

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А.Б. Шмуклер

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Лечебно-реабилитационное направление было характерно для российской психиатрии с первых дней ее становления как научной дисциплины. Важной особенностью данного подхода являлось комплексное рассмотрение психиатрической помощи с учетом клинических, личностных, социальных, лечебно-реабилитационных и организационных аспектов. Клиническая картина заболевания оценивалась в неразрывной связи с личностно-психологическими характеристиками пациента, социальными условиями его жизни, терапевтическими возможностями, реабилитационным потенциалом и организационной структурой помощи. Свойственный для российской психиатрии в целом, данный подход был положен в основу научной и практической деятельности Московского научно-исследовательского института психиатрии (МНИИП) с первых дней его существования. Именно клинический подход, характеризовавший московскую психиатрическую школу, был «визитной карточкой» МНИИП весь период его существования и, хочется верить, остается таковой и в настоящее время.

Действительно, один из первых директоров МНИИП – Лев Маркович Розенштейн, известный как крупный теоретик организации психиатрической помощи, один из основоположников реабилитационного подхода в психиатрии, был блестящим клиницистом, тонким психопатологом и диагностом, развивавшим идеи психопрофилактики, исходя из глубокого понимания и применения на практике феноменологического метода К.Ясперса [16]. Удивительно современно звучат его высказывания о том, что одними госпитализациями невозможно решить проблемы психически больных, необходимо выйти за рамки госпитальной психиатрии, тем более что основная часть психиатрических пациентов всегда будет оставаться в населении. Концепция психопрофилактики, неразрывно связанная с амбулаторной психиатрической помощью, в понимании Л.М.Розенштейна основывалась на комплексной оценке состояния пациентов (а не сумме отдельных

проявлений заболевания), тонком анализе не только собственно болезненных проявлений, но динамики личности пациента во взаимодействии с социальными условиями.

Подобный подход в этот период не был чем-то исключительным и, скорее, отражал господствующую точку зрения. Действительно, считающийся одним из основоположников экспертизы трудоспособности и социальной реабилитации в нашей стране – профессор Тихон Александрович Гейер, некоторое время работавший в институте психиатрии Наркомздрава РСФСР, был тонким клиницистом с широким кругом научных интересов (например, его именем названа одна из форм сосудисто-атрофического поражения головного мозга – синдром Гаккенбуша-Гейера-Геймановича). Его ученик и последователь – профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов, возглавлявший МНИИП в 50-е годы, – фигура во многом недооцененная, хотя его идеи актуальны до настоящего времени и, более того, требуют нового прочтения на современном этапе развития психиатрии.

Традиционно имя Д.Е.Мелехова связывают с вопросами экспертизы трудоспособности психически больных. Безусловно это справедливо, однако понимание прогноза трудоспособности в его работах неразрывно связано с клиническими показателями с использованием как статических, так и динамических характеристик (систематика форм шизофрении по «поперечному» и «продольному разрезу»), а также постпроцессуальных состояний [15]. В этом смысле интересно выделение автором варианта заболевания с затяжным подострым течением прогрессивного процесса, которому мало уделялось внимания другими исследователями и который, тем не менее, нередко встречается в клинической практике и сопровождается различными типами социальной дезадаптации. В целом Д.Е.Мелехов солидаризировался с немецкой психиатрической школой (а у нас в стране с Г.Е.Сухаревой [22] и А.В.Снежневским [21]) в отношении необхо-

димости учитывать особенности течения болезни, что, к сожалению, не находит отражения в современных классификациях психических расстройств и является их серьезным недостатком.

Еще одним важным отличием рассмотрения Д.Е.Мелеховым клинико-социального статуса больных является внимание к их соматическому состоянию. И здесь также обнаруживается тесная связь с другими исследователями – сотрудниками МНИИП, развивавшими это направление: С.Г.Жислиным [12], указывавшим на роль в течении психических заболеваний кровоснабжения мозга, перенесенных в анамнезе инфекционных заболеваний (ревматизм, малярия, туберкулез), Г.Е.Сухаревой [22], обращавшей внимание на происходящие в подростковом возрасте эндокринные сдвиги (гипогонадизм, гипотиреозидизм, нарушение жирового обмена, избыточная продукция соматотропного гормона и связанные с этим акромегалоидные изменения и пр.), Р.Г.Голодец [4], отмечавшей роль авитаминоза. Подобное комплексное рассмотрение психической патологии, объединяющее психическое, соматическое, психологическое и социальное нельзя не признать более чем современным.

Особое внимание в трудах Д.Е.Мелехова уделялось понятию «дефект» (которое он отличал от слабоумия), понимая под ним стойкие постпроцессуальные проявления, которые, однако, не ограничиваются симптомами выпадения, а имеют определенную структуру, качество и динамику, и выступая против чрезмерного расширения понятия «дефект» за счет затяжных подострых субпсихотических состояний: «в определении дефекта нам представляется необходимым отразить наличие не только необратимых симптомов выпадения, но и стойких явлений диссоциации психических функций с изменением личности; указать критерий для констатации этих нарушений в снижении функционального уровня личности, приводящем к снижению трудоспособности, и показать, что дефект является результатом, последствием перенесенного острого или подострого периода болезни и не имеет тенденции к прогрессивности» [15]. В этой связи Д.Е.Мелехов выделял период развития дефекта на стадии активного процесса, период формирования и стабилизации дефекта, а также период сформировавшегося и компенсированного дефекта. При этом и в последнем случае дефект не рассматривался как нечто застывшее, наоборот, указывалось на наличие динамики сформировавшихся дефектных состояний в виде эпизодических кратковременных неадекватных ситуации колебаний настроения и активности, реактивных состояний и патологического развития постпроцессуальной личности. Более того, речь шла о возможной компенсации, субкомпенсации (лабильной и неполной компенсации) и декомпенсации дефекта. Подчеркивалась необходимость различения реакций, развивающихся во время активного течения болезни, реакций, порож-

дающих новые симптомы болезни, от подлинно компенсаторных образований. При этом компенсация рассматривалась с общебиологических позиций, в частности, с учетом теории функциональных систем П.К.Анохина [1].

Исходя из особенностей клинической картины и динамики дефекта (который, как видим, значительно шире иногда синонимически используемых в этих случаях негативных расстройств) и строилась тактика социально-трудового восстановления пациентов. Действительно, важно различать восстановление социального функционирования за счет регресса симптоматики активного этапа течения болезни и приспособление благодаря компенсации дефекта в постпроцессуальном периоде. При этом подчеркивалось значение целенаправленной активности личности и значения среды в развитии компенсации дефекта и неприемлемость «механистической, узко биологической трактовки компенсации как автоматической перестройки функций, как процесса, обусловленного присущими организму качествами и совершающегося без формирующего влияния среды у животных и социально-трудоу условий у человека» [15].

Подобный комплексный подход к рассмотрению проблем реабилитации психически больных характерен и для работ профессора Исаака Яковлевича Гуровича. Воспитанник школы профессора Самуила Григорьевича Жислина со свойственным ей тонким клиническим анализом, Исаак Яковлевич, возглавив отдел внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи (1978), поставил во главу угла организационной психиатрии клинический метод. За сухими цифрами статистической отчетности о деятельности психиатрических учреждений стало обнаруживаться живое дыхание клинической психиатрии, новые организационные формы оказания психиатрической помощи наполнились клиническим содержанием. Так, применяемые и сегодня группы диспансерного наблюдения психически больных (одним из ключевых разработчиков которых был И.Я.Гурович) основаны на динамическом понимании характера психиатрических заболеваний, обуславливающих особенности социального функционирования пациентов с возможностями перехода из одной группы в другую в зависимости от активности патологического процесса и уровня социальной (дез)адаптации [5, 17]. При этом сохранялась возможность снятия с диспансерного наблюдения как заключительного акта социальной реабилитации.

Этапный характер и преемственность помощи нашли отражение в разрабатываемой в отделе системе организации лечения в дневных стационарах. Значительным достижением оказалась разработка подходов к терапии подострых субпсихотических состояний [6, 19], что заложило основу дальнейшего развития психиатрической службы со сдвигом акцента оказания помощи во внебольничные условия

и организацией ее новых форм, включая помощь больным с впервые возникшими психотическими состояниями и асертивное лечение. Подробная разработка клинических и клинико-социальных показаний и противопоказаний для поступления в дневные стационары позволила значительно расширить контингент этих отделений за счет пациентов с расстройствами фактически психотического уровня, однако сохраняющими относительно упорядоченное социально приемлемое поведение и имеющими поддержку ближайшего окружения [6, 19].

При этом уже на данном этапе была подчеркнута важность не только осуществления адекватной и достаточно интенсивной психофармакотерапии, но и существенная роль психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации как обязательного компонента психиатрической помощи на любом этапе ее оказания [7] и, в частности, в условиях дневного стационара. Закономерным результатом и существенным достижением такого подхода стало административное решение о введении в штат психиатрических учреждений и их подразделений (психиатрических больниц, дневных стационаров, психоневрологических диспансеров) специалистов по социальной работе и социальных работников, что было закреплено соответствующим приказом Министерства здравоохранения и заложило основу комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи психически больным [18]. Важным аспектом такого подхода было рассмотрение психосоциальных вмешательств не только как направленных на социальное приспособление пациентов, но и как эффективное терапевтическое воздействие.

Существенным шагом в развитии клинико-социального направления в психиатрии стала российско-канадская программа, которую организовали сотрудники отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи МНИИП и Департамента по изучению инвалидности Университета Калгари (Канада). В рамках данной программы на базе МНИИП в 1997–2001 годы проводились совместные семинары, которые позволили подготовить большое количество специалистов в области полипрофессиональной помощи психически больным, а с 2003 по 2007 год в 5 городах Российской Федерации (Москва, Омск, Санкт-Петербург, Ставрополь, Тамбов) реализовывались пилотные проекты, результаты которых легли в основу развития ряда новых форм организации психиатрической помощи (клиник первого психотического эпизода, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационных отделений психиатрических больниц и работающих во внебольничных условиях, жилья с поддержкой) [8], административный статус которых был закреплен Порядком оказания психиатрической помощи [18].

Следует подчеркнуть, что во всех подобных подразделениях во главу угла ставился клиниче-

ский подход, основанный на тонкой диагностической оценке состояния больных, включающей как психопатологический анализ и учет динамики заболевания, так и личностно-психологические и социальные характеристики. Практические впервые в российской психиатрии в анализ состояния пациентов было введено понятие качество жизни, описаны его особенности у различных групп больных, значение для их социальной адаптации и проведения психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий [23].

Другим важным направлением исследований стало изучение когнитивных функций пациентов. Были подробно описаны особенности нейрокогнитивного дефицита и его динамика у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Большое внимание уделялось социальной когниции, исследование которой позволило предложить целый спектр новых, имеющих патогенетическую направленность подходов к психосоциальной терапии больных [10, 13, 14]. Методические подходы в этом направлении легли в основу ряда инновационных тренинговых программ [11].

Особенно следует подчеркнуть разработки отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи в отношении создания клиник первого психотического эпизода. Впервые в Российской Федерации такая клиника была создана в Московском НИИ психиатрии в 2000 году. Научные исследования на базе этого отделения позволили сформировать клинико-социальные и организационные подходы, объединенные в единую систему организации помощи данному контингенту. Методические разработки, полученные в результате проведенных исследований, нашли свое отражение в большом числе научных статей и монографии [9], а также учебных курсах в различных городах Российской Федерации. Признание важности данного направления получило подтверждение в регионах, где были открыты более 30 подобных клиник.

В 2017 году отделение изменило название (отделение клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра), что отразило возрастающее внимание, которое уделялось в научных разработках не только психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных, но и нейробиологическим исследованиям [25], сочетающимся с традиционными направлениями изучения когнитивных функций (включая специальное внимание социальным когнициям) [24], а также негативных расстройств при шизофрении [27, 28].

По-прежнему в фокусе внимания находятся исследования, касающиеся пациентов на начальных этапах заболевания, в том числе и в особенности направленные на попытку выделения маркеров-кандидатов предрасположенности к развитию болезни, активности болезненного процесса и его прогноза [26, 29].

Особенностью данного подхода является многокомпонентное рассмотрение выявленных нарушений, определение комплексных маркеров, включающих спектр отдельных показателей. Заметным шагом в данном направлении является осуществляемое в настоящее время построение сетевой модели различных (клинических, когнитивных, нейробиологических) проявлений заболевания, характеризующей результат динамичных причинно-следственных взаимодействий симптомов («узлов») в виде структуры – сети.

В заключение следует отметить, что, несмотря на происходящие постепенные изменения направленности тематики исследований, в значительной степени обусловленные развитием психиатрической научной мысли, в них неизменно остается главное – клинический подход, являющийся основой всех научных разработок: организационных, нейробиологических, клинико-реабилитационных, как правило, тесно взаимосвязанных и фактически представляющих единый исследовательский проект, реализуемый на протяжении ряда десятилетий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. М., 1980.
2. Бригадное полипрофессиональное оказания психиатрической помощи (сборник методических рекомендаций). М., 2011. 284 с.
3. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении. В сб.: Современные проблемы шизофрении. Биомедгиз. М., 1933.
4. Голодец Р.Г. О некоторых особенностях течения затяжных неблагоприятных форм шизофрении // Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М., 1958.
5. Гурович И.Я. О клинико-социальных критериях снятия с диспансерного учета больных шизофренией – заключительного акта социальной реабилитации // Вопросы организации психиатрической помощи. М., 1982. С. 6–14.
6. Гурович И.Я., Саркисян В.В., Куцай С.И. Подострые состояния при шизофрении во внебольничной практике // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. С. 118–125.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004. 492 с.
8. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (Ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М., 2007. 356 с.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2010. 544 с.
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 8. С. 7–14
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (Ред.). Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. М., 2015. 420 с.
12. Жислин С.Г. К клинической дифференциации и патогенезу затяжных форм шизофрении с неблагоприятным течением // Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М., 1958.
13. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катамнестическое клинико-нейропсихологическое исследование: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 180 с.
14. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапах болезни: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 165 с.
15. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963. 198 с.
16. Мелехов Д.Е., Гросман А.В. Л.М.Розенштейн и период становления советской социальной психиатрии // Клинические аспекты социальной реадaptации психически больных. / М., 1976. с. 235.
17. Приказ Минздрава РФ от 31 декабря 2002 г. N 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений»
18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»
19. Саркисян В.В. Подострые состояния при шизофрении, их клиника и особенности лечения в дневном стационаре: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 190 с.
20. Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь М., 2009. 512 с.
21. Снежневский А.В. Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969. 464 с.
22. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955.
23. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999. 334 с.
24. Шмуклер А.Б. Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 4. С. 72–76.
25. Шмуклер А.Б. Биомаркеры шизофрении // Психическое здоровье: социальные, клинико-организационные и научные аспекты. М., 2017. С. 167–174.
26. Шмуклер А.Б. Методологические проблемы фундаментальных исследований в психиатрии // Психическое здоровье человека и общества: актуальные междисциплинарные проблемы. М., 2018. С. 317–326.
27. Faerden A., Lyngstad S.H., Simonsen C., Ringen P.A., Papsuev O., Dieset I., Andreassen O.A., Agartz I., Marder S.R., Melle I. Reliability and validity of the self-report version of the apathy evaluation scale in first-episode Psychosis: Concordance with the clinical version at baseline and 12 months follow-up // Psychiatry Res. 2018. Vol. 267. P. 140–147.
28. Mucci A., Vignapiano A., Bitter I., Austin S.F., Delouche C., Dollfus S., Erfurth A., Fleischhacker W.W., Giordano G.M., Gladyshev I., Glenthøj B., Gütter K., Hofer A., Hubenák J., Kaiser S., Libiger J., Melle I., Nielsen M.Ø., Papsuev O., Rybakowski J.K., Sachs G., Üçok A., Wojciak P., Galderisi S. A large European, multicenter, multinational validation study of the Brief Negative Symptom Scale // Eur. Neuropsychopharmacol. 2019. Vol. 29, N 8. P. 947–959.
29. Zaytseva Y., Horacek J., Spaniel F., Papaefstathiou A., Garakh Z., Novototsky-Vlasov V., Srelets V.B., Gurovich I.Y., Shmukler A. EEG coherence in a mental arithmetic task performance in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders // Clin. Neurophysiol. 2018. Vol. 129, N 11. P. 2315–2324.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А.Б. Шмуклер

В статье, приуроченной к 100-летию Московского научно-исследовательского института психиатрии, представлены результаты развития лечебно-реабилитационного направления в данном учреждении. Его особенностью являлось комплексное рассмотрение психиатрической помощи с учетом клинических, личностных, социальных, лечебно-реабилитационных и организационных аспектов. Клиническая картина заболевания оценивалась в неразрывной связи с личностно-психологическими характеристиками пациента, социальными условиями жизни,

терапевтическими возможностями, реабилитационным потенциалом и организационной структурой помощи. Именно клинический подход, характеризовавший московскую психиатрическую школу, был «визитной карточкой» Московского научно-исследовательского института психиатрии весь период его существования и остается таковой в настоящее время.

Ключевые слова: Московский научно-исследовательский институт психиатрии, психиатрическая помощь, лечебно-реабилитационное направление.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL APPROACH IN THE SYSTEM OF REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS

A.B. Shmukler

The article, dedicated to the 100th anniversary of the Moscow Research Institute of Psychiatry, presents the results of the development of therapeutic and rehabilitation scientific approach in this institution. Its peculiarity was a comprehensive assessment of psychiatric care in consideration of clinical, personal, social, medical, rehabilitation and organizational aspects. The clinical picture of the disease was evaluated in its inextricable linkage with the personality and psychological characteristics of the patient, the social

life circumstances, therapeutic options, rehabilitation potential and the organizational structure of care. It was the clinical approach, characteristic for the Moscow psychiatric school, that used to be the "calling card" of the Moscow Research Institute of Psychiatry for the entire period of its existence and remains so at present.

Key words: Moscow Research Institute of Psychiatry, psychiatric care, therapeutic and rehabilitation approach.

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: shmukler.a@serbsky.ru