

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (XIX–XX вв.)

Л.А. Карасаева, С.М. Милютин, П.А. Чайка

ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

Актуальность организации трудовой реабилитации больных и инвалидов с нервно-психическими заболеваниями в современных условиях трудно переоценить. При этом, статистика последних десятилетий свидетельствует о крайне неудовлетворительном состоянии занятости этого контингента в Российской Федерации.

Небезызвестно, что процесс социально-трудовой реабилитации больных, страдающих психическими расстройствами, способствует включению их в любой труд и в любых условиях, соответствующих их психическому и физическому состоянию. А для большинства инвалидов (до 80–85%), страдающих нервно-психическими заболеваниями, трудоустройство должно начинаться с мероприятий социально-трудовой реабилитации [5].

Общепризнано, что социальные и трудовые аспекты в едином процессе реабилитации больных и инвалидов неразрывно связаны, поэтому закономерным явилось то, что весь долгий и непростой путь развития трудовой реабилитации душевнобольных начался с их социализации, с постепенной адаптации их в больничных, а затем и внебольничных условиях.

У истоков движения за первые шаги социализации – «нестеснения» (no-restraint) душевнобольных и создание достойных условий их содержания стоял французский врач Филипп Пинель (P.Pinel), который совершил акт гуманности: выхлопотал у революционного Конвента разрешение снять цепи с душевнобольных. Этот акт гуманности увенчался успехом и вскоре в Европе получил распространение принцип гуманного содержания душевнобольных, с предоставлением им жизненных удобств и свободы. В 1838 году во Франции появился первый законодательный акт, охраняющий права и интересы душевнобольных. Аналогичные законы к середине XIX века были приняты и в других европейских странах [4].

Возможность и целесообразность трудовой деятельности психических больных занимала умы передовых ученых и врачей в России. Так уже в 1762 году

профессор Российской Академии наук Г.Ф.Миллер представил проект устройства фабрик, на которых предполагалось занимать трудом душевнобольных людей.

Важным этапом в развитии социальной реабилитации душевнобольных и стремлении закрепить внебольничное проживание хронических больных стал семейный патронаж (Patronage familial), который предполагал помещение одного или нескольких больных в частное семейство. Патронаж вошел составной частью в общую организацию психиатрической реабилитации во всех странах Европы. В России первый семейный патронаж был открыт при Рязанской больнице Н.Н.Баженовым. Лечебная идея патронажа заключалась в том, чтобы больной, живущий в семье, принимал участие в ее жизни и работе, в силу чего активность нервной системы, психический тонус, общественно-трудовые эмоции поддерживаясь на известной высоте, надолго сохраняли личность человека от деградации, неизбежной в условиях закрытой больницы или приюта для хроников [3, 4].

В 1847 году в окрестностях Клермона, на севере Франции братья Лабитт организовали земледельческую колонию для душевнобольных. В самом городе была большая лечебница на 1 000 человек. Ввиду огромного наплыва больных, они наняли в деревне Фиц-Джемс помещение, где жило до 300 человек спокойных больных, не нуждающихся в специальном надзоре. Обдуманная во всех деталях хозяйственная организация привела к тому, что колония стала давать большие доходы. Кроме земледельческих работ здесь было овцеводство (до 600 овец), слесарные и столярные мастерские, прачечная, обслуживавшая городскую лечебницу. Эта старейшая колония послужила прообразом для подобных же заведений в Германии. В 1864 году в Германии была открыта колония «Эйну», а в 1868 году были основаны еще другие колонии: Тшадрас и Эрленмейера близ Бендорфа. Значительно позже, в 1876 году, в старинном рыцарском имении Альт-Шербиц была

организована колония на 500 больных. Колония в Альт-Шербиц с ее разнообразнейшими сельскохозяйственными работами, молочными фермами и мастерскими весьма впечатлила В.П.Сербского, побывавшего там в 1885 году. Он писал, что «застал следующие работы: большая часть больных была занята сенокосом, одни косили, другие убирали и ворошили сено; одна группа разбрасывала навоз в полях, другая была занята вспахиванием (на волах и лошадях); часть больных рыла и собирала картофель, значительное число больных было занято разбивкой клумб и дорожек вокруг вновь устраиваемого приюта. Несколько человек резало маис для скота, давало ему корм, чистило конюшни. Кроме того, шли работы в мастерских, чистка и рубка леса, а у женщин – шитье, работы в прачечной и на кухне. Затем остается ряд занятий, производимых не массово, а в одиночку: один едет за водою, другой везет навоз, третий качает воду и проч., и проч. Число работающих составляет от 80 до 90%» [4].

Проживание душевнобольных в среде психически здоровых и участие их в труде способствовало восстановлению психического здоровья и социального положения больного. Пациенты приобщались к систематическому труду, чаще коллективному, в котором мог принимать участие и персонал, что еще более повышало ценность такой деятельности.

В России одной из первых колоний – первого учреждения с широкой постановкой трудовой терапии душевнобольных, была Бурашевская, открытая в 1884 году М.П.Литвиновым. Здесь впервые был выстроен для больных ряд небольших деревянных домов, где они жили в условиях свободного режима и самообслуживания. Единновременно в колонии находилось до 700 больных. Бурашево было долгое время своего рода школой больничной колониальной и общественной психиатрии. С этой колонией связана деятельность целого ряда крупнейших врачей-организаторов – В.И.Яковенко, П.П.Кашенко и др. [4]

Одной из выдающихся страниц этого исторического этапа стала деятельность Петра Петровича Кашенко, основателя и руководителя одной из лучших психиатрических колоний в России того периода, расположенной в деревне Ляхово Нижегородской губернии.

В советское время, параллельно с развитием теоретических знаний в России, ставится задача создания материально-технической базы для развития внебольничной психиатрии. Уже в 1918 году в Москве вводятся должности участковых психиатров. В 1924 году открывается психоневрологический диспансер. В 20-е годы создается кооперация инвалидов, в том числе и с нервно-психическими заболеваниями. Возможность наблюдения за пациентами в амбулаторных условиях, когда они находились в привычной для них обстановке дома и семье, оказывала определенное влияние и на клинические представления о динамике психических расстройств, ставя, в свою

очередь, перед клинической психиатрией новые задачи: определение трудового прогноза, возможностей обучения, переобучения, рационального трудоустройства и так далее. Работа проводилась по сути своей новаторская [7, 8].

В конце 20-х–начале 30-х годов появляется большое количество теоретических исследований, посвященных изучению вопросов влияния клинической формы болезней, особенностей личности от включенности больных в труд, а также влияния трудового процесса на динамику клинических синдромов. Тридцатые годы прошлого столетия оказались, таким образом, одним из самых плодотворных этапов огромной организаторской работы вокруг вопроса социально-трудовой реабилитации нервно-психических больных. Создается целая новая система промежуточных между больницей и производством учреждений – кабинетов трудовой терапии, лечебно-трудовых мастерских при диспансерах, дневных стационаров, специальных цехов и профессиональных школ для обучения инвалидов психиатрического профиля. Так в 1931 году при диспансерах создаются трудовые мастерские, в 1933 году – дневные стационары, в том же году в Харькове организован первый лечебно-трудовой профилакторий [2].

В конце 30-х годов создаются специальные цеха для трудоустройства психически больных с тяжелыми дефектами психики. Уделялось внимание обучению психически больных новым специальностям, когда возвращение в прежнюю трудовую деятельность было невозможно [2, 10]. На специальном совещании в марте 1941 года в своем докладе В.А.Гиляровский, обобщая полученные результаты, указывал, что «труд благоприятно действует на все бытие психически больного, оживляя все здоровое, отодвигает на задний план все больное».

В стационарах пациенты начинали привлекаться к труду – в специально отведенные внутренним распорядком часы, часть из них выполняла простейшие работы: сборку несложных деталей, картонажные работы и так далее, часть привлекалась к внутрибольничным работам – уборке и благоустройству территории, стирке и глажению белья [2, 7]. Преемственность трудотерапии на внебольничном этапе достигалась за счёт занятости в лечебно-трудовых мастерских при диспансерах, где, однако профиль выполняемых работ не был значительно шире больничного. Благодаря развитию сети психоневрологических диспансеров, появились реальные предпосылки для сокращения сроков пребывания пациентов в стационарах ввиду появления возможности их амбулаторного ведения в течение длительного времени. Исчезала, таким образом, и необходимость социальной изоляции больных, длительного отрыва их от повседневной жизни. К организационным недостаткам трудовой деятельности на амбулаторном этапе следует отнести то, что паци-

енты не получали должного денежного вознаграждения за свой труд, в случаях утяжеления состояния и наступления временной нетрудоспособности им не оплачивался больничный лист, сам же перечень трудовых операций был невелик, что лишало возможности индивидуализировать трудовую терапию, ограничивая её целительные возможности. Эти обстоятельства диктовали необходимость поиска новых форм организации внебольничной трудовой реабилитации [1, 10]. Отчасти этому способствовало распространение теоретических идей так называемой социотерапии, выдвигаемых немецким психиатром В.Симон [11]. Он считал, что включение больного в коллективную трудовую занятость есть мощный фактор стимуляции его социальной активности и преодоления явлений патологической психосоциальной адаптации к неблагоприятной внутрибольничной среде. То есть работа в коллективе, по его мнению, должна была повышать индивидуальную ответственность через положительное влияние на мотивационную и эмоциональную сферы. Особенное распространение эти идеи получили в послевоенные годы, когда возникли бригадные формы организации лечебного труда сначала в сфере производства, затем в сельскохозяйственной деятельности и на работах по благоустройству.

Многими исследователями 50–60-х годов показывалась более высокая экономическая и лечебная эффективность бригадных форм организации лечебного труда по сравнению с индивидуальным трудом. Создавались состоявшие из психически больных бригады, в которых назначался старший, имевшие свое собственное производственное задание. Бригады работали в обычных производственных или хозяйственных условиях, но с сокращением рабочего дня и под медицинским наблюдением. Нередко, для оценки индивидуального трудового участия каждого члена бригады, делались попытки использования коэффициентов трудового участия. Прибыль от трудовой деятельности выездных бригад переводилась на счёт ЛПУ, что облегчало затраты по содержанию больных, способствуя улучшению материальной базы больниц и диспансеров. Труд подобных бригад использовался как в промышленности,

так и в сельском и городском хозяйствах. Совместная работа рядом с формально здоровыми людьми способствовала лучшему формированию навыков общения, часто положительно влияя на социальную адаптированность [2, 9]. Пациенты, полностью овладевшие трудовыми навыками, зачастую впоследствии трудоустраивались на те производства, где трудились в составах выездных бригад. Но были у этого метода и свои недостатки: в частности, попытки использования коэффициента трудового участия (КТУ) при низких трудовых возможностях индивида часто негативно сказывались на реализации задач его реабилитации, вплоть до отказов находиться в составе бригады и выходов из нее; а из-за высокого производственного темпа нередко были случаи ухудшения психического состояния, что также вело к срывам реабилитации.

В советское время, до начала перестройки, проблема трудовой занятости инвалидов, в том числе и с нервно-психическими заболеваниями, оценивалась как решенная достаточно успешно. Было создано около 1,5 тысяч предприятий (цехов, участков), использующих труд инвалидов. Отмечался довольно высокий процент трудоустроенных инвалидов, в том числе на специализированных предприятиях и рабочих местах (около 86% инвалидов III группы и 25% инвалидов I и II групп).

Постперестроечный период, связанный с переходом к рыночной экономике, вызвал изменения в трудовой занятости и трудоустройстве инвалидов: произошло масштабное увольнение инвалидов, в регионах закрылись специализированные предприятия и лечебно-производственные мастерские, где трудились инвалиды, резко увеличилось число инвалидов с отрицательной установкой на труд [6].

В настоящее время предстоит заново решать проблему трудовой реабилитации и занятости инвалидов с нервно-психическими заболеваниями. Представляется необходимым изучение клинико-экспертных, организационно-правовых, социально-психологических и экономических характеристик организации социально-трудовой реабилитации и предыдущего опыта восстановления трудовой способности данного контингента больных и инвалидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы социально-трудовой реабилитации душевнобольных людей: Информационное пособие. Минск, 2007. 156 с.
2. Восстановление трудоспособности и трудовое устройство инвалидов с психическими заболеваниями. Материалы конф. Л., 1968. 209 с.
3. Гейер Т.А. Необходимые предпосылки для правильного разрешения вопроса о трудоустройстве психически больных // Труды ин-та им. П.Б.Ганнушкина. 1939. Вып. 4. С. 147–150.
4. Каннабих Ю.В. История психиатрии. Л.: Гос. мед. изд., 1928. 528 с.
5. Карасаева Л.А. Нерешенные проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 2. С. 10–14.
6. Карасаева Л.А., Лейбович Д.П., Кузнецова А.С. Современные проблемы трудоустройства инвалидов, страдающих нервно-психическими заболеваниями // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 13–16.
7. Малахов Б.Б. Трудовая терапия психически больных. Л.: Медицина, 1989. 188 с.
8. Мелехов Д.Е. Трудовая терапия и трудоустройство в системе организации психиатрической помощи // Труды ин-та им. П.Б.Ганнушкина. 1939. Вып. 4. С. 159–176.
9. Мелехов Д.Е. Теоретические и организационные основы реабилитации психически больных в СССР // Невропатол. и психиатр. 1977. Т. 66, № 11. С. 1686–1692.
10. Мелехов Д.Е. Прогноз и восстановление трудоспособности при шизофрении: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1960. 26 с.
11. Simon B. Psychiatric rehabilitation // J. Am. Med. Assoc. 1959. Vol. 171, N 15. P. 2098–2101.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (XIX–XX вв.)

Л.А. Карасаева, С.М. Милютин, П.А. Чайка

В статье рассмотрены вопросы возникновения и развития социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов с нервно-психическими заболеваниями. Осуществлен краткий исторический обзор, раскрывающий первые и последующие шаги социализации душевнобольных: от освобождения «от стеснения» до организации патронажа, трудовых колоний, а в условиях Российского общества, – создания арте-

лей и цехов инвалидного труда. Изучение различных форм организации труда больных и инвалидов с нервно-психическими заболеваниями способствует решению проблемы их трудовой занятости и социальной интеграции.

Ключевые слова: инвалиды, нервно-психические заболевания, патронаж, колонии, цеха, социально-трудовая реабилитация.

DEVELOPMENT OF VOCATIONAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS AND PSYCHIATRIC DISABILITIES (XIX–XX)

L.A. Karasayeva, S.M. Milyutin, P.A. Chayka

This article reviews the origins and development of social and vocational rehabilitation for people with mental illness and psychiatric disabilities. The authors offer a brief historical overview that describe the first steps and following developments of social integration: from liberating patients from the restraints to the organization of supports, establishing vocational rehabilitation “colonies,” and later setting up small enterprises and

workshops for people with psychiatric disabilities in the context of the Russian society. A critical look at different forms of vocational options for people with mental illness and psychiatric disabilities can help solve the problem of their employment and social integration.

Key words: mental illness, psychiatric disabilities, supports, colonies, workshops, social integration, vocational rehabilitation.

Карасаева Людмила Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения, МСЭ и реабилитации Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов; e-mail: «ludkaras@yandex.ru»

Милютин Сергей Михайлович – доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной психиатрии Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов

Чайка Петр Александрович – врач-психиатр, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов