывным течением, дебютировавшего с заострения характерологических особенностей и бредовых идей отношения. В дальнейшем развилось кататоническое явление, а после безуспешного активного биологического лечения клиническая симптоматика укладывалась в рамки сформировавшегося выраженного дефектного психического состояния.

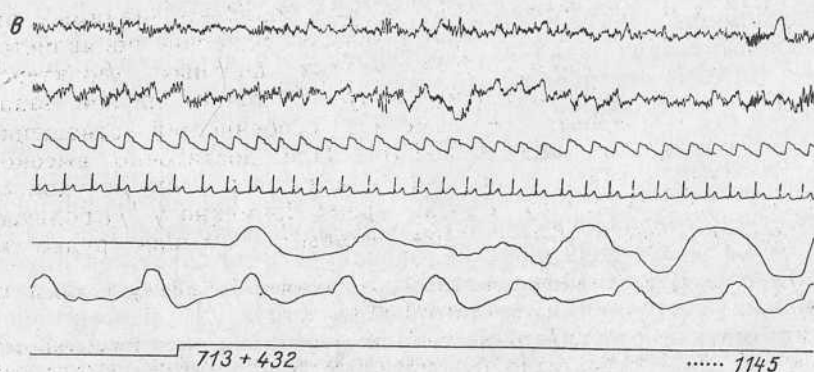
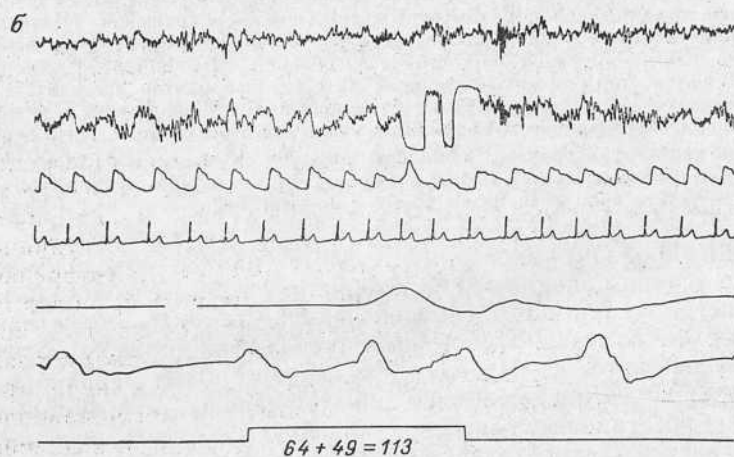
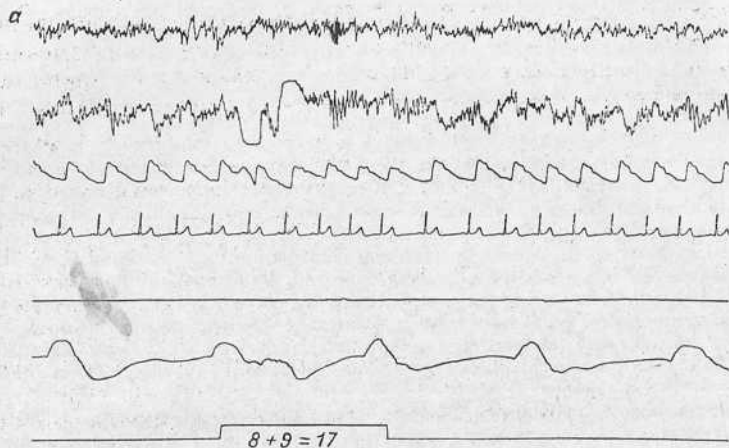
На рис. 5 показаны результаты психофизиологического исследования волевого усилия у больной до лечения. При выполнении заданий нарастающей трудности регистрируемые физиологические показатели изменились лишь незначительно, что свидетельствовало о резком снижении волевого усилия. Это подтверждается также тем, что даже при правильном или близком к правильному решению задач на счет время выполнения заданий было значительно больше, чем это было отмечено при исследовании больных шизофренией, с менее выраженными нарушениями волевого усилия.



Под влиянием восстановительной терапии у больной постепенно начали отмечаться положительные сдвиги в состоянии. Стала менее замкнутой и отгороженной, более активной, расширился круг общения с другими больными. Сама обращалась к врачу с просьбой разрешить ей свободные прогулки на территории института. Постепенно удалось включить ее в трудовые процессы, стала играть на пианино для других больных. Занималась рисованием, участвовала в проводившихся специалистом музыкальных занятиях, где особенно оживлялась, и наблюдалось наиболее адекватное поведение. Больной предоставлялись пробные отпуска на 1—2 дня для адекватного включения в жизнь. Эти отпуска оказывали на нее весьма положительное эмоциональное воздействие. В дальнейшем была переведена на режим «открытых дверей». В течение последнего месяца перед выпиской на фоне некоторой эмоциональной холодности и формальности довольно общительна, охотно участвовала во всех мероприятиях, проводимых в отделении. Стала следить за своей внешностью. Находясь в домашних условиях, часто бывала в гостях, помогала матери по хозяйству. Тяготилась пребыванием в клинике, несмотря на режим «открытых дверей». Активно интересовалась выпиской. Выявилась установка на работу по прежней специальности.

В достаточной наглядной форме динамика клинического состояния больной отражена в заполненных регистрационных листках оценочной психопатологической шкалы. Как видно из табл. 14 и 15, под влиянием комплекса реабилитационных воздействий отмечается значительное снижение общей шкальной оценки, отражающей в целом психопатологические нарушения. Повторное исследование волевого усилия, проведенное в период клинического улучшения, указывало на значительное возрастание у больной способности к развитию усилия. В частности, усложнение заданий по счету приводит к последовательному усилению физиологических реакций: изменению гальванограммы с появлением ряда кожно-гальванических рефлексов, учащению сердцебиений, уменьшению амплитуды реоэнцефалограммы, учащению дыхания (рис. 6). Большому изменению физиологических реакций при нарастании сложности предъявляемых заданий соответствовало уменьшение времени их выполнения.

Таким образом, экспериментальные данные о динамике волевого усилия дополняют характеристику клинической динамики, регистрируемой на оценочной шкале, так как объективно выявляют те изменения состояния больных, которые особенно существенны для конкретизации восстановительных мероприятий на последующих этапах реабилитации. Изучалась также динамика в процессе восстановительной терапии и других экспериментально-психологических показателей, в частности описанных выше таких личностных свойств, как лидерство и зависимость. Результаты экспериментального исследования этих свойств с помощью двух соответствующих шкал из адаптированного личностного опросника (ММРІ) установили, что уровень показателей этих шкал при первом исследовании существенно различался в двух подгруппах больных с затяжными депрессивными состояниями [Кабанов М. М., Немчин Т. А., 1969]. Оказалось, что у больных с депрессивной симптоматикой преимущественно эндогенной структуры выявлялись сравнительно низкий уровень лидерства — $11,0 \pm 3,2$ и высокий уровень зависимости от окружающих — $32,0 \pm 6,9$. В отличие от этого в группе больных с депрессивными состояниями, у которых в структуре депрессивной симптоматики отчетливо выступали реактивно-личностные компоненты, лидерство было относительно большим — $32,0 \pm 5,7$, а



зависимость меньшей — $16,0 \pm 4,7$. При повторных исследованиях перед выпиской была отмечена тенденция к изменению указанных личностных особенностей, имеющая закономерный характер, которую условно можно рассматривать как процесс их нормализации. Так, в подгруппе больных с депрессивными состояниями преимущественно эндогенной структуры отмечалось повышение уровня лидерства до $19,1 \pm 3,4$, в то время как в другой подгруппе больных с затяжными депрессивными состояниями он снизился до $23,5 \pm 1,9$. Напротив, показатель зависимости повысился у больных с депрессивными состояниями с выраженными реактивно-личностными компонентами до $18,9 \pm 2,5$ и снизился в другой подгруппе больных до $23,9 \pm 4,6$. Эти показатели динамики лидерства и зависимости у больных с затяжными депрессивными состояниями в полной мере согласуются с данными относительно прогностического их значения при восстановительной терапии этой группы больных. Они могут также учитываться при проведении реабилитационных мероприятий, в особенности при психотерапии.

При проведении восстановительной терапии психически больных, в особенности больных шизофренией с апато-абулическими расстройствами, большое значение приобретает знание степени относительной сохранности основных отношений личности и их эмоциональности, которые в нашей работе изучались с помощью методики «незаконченных предложений» и психофизиологического исследования (с регистрацией КГР). Этот аспект работы иллюстрируют исследования, выполненные нашей сотрудницей Л. К. Богатской (1971), изучавшей 25 больных шизофренией с дефектными состояниями, в структуре которых преобладали апато-абулические проявления. Исследования проводились повторно в процессе восстановительного лечения. Результаты первого обследования по методике «незаконченных предложений» приведены в табл. 16. Эти данные показывают, что хотя наиболее часто почти ко всем сферам жизни констатируется безразличное отношение, вместе с тем очень важным является наличие в значительном проценте случаев и эмоционально значимых отношений. Наиболее часто отрицательное отношение проявляется к семье и будущему. Для многих больных характерен интерес к противоположному полу. С точки зрения задач реабилитации, нельзя не отметить особенностей отношений исследованных больных к работе. При достаточно высокой частоте безразличного отношения к ней совершенно не удалось выявить отрицательного, в то же время примерно у $1/3$ больных отношение к работе было положительным. Учитывая трудности,

Рис. 6. Психофизиологическое исследование волевого усилия у больной Н. после лечения.

Сверху вниз — электроэнцефалограмма (левое моторное и затылочное отведения), реоэнцефалограмма, электрокардиограмма, гальванограмма, пневмограмма, отметка раздражения; а — задание легкое; б — задание средней трудности; в — задание трудное.

Таблица 14

Регистрационный лист оценочной шкалы основных клинико-психопатологических характеристик больной Н. до лечения

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Премор- бидные особен- ности	1	2	3	4	5	6	Оценка в баллах
Внешний вид							+V							0
Двигательная актив- ность							+				V			4,5
Речь							+				V			4,5
Склонность к агрес- сии, самоуничтожению и самоистязанию							V							0
Подверженность внешним влияниям							+					V		5
Общительность							+					V		5
Трудовая деятельность							+					V		6
Отношение к пище							+			V				3
Сон							V+							0,5
Отношение к противो- положному полу							+ V							0
Настроение							V +							0
Характер аффекта	1						+			V				4
	2						+			V				3
Внимание и реакция на окружающее							+					V		5,5
Память							V +							0
Характер ассоциаций							V +							0
Мышление			V				+							4,5
Восприятие							+ V							0
Бред							+ V							0
Общая шкальная оценка														45,5

Таблица 15

Регистрационный лист оценочной шкалы основных клинико-психопатологических характеристик больной Н. после лечения

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Преморбидные особенности	1	2	3	4	5	6	Оценка в баллах
Внешний вид							+V							0
Двигательная активность							V +							0
Речь							+ V							0,5
Склонность к агрессии, самоуничтожению и самоистязанию							V +							0
Подверженность внешним влияниям							+ V							0
Общительность							V +							0
Трудовая деятельность							V +							0
Отношение к пище							V +							0
Сон							V +							0
Отношение к противоположному полу							V +							0
Настроение							V +							0
Характер аффекта	1						+			V				3
	2						+			V				2
Внимание и реакция на окружающее							+		V					1,5

Основные характеристики	6	5	4	3	2	1	Премор- бидные особен- ности	1	2	3	4	5	6	Оценка в баллах
Память							✓ +							0
Характер ассоциаций							✓ +							0
Мышление							+							1,5
Восприятие							✓ +							0
Бред							✓ +							0
Общая шкальная оценка														8,5

которые могут возникнуть при интерпретации результатов, полученных с помощью методики «незаконченных предложений» у больных с выраженными психическими нарушениями, представлялось необходимым сопоставить их с результатами психофизиологической методики (КГР), которая использовалась для исследования эмоциональности. Эти данные приведены в табл. 17, из которой видно, что частота совпадений между оценками, полученными обеими методиками, достаточно высока. Но является особенно убедительным то, что наблюдается почти полное совпадение между данными обеих методик у тех больных, у которых «незаконченные предложения» не выявили значимых

отношений. Сопоставление данных этих методик свидетельствует о достаточной объективности для характеристики эмоциональности отношений материалов, получаемых с помощью «незаконченных предложений» (простого и доступного экспериментально-психологического приема).

Рассмотрение этих результатов применительно к задачам реабилитационной практики выявило определенную диссоциацию между первоначальными клиническими и

Таблица 16

Характеристика системы отношений личности больных шизофренией с апато-абулическими нарушениями

Сферы отношений	Характер отношений, %		
	Положительное	Отрицательное	Безразличное
К семье	12	40	48
К противоположному полу	52	8	40
К окружающим	20	4	76
К работе	32	0	68
К будущему	32	28	40

экспериментально-психологическими данными. Так, если больные, за небольшим исключением, клинически представляли определенное единство, выразившееся в апатии, монотонности, безразличии, резком снижении интересов к окружающему, неадекватных эмоциональных реакциях, то по психологическому эксперименту они могли быть условно разделены на 2 группы

с различной степенью эмоциональности отношений личности, причем для одной группы характерным было отсутствие «эмоциональной заряженности» всех исследовавшихся систем отношений, в то время как в другой выявилось одно или несколько эмоционально значимых отношений. Применительно к указанным двум группам различным образом строились и реабилитационные воздействия. Если в отношении больных первой группы терапия была ориентирована на некоторое оживление резко сниженной у них эмоциональности и активирование способностей к элементарным формам деятельности, на коррекцию неправильных форм поведения, то во второй группе, наряду с активирующими мероприятиями, в комплексе социотерапевтических воздействий важное место занимала индивидуальная и групповая психотерапия. Она была направлена на корригирование личностных отношений, при этом использовались данные экспериментально-психологического исследования о различной степени их эмоциональной значимости для того или иного больного.

Проведенные клинико-психологические исследования уточнили влияние явлений госпитализма на некоторые особенности личности психически больных, указали на характер этого влияния у больных, относящихся к разным клиническим группам. Сопоставление клинического улучшения с различной степенью изменений личностных особенностей позволило указать на прогностическое значение некоторых характеристик личности и наметить возможности их использования при планировании и осуществлении конкретных мероприятий по реабилитации психически больных.

Таблица 17
Сравнительная характеристика эмоциональности отношений по данным методики «незаконченных предложений» и КГР

Характер отношений по методике «незаконченных предложений»	Характер отношений по методике КГР, %	
	Эмоционально значимые реакции	Эмоционально незначимые реакции
Положительное	52,5	47,5
Безразличное	1,5	98,5
Отрицательное	57,9	42,1

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
«РЕАБИЛИТОЛОГИЧЕСКОЙ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ
ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ»¹

Информационный аспект исследования реабилитации психически больных. Успешное развитие теории и практики реабилитационного направления в психиатрии связано с необходимостью получения и переработки существенно возросшего объема информации. Количественное увеличение перерабатываемой информации имеет место и при преимущественно биологическом подходе к психическим заболеваниям, но при реабилитации психически больных оно приобретает широкий качественный характер. Это связано с тем, что в центре внимания психиатра (и врача, и исследователя) оказываются, как уже отмечалось, в большей мере личность больного и его жизненная ситуация, т. е. самые сложные явления, с которыми сталкивается человеческое познание.

Для эффективной реабилитации необходимо понимание личности больного во всех ее проявлениях: ни одно событие его жизни, ни одна мысль и ни одно переживание не являются потенциально безразличными для психиатра. Понимание личности не может быть полным без рассмотрения ее взаимоотношений с другими людьми в контексте всей культуры, в которой больной существует.

В отличие от биологической терапии, в качестве средств которой чаще всего служат фармакологические вещества, при реабилитационных психосоциальных воздействиях выступает их информационный аспект, отражающий семантику среды существования больного во всех ее элементах и в ее тотальности и целостности. Сама эта среда в возможных пределах оптимизируется в целях реабилитации больного. Из такого понимания психосоциальных воздействий следует, что их многообразие необозримо, так как определяется разнообразием возможных смысловых значений, распознаваемых больным в среде существования. Поэтому научные исследования в области клинической психиатрии должны опираться на огромное количество данных о больном и процессе его реабилитации. На основе современной конкретно-научной методологии их анализ целесообразно, как указывалось, проводить с позиций системного подхода. В связи с этим полезно применение методов многомерной статистики и кибернетического моделирования.

¹ В подготовке этой главы принимали участие наши сотрудники Г. В. Бурковский, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев, К. В. Корабельников.

Используемые в научных исследованиях архивы обычных клинических историй болезни, как правило, содержат информацию, недостаточную для изучения реабилитационного процесса. Кроме того, материалы таких историй болезни мало сопоставимы даже в рамках одного клинического направления. И при хорошем их заполнении поиск информации в них чрезвычайно трудоемок, и, как показывает практика исследований, эффективность использования этих историй болезни нередко мала. Что касается архивов протоколов экспериментальных исследований, то они обычно существуют в виде «частных коллекций» отдельных исследователей и отдельных научных коллективов. Трудоемкость их использования весьма велика.

В современных условиях для интенсификации научных исследований и внедрения системного анализа важным является создание автоматизированной информационной системы (АИС) на основе ЭВМ. Такой путь позволяет обеспечить хранение практически неограниченной информации, быстрое извлечение необходимой информации и преобразование ее с помощью современных математико-статистических методов. Преимущества АИС вытекают из того, что она в огромной степени сокращает время и усилия, затрачиваемые на статистическую проверку отдельной гипотезы, позволяет значительно увеличить число исследуемых предположений, выдвижение которых в медицине зачастую остается прерогативой клинициста. Это расширяет и возможности исследователя за счет резкого уменьшения нетворческой механической работы. Преимущества использования АИС перед распространенными до настоящего времени способами обработки клинических данных состоят, во-первых, в однократном кодировании и введении данных формализованных историй болезни в информационную систему, хранении их на магнитной ленте и возможности последующего многократного использования и, во-вторых, в оперативном применении систематического анализа по мере накопления архива историй болезни. В целом автоматизированная информационная система позволяет более полно и оперативно накапливать данные о больном и более эффективно их обрабатывать за счет увеличения спектра применяемых методов математического анализа и возможности многократного фрагментирования историй болезни с целью проведения анализа в максимально однородных клинических группах больных. Применение АИС создает организационную и техническую основу для усиления комплексности проводимых исследований. Эффективность и рентабельность АИС увеличиваются при большом масштабе исследований.

Разработка АИС и ее совершенствование могут представлять собой самостоятельное направление научных исследований в психиатрии.

В настоящей главе рассматривается опыт использования созданной в клинике восстановительной терапии психически

больных Института им. В. М. Бехтерева «Реабилитологической автоматизированной информационной системы» (РАИС).

Разработка формализованной истории болезни (реабилитационной карты). Как отмечалось в гл. 5, в клинике была разработана формализованная история болезни — «реабилитационная карта». Первый ее вариант создан в 1967 г., второй — в 1973 г., третий — в 1976 г. Последний вариант в большей степени соответствует исследовательским задачам в области реабилитации благодаря более полному описанию социально-психологических характеристик больного и особенностей социотерапевтических воздействий. Кроме того, предложена новая система кодирования, более удовлетворяющая требованиям ввода информации в ЭВМ. В процессе разработки нового варианта карты были отобраны 995 признаков, в которых подробно отражены основные клинические и социально-психологические особенности больного, данные о течении заболевания, характер основных лечебно-восстановительных мероприятий, достигнутые результаты восстановительной терапии и возможности социально-трудовой адаптации больного.

Реабилитацию можно представить, как это принято в подходе к сверхсложным системам, в виде дерева целей. Его вершина соответствует основной, конечной задаче реабилитационной работы. Ее достижение обеспечивается путем реализации 3 целевых ориентаций. Первая ориентация направлена на коррекцию неадекватных особенностей личности больного. В свою очередь, она подразделяется на множество иерархически соподчиненных целей — от коррекции ценностных ориентаций и Я-образа больного до коррекции определенных навыков поведения. Вторая целевая ориентация ставит задачей коррекцию недостатков микросоциального окружения больного, установок этого окружения, неправильного отношения к пациенту. Объектом приложения усилий терапевтической бригады в этом направлении является окружение в сферах производства, семьи и досуга больного. Третья ориентация направлена на коррекцию социальной позиции больного и представляет собой по сути дела социально-профессиональную ориентацию. Все 3 целевые ориентации взаимосвязаны. Например, для изменения социальной позиции больного в какой-либо сфере жизнедеятельности часто требуется коррекция его ценностных установок. Система целей реабилитации реализуется при помощи множества методов биологических и психосоциальных воздействий. Отношение больных к этим методам и приемам также является существенной характеристикой реабилитационного процесса и нашло свое отражение в созданной нами реабилитационной карте.

Реабилитационная карта содержит 4 основных раздела. В первом разделе освещаются:

— данные о физическом и психическом развитии больного в детстве, особенностях семьи, в которой он воспитывался, с

акцентом на характере внутрисемейных отношений, т. е. условий и истории формирования личности больного;

- вопросы, связанные с семейным статусом самого больного и характером его семейных отношений;

- некоторые личностные характеристики, которые могут быть получены клиническим методом без применения специальных экспериментально-психологических исследований;

- трудовая деятельность больного, включая характер его взаимоотношений с коллективом и руководством;

- образ жизни, взаимоотношения больного с его социальным окружением и сферы наиболее значимых отношений (семья, работа, родные, круг друзей, лица противоположного пола).

Таким образом, в этом разделе представлены социально-психологические характеристики больного. Здесь же содержатся и основные клинические данные о течении заболевания и проведенном лечении до поступления в клинику.

Во втором разделе указываются результаты проведенного клинико-экспериментального изучения. Здесь фиксируется ряд показателей эмоциональности больного (данные ЭЭГ, исследования кожно-гальванического рефлекса и др.). Особое внимание уделено учету результатов экспериментально-психологических исследований личности больного.

Третий раздел отражает основные лечебно-восстановительные мероприятия:

- комплекс психосоциальных воздействий, включающий индивидуальную и групповую психотерапию, лечение занятостью, трудотерапию, специальные методы социальной активации, лечебную физкультуру и др.;

- сведения о всех видах биологической, в том числе физической, терапии, их продолжительность и средние дозировки; особо отмечается отношение больного к лечебному режиму, медицинскому персоналу отделения и всем видам лечебно-восстановительных мероприятий.

В четвертом разделе отмечаются в обобщенной форме результаты восстановительной терапии (в показателях клинического улучшения и возможностей социально-трудовой адаптации). Сведения о большинстве признаков реабилитационной карты относятся к нескольким периодам жизни больного, что позволяет проследить динамику их изменения. Психопатологические проявления регистрируются с помощью описанной в гл. 5 оценочной психопатологической шкалы. Данные о больном заносятся в карту лечащим врачом и, частично, медицинским психологом.

Наиболее трудной при разработке реабилитационной карты была формулировка таких социально-психологических характеристик больного, которые, с одной стороны, с достаточной полнотой описывали бы его взаимодействия с социальным окружением, а с другой — были бы адекватны клиническому

мышлению врача. Для основных социально-психологических понятий, употребляемых в карте, была разработана система их экспликации в виде краткого словаря этих терминов, распределенного по тексту карты. В связи с тем, что фиксирование врачом большого количества разнородных признаков затруднительно, в реабилитационной карте использованы максимально простые и единообразные шкалы для измерения социально-психологических характеристик. В карте отображены существенные признаки, отражающие сложную систему целей реабилитации, что обеспечивает относительную полноту собираемой информации. Следовательно, реабилитационная карта представляет собой базовый носитель информации, который, тем не менее, может быть использован в любом частном исследовании путем совместной обработки с так называемыми «дочерними» носителями информации. Как показал опыт, эта карта, помимо выполнения своих основных функций (носитель информации), способствует также оптимальному программированию процесса обследования больного. В то же время она упорядочивает все многообразие сведений врача о больном в соответствии с задачами реабилитации.

Структура и функционирование РАИС. Реабилитационная карта является структурной единицей массива данных РАИС, организованной на базе ЭВМ «Наири-3-1»¹. Возможности программного обеспечения этой системы таковы, что обеспечивают реализацию всех традиционно используемых в психиатрии форм клинико-статистического анализа. Так, могут быть сформированы массивы историй болезни по любым заранее заданным комплексам признаков, что позволяет значительно повысить однородность анализируемых выборок клинических наблюдений. Благодаря программам получают данные о частотах как отдельных признаков, так и их комплексов в каждой из рассматриваемых групп больных с определением степени статистической значимости выявленных различий. Такая форма подразумевает, что сам исследователь выбирает признаки и их комплексы, для которых должны определяться статистические характеристики. Другие программы могут сами находить определенные признаки, а главное, комплексы признаков, имеющие высокодифференцирующее значение для сравнения клинических групп. Благодаря этому РАИС позволяет оперативно проводить исследования, направленные на поиск взаимосвязи между отдельными признаками и их группами, а также на выявление различий между интересующими исследователя группами больных, к чему по своей логике и сводится большинство клинико-статистических работ.

¹ Математическое обеспечение РАИС разработано руководителем научно-технического отдела ВНИИ пульмонологии МЗ СССР А. А. Лаврушиным и сотрудниками.

Ценность получаемых с помощью автоматизированных информационных систем результатов исследований тем выше, чем выше степень их воспроизводимости, которая является одним из основных критериев научной значимости. При этом особенно важной является воспроизводимость результатов в транскультуральных исследованиях. В этом отношении большие возможности для отделения научных фактов от артефактов открываются при создании АИС на базе совместного архива единых по форме историй болезни исследовательских коллективов разных стран. Такая работа проводится Институтом им. В. М. Бехтерева в рамках международного сотрудничества с учеными ГДР. К середине 1983 г. банк данных содержал 1204 реабилитационные карты (формализованные истории болезни психически больных). Эти данные были получены в отделении восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева и в одной из психиатрических больниц Ленинграда (1002 карты), а также в психиатрической клинике университета им. К. Маркса в Лейпциге и ряде практических психиатрических учреждений ГДР (202 карты).

Результаты исследований, проведенных с использованием РАИС. Работы с помощью РАИС проводились в трех основных направлениях. Исследования первого направления были посвящены изучению роли психологических (личностных), социально-психологических и социальных факторов в этиологии и патогенезе и течении эндогенных психозов. В рамках этого направления изучались родительская и собственная семья больного [Варламов Э. В., 1978; Бурковский Г. В. и др., 1980; Горбунова Л. Н., 1981; Кашкаров В. И., 1981; Днепровская С. В., 1981], преморбидная личность [Хвиливицкий Т. Я. и др., 1980; Днепровская С. В., 1981; Кашкаров В. И., 1981; Бурковский Г. В. и др., 1981; Кабанов М. М., Днепровская С. В., 1982], особенности сексуальной сферы [Кашкаров В. И., 1981; Алексеев Б. Е., 1980], характер социальной перцепции [Бажин Е. Ф. и др., 1981]. В работах второго направления изучались методы восстановительной терапии, получившие развитие в нашей клинике, — отношение психически больных к различным аспектам терапевтической среды [Днепровская С. В., 1981; Кирюничева О. С., Корабельников К. В., 1981; Горелик Б. М., 1980; Буровский Г. В., 1980], а также организация и проведение групповой психотерапии и трудотерапии [Днепровская С. В., 1981; Лукина И. С., 1980; Стяжкин Д. Д. и др., 1982]. Исследованиями третьего направления предусматривалось изучение терапевтической резистентности больных и прогностических факторов, определяющих успешность восстановительной терапии. К этому направлению относятся работы по определению качества ремиссий больных шизофренией при восстановительной терапии в зависимости от их преморбидных и морбидных социально-психологических характеристик [Бурковский Г. В. и др., 1980;

Ломаченков А. С., 1981, 1984; Бажин Е. Ф. и др., 1982]. Эти исследования были основаны на изучении многообразных данных, содержащихся в реабилитационных картах, накопленных в РАИС.

Исследования семьи и преморбидной личности больных шизофренией. Условия семейного воспитания больных шизофренией, особенно в детские годы их жизни, когда психика воспринимает способы социального реагирования и когда закладываются основы будущего индивидуального стиля и образа жизни, являются существенным фактором формирования психических структур, ответственных в последующем за успех борьбы личности с болезнью. Развитие реабилитационного направления в психиатрии вообще и формирование так называемой семейной психиатрии (J. Howells) стимулировали проведение многочисленных исследований в этой области¹. Г. В. Бурковский и соавт. (1980) методом факторного анализа изучали взаимосвязь структуры семейных взаимоотношений в родительской семье больного и условия его воспитания с показателями тяжести заболевания у 200 больных шизофренией клиники восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева (100 больных, из них 29 мужчин) и психиатрической клиники университета им. К. Маркса в Лейпциге (100 больных, из них 50 мужчин). По возрасту больные распределялись следующим образом: до 30 лет — 77 и 37 %, до 40 — 17 и 40 %, после 40 — 6 и 23 % соответственно. Непрерывный тип течения (преимущественно непрерывно-прогредиентный) наблюдался у 46 и 23 %, шубообразный — у 44 и 53 % и рекуррентный — у 9 и 24 % больных соответственно. Было выявлено 4 элемента семейных ситуаций, неблагоприятно влияющих на течение шизофрении: конфликтные взаимоотношения между родителями; дефицит любви к ребенку; камуфляж отсутствия любви; подавляющее и изнеживающее обращение с ребенком. При этом установлено, что подавляющее обращение отца с ребенком главным образом связано с ухудшением качества ремиссий. Остальные элементы неблагоприятных семейных ситуаций, в основном, были связаны с более ранней манифестацией заболевания и большей частотой повторных госпитализаций. В работе Э. В. Варламова (1978) статистически проанализированы данные о семейном статусе и ситуации 100 больных шизофренией (из них 29 мужчин). Больных в возрасте от 17 до 30 лет было 72 %, от 30 до 40 лет — 17 %, старше 40 лет — 11 %. Основными типами течения шизофрении у обследуемых были приступообразный-прогредиентный (шубообразный) — 44 % больных, непрерывно-прогредиентный тип течения — 46 % больных. Рекуррентная, периодическая шизофрения отмечалась у 5 % больных. Было показано, что конфликтные отношения между роди-

¹ Kabanov M. M., Miager V. K. a. Volovik V. M. Intern. J. Family Rpsychiatry, 1980, 1, 4, 437—451.

телями больного в детстве не только влияют на течение заболевания, но и, обуславливая формирование особенностей личности, являются фактором, способствующим развитию конфликтных отношений больного с его родителями и внесемейным окружением, что, в свою очередь, может затруднять социально-трудовую адаптацию больного. Частота конфликтов больного с отцом или матерью в зависимости от характера взаимоотношений между родителями в период воспитания больного представлена в табл. 18.

Таблица 18

**Частота конфликтов больного с отцом или матерью
в родительских семьях (%)**

Конфликты с родителями	Период	В семьях при наличии конфликтов между роди- телями	В семьях без кон- фликтов между роди- телями	Достовер- ность раз- личий
С отцом	До заболевания	28	9	$p < 0,05$
	Со времени забо- левания	42	20	$p > 0,05$
	При поступлении	40	22	$p > 0,05$
С матерью	Перед выпиской	35	5	$p < 0,01$
	До заболевания	16	6	$p < 0,05$
	Со времени забо- левания	35	25	$p > 0,05$
	При поступлении	32	31	$p > 0,05$
	Перед выпиской	27	9	$p < 0,05$

Как показано в этой таблице, в тех случаях, когда у родителей отмечались конфликтные взаимоотношения в период воспитания ребенка, отношения больного во взрослом состоянии с отцом носили конфликтный характер чаще, чем в «неконфликтных» семьях родителей. Особенно четко эти различия выявляются в период «до заболевания» и в период «перед выпиской». В то же время на протяжении заболевания и до окончания курса восстановительного лечения контрастность частоты конфликтных отношений с отцом в «конфликтных» и «неконфликтных» семьях сглаживается. Существенным явилось резкое снижение конфликтных отношений с отцом в результате применения комплекса лечебно-восстановительных мероприятий именно в группе больных из «неконфликтных» родительских семей. Анализ конфликтных отношений больного с матерью позволил выявить тот же характер взаимосвязи с условиями воспитания в родительской семье. Установленные факты могут свидетельствовать о влиянии взаимоотношений родителей на характер складывающихся в дальнейшем отношений больного с родителями. Один из возможных механизмов этого влияния может заключаться в том, что ребенок моделирует свои отношения с окружающими на основе характера взаимо-

отношений между родителями, используя механизмы реакции имитации и оппозиции.

Выявленные в этом исследовании факты могут также рассматриваться в контексте выдвинутой Н. П. Дубининым (1973, 1980) концепции о возможных механизмах «социального наследования». Воспитание ребенка в семье с конфликтными отношениями между родителями может увеличивать готовность к конфликтным отношениям с социальным окружением в будущем. Однако реализация перехода от потенциального к актуальному конфликту обусловлена конкретными влияниями среды, которые могут быть как пусковыми, так и тормозящими. Не исключено при этом, что важным такого рода пусковым механизмом является сама болезнь, описанные же влияния семьи формируют характер конфликтов¹.

Многочисленными исследованиями установлено влияние родительской семьи на течение заболевания и последующую социально-трудовую адаптацию, что, как указывалось, обуславливает необходимость включения семьи в реабилитационный процесс. Характер влияния семьи на этот процесс во многом зависит от степени понимания больного его родителями. Понимание родителями особенностей своего больного ребенка послужило предметом специального экспериментально-психологического исследования Л. Н. Горбуновой (1981). Автором обследовано 112 семей больных шизофренией. Возраст пациентов был от 16 до 35 лет, преимущественно 20—25 лет, мужчин — 42, женщин — 70; больных с непрерывным типом течения шизофрении — 40 %, шубообразным — 44 % и рекуррентным — 16 %. Были использованы специально разработанные методики «свободного интервью» и «теста понимания». Применение методики «свободного интервью» ограничивало исследователя анализом субъективного отчета понимания родителями больного. В связи с этим разработана методика, позволяющая количественно оценить способность родителей моделировать внутренний мир ребенка и обеспечить более адекватный характер изучения способности понимания больного родителями. С этой целью был использован опросник ММРІ, адаптированный в Институте им. В. М. Бехтерева. Родители получали инструкцию заполнить ММРІ так, как, по их мнению, сделал бы их ребенок. Способ анализа данных включал использование ЭВМ для сопоставления ответов больных и их родителей, что позволило выявить различия ответов по всем вопросам данной методики. По обеим методикам были получены следующие данные. Отношение к ребенку со стороны отца и матери в большинстве случаев носило характер изнеживающей и подавляющей усиленной опеки. В то же время было выявлено отсутствие у многих родителей эмоционального

¹ См. также редакционную статью в журнале «Коммунист» (1983, № 14, с. 104—111) «Наследование биологическое и социальное».

контакта с их больными детьми, что особенно тягостно переживалось последними. В качестве основной причины заболевания родители чаще всего склонны указывать нервное перенапряжение. Достаточно полное понимание больного родителями ограничивалось лишь его соматическим состоянием. Хуже распознавались переживания, связанные с психическими нарушениями. Родители часто расценивали в качестве болезненных только такие явные проявления, как бред, галлюцинации, грубые нарушения поведения, в особенности если эти проявления затрагивали социальный статус родителей или их детей. Более того, четвертая часть родителей длительное время вообще не признавали наличие болезни у своих детей.

В наименьшей степени родители оказывались способными к пониманию внутреннего мира личности больного, его интересов, ценностных ориентаций, мировоззрения, морально-этических установок и переживаний, связанных с отношениями с противоположным полом, что служило препятствием к установлению между родителями и больным необходимого эмоционального контакта.

Родители, имеющие более высокую степень понимания, характеризовались адекватностью восприятия и правильной оценкой внутрисемейных отношений, лучшим пониманием болезненных проявлений и рациональным отношением к процессу лечения.

Кроме того, та же группа родителей отличалась выраженным положительным эмоциональным отношением к больному. Исследования показали влияние условий воспитания в родительской семье на проявление и течение заболевания и на характер социально-трудовой адаптации больных шизофренией. Естественно предположить, что эти условия оказывают свое влияние через формирование преморбидной личности больного. Поэтому целесообразно было предпринять изучение взаимосвязей особенностей преморбидной личности больных шизофренией с психопатологическими проявлениями. Такая работа была проведена Г. В. Бурковским и соавт. (1981). Обследовалось 250 больных шизофренией, лечившихся в клинике восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева (150 чел.) и в психиатрической клинике университета им. К. Маркса в Г. Лейпциге (100 чел.). Среди них было 28 % мужчин и 72 % женщин при среднем возрасте начала заболевания в 25 лет, у 38 % определялся непрерывный тип течения, у 41 % — шубообразный, у 8 % — рекуррентный. В качестве методологической основы исследования и интерпретации полученных данных о личности будущих больных шизофренией были приняты положения Л. С. Выготского (1936) о закономерности развития шизоидных психопатий. Согласно этим положениям в картине шизоидных психопатий надо различать 2 ряда симптомов: основные первичные симптомы, которые являются непосредственными психически-

ми проявлениями биологической недостаточности¹; вторичные симптомы в форме различных реактивных состояний, характерологических сдвигов, представляющих собой результат сложного взаимодействия эндогенных и экзогенных факторов. Л. С. Выготский подчеркивал, что «развитие шизондных психопатий не должно рассматриваться как пассивное развертывание генетически заложенной недостаточности. Это есть динамическое явление, процесс приспособления данной личности к данной среде».

Важным принципом анализа социально-психологических аспектов формирования личностных особенностей индивида является рассмотрение их в рамках концепции В. Н. Мясищева (1960) о личности как системе ее отношений с различными сторонами объективной действительности. Эти отношения, согласно диспозиционной теории В. А. Ядова (1967, 1979), представлены в субъекте в виде иерархической системы предрасположенностей, или диспозиций, личности к разным способам активности в различных сферах деятельности. При анализе процесса ее формирования также учитывалось, что фиксация всей совокупности присущих ей отношений в данных устойчивых личностных структурах определяется системой деятельности, в которую вовлекается индивид. По А. Н. Леонтьеву (1977), личность требуется понимать как психологическое новообразование, которое формируется в жизненных отношениях индивида в результате преобразования его деятельности. При этом автор подчеркивает: «...какой бы морфофизиологической организацией, какими бы потребностями ни обладал индивид от рождения, они выступают как предпосылки его развития, которые тотчас перестают быть тем, чем они были виртуально «в себе», как только индивид начнет действовать». Иными словами, формирование определенной структуры личности представляет собой диалектический процесс взаимодействия конституциональных особенностей индивида, его деятельности.

Представлялось важным рассмотрение не отдельных характеристик личности больных, а ее целостной структуры как системы качеств, находящихся в определенных относительно устойчивых соотношениях друг с другом. В соответствии с целями исследования была выявлена наиболее представленная среди обследованных больных шизофренией структура личности. В 38 % случаев преморбидная структура личности характеризовалась сочетанием склонности к задержке эмоций, сдержанности, доброжелательности при отсутствии пассивности. Наличие такой структуры (условно обозначенной аббревиатурой АСД по начальным буквам характеристик *активности, склонности к задержке эмоций, доброжелательности*) оказалось взаимосвязанным с показателями

¹ К их числу Л. С. Выготский вместе с Г. Е. Сухаревой относил расстройства психомоторики, влечений и эмоциональных реакций, особенности ассоциаций и мышления.

условий семейного воспитания, характером преморбидного социального функционирования и клиническими проявлениями. Было выявлено, что в детстве больные с АСД-структурой чаще встречались в бесконфликтных семьях с высоким культурным уровнем при устойчивом характере отношения матери к ребенку. Это означает, видимо, что исходные предпосылки для развития такой структуры личности (склонность к задержке эмоций, доброжелательность, активность) формируются в атмосфере семьи, характеризующейся развитой, но часто потенциально противоречивой системой культурно-нравственных норм, включающих как требование активной социальной позиции, так и повышенные ограничения в способах достижения целей. Можно было допустить, что АСД-структура личности в преморбидном периоде оказывает противоречивое влияние на психосоциальное функционирование будущего больного шизофренией. Эта противоречивость проявляется в том, что одна и та же АСД-структура личности одновременно связана как с более благоприятным психосоциальным функционированием индивида до манифестации заболевания, так и с менее благоприятным. Действительно, больные с АСД-структурой личности были существенно более удовлетворены своим социальным функционированием и окружением — широтой круга общения, материальным и семейным положением, взаимоотношениями с родителями, коллегами, администрацией и друзьями. При этом для них же в преморбидном периоде характерен более высокий уровень социального функционирования. В частности, у них были более широкий круг общения, более высокие результаты учебной и трудовой деятельности, более активное проведение досуга. В то же время такие больные обнаруживали косвенные признаки повышенной неудовлетворенности собой и внутреннего дискомфорта до заболевания. Это проявлялось в более заниженной самооценке, в потребности в другой профессиональной деятельности, несмотря на успехи в избранной, в сомнениях в реализации семейных планов, в сниженном уровне общения с противоположным полом.

Такой противоречивый характер психосоциального функционирования может объясняться противоречивостью самой структуры преморбидной личности, проявляющейся, с одной стороны, в повышенной эмоциональной чувствительности и, следовательно, — в выраженной потребности в эмоциональном отреагировании, а с другой — в пониженной способности к внешнему выражению и изживанию отрицательных эмоций. Это, по-видимому, приводит к хроническому дисбалансу эмоциональных процессов, перегрузке мозговых систем, ответственных за поддержание эмоционального гомеостаза и, следовательно, к появлению и усилению психического напряжения и дискомфорта, стресса. При этом пониженная самооценка и неудовлетворенность собой становятся стимулами для компенсации этих негативных пере-

живаний позитивными, т. е. чувством удовлетворения, которое возникает при достижении успехов в социальном функционировании и при восприятии социального одобрения его доброжелательности. Однако такой способ компенсации замыкает порочный круг психических реакций и обеспечивает постоянное воспроизводство и усиление исходных особенностей структуры личности и, следовательно, приводит к психическому напряжению, т. е. к состоянию хронического стресса. При этом психические процессы различных уровней и природы интегрируются в единую целостную систему формирования и усиления шизофренического дѣйств, участвующего в сенсibilизации психики к шизофреническому процессу.

В ходе исследования было выявлено, что со времени возникновения заболевания у больных с описанной преморбидной структурой личности наблюдался ряд особенностей клинической картины заболевания по сравнению с больными, не имеющими такой структуры личности. У них чаще наблюдалась более выраженная симптоматика в виде аутизма, неконтактности, снижения экспрессии, гипосексуальности, бреда, галлюцинаций. Реже встречались или были менее выражены такие проявления органической стигматизации, как вязкость мышления и эксплозивность, и такие патологические проявления, как агрессивность и неряшливость. В то же время у этой группы больных отмечались более длительные сроки госпитализации и большее снижение степени клинической ремиссии. По возрасту, форме течения заболевания, характеру его начала, качеству последней социальной ремиссии эти больные не отличались от иных преморбидной структурой личности. Проведенное исследование свидетельствует о патопластическом характере влияния преморбидной структуры личности на клинические проявления шизофрении.

Исследование некоторых аспектов процесса восстановительной терапии в условиях реабилитационной клиники. В настоящее время большинством исследователей признается, что успешность биологических методов лечения во многом зависит от отношения к ним больного. Об этом свидетельствуют, в частности, работы по плацебо-эффекту [Amery W. et al., 1975]. Еще большее значение имеет отношение больного к психосоциальным методам воздействия, с чем связана их эффективность. Особенно важен учет отношения больного к лечению в системе мероприятий по реабилитации, определяющих его активное участие в лечении.

Целью работы О. С. Кирюнчевой и К. В. Корабельникова (1981) было изучение установок больных на проводимое лечение в условиях реабилитационного отделения. При этом были рассмотрены следующие вопросы:

— реализация характера установки на биологические и психосоциальные методы воздействия в отношениях к отдельным видам

последних (таким, как лечебные режимы, индивидуальная и групповая психотерапия, трудотерапия, терапия занятостью и т. д.);

— соотношение этой установки с психопатологическими особенностями состояния больного;

— взаимосвязь установки на биологические и психосоциальные методы воздействия с преморбидными особенностями личности больного.

Проанализированы данные клинического обследования 71 больного шизофренией (53 женщины и 18 мужчин; до 40 лет — 65 человек, свыше 40—6). Длительность заболевания в среднем 5 лет. У 41 больного наблюдался шубообразный тип течения, у 22 — непрерывно-прогредиентный и у 7 больных — рекуррентный тип. У 25 больных отмечалась галлюцинаторно-бредовая и параноидная симптоматика, у 16 — депрессивно- и тревожно-параноидные синдромы, у 11 — невротическая и психопатоподобная симптоматика. У остальных больных наблюдались синдромы депрессивного круга, кататоническая, гебефренная и деперсонализационно-дереализационная симптоматика.

При установке на психосоциальные методы воздействия чаще наблюдалось положительное отношение больных почти ко всем видам лечебно-восстановительных мероприятий (лечебные режимы и режимы наблюдения, психогигиеническая работа врача с родственниками больного, индивидуальная и групповая психотерапия, трудотерапия, терапия занятостью, собрания и совет больных, развлечения) и к медикаментозной терапии. В отличие от однородного характера взаимосвязи положительной установки на психосоциальные методы воздействия с этими видами лечебно-восстановительных мероприятий, характер взаимосвязи положительной установки на биологические методы лечения был неоднородным. Последняя установка была связана, главным образом, с положительным отношением к различным видам биологической терапии, особенно к новым психофармакологическим средствам, ранее не применявшимся в лечении больных, и только к некоторым видам психосоциальных мероприятий (лечебные режимы и психогигиеническая работа врача с родственниками больного). К остальным видам психосоциальных методов воздействия наблюдалась тенденция неустойчивого или избирательного отношения. Полученные данные позволили заключить, что если положительная установка на психосоциальные методы воздействия не отрицает биологической, медикаментозной терапии, то положительная установка на биологические методы лечения предполагает внутреннюю оппозицию по отношению к отдельным психосоциальным мероприятиям. Вследствие этого для эффективного применения комплекса лечебно-восстановительных мероприятий, в которых нуждаются больные, необходимо изменение характера установки на лечение у больных, ориентированных преимущественно на биологическую терапию. Можно

полагать, что к факторам, формирующим общую установку больного на лечение, относятся особенности его психопатологического состояния и личности, представления больного о психических заболеваниях и их лечении.

При рассмотрении возможной взаимосвязи общей установки на лечение с особенностями психопатологического состояния больного анализ осуществлялся на симптоматическом уровне. Оказалось, что группы больных с положительной и условно-отрицательной установками на психосоциальные методы воздействия различались практически по всем проанализированным симптомам. Что касается взаимосвязи установок на биологические методы лечения с психопатологической симптоматикой, то выяснилось, что она выражена значительно меньше, чем у больных с установками на психосоциальные методы воздействия. При раскрытии содержания выявленных взаимосвязей «портрет» больного с условно-отрицательной установкой на психосоциальные методы лечения характеризовался негативизмом, аутистическим мышлением, выраженной деперсонализационно-дереализационной и ипохондрической симптоматикой, включенной в рамки различных синдромов. В то же время у больных с положительной установкой на психосоциальные методы воздействия отмечались повышенная внушаемость и отвлекаемость, лабильность аффекта, нарушение мышления в виде склонности к застреванию и вязкости. У больных с условно-отрицательной установкой на биологические методы лечения наблюдалась симптоматика в виде тревоги, двигательного беспокойства, нарушения сна, склонности к агрессии и бредовым переживаниям, в то время как для больных с положительной установкой на биологические методы лечения характерными были симптомы, свидетельствующие о менее глубоком регистре расстройства в виде навязчивых образований и симптомов неглубокой депрессии.

Следовательно, положительная установка как на биологические, так и на психосоциальные методы лечения связана с меньшей глубиной психопатологической симптоматики, хотя и различной структуры. У больных с «отрицательной» установкой к этим видам лечения имел место более глубокий регистр психопатологических расстройств. По-видимому, характер установки на различные методы лечения зависит от личностного реагирования больного. Интерес представляют различия в симптоматике больных с положительной установкой на биологические и психосоциальные методы воздействия. Можно предположить, что у больных с положительной установкой на биологические методы лечения симптомы в виде навязчивостей и неглубокой депрессии переживаются как соматическое страдание, чуждое их личности и требующее, по их мнению, медикаментозного лечения. Вышеописанная симптоматика, связанная с положительной установкой на психосоциальные

методы воздействия, органично включается в структуру морбидной личности с ее внутренними трудностями и конфликтами. Отсюда становится понятной установка больных с такой симптоматикой на методы лечения, апеллирующие к личности больного.

Другим фактором, формирующим установки пациентов на лечение, были особенности их преморбидной личности. Как показал анализ, для больных с положительной установкой на психосоциальные методы воздействия в отличие от пациентов с условно-отрицательной установкой наиболее характерными оказались следующие преморбидные личностные свойства: до заболевания большая самостоятельность, активность и общительность, большая отзывчивость, адекватная самооценка (результаты статистического анализа приведены в табл. 19).

Таблица 19

Преморбидные личностные особенности больных шизофренией с положительной и условно-отрицательной установкой на психосоциальные методы воздействия

Преморбидные личностные характеристики	Положительная установка	Условно-отрицательная установка	Достоверность различий
Активность	$3,44 \pm 0,21$	$2,73 \pm 0,16$	$p < 0,01$
Общительность	$3,27 \pm 0,24$	$2,6 \pm 0,15$	$p < 0,05$
Сдержанность	$2,91 \pm 0,16$	$3,17 \pm 0,15$	$p > 0,05$
Уверенность в себе	$2,84 \pm 0,18$	$2,7 \pm 0,16$	$p > 0,05$
Устойчивость настроения	$2,94 \pm 0,2$	$2,75 \pm 0,13$	$p > 0,05$
Склонность к отреагированию эмоций	$2,5 \pm 0,19$	$2,28 \pm 0,14$	$p > 0,05$
Альтруистичность	$2,94 \pm 0,19$	$2,44 \pm 0,15$	$0,1 > p > 0,05$
Спокойствие	$2,84 \pm 0,15$	$2,67 \pm 0,16$	$p > 0,05$
Доброжелательность	$3,74 \pm 0,11$	$3,53 \pm 0,1$	$p < 0,05$
Отзывчивость	$3,31 \pm 0,14$	$2,93 \pm 0,11$	$p < 0,05$
Откровенность	$2,64 \pm 0,18$	$2,28 \pm 0,16$	$p > 0,05$
Деликатность	$3,41 \pm 0,14$	$3,39 \pm 0,13$	$p > 0,05$
Самостоятельность	$3,0 \pm 0,2$	$2,28 \pm 0,18$	$p < 0,05$
Самооценка	$3,27 \pm 0,09$	$2,91 \pm 0,14$	$0,1 > p > 0,05$

Примечание. Выраженность признаков оценивалась в баллах от 1 до 6.

Обращает на себя внимание тот факт, что среди черт личности, свойственных больным с положительной установкой на психосоциальные методы воздействия, выступают такие черты, как активность, с одной стороны и способность к эмпатическому общению, с другой стороны, т. е. социоцентрические особенности. Это свидетельствует о том, что установки на психосоциальные методы воздействия, очевидно, формируются как частный случай общей установки личности на общение, т. е. экстравертированности.

У больных с положительной и условно-отрицательной установкой на биологические методы лечения различия в преморбидных особенностях их личности не выявлены. Данные, полученные в этом исследовании, подчеркивают значимость личностных особенностей больного для формирования характера установки на психосоциальные методы воздействия, что уже в известной степени выявилось и при анализе взаимосвязи установки с особенностями психопатологического состояния больного. Малый, не достигающий статистической значимости, уровень взаимосвязи личностных характеристик с установками на биологические методы лечения может свидетельствовать о том, что формирование характера установки на биологические методы лечения, в основном, определяется собственно психопатологическими образованиями. Таким образом, при исследовании взаимосвязи установок на лечение с преморбидными особенностями личности больного выявлена асимметрия между установкой на психосоциальные и биологические методы воздействия, которая заключается в большей зависимости установки больного на психосоциальные методы от особенностей личности. Выявленное в проведенном исследовании различие в формировании установок на психосоциальные и биологические методы воздействия указывает на необходимость разработки дифференцированной тактики по формированию адекватных положительных установок на психосоциальные и биологические методы лечения в процессе реабилитации психически больных.

Если в изложенной выше работе проанализированы установки больных на различные методы восстановительной терапии, то в исследовании И. С. Лукиной (1980) были изучены тенденции психотерапевтов при отборе больных в психотерапевтические группы. Оценка критериев отбора на групповую психотерапию производилась не на основе субъективных соображений самих психотерапевтов, а по результатам анализа клинических и социально-психологических характеристик больных их лечащими врачами¹. Было обследовано 159 больных шизофренией (преимущественно с непрерывно-прогредиентным и шубообразным типом течения), лечившихся в отделении восстановительной терапии психически больных. Из числа отобранных психотерапевтами и участвовавших в групповой психотерапии (71 человек) и больных, не участвовавших в групповой психотерапии (88 человек), было 119 женщин и 40 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет. У больных определялись в основном параноидные, депрессивные и неврозоподобные синдромы. Группы были открытыми, вербальными, психотерапия проводилась раз-

¹ Как правило, в нашей клинике групповую психотерапию проводят психотерапевт-врач или психолог, лечащий врач чаще занимается индивидуальной психотерапией. Кроме того, в психотерапевтическую группу обычно входят пациенты разных лечащих врачей.

ными психотерапевтами. Продолжительность группового лечения составляла в среднем 3—4 мес. Длительность болезни у пациентов, включенных в группу, так же как и степень снижения качества ремиссии, была меньше, чем у других больных. Психотерапевты предпочитали больных шизофренией с неврозоподобным синдромом.

Такая тенденция отмечалась и у других психотерапевтов разных отделений Института им. В. М. Бехтерева [Вид В. Д., 1979], считавших, что больные с неврозоподобным синдромом больше поддаются психотерапии.

По данным оценочной психопатологической шкалы проводилось сравнение 2 групп больных на уровне отдельных симптомов. У больных, включенных в психотерапевтическую группу, чаще наблюдались сниженная двигательная активность, пассивность, необщительность, отсутствие интереса к работе, безразличие, вялость, ослабление интереса к противоположному полу (пациенты с повышенной возбудимостью, лабильностью чаще не включались в групповую психотерапию). У пациентов, не включенных в группу, было больше нарушений мышления, они были менее критичны к болезни и слабее ей сопротивлялись. Между тем при поступлении в отделение по выраженности психопатологических проявлений больные обеих групп мало различались (характеризовались одинаковыми общими суммарными шкальными оценками). Полученные данные показали, что по симптоматике включенные в групповую психотерапию больные по сравнению с не включенными нуждались в активировании и вместе с тем были более управляемыми. Сопоставление особенностей личности больных, включенных и не включенных в групповую психотерапию, проводилось по 17 личностным характеристикам, представленным в реабилитационной карте. Оно показало, что только по двум характеристикам — самооценке и склонности к отреагированию эмоций — группы больных различались на достоверно значимом уровне. Включенные в психотерапию отличались повышенной самооценкой и склонностью к задержке эмоций.

Надо отметить, что при отборе на групповую психотерапию предпочтение отдавалось больным из семей с более высоким культурным и образовательным уровнем. Следует допустить, что эти больные обладали большей способностью к вербализации своих переживаний и потому оказывались более восприимчивыми к вербальной психотерапии. Для участия в групповой психотерапии отбирались обычно одинокие пациенты. У участников психотерапевтических групп чаще отмечались психотравмы, в частности в сексуальной сфере, что служило источником дополнительных фрустраций. Эти пациенты были в большей степени недовольны семейным положением, работой, отношениями с родителями, взаимоотношениями с друзьями, широтой круга общения.

Исследование факторов эффективности восстановительной терапии психически больных. Вопросы прогнозирования эффективности восстановительной терапии относятся к числу наименее изученных в проблеме реабилитации психически больных. Научная значимость исследований в этой области определяется тем, что точность прогнозирования может выступать как один из критериев верификации теоретических представлений об этиологии и патогенезе психического заболевания и вытекающих из них методов реабилитации.

В работе А. С. Ломаченкова (1981) исследовалась роль преморбидных социально-психологических и личностных факторов для прогноза эффективности восстановительной терапии больных шизофренией с преобладающей параноидной симптоматикой. В связи с этим был изучен 81 больной шизофренией (17 мужчин, 64 женщины), находившийся на лечении в клинике восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева. Основной клинической характеристикой этих больных на момент поступления в клинику явилась параноидная симптоматика в виде ведущего психопатологического синдрома — паранойяльного, галлюцинаторно-параноидного, параноидного, парафренного. Подобная симптоматика отмечалась преимущественно в рамках приступообразно-прогредиентного (41 больной) и непрерывно-прогредиентного (22 больных) течения шизофрении. Средний возраст больных на момент обследования составил 28 лет, средняя продолжительность заболевания — 5 лет.

Было проанализировано 378 признаков реабилитационной карты, отражавших взаимоотношения в родительской семье в период формирования личности больного, характеристики жилищно-бытовых условий и трудовой деятельности, особенности личности, системы отношений больного (семья, работа, учеба, общение, в том числе и с противоположным полом, досуг). В связи с задачами исследования больные были разделены на 2 группы в зависимости от их состояния при выписке из клиники, которое оценивалось по Серейскому. У 35 больных отмечена эффективность лечения по типам А, В — благоприятный прогноз. У 46 больных результаты лечения были по типам С, D, 0 — неблагоприятный прогноз. По характеристикам учебной и трудовой деятельности группа больных с благоприятным прогнозом отличалась большей продолжительностью учебы, их труд требовал умственного напряжения (был более квалифицированным). Среди преморбидных характеристик прогностически неблагоприятными оказались менее выраженная тревожность, большая зависимость от окружающих, более низкая способность к адекватной оценке других лиц и межличностных отношений. Больные с неблагоприятным прогнозом хотя и планировали чаще получение или продолжение образования, но, в отличие от больных с благоприятным прогнозом, были менее

уверены в реализации этого. В семейной сфере изученных больных прогностически неблагоприятными оказались факты совместного проживания больных со своими родителями и неудовлетворенность больных взаимоотношениями в семье. Образ жизни больных с неблагоприятным прогнозом чаще характеризовался узостью интересов, они реже занимались самообразованием, реже отдыхали за городом, реже имели какое-либо хобби, у них чаще отмечался бездеятельный отдых. Прогностически благоприятными факторами оказались более выраженная удовлетворенность общением и более высокий в целом уровень социальной адаптации.

В другой работе А. С. Ломаченкова (1984) изучался вопрос о возможности предсказания эффективности восстановительной терапии, проводимой в условиях стационара, на основе анализа морбидных социально-психологических и личностных факторов с использованием советско-немецкого архива формализованных историй болезни. Были проанализированы результаты лечения 156 больных шизофренией. Подвыборка пациентов отделения восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева включала 81 человека (17 мужчин и 64 женщины, средний возраст 28 лет). Подвыборка Лейпцигской психиатрической клиники университета им. К. Маркса включала 75 пациентов (38 мужчин и 37 женщин, средний возраст 36 лет). У всех больных ведущим был тот или иной вариант параноидного синдрома — параноидный, галлюцинаторно-параноидный, тревожно-параноидный, паранойяльный, парафренный. Преобладающим типом течения психоза был шубообразный — у 50 % и у 52 % соответственно. По эффективности лечения каждая из подвыборок была разделена на 2 группы в соответствии с типом ремиссии по Серейскому. В группу благоприятного прогноза были включены больные с ремиссиями А и В — 35 и 54 человек соответственно, в группу неблагоприятного прогноза — больные с ремиссиями С, D, 0. Больные с благоприятным прогнозом в обеих подвыборках характеризовались более высоким уровнем образования. На момент поступления в клинику большинство из них работали на обычном производстве и положительно относились к своей работе и к трудовой деятельности вообще. Также прогностически благоприятным оказалось наличие более широкого круга общения пациента с родными и друзьями и более выраженной потребности иметь друзей. Этих больных отличала и большая включенность в общение с лицами противоположного пола. Более высокий уровень ремиссий (А и В) чаще наблюдался у больных с более высоким уровнем активности, общительности и самостоятельности в период заболевания.

Больные с неблагоприятным прогнозом чаще не работали, и среди них преобладали инвалиды II группы, а для тех, кто работал, были характерны снижение уровня квалификации

и труд, не требующий умственного напряжения. Эти больные более часто меняли места работы. С неблагоприятным прогнозом были связаны отсутствие общения с противоположным полом и половой жизни. Неблагоприятными личностными особенностями являлись пассивность, замкнутость, зависимость.

Проведенные исследования выявили значение ряда преморбидных и морбидных социально-психологических и личностных характеристик для прогноза эффективности восстановительной терапии больных шизофренией с преобладающей параноидной симптоматикой. В целом больные с неблагоприятным прогнозом обнаружили как до начала заболевания, так и в его течении меньшую социальную активность и более низкую социальную адаптацию.

Помимо изучения факторов, влияющих на эффективность восстановительной терапии больных шизофренией, исследовались прогностически значимые факторы в отношении длительности пребывания больного в клинике. Такого рода работа проведена сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева и Лейпцигской психиатрической клиники А. Я. Вуксом, К. В. Корабельниковым, Э. Пинк, Д. Д. Стяжкиным, Ю. Я. Тупицыным (1984). Сопоставлялись данные реабилитационных карт больных шизофренией с длительностью госпитализации до 6 мес (1-я группа) и свыше (2-я группа). Такое сопоставление проводилось дважды: на выборке отделения восстановительной терапии психически больных Института им. В. М. Бехтерева (208 человек) и на выборке психиатрической клиники университета им. К. Маркса в г. Лейпциге (108 человек). В дальнейшем эти выборки именуются для краткости «советской» и «немецкой». Параллельный анализ клинических данных о больных обеих выборок позволяет выявить воспроизводимые факторы, что повышает надежность результатов исследования. Сравнение групп проводилось по 63 признакам реабилитационной карты, описывающим в динамике клинические особенности больных с акцентом на характер течения заболевания, личностные характеристики, семейное положение и взаимоотношения в семье, трудовую деятельность, общение больных, процесс восстановительной терапии. Советская выборка дополнительно проанализирована по признакам оценочной шкалы. Больные в обеих выборках распределялись соответственно следующим образом: мужчины — 27 и 47 %, женщины — 73 и 53 %; по типу течения — непрерывный — 37 и 21 %, шубообразный — 48 и 48 %, периодический — 15 и 31 % при одинаковой средней длительности заболевания около 6 лет. В советской выборке преобладали бредовые (41 %) и аффективные (32 %) синдромы, в том числе депрессивно-параноидный (18 %), в немецкой — бредовые (70 %). Численность 1-й группы больных (с длительностью госпитализации до 6 мес) в советской выборке составила 139 человек, 2-й (с длительностью госпитализации свыше 6 мес) — 69 человек, в немецкой выборке — соответ-

ственно 58 и 50 человек. Ряд отличий выборок, наряду с культуральными факторами, могут обуславливать некоторую разницу в результатах статистического анализа.

Ниже приводятся установленные факторы, влияющие на длительность госпитализации больных шизофренией в условиях реабилитационных отделений. Выявлено 3 группы таких факторов: клинические, преморбидные личностные особенности, социально-психологические. Данные о первой группе факторов представлены в табл. 20. Из всего многообразия клинических признаков,

Т а б л и ц а 20

Клинические характеристики, связанные с длительностью госпитализации

Клинические характеристики	Количество больных, %					
	Советская выборка			Немецкая выборка		
	Длительность госпитализации		Достоверность различий	Длительность госпитализации		Достоверность различий
	до 6 мес	более 6 мес		до 6 мес	более 6 мес	
Тип течения:						
непрерывно-прогредиентный	16	29	$p < 0,05$	11	32	$p < 0,05$
шубообразный	52	36	$p < 0,05$	56	40	$p > 0,1$
Синдромы:						
ипохондрические	1	10	$p < 0,01$	0	2	$p > 0,1$
психопатоподобные и неврозоподобные	12	3	$p < 0,05$	3	4	$p > 0,1$
Больше 3 госпитализаций до поступления в клинику	22	19	$p > 0,1$	22	44	$p < 0,05$
Общая продолжительность прошлых госпитализаций:						
до 6 мес	42	33	$p > 0,1$	49	22	$p < 0,05$
больше 3 лет	4	4	—	5	24	$p < 0,05$
Интенсивность биологической терапии:						
низкая	39	13	$p < 0,001$	17	10	$p > 0,1$
средняя	39	48	$p > 0,1$	55	32	$p < 0,05$
высокая	20	39	$p < 0,01$	28	56	$p < 0,01$
Тип ремиссии при выписке:						
A	12	3	$p < 0,05$	33	24	$p > 0,1$
D	4	6	$p > 0,1$	3	16	$p < 0,05$

представленных в реабилитационной карте (возраст и характеристики начала заболевания, длительность болезни, характеристики клинической и социальной ремиссии, смена основных психопатологических синдромов за период заболевания и др.) влияние на длительность госпитализации выявлено только в отношении шести. Это тип течения шизофрении, синдромы,

число, общая длительность предыдущих госпитализаций, отражающие тяжесть заболевания и резистентность к предшествующей терапии. Об этом же свидетельствуют и более интенсивное использование биологической терапии и большая частота ремиссии D у больных, находящихся в клинике свыше 6 мес.

Из 49 синдромов, подвергнутых анализу, выявлена взаимосвязь со сроком госпитализации двух групп синдромов. Прогностически неблагоприятными являются ипохондрические синдромы, а благоприятными — психопатоподобный и неврозоподобный. По-видимому, это связано с тем, что больные с ипохондрическими состояниями не только резистентны к терапии, но и обладают личностными установками на длительное пребывание в стационаре и полное снятие симптоматики. Выявленное только в советской выборке прогностически благоприятное значение неврозоподобного и психопатоподобного синдромов может быть обусловлено как более легким регистром психопатологических расстройств, так и большей чувствительностью к психо- и социотерапевтическим воздействиям. Кроме того, экспектации врачей и персонала отделения в отношении этих больных, касающиеся ограничения срока пребывания, в большей степени мобилизуют сохраненные ресурсы личности больных на борьбу с патологическими проявлениями и облегчают выработку установок на жизнь вне больницы. В советской выборке была проанализирована взаимосвязь длительности госпитализации с наблюдающейся при поступлении в клинику психопатологической симптоматикой. Наибольшее влияние на увеличение длительности госпитализации оказали 3 группы симптомов: галлюцинаторно-бредовые проявления, снижение экспрессивности, явления деперсонализации.

В этом исследовании показано, что клинические характеристики больных немецкой и советской выборок имеют в основном одинаковое прогностическое значение для оценки длительности пребывания в клинике. В противоположность этому при анализе прогностического значения 16 личностных характеристик в преморбидном и морбидном периодах такой однородности в выборках не выявилось. В советской выборке для больных, находящихся в клинике меньше 6 мес, были более характерны (на статистически значимом уровне) такие преморбидные особенности личности, как самостоятельность, альтруистичность, откровенность и склонность к отреагированию эмоций. Такого рода особенности более выражены применительно к этим же чертам личности в период болезни. В немецкой выборке, так же как в советской, прогностически благоприятной на статистически значимом уровне являлась такая особенность преморбидной личности, как самостоятельность. Другие особенности личности, выявленные на советской выборке как прогностически благоприятные, имели в немецкой выборке тенденцию к противоположной направленности: благоприятными на статистически значимом уровне

являлись склонность к задержке эмоций и скрытность как в преморбидном периоде, так и в болезни.

При анализе социально-психологических факторов выявлена большая однородность их прогностического значения для советской и немецкой выборок. К неблагоприятным факторам, связанным на статистически значимом уровне с длительным пребыванием в стационаре, относились конфликтные и напряженные отношения с родителями, узкий круг общения и неудовлетворенность своим образом жизни в целом в период болезни. Для больных, бывших в больнице дольше 6 мес, были характерны отрицательное отношение к своей работе и более низкая производственная оценка. В период пребывания в клинике у этих больных чаще наблюдалось избирательное или отрицательное отношение к медицинскому персоналу и другим пациентам.

Выявленные в исследовании личностные и социально-психологические факторы, связанные с меньшей длительностью госпитализации, характеризуют способность больного участвовать в лечебном процессе (принцип партнерства), самостоятельно решать встающие перед ним как в больнице, так и вне больницы проблемы. Найденные в советской выборке прогностически благоприятные черты личности способствуют установлению хорошего контакта с врачом, коррекции неадекватной внутренней картины болезни, благоприятствующей выписке и установке на жизнь вне больницы. В немецкой клинике, по-видимому, придается большее значение способности больного к самоконтролю как показателю возможности более оптимального функционирования больного вне больницы. Неблагоприятное влияние нарушенных семейных отношений на длительность пребывания в больнице может проявляться по крайней мере тремя путями: нежеланием самого больного возвращаться в семью, противодействием семьи, не всегда осознанным, выписке и склонностью врачей не выписывать больного до разрешения неблагоприятной семейной ситуации.

Проведенное исследование подтверждает предположение о том, что длительность пребывания в стационаре обусловлена не только клиническими проявлениями заболевания, но и личностными и социально-психологическими характеристиками больного. Роль последних возрастает и становится решающей с уменьшением тяжести клинического состояния.

Некоторые дополнительные замечания об опыте использования РАИС. Как показали вышеприведенные материалы, использование РАИС стимулирует изменения в характере и стиле научной деятельности. Это проявляется в ряде характерных явлений. Во-первых, существенно сокращается период времени от возникновения замысла работы до получения результатов в связи с наличием архива данных, уже готового к статистической обработке. При этом появляется возможность более гибкого изменения исходного плана работы без дополнительного сбора

новой информации, так как банк данных включает значительное количество признаков, первоначально не предусмотренных в намеченном исследовании. Таким образом, каждый исследователь имеет возможность проверки существенно большего количества гипотез, непосредственно возникающих в ходе проводимого исследования, чем при традиционном способе работы. Во-вторых, имеется возможность вовлечения научных сотрудников в проведение нескольких разноплановых исследований одновременно. Это происходит за счет освобождения отдельного исследователя от необходимости сбора всего требуемого объема научной информации (используется готовый банк данных). При этом, с одной стороны, увеличивается его научная продуктивность, а с другой — происходят качественные сдвиги в его научном мышлении.

Увеличиваются разнообразие признаков, используемых в одном исследовании, и их общее количество, измеряющееся обычно сотнями, причем практически в каждом исследовании сопоставляются как клинические, биологические, так и психологические, социально-психологические и социологические показатели. Использование разнородных признаков в одной работе приводит к системному рассмотрению предмета изучения. Это обстоятельство увеличивает вероятность получения нетривиальных результатов, выходящих за пределы ожиданий самого исследователя. Корреляционный материал в такого рода «широкоохватных» работах требует проведения его интерпретации одновременно в разнородных концепциях. Каждый участник исследовательской бригады по необходимости усваивает концептуальный аппарат из разных сфер знания, что способствует повышению эвристических возможностей. При этом исследовательский потенциал всего научного коллектива может увеличиваться как за счет усвоения разных фрагментов научного языка, так и за счет совершенствования самого языка. Оба обстоятельства, на наш взгляд, и являются двумя способами практической реализации системного подхода в психиатрии.

Исследовательскую работу с РАИС можно рассматривать с позиций диалога «человек — машина». С этой точки зрения одним из самых важных аспектов работы с автоматизированной информационной системой является создание стратегии формулирования вопросов, наиболее значимых для исследований в области реабилитации психически больных. В связи с этим более актуально встает проблема внутренней логики исследовательского процесса в психиатрии, особенно при рассмотрении данных, взятых не в отдельности, а во всей их совокупности и в их развитии. Разумеется, в этом случае сами психиатрические исследования должны стать объектом научного изучения. Такой уровень можно было бы квалифицировать как метанаучный по отношению к психиатрии как науке, что позволило бы говорить о формировании метапсихиатрии, если использовать термин, аналогичный терминам «метаматематика», «металин-

гвистика» и др. На метанаучном уровне объектом оказываются логика и методология конкретной науки, логика принятия решения и логика эксперимента в этой науке [Налимов В. В., 1974]. Такой подход является одним из условий оптимизации использования автоматизированных информационных систем для научных исследований в психиатрии и, в частности, в области проблемы реабилитации психически больных.

ГЛАВА 8

КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изложенные в предыдущих разделах книги результаты специальных исследований больных с затяжными хроническими формами психических заболеваний (шизофренией и депрессивными состояниями) показывают возможности использованных критериев оценки эффективности реабилитационных воздействий и мероприятий.

Анализ эффективности лечебно-восстановительных мероприятий в целом за пять лет работы клиники (1966—1970 гг.) проведен по всем 710 бывшим на лечении в этот период больным. Были проанализированы и результаты катamnестического обследования больных шизофренией, выписанных из клиники, в сопоставлении с контрольной группой больных с тем же диагнозом, выписанных из городской психиатрической больницы. Учет всей совокупности полученных данных позволил оценить действенность реабилитационных мероприятий.

В числе 710 больных было 618 женщин и 92 мужчины. Подавляющее большинство больных (536 чел.— 75 %) были в возрасте от 20 до 50 лет. Более подробное распределение по

Таблица 21

Распределение больных по возрасту

Возраст (лет)	Число больных
До 20	77
21—30	216
31—40	198
41—50	132
Старше 50	87
Всего	710

7*

Таблица 22

Распределение больных по диагнозам

Диагноз	Число больных
Шизофрения	243
МДП	113
Инволюционный психоз	65
Сосудистый психоз	13
Соматогенный психоз	18
Органические заболевания головного мозга	166
Реактивный психоз	19
Патологическое развитие личности	48
Прочие психические заболевания	25
Всего	710

Таблица 23

Распределение больных по давности заболевания	
Давность заболевания (лет)	Число больных
До 1	138
1—3	199
3—5	89
5—10	131
Более 10	153
Всего	710

Таблица 24

Распределение больных по кратности поступления в психиатрический стационар	
Стационарирование	Число больных
Первичное	188
Повторное	522
Всего	710

возрастным группам представлено в табл. 21. Распределение по диагнозам дано в табл. 22: отчетливо видно количественное преобладание больных шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга с психическими нарушениями (в основном на почве перенесенного менингоэнцефалита и черепно-мозговой травмы), на третьем месте идут больные, страдающие маниакально-депрессивным психозом (как правило, в депрессивной фазе, очень часто — атипичной формы). Надо особо подчеркнуть, что у 284 человек (40 %) давность заболевания составляла свыше 5 лет (табл. 23). Вместе с тем у значительной части больных срок заболевания не превышал года. Содержание в одном отделении «острых» больных и «хроников» имеет и недостатки, и преимущества. Последних, на наш взгляд, больше, так как такое положение предоставляет лучшие возможности для психосоциотерапевтической работы со всеми пациентами («лечебная перспектива» для «хроников» и др., о чем уже говорилось в гл. 4). Кроме того, при этом создается более соответствующее поставленным задачам ресоциализации отношение персонала ко всем психически больным.

Распределение больных по кратности поступления в психиатрический стационар отражено в табл. 24. Представленные данные о первичном и повторном поступлении больных в психиатрический стационар свидетельствуют о тяжести заболевания у наших больных, подавляющее большинство которых (не менее $\frac{2}{3}$) имели хроническое или склонное к хроническому течение заболевания. Напомним, что значительное число пациентов (около 35 %) поступили в клинику из других стационаров города, где они, как правило, без заметного эффекта получали различные виды биологического лечения (чаще всего — психотропные средства). Более половины из них находились до перевода в нашу клинику на стационарном лечении свыше 3 мес, а некоторые, как видно из табл. 25, пребывали в психиатрических больницах многие годы. Примерно одна треть из них (30 %) находились непрерывно на больничной койке не менее 6—12 мес.

Таблица 25

Распределение пациентов*, переведенных в клинику из других больниц, по длительности предшествующего непрерывного пребывания в стационаре

Длительность госпитализации	Число больных	Длительность госпитализации	Число больных
До 3 мес	122	3—5 лет	10
3—6 мес	50	5—10 »	11
6—12 »	28	Более 10 лет	2
1—3 года	25		
Всего			248

Таблица 26

Распределение больных по срокам пребывания в клинике

Сроки пребывания в клинике	Число больных
До 3 мес	309
3—6 мес	239
6—12 »	128
Более 1 года	34
Всего	710

* Из них и были в основном отобраны больные для серии специальных исследований, о которых шла речь в предыдущих разделах книги.

Все пациенты нашей клиники получали уже описанный комплекс лечебно-восстановительных воздействий (лечение средой, групповая терапия и др.). Еще раз отметим, что отличительной особенностью этого комплекса являлось соблюдение описанных принципов реабилитации (партнерства, разносторонности усилий, единства биологических и психосоциальных воздействий, ступенчатости проводимых мероприятий) и ее этапности. Сводные цифровые данные о сроках пребывания больных в нашей реабилитационной клинике, о видах получаемого ими биологического лечения и (очень схематично, конечно) о качестве ремиссий, достигнутых в результате применения всего комплекса лечебно-восстановительных мероприятий, приведены в табл. 26—28. Большая часть пациентов клиники (548—77 %) находились в ней не более полугода, меньшая часть (162—23 %), наиболее тяжелые больные, оставались в клинике свыше 6 мес и подверглись уже описанной серии специальных исследований.

Из данных табл. 27 видно, что 79 % (567 человек) получали различные виды и комбинации биологического лечения. Здесь имеется в виду лишь курсовое лечение психотропными средствами, значительно реже — шокowymi методами (или их комбинации). Меньшей части больных (143—21 %), не подвергавшихся «активному» биологическому лечению, обычно назначались общеукрепляющие средства (витамины, глюкоза и т. д.) и различные виды медикаментозного симптоматического лечения (малые транквилизаторы, барбитураты, анальгетики и т. д.). К симптоматическим видам терапии мы относим и физиотерапевтические процедуры (главным образом гидро- и электролечение).

Таблица 27

Распределение больных по основным видам биологического лечения в клинике

Виды биологического лечения	Число больных
Нейролептики	234
Антидепрессанты	96
Нейролептики + антидепрессанты	150
ЭСТ + нейролептики + антидепрессанты	53
Инсулиношоковая терапия	27
ЭСТ	7
Всего	567

Таблица 28

Распределение больных клиники по качеству ремиссий (по М. Я. Серейскому)

Ремиссия	Число больных
А	135
В	289
С	234
Д	46
0	6
Всего	710

Значительное число пациентов, не получавших активного биологического лечения, объясняется в первую очередь составом больных, среди которых было много «хроников», в прошлом лечившихся очень активно. Инсулиношоковое лечение применялось в клинике ограниченному числу больных, главным образом при дебютах шизофренического процесса.

При относительной, конечно, ценности табл. 28, тем не менее, можно считать, что она дает в самых общих чертах представление об эффективности проведенных лечебно-восстановительных мероприятий. Практически почти у всех находившихся за 5 лет в клинике пациентов отмечалось то или иное улучшение психического состояния (за исключением 6 человек). Около 60 % были выписаны домой в состоянии практического выздоровления или значительного улучшения (ремиссии А и В по Серейскому). Если к ним добавить тех, кто при выписке (или переводе¹) имел ремиссию С, то число больных с отчетливым улучшением психического состояния возрастает до 658 (93 %). Только у 46 больных было лишь кратковременное внутрибольничное улучшение (ремиссия Д)². Особо подчеркнем, что, несмотря на большое число депрессивных больных, за все эти годы в клинике не было завершенных суицидных поступков и выраженных разрушительных действий, что следует приписать прежде всего тактике тщательно подготовленного персонала, создавшего атмосферу доверия и сотрудничества с пациентами.

Для изучения отдаленного эффекта восстановительного лечения нами совместно с сотрудниками клиники В. Л. Ефименко и Б. М. Гореликом (1973) были обработаны данные катамнеза

¹ Переводы здесь осуществлялись не по психиатрическим показаниям.

² Больные с ремиссией Д (46 человек), а также не обнаружившие признаков улучшения психического состояния (6 человек — всего 52 человека, 7 % от общего числа леченных в течение 5 лет пациентов) были по истечении определенного периода переведены в другие психиатрические больницы.

Таблица 29
Распределение по возрасту
катамнестически обследованных
больных основной и контрольной групп

Возраст (лет)	Группа	
	основная	контрольная
17—20	7	4
21—30	23	27
31—40	23	21
41—45	7	8
Всего	60	60

Таблица 30
Распределение катamnестически
обследованных больных по давности
заболевания

Давность заболевания (лет)	Группа	
	основная	контрольная
2—3	16	13
4—5	12	12
6—9	9	19
10—15	13	13
Свыше 15	10	3
Всего	60	60

двух групп больных шизофренией с непрерывно-прогредиентной формой течения заболевания¹, с длительностью болезни не менее двух лет, продолжительностью госпитализации не менее 10 мес, в возрасте не старше 45 лет. Первую (основную) группу составили 60 больных, лечившихся в нашей клинике, вторую (контрольную) — 60 больных, лечившихся в одной из психиатрических больниц Ленинграда в период 1965—1966 гг. Этот период был выбран потому, что тогда не было интенсивного внедрения различных реабилитационных мероприятий в практику психиатрических стационаров города. Конечно, учитывались и трудности, возникающие при сопоставлении катмнезов больных шизофренией, выписанных в разные периоды (отличающиеся всего несколькими годами) из психиатрических стационаров, на которые указывают и другие авторы [Schooler N. et al., 1967].

Обследование проводилось с участием специально подготовленного социального работника. Применялась методика интервью — беседы велись с каждым больным и с его родственниками или окружающими лицами. Использовались и данные психоневрологических диспансеров, наблюдавших больных после выписки. Анализ данных, полученных о больных основной и контрольной групп, проводился различными врачами, независимо друг от друга. Следует иметь в виду, что речь идет об изучении катмнеза всех больных шизофренией с затяжным хроническим течением заболевания, поступивших из других стационаров и выписанных из институтской клиники (за исключением выписанных иногородних больных, катмнез которых собрать с исчерпывающей полнотой не удалось). В прошлом почти все обследованные катмнестически

¹ У части больных в прошлом форму течения можно было отнести к рекуррентной и приступообразно прогредиентной, однако со временем у них процесс приобрел непрерывное течение.

Таблица 31
Распределение катamnестически
исследованных больных обеих групп
по ведущим психопатологическим
симптомокомплексам

Психопатологиче- ские симпто- мoкoмплeксы	Группа	
	основная	контроль- ная
Галлюцинаторно- параноидный	30	27
Апато-абулический	30	33
Всего	60	60

чески пациенты поступили в
Институт им. В. М. Бехтерева
из той же больницы, где лечи-
лись больные контрольной
группы.

После выписки больных из
клиники (основная группа) и
больницы (контрольная груп-
па) их состояние прослежива-
лось в течение года, а затем
повторно по истечении трех лет.
Больные основной группы на-
ходились на непрерывном ста-
ционарном лечении (в боль-
нице и клинике) в среднем

21 мес, больные контрольной группы — 19,1 мес. Мужчин в
основной группе было 13, в контрольной — 29; женщин — соот-
ветственно 47 и 31. В табл. 29 представлены данные о возрасте
больных обеих групп, из которых следует, что по этому показателю
обе группы сходны. Сведения о давности психического заболевания
больных обеих групп представлены в табл. 30, данные которой
показывают, что в основной группе было несколько больше
больных с давностью заболевания свыше 15 лет.

По психопатологическим проявлениям больных, выписанных из
клиники и больницы, можно было разделить на 2 категории —
уже описанные больные с преобладанием галлюцинаторно-
параноидной и больные с преобладанием апато-абулической
симптоматики (табл. 31).

Как видно, больные с этими психопатологическими карти-
нами встречались примерно одинаково часто в основной и конт-
рольной группах.

Основным критерием при оценке катamnестических данных за
первый год после выписки из клиники и больницы являлось
наличие (или отсутствие) обострения психотического состояния,

Таблица 32

Катamnестические данные о наличии или отсутствии повторной
госпитализации в психиатрическую больницу

Катamnестиче- ские данные о больных	В течение первого года		В течение трех лет	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Не госпита- лизированы	38 (63,4 %)	21 (35 %)	21 (35 %)	9 (15 %)
	$p < 0,01$		$p < 0,01$	
Повторно госпитализиро- ваны	22 (36,6 %)	39 (65 %)	39 (65 %)	51 (85 %)
	$p < 0,01$		$p < 0,01$	

Таблица 33

Распределение не госпитализированных и регоспитализированных больных основной и контрольной групп по психопатологическим симптомокомплексам

Катамнестические подгруппы	Больные							
	с галлюцинаторно-параноидным симптомокомплексом				с апато-абулическим симптомокомплексом			
	Основная группа		Контрольная группа		Основная группа		Контрольная группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Не госпитализированные	21	55,5	12	57,2	17	44,5	9	42,8
Регоспитализированные	9	41,0	15	38,4	13	59,0	24	61,6
Всего	30		27		30		33	

приведшего к новой госпитализации в психиатрическую больницу. По этому показателю больные основной и контрольной групп были разделены на 2 подгруппы: к первой относились не госпитализированные в течение всего первого года после выписки, ко второй — больные с повторной госпитализацией в этот же период. Исследование было повторено спустя 3 года после выписки. Из данных табл. 32 видно, что более частое удержание больных шизофренией в домашних условиях в течение первого года и трех последующих лет после курса восстановительной терапии по сравнению с больными контрольной группы (получавших преимущественно биологическое лечение) является статистически достоверным. Больные контрольной группы гораздо чаще после выписки вновь поступали в психиатрическую больницу.

Интересно отметить, что по частоте основных психопатологических картин катамнестические подгруппы были сходны в основной и контрольной группах обследованных больных. Данные табл. 33 показывают, что процент больных с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой был выше среди не госпитализированных как в основной, так и в контрольной группах (55,5 и 57,2 %). В то же время среди регоспитализированных в основной и контрольной группах был выше процент больных с апато-абулическими картинами (59,0 и 61,1 %). Следовательно, обострения психического состояния, потребовавшие повторной госпитализации, у больных шизофренией с затяжным течением заболевания несколько чаще имели место при наличии апато-абулических картин, независимо от характера предшествовавшего лечения.

Таблица 34

Катамнестические данные о характере трудовой деятельности больных основной и контрольной групп

Характер трудовой деятельности	Периоды наблюдения			
	В течение первого года		В течение трех лет	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Работают на обычном производстве (учатся)	16 (26,7 %)	8 (13,3 %)	19 (31,7 %)	5 (8,4 %)
	$(0,1 > p > 0,05)$		$p < 0,01$	
Работают в лечебно-трудовых мастерских	28 (46,7 %)	15 (25 %)	27 (45 %)	14 (23,3 %)
	$p < 0,02$		$p < 0,05$	
Помогают в ведении домашнего хозяйства	14 (23,3 %)	16 (26,7 %)	4 (6,6 %)	14 (23,3 %)
			$p < 0,01$	
Полностью бездеятельны	2 (3,3 %)	21 (35 %)	10 (16,7 %)	27 (45 %)
	$p < 0,01$		$p < 0,01$	

Следующим критерием оценки состояния больных после выписки явился характер их трудовой деятельности. Из данных табл. 34 видно, что больные основной группы в своей трудовой деятельности в целом были активнее, нежели больные контрольной группы. По некоторым показателям различия были статистически достоверны. Так, полностью бездеятельные значительно чаще отмечались в контрольной группе, в то время как в основной группе чаще встречались больные, работающие в ЛТМ. Что касается больных, работающих в условиях обычного производства или продолжающих учебу, то можно сказать, что в основной группе по сравнению с контрольной отмечается тенденция к их преобладанию.

Таблица 35

Сопоставление больных основной и контрольной групп по характеру круга интересов после выписки

Характеристика круга интересов	Группа больных				Достовер- ность раз- личий
	основная		контрольная		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Соответствует преморбидно- му	10	16,7	3	5,0	$p < 0,05$
Сужение	33	55,0	29	48,3	—
Резкое сужение	17	28,3	28	46,7	$p < 0,05$
Всего	60	100	60	100	

Таблица 36

Сопоставление больных основной и контрольной групп по характеру поддерживающей психофармакотерапии после выписки

Прием поддерживающих доз лекарственных препаратов	Группа больных			
	основная		контрольная	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Регулярный	31	51,7	33	55,0
Нерегулярный	29	49,3	27	45,0
Всего	60	100	60	100

Определенным показателем психического состояния больных является изменение характера их интересов (чтение, интерес к искусству, общественной жизни и т. п.). Характеристики круга интересов обследованных больных были представлены следующими степенями: без существенных изменений по сравнению с преморбидным периодом; круг интересов сузился; круг интересов резко сузился. Из данных табл. 35 видны статистически достоверные различия, указывающие на большее число больных с неизменившимися интересами в основной группе и большее число больных с резким снижением круга интересов в контрольной группе.

Может возникнуть вопрос о том, не обусловлены ли более благоприятные данные катамнеза у больных основной группы поддерживающей психофармакологической терапией. В связи с этим были собраны сведения о характере поддерживающей психофармакологической терапии. Данные табл. 36 указывают на отсутствие существенных различий в лечении поддерживающими дозами психофармакологических препаратов больных основной и контрольной групп в диспансерных условиях. Это дает основание полагать, что более благоприятный катамнез у больных шизофренией, выписанных из клиники, связан в первую очередь с особенностями проводившегося в ней лечения. Эти особенности состоят, как мы видели, прежде всего в комплексном применении психосоциальных («терапевтическая среда», различные формы групповой терапии и др.) и биологических (главным образом психотропные средства) воздействий. Формально обе исследованные группы больных после выписки находились в равных условиях, т. е. все они наблюдались персоналом районных психоневрологических диспансеров, получали примерно одинаковое биологическое лечение, имели возможность работать в ЛТМ, пользоваться дневным стационаром и т. д. Но больные клиники были лучше подготовлены к особенностям внебольничной реабилитации, потому что стиль работы с ними, особенно на завершающем этапе, приближался к внебольничному (здесь

Таблица 37

Прием поддерживающих фармакопрепаратов больными основной и контрольной групп

Катамнестические подгруппы	Больные							
	регулярно принимающие				нерегулярно принимающие			
	Основная группа		Контрольная группа		Основная группа		Контрольная группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Не госпитализированные	28	73,7	17	80,9	10	26,3	4	19,1
Регоспитализированные	3	13,6	16	41,4	19	86,4	23	59,0
Всего	31	51,7	33	55,0	29	48,3	27	45,0

прежде всего имеются в виду режимы «открытых дверей» и особенно «частичной госпитализации»).

Интересно было сопоставить характер поддерживающей фармакотерапии у больных, не госпитализированных после выписки из клиники и регоспитализированных. Как видно из данных табл. 37, среди больных, регоспитализированных в течение года после выписки, преобладали пациенты, принимавшие нерегулярно психотропные препараты (как в основной, так и в контрольной группах). В то же время бросается в глаза высокий процент больных контрольной группы, регулярно принимавших фармакопрепараты и, тем не менее, регоспитализированных (41 %). Если учесть, что среди больных, повторно госпитализированных в течение года, было больше лиц с апато-абулическими проявлениями (см. табл. 33), то можно полагать,

Таблица 38

Сопоставление больных основной и контрольной групп по характеру внутрисемейных отношений

Характер внутрисемейных отношений	Группа больных				Достоверность различий
	основная		контрольная		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Хорошие	48	80,0	31	51,6	p < 0,05 p < 0,01
Конфликтные и неправильные	2	3,3	19	31,7	
Одинокие (не имеют семьи)	10	16,7	10	16,7	—
Всего	60	100	60	100	

Примечание. При переводе в нашу клинику хорошие семейные отношения встречались в 65 %, а конфликтные — в 8,3 %.

что именно эти больные нуждаются в психосоциальных воздействиях в общем комплексе лечебно-восстановительных мероприятий на всех этапах реабилитации (наши экспериментальные исследования, как уже отмечалось, также говорят об этом).

Надо заметить, что по характеру семейного положения основная и контрольная группы больных почти не отличались друг от друга. Но, как показывают данные табл. 38, характер семейных отношений был различным. Эти сведения подтверждают значение правильных отношений родственников к больным и их лечению, значение коррекции этих отношений для успеха реабилитационных мероприятий.

Таким образом, катamnестические наблюдения показывают, что стиль работы с больными в клинике способствовал успеху лечебно-восстановительных мероприятий. Нельзя, конечно, полностью исключить и того обстоятельства, что отдельные выписанные из клиники пациенты, помимо лечения, получаемого в диспансере, приходили иногда сюда за советом и ободрением к своему прежнему лечащему врачу. Но такие случаи были немногочисленны. Кроме того, они бывают в любой больнице, и ими можно в данном случае пренебречь.

Следовательно, восстановительное лечение психически больных с затяжным хроническим течением заболевания, проводившееся на основе принципиальных положений реабилитации, существенно отличалось своей эффективностью от лечения без должного учета этих положений.

Материалы изложенных нами исследований говорят о значении интенсивных лечебно-восстановительных мероприятий в стационарных условиях для успеха последующих этапов реабилитации психически больных. Они свидетельствуют также о необходимости сближения стационарного и амбулаторного стилей лечения с использованием при этом различных видов «частичной госпитализации».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей книге показано, что реабилитация является процессом, имеющим конечной целью восстановление личного и социального статуса больного, что достигается новым методом подхода к больному человеку. Этот подход представляет собой дальнейшее развитие гуманистических и интегральных тенденций в медицине вообще и в психиатрии в особенности.

Будучи динамической системой различных усилий, воздействий и мероприятий, направленных на профилактику психического дефекта (инвалидности) или его компенсацию, реабилитация тесно сближается с социальной гигиеной через положение о трех ступенях профилактики — первичной, вторичной и третичной (по терминологии ВОЗ). Реабилитацию как систему деятельности можно рассматривать в плане системного подхода в его временном понимании. Конечная цель (конкретный результат) реабилитации является системообразующим фактором. Достигается эта цель особым методом, главная суть которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, в учете не только клинко-биологических, но и психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза. Хотя реабилитация психически больных есть прежде всего их ресоциализация, следует иметь в виду необходимость тесного единства биологических и психосоциальных воздействий в этом процессе. Ступенчатое построение усилий, воздействий и мероприятий имеет физиологическое обоснование в учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности и требует дальнейшего изучения процесса реабилитации больных в свете теории функциональных систем.

Разработанная нами схема этапов реабилитации больных включает в себя те общие положения (основные принципы), без соблюдения которых понятие реабилитации теряет свое содержание. Разумеется, они достаточно хорошо были известны и ранее, например принцип партнерства — в психотерапии, принцип ступенчатости — в организации медицинской помощи, принцип единства биологических и психосоциальных воздействий — в идее «блока», развиваемой еще в 30-х годах многими отечественными психиатрами; в меньшей степени находил себе применение в психиатрической практике в прошлом принцип разносторонности усилий в том понимании, которое в него

сейчас вкладывается. В нашей концепции реабилитации лишь соединены эти положения вместе, они приведены в определенную систему, и их направленность лишена психоаналитического и психодинамического содержания, которое придают некоторым из них (например, «партнерству» или «разносторонности усилий») многие зарубежные авторы.

На основе представленного в этой книге понимания этапов реабилитации была разработана система дифференцированных лечебных режимов, являющаяся основным инструментом восстановительного лечения — начального этапа реабилитации. Система лечебных режимов как бы в миниатюре содержит те компоненты, которые входят в широкое понятие реабилитации. В известной мере является составной частью или дополняет эту систему лечебных режимов комплекс лечебно-восстановительных мероприятий в виде различных форм психотерапии, лечения занятостью, трудом, развлечениями, поощрения и стимуляции активности больных различными методами, а также привлечения к лечению не только самих больных, но и их родственников и ближайшего окружения.

Весь комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, включая лечебные режимы, должен рассматриваться сквозь призму «терапевтической среды», понимаемой в первую очередь как благоприятный характер направляемых взаимоотношений, складывающихся в лечебном учреждении между больным и его непосредственным окружением (персонал, другие пациенты, семья).

После организации на основе изложенных принципов реабилитационной клиники, созданной в Институте им. В. М. Бехтерева с учетом возможности осуществления последовательных этапов реабилитации (восстановительной терапии, реадaptации и реабилитации в прямом смысле этого слова), была проведена научная разработка и оценка эффективности примененной системы лечебно-восстановительных мероприятий. Это было сделано различными путями: клиническим (с применением оценочной шкалы основных психопатологических характеристик и изучения катмнезов) и психологическим (включая методы психофизиологических и социально-психологических исследований).

Все это потребовало методологического обоснования и соответствующей организации исследования, прежде всего несколько необычной группировки исследуемых больных. Обе группы исследуемых больных (шизофренией и затяжными депрессивными состояниями нешизофренического круга) были разделены эмпирически на несколько подгрупп, исходя не только из особенностей клинических данных (психопатологической картины), но и из особенностей личности пациентов и их эмоционального реагирования.

Оценка эффективности лечебно-восстановительных мероприятий производилась исходя из предположения, что длительная госпитализация сама по себе способствует хронизации заболева-

ния, ибо порождает депривацию, которая ведет к развитию госпитализма. Проводилось изучение влияния так называемых факторов хронизации на некоторые психологические характеристики больных. Исследовалась степень изменения психологических характеристик в связи с выраженностью психопатологической симптоматики, регистрируемой на оценочной шкале; прогнозировались реабилитационные мероприятия в зависимости от выраженности психопатологической симптоматики и степени ее изменения к концу восстановительного лечения, оценивалась их эффективность. Все клинические характеристики сопоставлялись с рядом психологических и психофизиологических показателей. Всесторонний учет полученных данных оказался возможным благодаря формализации (кодированию) всех показателей и применению методов их математической обработки. Результаты специальных исследований использовались для разработки, усовершенствования и индивидуализации различных лечебно-восстановительных мероприятий.

Среди изученных факторов хронизации наибольшее значение в плане депривации имеют давность заболевания и длительность непрерывного пребывания в психиатрическом стационаре. Больные с большой давностью болезни и особенно с большим сроком непрерывного пребывания в стационаре достигли невысокого уровня реабилитации. Однако, имея большой «реабилитационный потенциал», связанный со значительной выраженностью у них явлений госпитализма, они в то же время обнаруживали относительно большую степень улучшения клинического состояния — в основном поведенческих характеристик и круга общения. Это — факт, имеющий принципиальное значение для конструирования программ так называемой поздней реабилитации. При прочих равных условиях (нозологическая принадлежность, тип течения заболевания, особенности психопатологической симптоматики) имела место отчетливая зависимость результатов проведенных клинико-психологических и других исследований от факторов хронизации. Данное обстоятельство подкрепляет новыми фактами все более и более распространяющееся мнение о необходимости предотвращения по возможности госпитализации в психиатрический стационар или, если этого нельзя избежать, о целесообразности как можно менее продолжительного и соответствующим образом организованного стационарного лечения (так называемой ранней реабилитации). Подчеркнем, что восстановительное лечение в стационарных условиях требует гибких форм преемственности работы различных внебольничных учреждений, где в основном и должна развлекаться реабилитация больных на завершающих этапах.

Как показали проведенные исследования, имеется отчетливая связь ряда психологических показателей с особенностями клинической картины заболевания. Например, показатели лидерства и зависимости от окружающих были различными

у больных шизофренией с преимущественно параноидными или апато-абулическими проявлениями и у больных с депрессивными состояниями с преимущественно эндогенной или эндореактивной симптоматикой. Особенности личности больного, в том числе важные для общения, такие как зависимость и лидерство, имеют большое значение для структурирования неформальных (спонтанных) и формальных групп с использованием их в терапевтических целях (групповая и семейная психотерапия, различные виды лечения занятостью в группе, совет больных и др.). Нельзя в связи с этим обойти вниманием и другое весьма существенное обстоятельство — случаи отрицательного влияния одних больных на других.

Система отношений больных (степень их сохранности, характер их эмоциональности) — важнейший фактор в реабилитационной работе с ними, в частности при прогнозировании эффективности восстановительного лечения.

Полученные экспериментальные данные подтверждают высказывавшееся еще старыми авторами положение о важности использования эмоциональности психически больных, в особенности больных шизофренией, в терапевтических целях. Было показано практическое значение учета эмоциональности системы отношений у больных шизофренией при проведении восстановительного лечения. Подчеркнута важность коррекции семейных отношений у психически больных в программе их реабилитации в стационаре и во внебольничных условиях, что было видно из приведенных результатов катамнестических исследований.

Существенными явились исследования отношений больных к различным лечебно-восстановительным мероприятиям, опосредованно характеризующих «внутреннюю картину болезни», а также «модель ожидаемых результатов лечения». Выявлено, что отношения тяжело психически больных к лечению, режиму, пребыванию в психиатрическом стационаре претерпевают весьма примечательную метаморфозу, которую нельзя не учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. Данные социально-психологических исследований имели значение для построения адекватных лечебных режимов и разработки методов групповой терапии.

Кроме того, сама процедура социально-психологического исследования может быть использована как метод коррекции неадекватного поведения пациентов. Некоторые психофизиологические и социально-психологические исследования позволили подтвердить экспериментальным путем влияние госпитализма на поведенческие характеристики больных с затяжным течением заболевания.

Можно отметить, что результаты клинических и экспериментальных исследований подтвердили на практике теоретические положения (основные принципы) реабилитации психически больных, которые в значительной мере были еще гипотети-

ческими в начальный период проведенного исследования. Эти результаты свидетельствуют также определенно о практической эффективности примененного комплекса лечебно-восстановительных мероприятий.

В последние годы исследование различных аспектов системного процесса реабилитации проводилось с использованием созданной в нашей клинике «Реабилитологической автоматизированной информационной системы». С ее помощью были получены (частично совместно с коллегами из ГДР) некоторые новые данные, касающиеся ряда клинико-психологических и социально-психологических параметров реабилитации, которую мы рассматриваем как некий гомеологический принцип, как системное видение больного человека со всеми его переживаниями и взаимоотношениями с окружающей средой.

Продуктивность разработанных нами принципов, методов и форм реабилитации психически больных подтверждается и тем, что по мере возрастания числа наших публикаций идеи реабилитации больных стали проникать и в различные медицинские научные центры и в лечебно-профилактические учреждения соматического профиля.

При этом все большее признание получают выдвинутые нами теоретические и практические положения реабилитационных программ.

Подводя итоги многолетних исследований в области реабилитации психически больных, можно кратко сформулировать некоторые наиболее актуальные задачи на ближайшие годы. Представляются перспективными следующие направления исследований и разработок.

1. Дальнейшее развитие теории и методологии научных исследований в области реабилитации, предусматривающее более тесную связь методов смежных медико-биологических, медико-психологических и медико-социальных наук с применением основных принципов марксистской диалектики — историзма и системности.

2. Усиление внимания к вопросам организации научных исследований и практической работы в области реабилитации психически больных с использованием математических методов анализа многочисленных «показателей» с применением ЭВМ, в частности дальнейшая разработка автоматизированных информационных систем, а также различных вариантов системного моделирования управления процессом реабилитации.

3. Совершенствование системы диспансеризации психически больных, начало которому впервые было положено в нашей стране. В этом направлении новые возможности открывает намечаемая всеобщая диспансеризация населения в Советском Союзе.

4. Улучшение подготовки научных и практических кадров специалистов в области реабилитации психически больных.

Разработка «моделей» бригадной работы специалистов различного профиля (медиков, психологов, социальных работников и др.).

5. Привлечение большего внимания к этико-деонтологическим аспектам психиатрии, анализ их с позиций материалистической философии, психологии и педагогики. В то же время важна критика «антипсихиатрических», биологизаторских и других редуccionистских тенденций в психиатрии, имеющих место в ряде зарубежных стран.

6. Поиски новых методов оценки эффективности реабилитационных мероприятий, в том числе и экономических, с учетом положений функциональной диагностики и разностороннего подхода к лечению и социальному восстановлению больного человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Аврцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных.— М., 1981.
- Адо А. Д. Проблема опосредования биологического социальным в современной медицине.— Вестн. АМН СССР, 1982, № 4, с. 10—17.
- Алексеев Б. Е., Пинк Э. Особенности взаимоотношений между полами больных шизофренией в связи с некоторыми социально-психологическими и клиническими характеристиками.— В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980, с. 47—52.
- Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания.— Л., 1969.
- Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем.— М., 1971.
- Афанасьев В. Г. Системность и общество.— М., 1980.
- Бажин Е. Ф., Буриан Р., Гладышев А. С. Ресоциализация психически больных в специальных общежитиях.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 2, с. 220—223.
- Бажин Е. Ф., Вукс А. Я., Корабельников К. В., Корнева Т. В. Социально-психологические факторы прогноза восстановительного лечения больных приступообразной шизофренией.— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 100—105.
- Беляев В. П., Бреслав Э. А., Лейфман Ю. М., Стяжкин В. Я. Роль психоневрологического диспансера в системе оказания специализированной помощи городскому населению.— В кн.: Организация психоневрологической помощи городскому населению. Л., 1976, с. 36—43.
- Беляева Т. В., Бурковский Г. В., Горбунова Л. Н. и др. Некоторые аспекты отношений медицинская сестра — больной в психиатрическом отделении (опыт социально-психологического исследования).— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, вып. 9, с. 1392—1399.
- Бондаренко Е. И. Методика проведения занятий по лечебной физкультуре при психических заболеваниях с затяжным течением.— В кн.: Реабилитация психически больных. Л., 1971, с. 78—81.
- Бреслав А. Э., Каплан Л. Р., Колтун Л. В., Хвиливицкая И. Ф. Поэтапная реабилитация психически больных во внебольничных условиях и оценка ее эффективности.— IV Междунар. симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 136—139.
- Брусиловский Л. С. Опыт двухлетнего применения музыки в системе восстановительного лечения психически больных.— В кн.: Реабилитация психически больных. Л., 1971, с. 82—88.
- Бугайский Я. П. Коллективно-трудовой метод лечения нервно-психических больных.— М., 1932.
- Буркин М. М., Воловик В. М., Янушкевич Л. И. Опыт применения новых методов социотерапии в дневном стационаре психоневрологического диспансера.— В кн.: Новые методы терапии и реабилитации психически больных во внебольничных условиях. М., 1979, с. 22—24.
- Бурковский Г. В. Отношение среднего медицинского персонала к психически больным.— В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980, с. 89—94.
- Бурковский Г. В., Вукс А. Я., Иволев Б. В., Корабельников К. В. О месте автоматизированной информационной системы в изучении реабилитации

- психически больных.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 36—49.
- Бурковский Г. В., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Пинк Э. Условия семейного воспитания больных шизофренией и особенности течения заболевания.— В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980, с. 34—42.
- Бурковский Г. В., Корабельников К. В., Пинк Э. Преморбидная структура личности больных шизофренией и особенности клинической картины заболевания.— В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 76—87.
- Вайзе К., Воловик В. М., Кабанов М. М., Фельдес Д. Пути исследования и целенаправленного использования терапевтической среды в реабилитации психически больных.— В кн.: Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1979, с. 18—25.
- Вайзе К., Воловик В. М., Кабанов М. М., Том А. К дискуссии о роли социально-нормативных реакций на психические заболевания.— В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 21—31.
- Варламов Э. В. Семья больных шизофренией и характер внутрисемейных отношений.— В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978, с. 47—54.
- Варламов Э. В., Горбунова Л. Н. Семейная психотерапия в системе реабилитации больных шизофренией.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 100—106.
- Васюков Н. М. К. Маркс и Ф. Энгельс о природе и сущности человека.— В кн.: Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Л., 1975, с. 5—14.
- Векуа Г. Творческий подход к философским проблемам медицины.— Коммунист, 1983, № 7, с. 123—125.
- Венедиктов Д. Д. Социально-философские проблемы здравоохранения.— Вопросы философии, 1980, № 4, с. 126—141.
- Вовин Р. Я. Влияние терапии модитеном-депо на длительность и качество ремиссий у больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 5, с. 743—746.
- Волков Г. Н. Изменение социальной ориентации науки.— Вопр. философии, 1969, № 1, с. 35—46.
- Воловик В. М. К вопросу о ранней реабилитации больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, вып. 3, с. 417.
- Воловик В. М. Семейная психотерапия в комплексном лечении больных в инициальном периоде шизофрении (клинич. предпосылки и принципы).— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 66—79.
- Воловик В. М. Системный подход и функциональный диагноз.— В кн.: Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977, с. 72—81.
- Воловик В. М., Коцюбинский А. П. К оценке эффективности дневных стационаров (в связи с задачей внебольничного лечения психически больных).— Журн. невропатол. и психиатр., 1973, вып. 9, с. 1382—1397.
- Воловик В. М., Вид В. Д. Общие принципы и методы групповой психотерапии больных шизофренией.— В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 26—37.
- Воловик В. М., Днепровская С. В., Вайзе Х. Психотерапия и социальная терапия в восстановительном лечении и реабилитации психически больных.— В кн.: Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М., 1980, с. 340—360.
- Воловик В. М., Вид В. Д., Коцюбинский А. П. Терапия средой и организация лечебного коллектива в условиях полустационара.— В кн.: Вопросы организации психиатрической помощи. М., 1982, с. 77—85.
- Галкин В. А. Социальная реабилитация инвалидов в условиях психоневрологических интернатов.— В кн.: Реабилитация больных с нервно-психическими заболеваниями. Томск, 1971, с. 23—25.
- Гарнис В. А. «Клуб выписанных больных» как одна из форм реабилитации во внебольничных условиях.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 124—130.

- Гарнис В. А. К вопросу об оценке эффекта лечения психически больных.— В кн.: Тезисы к конф. по реабилитации нервно- и психически больных. Л., 1982, с. 138—147.
- Гарнис В. А., Корабельников К. В. Некоторые вопросы организации процессов занятости психически больных в условиях отделения восстановительной терапии.— В кн.: Вопросы реабилитации больных нервно-психическими заболеваниями. Томск, 1975, с. 15—16.
- Гонопольский М. Х. К вопросу о реабилитации больных шизофренией.— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 124—126.
- Горбунова Л. Н., Варламов Э. В., Ломаченков А. С. Нарушение внутрисемейных отношений у больных шизофренией и пути их коррекции.— В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980, с. 42—47.
- Горелик Б. М. Исследование отношений «врач — больной» в связи с задачами реабилитации психически больных.— В кн.: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. Л., 1976, с. 36—37.
- Горелик Б. М. Некоторые методологические вопросы групповой психотерапии больных шизофренией.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 89—99.
- Горелик Б. М. Некоторые факторы формирования взаимоотношений «медицинская сестра — больной».— В кн.: Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М., 1980, с. 298—307.
- Горелик Б. М. Исследование взаимоотношений «врач — сестра — больной» в психиатрическом отделении (в связи с задачами «терапии средой»).— В кн.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1982, с. 80—85.
- Горелик Б. М., Николаева И. С. Групповая психотерапия в системе реабилитации больных шизофренией.— В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 83—89.
- Греблюковский М. Я. Трудовая терапия психически больных (развитие, состояние, перспективы).— М., 1966.
- Гузиков Б. М. К вопросу о критериях эффективности групповой психотерапии больных алкоголизмом.— В кн.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1982, с. 109—112.
- Гуревич А. М., Ротштейн В. Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика группы больных шизофренией, работающих на крупном машиностроительном предприятии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1975, вып. 1, с. 110—117.
- Днепрова С. В. Восстановительное лечение больных с затяжными депрессиями.— Журн. невропатол. и психиатр., 1973, вып. 4, с. 568—578.
- Днепрова С. В. Групповая психотерапия при затяжных депрессивных состояниях.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 80—89.
- Днепровская С. В. Значение клинических и социально-психологических характеристик для реабилитации больных с затяжными депрессиями.— В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 101—108.
- Дубинин Н. П. Современная биология и проблемы социальной сущности человека.— Психол. журн., 1980, № 1, с. 78—92.
- Ерышев О. Ф. Реабилитация больных с так называемыми скрытыми депрессиями.— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервных и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 131—134.
- Ефименко В. Л., Кабанов М. М., Горелик Б. М. Катамнез больных шизофренией в сопоставлении с предшествующим стационарным лечением.— Журн. невропатол. и психиатр., 1973, вып. 4, с. 559—564.
- Ефименко В. Л., Горелик Б. М. Динамика некоторых клинико-социальных характеристик больных шизофренией в зависимости от проводившегося стационарного лечения по данным трехлетнего катамнестического наблюдения.— В кн.: IV Междунар. симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 265—268.

- Ефименко В. Л., Мельник Е. М. К вопросу изучения отношения психически больных к своему заболеванию и лечебно-восстановительным мероприятиям.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 2, с. 271—277.
- Зайцев Д. А., Мазур М. А. Влияние промежуточных звеньев психиатрических учреждений на показатель деятельности стационаров. В кн. Вопросы организации психиатрической помощи. М., 1982, с. 86—93.
- Зачепацкий Р. А. Терапевтическое сообщество как форма организации групповой психотерапии в социалистических странах. В кн. Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 108—113.
- Зачепацкий Р. А. Групповая и индивидуальная психотерапия при неврозах. В кн.: Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1979, с. 64—70.
- Зачепацкий Р. А. Социальные и биологические аспекты психологической защиты. В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980, с. 22—27.
- Зачепацкий Р. А. Научное наследие В. М. Бехтерева и современное реабилитационное направление в психоневрологии.— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 22—27.
- Зеневич Г. В. Вопросы диспансеризации психически и нервно-больных. Изд. 3-е.—Л., 1983.
- Зурабашвили А. Д. Принцип психического резерва в аспекте реабилитационного саногенеза шизофрении.— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 32—35.
- Ильон Я. Г. Трудовые процессы и социально-трудовой режим в терапии больной личности.— В кн.: Вопросы нервно-психического оздоровления населения. Харьков, 1928, т. 1, с. 96—139.
- Новлев Б. В. и др. Факторный анализ в исследованиях с применением оценочных психопатологических шкал.— Журн. невропатол. и психиатр., 1970, вып. 3, с. 399—408.
- Новлев Б. В. и др. Психологическое исследование больных с затяжным течением психоза в связи с задачами их реабилитации.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, вып. 3, с. 396—405.
- Новлев Б. В., Корабельников К. В. О возможности описания психически больного и процесса реабилитации с помощью формализованных историй болезни.— В кн. Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 49—57.
- Исполатов Д. Ф., Малахов Б. Б., Бутнев Ю. Я. и др. Новые формы организации коллективной трудовой терапии в условиях промышленного производства.— В кн.: Организация психиатрической и неврологической помощи городскому населению, Л., 1981, с. 45—50.
- Исурина Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции.— В кн. М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983, с. 231—254.
- Кабанов М. М. Этапы ресоциализации (реабилитации) психически больных.— В кн. Вопросы реабилитации в психиатрии и невропатологии. Л., 1969, с. 15—24.
- Кабанов М. М. Основные принципы реабилитации психически больных.— В кн. Реабилитация психически больных. Л., 1971, с. 11—17.
- Кабанов М. М. Некоторые этические вопросы в психотерапии и реабилитации психически больных.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 21—27.
- Кабанов М. М. Развитие идеи реабилитации в психиатрии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 7, с. 1071—1079.
- Кабанов М. М. Больной и среда в процессе реабилитации.— Вестн. АМН СССР, 1977, № 4, с. 55—60.
- Кабанов М. М. Концепция реабилитации и современная клиническая медицина.— Вестн. АМН СССР, 1978, № 4, с. 52—58.
- Кабанов М. М. Изменение теоретической перспективы психиатрии.— В кн. Теоретико-методологические аспекты теоретической психиатрии. Л., 1979, с. 5.

- Кабанов М. М. Экологизация медицины и концепция реабилитации больных. Психол. Журн., 1982, № 6, с. 106—110.
- Кабанов М. М., Случевский Ф. И., Дедов В. Ф. Дневные стационары как учреждения «частичной госпитализации» в системе психиатрической помощи.— Журн. невропатол. и психиатр., 1965, вып. 8, с. 1266—1271.
- Кабанов М. М., Карвасарский Б. Д., Корабельников К. В. К методике клинико-психологического исследования психически больных в связи с задачами их ресоциализации.— В кн.: Психологические методы исследования в клинике. Л., 1967, с. 20—23.
- Кабанов М. М., Богатская Л. К., Корабельников К. В. Попытка применения оценочной шкалы в процессе восстановительной терапии психически больных.— В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. Л., 1968, вып. 12, с. 531—541.
- Кабанов М. М., Воловик В. М., Беляева Т. В. Лечебный режим и вопросы профилизации психиатрического отделения.— В кн.: Вопросы реабилитации в психиатрии и невропатологии. Л., 1969, с. 25—37.
- Кабанов М. М., Мельник Е. М. Отношение больных шизофренией к лечебно-восстановительным мероприятиям, проводимым в стационарных условиях.— В кн.: Реабилитация психически больных. Л., 1971, с. 130—135.
- Кабанов М. М., Воловик В. М., Горелик Б. М. и др. Исследование отношения к психически больным различных профессиональных групп в связи с задачами реабилитации.— В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975, с. 101—108.
- Кабанов М. М., Личко А. А., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л., 1983.
- Калью П. И. Сущность системного подхода и его применение в области здравоохранения.— М., 1975.
- Карвасарский Б. Д. Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами.— В кн.: Групповая психотерапия при неврозах. Л., 1975, с. 19—26.
- Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.— Л., 1982.
- Карпинская Р. С. Философские проблемы биологии (обзорная статья за последние 10 лет).— Вopr. философии, 1981, № 2, с. 79—90.
- Кашкаров В. И. К вопросу о факторах, связанных с синдромальной дифференциацией эндогенных психозов интермиттирующего характера.— В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 94—101.
- Кельмишкейт Э. Г. Некоторые вопросы социально-трудового прогноза при шизофрении у студентов высших учебных заведений.— Журн. невропатол. и психиатр., 1969, вып. 6, с. 913—917.
- Кербиков О. В. Микросоциология, конкретно-социологические исследования и психиатрия.— Вестн. АМН СССР, 1965, № 1, с. 7—16.
- Кириунчева О. С., Корабельников К. В. Изучение отношения психически больных к биологическим и психосоциальным методам воздействия.— В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 119—125.
- Клинические и организационные основы реабилитации психически больных/Под ред. М. М. Кабанова, К. Вайзе.— М., 1980.
- Колтун Л. В. Возможности стабилизации ремиссий в дневном стационаре у больных шизофренией, переведенных из психиатрической больницы.— В кн.: Реабилитация психически больных. Л., 1971, с. 89—96.
- Консторум С. И. Опыт практической психотерапии.— М., 1959.
- Корабельников К. В. Экспериментальное изучение волевого усилия и его патологии в связи с задачами восстановительной терапии психически больных.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, вып. 6, с. 882—886.
- Корабельников К. В. К вопросу о так называемом госпитализме в психиатрии (обзор литературы).— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, вып. 5, с. 771—777.
- Корабельников К. В., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Лаврушин А. А. Стандартизация основных клинических и социопсихологических характеристик психически больного в процессе восстановительной терапии.— В кн.: VI Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1975, т. 1, с. 164—166.

- Коцюбинский А. П. Уровень социальной активности больных шизофренией как критерий их приспособляемости и его клиническая оценка.— В кн.: IV Междунар. симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 279—282.
- Красик Е. Д. Клинико-эпидемиологическая характеристика эффективности реабилитации больных шизофренией.— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 134—139.
- Красик Е. Д., Потапов А. И., Шмилович А. Л., Петров М. И. К вопросу о влиянии микросоциальных взаимоотношений на эффективность реабилитации психически больных с затяжным течением заболевания.— В кн.: Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. М., 1974, с. 23—28.
- Красик Е. Д. и др. Индустриальная реабилитация психически больных.— Томск, 1981.
- Красик Е. Д., Положий Б. С., Крюков Е. А. Нервно-психические заболевания у студентов.— Томск, 1982.
- Красик Е. Д., Логвинович Г. В. Госпитализм при шизофрении.— Томск, 1983.
- Круглова Л. И. Фармакотерапия больных шизофренией в диспансерных условиях.— Л., 1977.
- Круглова Л. И. Восстановление трудоспособности больных шизофренией в условиях промышленного производства.— Л., 1981.
- Кузьмин В. П. Принцип системности в теории и методологии К. Маркса. Изд. 2-е.— М., 1980.
- Лисицин Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины. Изд. 2-е.— М., 1982.
- Литвиненко В. И. Опыт организации «терапевтической среды» в психиатрическом отделении.— В кн.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1982, с. 86—88.
- Лифшиц А. Е. Новая организационная структура в системе реабилитации психически больных с тяжелыми формами заболевания.— В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 125—132.
- Лифшиц А. Е. Организационные проблемы реабилитации больных в связи с особенностями течения заболеваний.— В кн.: Вопросы организации психиатрической помощи. М., 1982, с. 120—129.
- Лифшиц А. Е., Арзамасцев Ю. Н. Новые формы восстановления трудовой способности и трудоустройства психически больных в условиях крупного промышленного предприятия.— Журн. невропатол. и психиатр., 1975, вып. 5, с. 752—756.
- Личко А. Е. Проблема бессознательного и психология отношений.— В кн.: Бессознательное. Тбилиси, 1978, т. II, с. 449—453.
- Ломаченков А. С. Прогноз восстановительной терапии больных параноидной шизофренией в зависимости от преморбидных социально-психологических и личностных характеристик.— В кн.: VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1981, т. 3, с. 604—606.
- Ломаченков А. С., Пинк Э. Прогностическое значение социально-психологических и личностных факторов при восстановительном лечении больных шизофренией.— В кн.: Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психически больных. Л., 1984, с. 37—44.
- Ломов Б. Ф. Об исследовании законов психики.— Психол. журн., 1982, № 1, с. 18.
- Лукина И. С. Тенденция психотерапевтов при отборе больных в психотерапевтические группы.— В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980, с. 80—85.
- Мазур М. А., Гольдфельд Э. И. К вопросу об оптимальной структуре психиатрической службы области.— В кн.: Вопросы организации психиатрической помощи. М., 1982, с. 133, 141.
- Марьянич Р. Я. Этапы госпитальной и постгоспитальной реабилитации психически больных.— В кн.: IV Междунар. симпозиум по реабилитации психически больных.— Л., 1974, с. 183—186.

- Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963.
- Мелехов Д. Е. Показатели эффективности реабилитационной работы в психиатрических учреждениях. В кн.: Клинические аспекты социальной реадaptации психически больных. М., 1976, с. 4—11.
- Миронов Б. Е. Методика оценки и учета эффективности лечебно-восстановительной (реабилитационной) работы в условиях стационара и диспансера. В кн.: Организация психиатрической и неврологической помощи городскому населению. Л., 1981, с. 21—28.
- Морковкин В. М., Шмилович А. П., Каплин Г. П. Реабилитация психически больных с затяжным течением заболевания в условиях крупного города. В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 58—63.
- Мягер В. К. Критерии эффективности семейной психотерапии при неврозах. В кн.: IV Междунар. симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 289—291.
- Мягер В. К., Мишина Т. М. Современное состояние проблемы семейной психотерапии при неврозах. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 200—204.
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.
- Мясищев В. Н. Персоналогия, психология и медицина. В кн.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, с. 6—9.
- Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, с. 7—20.
- Мясищев В. Н. Проблема личности в психологии и медицине. — В кн.: Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., 1974, с. 5—25.
- Наджаров Р. А. Психиатрическая больница в свете современных теоретических направлений в психиатрии. — Журн. невропатол. и психиатр., 1969 вып. 10, с. 1441—1446.
- Парыгин Б. Д. Научно-техническая революция и личность. — М., 1978.
- Петровский А. В. Личность в психологии с позиций системного подхода. Вopr. психол., 1981, № 1, с. 57—66.
- Петровский А. В. Личность, деятельность, коллектив. — М., 1982.
- Платонов К. К. Личность в медицине. — В кн.: Этико-психологические проблемы медицины. М., 1978, с. 7—43.
- Покровский А. А., Царегородцев Г. И. О состоянии и задачах методологической и идейно-воспитательной работы в научно-исследовательских учреждениях АМН СССР в свете решений XXV съезда КПСС. — Вестн. АМН СССР 1977, № 4, с. 3—23.
- Полис А. Ф. Соотношение социопсихической и биопсихической детерминации поведения человека. — Вopr. философии, 1982, № 1, с. 63—70.
- Полищук И. А. Естественно-научный и социально-психологический аспекты восстановительного лечения психически больных. — В кн.: Вопросы терапии и реабилитации психически больных. Львов, 1975, с. 7—10.
- Прахов В. Е., Шелкоплас Е. В., Тамаров В. А. Опыт работы смешанного реабилитационного отделения психиатрической больницы. — В кн.: Вопросы социальной и судебной психиатрии. Вологда, 1981, с. 18—22.
- Рахальский Ю. Е. Социальная психология и психиатрия. — В кн.: Актуальные вопросы психиатрии. Саратов, 1973, с. 19—27.
- Рахальский Ю. Е. Социальная психология в преподавании психиатрии и медицинской психологии. — Журн. невропатол. и психиатр., 1978, вып. 12, с. 1863—1866.
- Резникова Т. Н., Смирнов В. М. О моделировании «внутренней картины болезни». — В кн.: Проблемы медицинской психологии. Л., 1976, с. 122—124.
- Розова М. С., Киндрес Г. П., Решков С. П. К вопросу о прогнозе трудоспособности при психических заболеваниях. — В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л. 1982, с. 69—72.

- Романюк В. Я., Виш И. М. О значении реабилитации в системе лечения больных алкоголизмом.— В кн.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1982, с. 106—108.
- Рубинова Ф. С. Эффективность трудовой терапии при психических заболеваниях.— Л., 1971.
- Румянцева Г. М., Котов В. П. К анализу причин самовольных уходов больных из психиатрических больниц.— В кн.: Клинические и организационные вопросы судебной и общей психиатрии. Калуга, 1975, с. 50—54.
- Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности/Под ред. В. А. Ядова.— Л., 1979.
- Свердлов Л. С. О критериях эффективности реабилитационных программ.— В кн.: Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977, с. 110—113.
- Свердлов Л. С., Аксенова И. О., Вовин Р. Я. и др. О клинических предпосылках выбора тактики фармако- и психотерапии в процессе реабилитации больных эндогенными психозами.— В кн.: Реабилитация больных психозами. Л., 1981, с. 12—21.
- Семичов С. Б. Система «открытых дверей» на современном этапе.— В кн.: Реабилитация психически больных. Л., 1971, с. 156—161.
- Семичов С. Б. Об отношении медицинской реабилитации к физической терапии.— В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973, с. 62—64.
- Семичов С. Б. Некоторые спорные вопросы реабилитации психически больных.— В кн.: Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Л., 1975, с. 50—63.
- Серебрякова Э. Н., Чуркин А. А. Об очередных задачах организации психиатрической помощи.— В кн.: Организация психиатрической и неврологической помощи городскому населению. Л., 1981, с. 5—10.
- Серебрякова Э. Н., Мусаев Ю. О., Шукин Б. П. К оценке эффективности диспансерного наблюдения за больными шизофренией.— В кн.: Вопросы организации психиатрической помощи. М., 1982, с. 14—24.
- Симонов П. В. О познавательной функции сопереживания.— Вopr. философии, 1979, № 9, с. 137—142.
- Смирнов В. М. О роли моделей ожидаемых и полученных результатов лечения в механизмах эмоционально-мотивированного поведения больных с хроническими заболеваниями нервной системы.— В кн.: VI Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1975, т. I, с. 271—273.
- Смирнов В. М., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни».— В кн.: М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983, с. 38—62.
- Снежевский А. В. Прогноз исследования шизофрении.— Вестн. АМН СССР, 1970, № 6, с. 83—88.
- Степанов А. Д. Норма, болезнь и вопросы здравоохранения.— Горький, 1975.
- Стяжкин Д. Д., Угарова Т. Л., Шаломайко Г. М. О возможностях вовлечения в трудовую терапию больных шизофренией с длительными сроками госпитализации.— В кн.: Организация и практика трудовой терапии в психиатрии и неврологии. Л., 1982, с. 27—32.
- Суворова Н. К. Об использовании элементов терапевтической среды и социотерапии в условиях больничного стационара.— В кн.: Тезисы к конф. по реабилитации нервно- и психически больных. Л., 1982, с. 30—32.
- Ташлыков В. А. Исследование влияния особенностей перцепции на психотерапевтическую диаду «врач — больной».— В кн.: Социально-психологические исследования. Л., 1980, с. 85—88.
- Ташлыков В. А. Влияние внутренней картины болезни на эффективность психотерапии при неврозах.— В кн.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1982, с. 51—57.
- Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса.— Л., 1984.
- Телешевская М. Э., Буртынский Д. Л., Филатов А. Г. Реабилитация больных неврозами.— Киев, 1980.

- Тибилова А. У. Реабилитация психически больных пожилого возраста в условиях стационара (некоторые итоги и задачи).— В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1982, с. 176—181.
- Тихомиров О. К. Теоретические проблемы исследования бессознательного.— *Вопр. психол.*, 1981, № 2, с. 31—39.
- Трубилин Н. Т. Профилактика инвалидности и медицинская реабилитация больных — важная задача органов здравоохранения.— *Сов. мед.*, 1980, № 4, с. 10—15.
- Фотьянов М. И., Кавун Л. Г., Кричмар Б. С., Нечаев А. К. Возможности внебольничного лечения обострений и рецидивов эндогенных психозов.— В кн.: Новые методы терапии и реабилитации психически больных во внебольничных условиях. М., 1979, с. 173—174.
- Фролов И. Т. Перспективы человека. Изд. 2-е.— М., 1983.
- Хайкин Р. Б. Арттерапия в восстановительной терапии психически больных.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 107—115.
- Хвиливицкий Т. Я. Некоторые механизмы преобразования психопатологических синдромов и реабилитация психически больных.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 19—29.
- Хвиливицкий Т. Я., Бреслав Э. А., Каплан Л. Р., Кролли О. А. Опыт организации фармакологического лечения и реадaptации группы больных в условиях психоневрологического диспансера и его экономическая оценка.— В кн.: Вопросы реабилитации в психиатрии и невропатологии. Л., 1969, с. 86—102.
- Хвиливицкий Т. Я., Малахов Б. Б. Трудовая терапия и фармакологическое лечение больных шизофренией в амбулаторных условиях.— Л., 1975.
- Хвиливицкий Т. Я., Иовлев Б. В., Корabelьников К. В. Соматическое (непосредственно-церебральное) и психическое (личностное) в структуре начальных и последующих этапов эффективных синдромов.— В кн.: IV Всеросс. съезд невропатологов и психиатров. М., 1980, т. 1, с. 625—628.
- Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Экология человека в системе медицинского знания.— *Вопр. философии*, 1980, № 9, с. 73—86.
- Чазов Е. И. Методологические аспекты диагноза заболевания.— *Вестн. АМН СССР*, 1981, № 4, с. 45—49.
- Шварц С. С. Проблемы экологии человека.— *Вопр. философии*, 1974, № 9, с. 102—110.
- Шерешевский А. М. Вклад Я. Г. Ильона в разработку проблемы реабилитации психически больных.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 65—70.
- Шмаонова Л. М. Динамика социальной и профессиональной адаптации больных вялотекущей шизофренией.— В кн.: Восстановление трудоспособности и трудовое устройство инвалидов с психическими заболеваниями. Л., 1968, с. 50—53.
- Шумаков В. М. О проблеме соотношения социального и биологического в судебной психиатрии.— *Вестн. АМН СССР*, 1976, № 4, с. 55—63.
- Щепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Медицина и общество.— *Вестн. АМН СССР*, 1981, № 4, с. 22—36.
- Amery W., et al. Clinical trial design avoiding undue placebo treatment.— *J. Clin. Pharmacol.*, 1975, v. 15, N 10, p. 674—677.
- Bierer J. What social psychiatry means to me.— *Intern. J. Soc. Psychiat.*, 1973, v. 19, N 1—2, p. 1—3.
- (Burian R.) Буриан Р. Организация психиатрической помощи в сельской местности по территориальному принципу на основе опыта работы психоневрологической больницы.— В кн.: Организация психиатрической и неврологической помощи городскому населению. Л., 1981, с. 40—45.
- Cancro R., Voth H., Voth A. Character organization and the style of hospital treatment.— *Arch. Gen. Psychiat.*, 1968, v. 19, N 2, p. 161—164.
- Caton C. Effect of length of inpatient treatment for chronic schizophrenia.— *Am. J. Psychiat.*, 1982, v. 139, N 7, p. 856—861.

- Dąbrowski S., Sek H.* Poznawcze aspekty postaw lekarzy i psychologów wobec tradycyjnego leczenia psychiatrycznego społeczności terapeutycznej.— *Psychiat. pol.*, 1974, r. VIII, N 1, 1. 3—9.
- Dinein J., Witherride T.* Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism.— *Hosp. Comm. Psychiat.*, 1982, v. 33, p. 645—650.
- Dubós R.* Экология человека.— *Хроника ВОЗ*, 1969, № 11, с. 511—516.
- Dubós R.* Куда идет медицина? (Интервью).— *Всемирный форум здравоохранения*. Женева: ВОЗ, 1982, т. 2, № 3, с. 103—108.
- Feldes D., Weise K.* Kriterien des Erfolges sozialtherapeutischer Verfahren.— In: IV Междунар. симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, с. 307—309.
- Feldes D., Kabanow M. M., Volovik V. M., Gorelik W. M.* Die soziale Distanz zu entlassenen Psychiatrischen Stationen in der Sowjetunion und in DDR.— In: *Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis*. Leipzig, 1976, S. 256—266.
- Gastager H.* Die Rehabilitation des Schizophrenen.— Bern; Stuttgart, 1965.
- Greben St.* The Essence of Psychotherapy.— *Brit. J. Psychiat.*, 1981, v. 138, p. 449—455.
- Hafner H.* Rehabilitation Schizophrener, Wissenstand, Folgerungen für die Praxis und für eine Theorie der Schizophrenie.— In: *Therapie, Rehabilitation und Prevention schizophrener Erkrankungen*. Stuttgart; New York, 1976, S. 265—283.
- (Höck K) Хёк К. Динамика и механизмы процесса групповой психотерапии при неврозах.— В кн.: *Групповая психотерапия при неврозах и психозах*. Л., 1975, с. 46—53.
- Howells J. G.* Principles of family psychiatry.— New York, 1975.
- Jones M.* Social psychiatry in practice (The idea of therapeutic community).— London, 1968.
- Kirk W.* A brief inservice training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel.— *J. Psychiat. Treatm. a. Evaluat.*, 1982, v. 4, p. 177—179.
- Klein D. F.* Psychosocial treatment of schizophrenic of psychosocial help for people with schizophrenia? — *Schizophren. Bull.*, 1980, v. 6, N. 1, p. 122—130.
- Kline N.* Rehabilitation as distinct from treatment: quantification, evaluation and decision — making as to the application of each.— In: *2nd Intern. Symp. on Rehabilitation in Psychiatry*. Örebro, 1973, p. 135—140.
- (Конеску Р., Bouchal M.) Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине: Пер. с чешск. Изд. 2-е.— Прага, 1983.
- (Kratochvil S.) Кратохвил С. Опыт организации групповой психотерапии больных неврозами в терапевтическом коллективе в условиях совместной деятельности.— В кн.: *Групповая психотерапия при неврозах и психозах*. Л., 1975, с. 54—62.
- (Kratochvil S.) Кратохвил С. Биографическая, тематическая и интеракционная ориентация в групповой психотерапии.— В кн.: *Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии*. Л., 1976, с. 76—77.
- Leder St.* Psychotherapie und Gesellschaft.— In: *Psychotherapie in sozialistischen Ländern/Hrsg. M. Nausner, St. Kratochvil, K. Höck*. Leipzig, 1975, S. 13—17.
- (Leder S.) Ледер Ст. Система психокорректирующих воздействий в рамках социалистического здравоохранения.— В кн.: *Групповая психотерапия при неврозах и психозах*. Л., 1975, с. 37—46.
- Malamud W., Sands S.* A revision of the psychiatric rating scale.— *Am. J. Psychiat.*, 1974, v. 104, N 3, p. 231—237.
- Matthews S., Roper M., Mosher L., Menn A.* A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year post discharge risk of relapse.— *Schizophr. Bull.*, 1979, v. 2, N 322, p. 312—333.
- Merguet H.* Psychiatrische Anstaltorganisation (Arbeitstherapie, Milieugestaltung, Gruppentherapie).— In: *Psychiatrie der Gegenwart. Bd. III: Soziale und angewandte Psychiatrie*. Berlin; Göttingen; Heidelberg, 1961, S. 75—100.
- Mosher L., Keith S.* Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches.— *Schizophr. Bull.*, 1980, v. 6, N 1, p. 10—41.

- Nichols P. Training in rehabilitation: basic needs and consideration.— *Int. J. Rehabil. Res.*, 1979, v. 2, N 1, p. 21—31.
- Ploeger A. Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie (Theorie und Praxis).— Stuttgart, 1972.
- (Pollin W., Stebenau D., Hoiffer A.) Поллин В., Стебенау Д., Хоффер А. Взаимоотношения биологических и средовых факторов в патогенезе шизофрении в серии однояйцевых близнецов, дискордантных по шизофрении.— *Вестн. АМН СССР*, 1969, № 4, с. 92—94.
- (Querido A.) Керидо А. Профилактические аспекты охраны психического здоровья.— В кн.: Семинар по практике общественного здравоохранения и профилактике психических заболеваний. Лондон, 6—7 июля 1964. Копенгаген; ВОЗ, 1966, с. 7—24.
- Requet A. Occupational therapy.— In: *Encyclopedie medico-chirurgicale*. Paris, 1955, t. 3, p. 1—4.
- Ruesch J. Social psychiatry.— *Arch. Gen. Psychiat.*, 1965, v. 12, N 5, p. 501—509.
- Schindler F. E., Berren M. P., Beigel A. A Study of the Causes of Conflict Between Psychiatrists and Psychologists.— *Hosp. Comm. Psychiat.*, 1981, v. 32, N 4, p. 263—266.
- Simon H. Aktiverer Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.— *Allg. Zschr. Psychiat.*, 1927, Bd. 87, S. 97—145.
- Sivadon P. Influence du milieu humain sur la readaptation des malades mentaux.— In: *V Congr. mund. Psychiat. Mexico*, 1971, § 56, p. 32.
- Skala J. Rehabilitace alkoholika.— In: *Rehabilitace v psychiatrii/Red. O. Skalickova et al.* Praha, 1971, p. 233—270.
- Skoda C. Rehabilitace psychos.— In: *Rehabilitace v psychiatrii/Red. O. Skalickova et al.* Praha, 1971, I. 55—133.
- (Thom A.) Том А. История развития и современные концепции социально-психиатрических исследований.— В кн.: Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М., 1980, с. 11—49.
- (Weise K.) Вайзе К. Клинико-психологические проблемы реабилитации психически больных.— *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1978, № 1, с. 107—111.
- Wing J. K., Brown G. W. Institutionalism and schizophrenia.— Cambridge, 1970.
- Wing J., Leff J., Hirsch S. Preventive treatment of schizophrenia: some theoretical and methodological issues. (Paper presented at APPA Meeting, New York, March, 1972).— In: *Psychopathology and psychopharmacology/Eds. J. Cole et al.* Baltimore a. London, 1973, p. 197—204.
- Winter K. Soziologie für Mediziner.— Berlin, 1975.

СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Кабанов М. М., Зачепицкий Р. А. Подготовка медицинских психологов и пути организации медико-психологической работы в учреждениях здравоохранения.— В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983, с. 282—297.
- Колб Л. К. (Kolb L. C.) Некоторые современные тенденции в исследованиях по социальной реабилитации в США.— *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1984, вып. 8, с. 1248—1250.
- Семичов С. Б. Итоги антипсихиатрического движения на Западе.— В кн.: Вопросы методологии в психиатрии. М., 1984, с. 129—135.
- Хэфнер Х., ан дер Хейден В., Клуз Й. (Häfner H., an der Heiden W., Klug J.) К оценке приближенной к населению системы обслуживания психически больных.— *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1985, вып. 1, с. 116—121.

Kabanov M. M. Rehabilitation of the Mentally III. 2nd ed., revised and supplemented.— Leningrad: Meditsina Publ., 216 pp., with illustrations.

Professor Modest M. Kabanov, Ph. D., Honoured Scientist of the RSFSR, is the Director of the Leningrad V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, the Head of the first Rehabilitational Psychiatric Department in this country, organized at the Institute, the Chairman of the National-Republican Problem Commission for Clinical Psychology functioning under the USSR Academy of Medical Sciences and the RSFSR Health Ministry, and the Curator of the National Problem Commission for Rehabilitation of the Mentally III.

The 1st edition of the monograph (1978) won the V. M. Bekhterev Award of the USSR Academy of Medical Sciences in 1983. The 2nd edition stresses the clinicopsychological aspects, envisaging rehabilitation as a dynamic system of various measures and activities, including medical, psychological and social ones, primarily addressed to the patient's personality. The rehabilitation concept, developed by the author and his associates at the Bekhterev Institute, has lately found wide application in medical practice and research both in this country and abroad.

The book is intended for psychiatrists, psychologists, sociologists, health organizers and social welfare workers.

The volume contains 4 Schemes, 6 Figures, 38 Tables, 238 References.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	4
Глава 1. Исторические предпосылки возникновения реабилитационного направления в психиатрии	9
Глава 2. Современное состояние проблемы реабилитации психически больных	21
Глава 3. Теоретико-методологические основы реабилитации	50
Глава 4. Организационно-методические аспекты реабилитации психически больных	69
Глава 5. Методический аппарат и материал проведенных научных исследований	116
Глава 6. Клинико-психологические и психофизиологические исследования	136
Глава 7. Исследование процесса реабилитации психически больных с использованием «Реабилитологической автоматизированной информационной системы»	162
Глава 8. Клинико-катамнестические исследования	187
Заключение	198
Список литературы	204

Уз. (11), гарн. (11)
 Медицинский институт
 МОДЕСТ МИХАЙЛОВИЧ КАБАНОВ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Заведующая редакцией *Р. С. Горяинова*
 Редактор *Р. А. Зачепицкий*
 Редактор издательства *Н. А. Габузов*
 Художественный редактор *Н. Д. Наумова*
 Переплет художника *Ю. Г. Колотвина*
 Технический редактор *Л. Б. Резникова*
 Корректор *А. Ф. Лукичева*

ИБ № 3780

Сдано в набор 11.07.84. Подписано в печать 25.02.85. М-27244. Формат бумаги 84×108¹/₃₂.
 Бумага типографская № 1 Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 13,5.
 Усл. кр.-отт 13,5. Уч.-изд. л. 16,07 Тираж 15 000 экз. (1-й завод 1—5000 экз.)
 Заказ № 233. Цена 1 р. 30 к.

Ленинград, ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Ленинградское отделение. 191104, Ленинград, ул. Некрасова, д.10

Ленинградская типография № 2 головное предприятие ордена Трудового Красного Знамени Ленинградского объединения «Техническая книга» им. Евгении Соколовой Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 198052, г Ленинград. Л-52, Измайловский проспект, 29.