

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №1 ИМ. Н.П. КАМЕНЕВА

И.В. Ильин, Л.В. Лосев

*ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1
им. Н.П. Каменева»*

В конце 2011 года Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева отмечала 100-летие со дня основания. В это время администрацией больницы было принято решение о внедрении в лечебный процесс новых инновационных форм оказания специализированной стационарной психиатрической помощи. Побудительным мотивом к такому шагу стало ознакомление с успешным опытом организации реабилитационной помощи в других региональных психиатрических больницах, в частности, Омской областной клинической психиатрической больнице им. Н.Н. Солодниковой. До середины 90-х годов XX века Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева имела широкий арсенал средств реабилитации, преимущественно трудовой – лечебно-трудовые мастерские, собственное подсобное хозяйство, психически больные трудоустраивались на промышленные предприятия (на защищенные рабочие места и на общее производство); функционировало общежитие для психически больных на 40 мест. В связи с социально-экономическими проблемами в то время – закрытием предприятий, сокращением финансирования больницы реабилитационная помощь была фактически прекращена. Дополнительной нагрузкой на областную психиатрическую больницу стало реформирование и закрытие в конце 2000-х годов нескольких загородных психиатрических больниц, где находились на лечении больные с исходными состояниями психической патологии. В результате к началу 2010-х годов накопился значительный контингент психически больных с длительными сроками «больничного проживания». Проведенное в 2011 году пилотное исследование подтвердило это. В больницу госпитализируются пациенты из города Тулы и районов Тульской области. На момент обследования в отделениях больницы было 1 250 коек в 19 отделениях (включая 4 отделения

принудительного лечения, койки Центра судебно-психиатрической экспертизы). Исследовались пациенты 11 отделений – восьми общепсихиатрических отделений для взрослых (четырёх женских и пяти мужских) и двух геронтопсихиатрических отделений (пациенты в возрасте 65 лет и старше). Исследование носило сплошной, невыборочный характер. Данные фиксировались на момент 30 ноября 2011 года. Целью данного пилотного исследования являлось определение состава больных отделений стационара – их клинических и социальных характеристик. Полученные в результате анкетирования данные заносились в электронную базу данных. Статистическая обработка производилась в программе Statistica 6.1. Всего было обследовано 791 больных (446 муж. и 345 жен.) в возрасте от 18 до 95 лет (средний возраст $55 \pm 15,3$ лет; для муж. – $50 \pm 14,2$ лет, для жен. – $56,2 \pm 15,8$ лет). Диагностически больные распределились следующим образом (в порядке убывания): больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F2) – 444 человека (56,1%); с органическим поражением ЦНС, включая деменции (F0) – 243 человека (30,7%); с умственной отсталостью (F7) – 88 человек (11,1%); с психическими и поведенческими расстройствами вследствие злоупотребления психоактивными веществами (F1) и с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, – по 5 человек (по 0,6%); ещё меньшим количеством наблюдений были представлены больные с аффективной патологией (F3) и расстройствами зрелой личности (F6) – по 4 (0,5%) и 2 (0,25%) соответственно.

Из представленных данных (табл. 1) видно, что инвалидность имели 83,3% больных, преимущественно вторую группу, бессрочно; 30,1% больных имели проблемы с жильём, из них 6,5% больных не имели собственного жилья вообще, а 9% имели жилье лишь номинально – числились прописанными

Таблица 1

Социальные и трудовые показатели больных

Показатель	Число больных (n=791)	
	Абс.	%
Не имеют родственников	277	35
Отсутствуют документы (паспорт и др.)	82	10,4
Имеют проблемы с жильём	238	30,1
Недееспособны	152	19,2
Инвалидность		
1 группа	67	8,5
2 группа	580	73,3
3 группа	12	1,5
не имеют	132	16,7

в доме или квартире, где проживали их родственники, или данное помещение могло сдаваться близкими в аренду; 10,4% не имели документов и нуждались в помощи специалистов по социальной работе; 19,2% больных были недееспособными; навыками независимого проживания обладали лишь 40,7% больных, большая же часть пациентов была способна к выполнению лишь половины обычных необходимых в быту действий самостоятельно (36,7%), а некоторые (22,6%) нуждались в постоянном постороннем уходе и помощи.

Из полученных в результате обследования других данных приведем лишь сведения о распределении больных по длительности лечения в больнице (табл. 2).

К этому времени в других психиатрических больницах России был накоплен большой опыт внедрения новых лечебно-реабилитационных форм оказания психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях; успешно себя зарекомендовали и нормально функционировали реабилитационные комплексы в Омске [11, 12], Санкт-Петербурге [7, 8], Тамбове, Нижнем Тагиле, Рязани [6], Ставрополе и других городах. В каждом из этих проектов организационно-методическая помощь и поддержка оказывались ведущим российским учреждением, занимающимся вопросами развёртывания инновационных форм лечения и реабилитации, – Московским НИИ психиатрии, ученые которого провели в ноябре-декабре 2011 года на базе Тульской областной клинической психиатрической больницы №1

им. Н.П. Каменева большой цикл подготовки врачей, клинических психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников по вопросам психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Он включал в себя как обширный лекционный материал, так и практические тренинги, демонстрацию работы с больными и родственниками пациентов. С декабря 2011 года полученные теоретические знания и приобретенные навыки стали внедряться в повседневную практику. В это же время была достигнута устная договоренность с Московским НИИ психиатрии о методической и информационной поддержке создания в больнице новой для России формы лечебно-реабилитационной помощи – отделения резиденциального пребывания.

В 2012 году было предпринято повторное обследование больных Тульской областной клинической психиатрической больницы №1 им. Н.П. Каменева. В нем приняли участие 330 больных (169 муж. и 161 жен. – 51,2% и 48,8% соответственно) с диагнозом шизофрении или заболеваний шизофренического спектра, находящихся на лечении в восьми мужских и женских отделениях психиатрического стационара. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 12,96$ года. Для исследования применялась специально разработанная анкета из 77 вопросов, касавшихся статуса больного; данных о длительности его заболевания; причин госпитализации; особенностей медикаментозной терапии; сохранившихся у больных навыков независимого проживания; факторов, приводящих к невозможности выписки из стационара; потребностей больных в комплексной клинко-терапевтической и психосоциальной помощи и других (часть вопросов – из опросника, разработанного МНИИП [4]). Анкета заполнялась путём анализа данных медицинской документации, опроса больных и их родственников. Информация заносилась в информационную базу. Статистическая обработка производилась в программе Statistica 6.1. Социально-демографические показатели обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра представлены в табл. 3.

У 53,7% больных исследуемой группы был диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим

Таблица 2

Распределение пациентов по длительности лечения в психиатрическом стационаре

Группы больных по длительности лечения	Средняя длительность лечения	Число больных		Средняя длительность лечения	Число больных	
		Абс.	%		Абс.	%
	2010 год			2011 год		
≤42 дням	28,2±9,4	50	7,9	23,4±12,6	105	13,3
43–84 дней	62,3±11,3	58	9,2	62,3±12,4	75	9,5
85–126 дней	106,8±13,7	42	6,7	107,9±12,1	52	6,6
127–182 дней	152,7±19,8	93	14,8	152,3±15,9	68	8,5
≥183 дням	300,6±70,2	386	61,4	306,1±45,3	491	62,1
Все больные	222,1±117,6	629	100	219,2±121,1	791	100

Таблица 3

Социально-демографические показатели обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	Число больных (n=330)	
	Абс.	%
Возраст		
18–30 лет	29	8,8
31–40 лет	43	13
41–50 лет	69	20,9
51–60 лет	100	30,3
старше 60 лет	89	27
Проживают		
в городе	179	54,2
в сельской местности	118	35,8
не имеют собственного жилья	33	10
С кем проживает		
одинок (нет родственников)	68	20,6
один при наличии родственников	72	21,8
оба родителя и больной	10	3
мать и больной	46	13,9
отец и больной	7	2,1
супруг и больной	10	3
супруг, родители и больной	2	0,6
супруг, родители, дети и больной	1	0,3
супруг, дети и больной	10	3
родители, дети и больной	9	2,7
другие родственники и больной	95	28,8
Трудовой статус		
работает	3	0,9
учащийся	1	0,3
пенсионер	9	2,7
безработный	12	3,6
группа инвалидности по психическому заболеванию	299	90,6
группа инвалидности по соматическому заболеванию	4	1,2

типом течения, у 39,4% – параноидной шизофрении с непрерывным типом течения, 3,3% больных страдали простым и детским типом шизофрении, в 3,6% случаев ставился диагноз гебефренической, кататонической, малопрогрессирующей шизофрении и шизоаффективного варианта приступообразной шизофрении. Сопутствующий диагноз зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ имели 60 человек (18,2%).

Средняя длительность пребывания в психиатрическом стационаре больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра за 9 месяцев 2012 года составила 169,2±103,5 дней. Разброс по срокам лечения большой, однако, при сопоставлении с вышеприведенными данными 2011 года можно четко выделить преобладающую группу больных с длительными (более полугодом) сроками нахождения в больнице, для контингента больных шизофренией в 2012 году – 42,4%. Сведения по длительности лечения за этот год представлены в табл. 4.

Преобладающее число пациентов имело длительный стаж заболевания (80,9% – более 15-ти лет). 33 человека из 330 (10,0%) являлись лицами без определённого места жительства, 7 (2,1%) были

Таблица 4

Распределение пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по длительности лечения в психиатрическом стационаре

Группы больных по длительности лечения	Средняя длительность лечения	Число больных (n=330)	
		Абс.	%
<42 дням	16,7±10,6	45	13,6
43–84 дней	61,9±11,3	44	13,3
85–126 дней	106,4±11,7	25	7,6
127–182 дней	146±15,1	76	23,0
>183 дням	275,7±39,1	140	42,4
Все больные	169,2±103,5	330	100

направлены из психоневрологических интернатов. Специально исследовалась сохранность у пациентов навыков независимого проживания. Путем опроса было отмечено, что у больных, которые длительное время находились в психиатрическом стационаре, часть индивидуальных навыков пришла в упадок: только 84,2% больных могли самостоятельно, без посторонней помощи, произвести уборку; 80,0% пациентов – справиться с мытьём посуды; были способны приготовить пищу чуть более половины пациентов – 55,8%; со стиркой и глажкой белья потенциально могли справиться лишь 41,2% пациентов; а о своей способности совершать покупки заявили только 51,5% респондентов. Ещё большие трудности вызывала у них оплата коммунальных платежей – лишь каждый четвёртый (23%) знал, как оплатить приходящие каждый месяц квитанции. Навыками планирования денежных средств владели 16,4% пациентов, многие родственники предпочитали самостоятельно совершать покупки для больного и не привлекать их к этому. Больше трети пациентов (39,7%) имели проблемы со структурированием своего досуга. 37,3% обследованных не навещались родственниками. 81,2% больных имели бедственное финансовое положение.

Причины, по которым больные не могут быть выписаны разнообразны. Среди них есть как клинические – наличие выраженной продуктивной симптоматики (51,5%) или апато-абулического дефекта (27%), поведенческие нарушения, склонность к бродяжничеству, агрессивные тенденции (суммарно 43%), так и социальные – утрата связей с близкими и родными (36,1%), отсутствие жилья (часто при наличии формальной прописки квартиры или дом были непригодными для проживания) – 18,8%; у 39,7% больных утрачены навыки независимого проживания. Часты напряженные отношения с родственниками, конфликты, из-за которых выписка становится кратковременной, и больные вновь возвращаются в стационар (10,6% от всех обследованных), явления «госпитализма», стигматизация и самостигматизация (47,6%), рентные установки больных или их родственников (20,6%), проблемы недееспособных пациентов, связанные с

нежеланием опекунов забирать их по месту жительства (6,4%).

Анализируя данные о длительности госпитализаций больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, сделаны выводы о том, что в 2008–2012 годы в среднем 57,1% больных находились в стационаре свыше 183 дней (50% всего года). Эти данные представлены в табл. 5.

По предварительной оценке в инструментальной поддержке (оформление паспорта, пенсии и проч.) нуждаются 40,9% больных, в психообразовательной работе – до 69,4%. Половине больных (53,6%) необходим тренинг бытовых навыков, 74,2% – другие виды психосоциального тренинга. 27% больных, преимущественно молодого возраста, особо нуждаются в контрстигматизационных мероприятиях. Решение комплекса клинических и социальных проблем пациентов целесообразно путём проведения с ними интенсивных реабилитационных мероприятий в условиях специализированного отделения.

В конце февраля 2014 года Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева открыла новый для психиатрии Тульской области вид оказания стационарной помощи – медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Формы и порядок оказания реабилитационной помощи в данном подразделении больницы отражены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 566н от 17.05.2012 года, а также предусматриваются в стандартах оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. В медико-реабилитационном отделении для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, созданы условия, приближенные к домашним – больные проживают в отдельной части корпуса в меблированных комнатах с санузлом, ванной, помещением для приготовления пищи. Имеется круглосуточный сестринский пост, комната для проведения досуга и работы с психологом. Реабилитационный компонент включает в себя модульные тренинговые программы восстановления утраченных навыков независимого проживания, развития коммуникативных навыков и другие программы; трудотерапию; арт-терапию;

досуговые мероприятия; стимулирование дневной активности больных (чтение, занятие физкультурой, общение). В оказании помощи больным участвует полипрофессиональная бригада специалистов, состоящая из врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога, социального работника и специалиста по социальной работе [9, 15]. Проведена подготовка клинических психологов к новым для них групповым методам работы с больными, апробация современных реабилитационных методик.

В последние годы в региональных психиатрических больницах России возрастает актуальность проблемы увеличения числа лиц с психическими расстройствами, на чрезмерно длительное время «оседающих» в стационаре [2, 10, 11]. Состояние этих больных осложняется нарастающими явлениями «госпитализма», выраженностью социальной дезадаптации, утратой навыков независимого проживания [14]. Однако значительная часть из них не утратила реабилитационного потенциала и нуждается в проведении психосоциальных вмешательств [3, 5]. Актуальным является разработка системы помощи больным с «феноменом больничного проживания», опирающаяся, в том числе, и на опыт резиденциальных учреждений в психиатрии [24, 29], в частности, путем создания отделения в стационаре с режимом резиденциального пребывания, то есть с постепенным уменьшением ограничений и системой медико-социальных мероприятий, направленных на восстановление навыков самостоятельного проживания и связей с социальной средой.

Согласно эпидемиологическим данным, 22% коечного фонда психиатрического стационара занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше года, а в ряде психиатрических больниц России эта цифра достигает 50–60%. Таким образом, часть стационарного коечного фонда «блокируется» хронизированными больными, потребляющими непропорциональную часть ресурсов психиатрической службы. В процессе длительного нахождения в психиатрических больницах у пациентов формируются явления «госпитализма» – утрата навыков самостоятельного проживания и социального функционирования, происходит профессиональная дезадаптация [19, 25], теряются родственные связи [28]. Синдром «госпитализма» служит дополнительным препятствием к выписке пациентов из больницы, обуславливает

Таблица 5

Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с феноменом «больничного проживания»

Год	Количество наблюдений	Количество больных с длительностью лечения >183 дней, абс.	Количество больных с длительностью лечения >183 дней, %	Средняя длительность лечения	Медиана
2008	232	128	55,2	211,7±131,4	195,5
2009	232	134	57,8	223,1±134,3	236
2010	264	164	62,1	235,6±128,4	242
2011	283	192	67,8	253,2±127,1	341
2012	330	140	42,4	169,2±103,5	153,5

частые повторные госпитализации [21, 27]. Использование комплексного медико-психосоциального лечения делает возможным выписку таких больных из психиатрического стационара [18, 22] и является важной частью задач медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи.

В отделение направляются способные к минимальному самообслуживанию пациенты, прошедшие стационарное лечение, при невозможности выписки их домой из-за потери социальных связей либо в связи с утратой навыков независимого проживания; возраст пациентов – от 18 до 60 лет. На начальном этапе реабилитационной работы одно из условий – наличие постоянного места жительства, собственного жилья; в дальнейшем по мере расширения данного отделения, такое требование будет снято. Клинические показания были ограничены шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра в период стабилизации процесса, без частых выраженных обострений и глубоких личностных изменений с установкой на социальное функционирование и

трудоустройство. Противопоказаниями к направлению являются: алкоголизм, наркомания, токсикомания; сопутствующие тяжёлые соматические заболевания; наличие некорректируемых лечебными мероприятиями психопатоподобных расстройств, в том числе с нарушениями влечений; упорная склонность к бродяжничеству; общественно-опасное поведение; неблагоприятно протекающие формы шизофрении с частыми обострениями симптоматики.

Социально-восстановительная работа предполагает восстановление утраченных документов (паспортов, медицинских полисов, страховых свидетельств, пенсионных удостоверений и проч.), регистрацию по месту жительства, оформление группы инвалидности; восстановление или оформление пенсий; поиск близких больных, восстановление родственных связей. Организация отделения реабилитационной направленности в Тульской областной клинической психиатрической больнице №1 им. Н.П. Каменева отвечает современным тенденциям реформирования психиатрии с развитием новых организационных форм оказания специализированной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 30–36.
2. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 5–9.
3. Гурович И.Я., Семёнова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–85.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35–40.
5. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 73–74.
6. Кольцов А.П., Ландышев М.А., Трушин А.В. Психосоциальная реабилитация в стационаре и диспансере // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 4. С. 50–52.
7. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 99–106.
8. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
9. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство (Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера). М., 2007. 260 с.
10. Путьтин Г.Г. Социально-психологические особенности госпитализма у больных параноидной шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2007. Т. 17, № 1. С. 53–61.
11. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 23 с.
12. Чеперин А.И., Степанова О.Н., Зинкина А.П. Модульный курс «Инновационные формы в структуре психиатрической помощи» (на основании разработок специалистов БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодников») // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 115–118.
13. Чуркин А.А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2001. С. 296–314.
14. Шашкова Н.Г., Бабушкина Е.И. Перспективы реабилитации хроников из числа больных шизофренией с длительным нахождением в психиатрическом стационаре // Материалы XIV Съезда психиатров России. М., 2005. С. 90–91.
15. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, № 3. С. 97–101.
16. Arns P.G., Linney J.A. Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and social benefits // Psychiatr. Serv. 1995. Vol. 46. P. 260–265.
17. Bachrach L.L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 102, Suppl. P. 6–10.
18. Barrowclough C., Tarrrier N., Lewis S. et al. Randomised controlled effectiveness trial of a need-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 1999. Vol. 174. P. 505–511.
19. Blanchard J.J., Mueser K.T., Bellack A.S. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia // Schizophr. Bull. 1998. Vol. 24, N 3. P. 413–424.
20. Brekke J.S., Levin S., Wolkon G. et al. Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia // Schizophr. Bull. 1993. Vol. 19, N 3. P. 599–608.
21. Green M.F., Kern R.S., Heaton R.K. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS // Schizophr. Res. 2004. Vol. 72, N 1. P. 41–51.
22. Heinssen R.K., Liberman R.P., Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 26, N 1. P. 21–46.
23. Howard L., Leese M., Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 102. P. 376–385.
24. Leff J., Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46 // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 176. P. 217–223.
25. Lehman A.F. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessment among the chronic mentally ill // Evaluation Program Planning. 1983. Vol. 6. P. 143–151.
26. Merinder L.B. Patient education in schizophrenia: a review // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 102. P. 98–106.
27. Mueser K.T., Bellack A.S., Douglas M.S., Morrison R.L. Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia // Schizophr. Res. 1991. Vol. 58. P. 67–76.
28. Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social cognition in schizophrenia: an overview // Schizophr. Bull. 2008. Vol. 34. P. 408–411.
29. Silverstein S.M., Wilkness S.M. At issue: The future of cognitive rehabilitation of schizophrenia // Schizophr. Res. 2009. Vol. 110. P. 173–179.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №1 ИМ. Н.П. КАМЕНЕВА

И.В. Ильин, Л.В. Лосев

Авторы описывают свой опыт работы по организации в условиях областной психиатрической больницы медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. В статье представлены результаты обследования 330 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на лечении в

психиатрическом стационаре; описываются их клинические и социальные характеристики, оценивается потребность в реабилитационных мероприятиях.

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, организация психиатрической помощи взрослым.

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE AND REHABILITATION FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN THE TOULA REGIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL NO. 1 (THE KAMENEV HOSPITAL)

I.V. Ilyin, L.V. Losev

The authors describe their experience with organization within a psychiatric hospital a medical and rehabilitation ward for development of independent living skills in patients who have lost their social connections. The article reports the results of investigation of 330 in-patients with

schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders, their clinical and social characteristics, with evaluation of their rehabilitation needs.

Key words: schizophrenia, psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation, organization of psychiatric care for adults.

Ильин Иван Васильевич – врач-психиатр ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», аспирант ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ivi_post@mail.ru

Лосев Лев Викторович – главный врач ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева»; e-mail: topb1.kameneva.tula@gmail.com