

# КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Е.Р. Исаева, Ю.В. Мухитова

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П.Павлова*

В условиях развития биопсихосоциального подхода в психиатрии и благодаря достижениям современной психофармакологии пациенты с психическими расстройствами получили возможность быстрее восстанавливаться после манифестации или обострения заболевания, удлинились периоды ремиссии, пациенты стали чаще возвращаться к общественно-полезной деятельности и социальной активности, повысилось качество их жизни [2, 3, 17, 25, 30]. Более длительное пребывание дома, способность к самостоятельному проживанию, проблемы трудовой занятости, доступность дистанционного (виртуального) общения и работы в Интернет-среде – эти аспекты новой социокультурной и экономической реальности определяют современные задачи на внебольничном, амбулаторном этапе реабилитации.

В течение последних десятилетий развитие российской психиатрии происходит в направлении деинституционализации, сокращения объема стационарного звена и перенесения акцента на амбулаторные формы помощи, ее интеграции как с общественными институтами, так и с системой общей медицины [10, 16]. Современная модель психиатрической службы предусматривает, по мнению О.В.Лиманкина, ряд важных компонентов: преемственность и сбалансированность стационарного и амбулаторного звеньев, приоритетное развитие внебольничных служб, активное использование психосоциальных методов лечения, мультидисциплинарный характер помощи и бригадное обслуживание, применение системного подхода, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий непосредственно в сообществе, соответствие структуры службы потребностям основных групп пациентов [11].

Реабилитационный процесс предполагает «восстановление максимально достижимого высокого уровня физической, психологической и социальной адаптации пациентов и включает в себя все меры, направленные на снижение воздействия инвалидирующих и затрудняющих условий и на создание условий для людей с ограниченными возможностями для достижения оптимальной социальной инте-

грации» [16]. Как известно, эффективная психосоциальная реабилитация улучшает качество ремиссии и удовлетворенность пациентов оказываемой психиатрической помощью, повышает уровень социального функционирования пациентов, их взаимоотношений с близкими людьми, способствует упорядочиванию поведения и восстановлению трудоспособности [1, 3, 9, 14, 25].

Вместе с тем по-прежнему актуальной и неразрешенной является проблема социальной интеграции в общество данной группы пациентов и оказания действенной помощи в восстановлении или достижении оптимального уровня социального функционирования. В связи с этим представляется крайне важным разработка четких и конкретных критериев эффективности реабилитационной помощи через оценку динамики реабилитационного потенциала, поиск индикаторов изменения поведения и функционирования пациентов психиатрического профиля [2, 14, 17, 23].

За рубежом в реабилитации пациентов с нервнопсихическими нарушениями опираются на биопсихосоциальный, целостный или холистический подход. К основным компонентам холистического подхода относятся: терапевтическая среда, тесное взаимодействие в междисциплинарной бригаде, сочетание медикаментозного, психосоциального и психотерапевтического воздействия, комбинирование индивидуального и группового лечения, изучение сохраненных и нарушенных функций, целенаправленные реабилитационные мероприятия, значимые для самого пациента, работа с семьями [25, 30]. В реабилитационном подходе пациентов психиатрического профиля А. Medalia [27] выделяет три основных направлений работы: восстановительное, компенсаторное, адаптационное. Восстановительное направление реабилитации связано с изменением индивидуального функционирования пациента за счет улучшения когнитивных функций (улучшение нейропсихологических и когнитивных функций, стимулирование понимания социально-эмоционального контекста ситуаций), навыков самостоятельного

обучения и компетенций, обеспечение позитивного опыта обучения и возможностей внутренней мотивации. Компенсаторное направление представляет собой разработку альтернативных методов по постановке и реализации целей задач повседневной жизни. Адаптационное направление заключается в работе с окружающей средой пациента и изменением ее под его индивидуальные цели [27].

Следует отметить, что мультидисциплинарный подход не нов для нашей страны. Впервые о нем говорил еще В.М.Бехтерев при создании психоневрологического института в Петербурге. Его тезис – необходимость междисциплинарного изучения нервно-психической системы здорового и больного человека, высказанный еще в начале XX века, в рамках развития концепции психоневрологии. Говоря о необходимости междисциплинарного подхода, В.М.Бехтерев исходил из того, что задача изучения нервно-психической сферы человека столь громадна, что может быть адекватно решена лишь при использовании обширного комплекса наук, имеющих отношение к изучению человека, таких, как психиатрия, неврология, нейрохирургия, нейрофизиология, психогигиена, психопрофилактика, медицинская психология, медицинская педагогика. При этом он имел в виду интегративный синтез разных дисциплин, направленный на целостное, всестороннее изучение личности на всех этапах ее развития [15]. Именно В.М.Бехтерев первый провозгласил в качестве основного принципа эффективного лечения и восстановления психически больных людей необходимость личностного подхода, то есть учет личности больного, его отношения к обследованию, процессу лечения [5].

Дальнейшее развитие психосоциальной реабилитации в нашей стране происходило прежде всего в стенах Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева под руководством профессора М.М.Кабанова. Разрабатываемый им реабилитационный подход основывался на следующих принципах: партнерства (сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего), разносторонности усилий (учет всех сторон реабилитации для каждого больного), единства психосоциальных и биологических методов лечения (комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий), ступенчатости прилагаемых усилий (позапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного). При переходе от острой фазы заболевания к подострой и затем к хронической реабилитационная помощь должна осуществляться в три последовательных этапа: первый этап – восстановительная терапия, направленная на предупреждение развития дефекта с помощью терапии средой и стимуляции активностью; второй этап – реадaptация, связанная с приспособлением к жизни во внебольничных условиях с учетом влияния болезни, третий

этап – реабилитация. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, опирающаяся на основные положения реабилитационного направления М.М.Кабанова и претерпевшая ряд изменений за последние десятилетия, представляет собой стройную разработанную систему, имеющую свои этапы, принципы, способы оценки эффективности [8, 10].

Ведущие отечественные специалисты современной психосоциальной реабилитации психически больных И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер [2–4] выделяют следующие принципы реабилитации: а) начало процесса психосоциальной реабилитации на любом этапе оказания психиатрической помощи; б) необходимость формулирования целей каждого вмешательства и определения конкретного временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть; в) осуществление выбора форм вмешательства для конкретного больного в соответствии с особенностями психосоциального дефицита; г) осуществление последовательности психосоциальных воздействий с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности; д) учет необходимости поддерживающих непрерывных или периодических психосоциальных воздействий при завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации [3, 17]. В.С.Ястребов выделяет три этапа реабилитации: оценка и планирование целей и способов воздействия; реабилитационные вмешательства; достижение результата и его оценка. Иначе говоря, существующий подход к реабилитации психически больных подразумевает многоаспектное рассмотрение психической патологии с включением клинко-психопатологических, социально-средовых и личностных показателей при постановке целей и задач реабилитации, демонстрирует понимание важности ведения больных с участием полипрофессиональной бригады [17, 20]. На настоящий момент в качестве критериев эффективности лечебно-реабилитационного процесса в психиатрии рассматриваются: редукция психопатологической симптоматики, частота и длительность госпитализаций, достижение устойчивой ремиссии, изменение уровня инвалидизации, динамика трудовой занятости, снижение нагрузки на семью, улучшение социального функционирования и повышение качества жизни больных [2, 3, 14]. Социальное функционирование является на сегодняшний день одним из критериев выздоровления для больных шизофренией, а его параметры – наиболее универсальными показателями благополучия индивидуума, уровня его адаптации в окружающей среде, в связи с чем оно определено как основная задача проводимой реабилитационной работы [4]. Кроме того, нейрокогнитивный дефицит выделяется в самостоятельный фактор и определяет социальный и терапевтический прогноз заболевания, промежу-

точное значение между которыми занимают именно социальные когниции (нейрокогнитивные функции, социальное познание) [28, 29]. Отдельно проводимое медикаментозное лечение на настоящий момент многими авторами признается как недостаточно эффективное [4, 17, 21].

Отечественные психиатры, медицинские психологи и психотерапевты на сегодняшний день активно реализовывают широкий спектр различных форм и методов реабилитационной работы, привлекают в своей деятельности разнообразные зарубежные и отечественные теоретические концепции и методические разработки. Проводимые реабилитационные программы, несомненно, повышают качество жизни больных, позволяют улучшать их социальный уровень. Данные программы включают в себя комплекс мероприятий: психообразовательные программы, тренинг социальных навыков и проблемно-разрешающего поведения, разнообразные тренинги, направленные на развитие когнитивных, социальных и коммуникативных навыков, широкий спектр направлений арт- и трудотерапии [3, 17, 18, 20, 21, 23].

Анализ литературных источников выявил, что в настоящее время для оценки качества жизни и социального функционирования применяется большое число шкал и опросников. Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий служат оценки социального функционирования и психического состояния пациентов, которые выводятся с помощью адаптированных зарубежных методик (шкала общего клинического впечатления CGI, позитивных и негативных синдромов PANSS, шкалы социального функционирования GAF, SOFAS или PSP, шкалы оценки качества жизни (QLS или SF-36), визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки качества жизни и др.), а также разработанных отечественных шкал и опросников: Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер), «Шкала оценки социальных сетей психически больных», «Шкала оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных», карта «Оценка уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», «Карта для оценки возможности независимого проживания психически больных» и др. [2–4, 17, 18, 22].

Вместе с тем, биопсихосоциальная парадигма, принятая в психиатрии, многофакторность психических расстройств, высокий и устойчивый процент инвалидизаций вследствие психических заболеваний определяют необходимость большей стандартизации системы реабилитационной помощи для данной категории больных, внедрения в реабилитационный процесс процедуры постановки конкретных и практических целей, регулярного мониторинга достигнутых результатов.

Представляется важным, чтобы существующая система комплексной реабилитации и оценки психического и социального функционирования пациентов позволяла бы учитывать не только субъективную составляющую: уровень удовлетворенности социальным функционированием и качеством жизни пациента, или объективные клинические оценки специалистов: оценка психического статуса, нейропсихологическая оценка когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы. Крайне актуальным, с нашей точки зрения, является обоснованность индивидуального подбора тех или иных, «целевых» лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление конкретных областей функционирования и преодоление существующих ограничений и дефицитов пациента, а также регулярное измерение достигнутых результатов, их соответствия поставленным целям и оценка эффективности индивидуально подобранной и проведенной реабилитационной программы. На наш взгляд, проблема измерения эффективности (в т.ч. экономической) проводимых реабилитационных мероприятий, отсутствие инструментов для экспертной оценки динамики состояния и ежедневного функционирования пациентов по-прежнему требует своего решения.

С 2012 года в неврологии и кардиологии, а теперь и в травматологии и онкологии внедряется система оказания реабилитационной помощи, регулируемая приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 1705н от 29.12.2012 «О Порядке организации медицинской реабилитации», в которой разработаны стандарты оказания помощи, квалификационные характеристики специалистов по медицинской реабилитации в соответствии с номенклатурой должностей, а мероприятия по медицинской реабилитации включены в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Основным критерием эффективности медицинской реабилитации является «не объем оказанной медицинской помощи, а уровень достигнутых функциональных возможностей за время, отведенное для проведения лечения, самостоятельность и социальная активность пациента» Г.Е.Иванова [7]. Результативность и успех реабилитационных мероприятий, по мнению Г.Е.Ивановой, главного специалиста по медицинской реабилитации России, зависит от хорошо организованной, слаженной работы врачей и других специалистов, а также от индивидуальных восстановительных возможностей пациента и активности его окружения [6, 7].

В психиатрии также требуется совершенствование системы оценок эффективности восстановительных мероприятий, обеспеченной современными технологиями и психометрическими инструментами.

Анализ зарубежных исследований и знакомство с опытом британских коллег (в 2015–2016 гг. в ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова на базе кафедры

общей и клинической психологии проводился Российско-Британский 4-модульный обучающий семинар по нейропсихологии и нейрореабилитации) позволили сопоставить теоретические и методологические позиции отечественной и зарубежной реабилитологии и определить перспективные направления или «зоны ближайшего развития» нашей системы психосоциальной реабилитации.

Реабилитационный процесс с участием полипрофессиональной бригады, осуществляемый в Российской Федерации и других зарубежных странах, включает в себя следующие этапы:

- диагностический (подготовительный) этап, заключающийся в прохождении пациентами комплексного обследования у всех специалистов отделения, целью которого является определение реабилитационного потенциала, целей и сроков реабилитации, составление программы реабилитации;

- реабилитационный этап, представляющийся самым длительным и включающий участие всех специалистов, вовлеченных в процесс реабилитации, а также – самого пациента и членов его семьи;

- завершающий этап, требующий оценки эффективности проведенной реабилитационной работы и дальнейшего реабилитационного потенциала пациента для разработки рекомендаций.

В деятельность медицинского психолога в полипрофессиональной бригаде входят следующие функции:

- психодиагностическая оценка (когнитивные функции, личностные особенности, эмоционально-волевая, мотивационная сфера, реабилитационный потенциал);

- участие в реабилитационной работе (разработка алгоритмов индивидуализированных программ восстановления совместно с другими специалистами и их проведение);

- психологическое сопровождение реабилитационных мероприятий (формирование устойчивой мотивации у пациентов на лечение, проведение школ пациентов, консультирование родственников по взаимодействию с пациентом, обучение и психологическое просвещение врачей, тренинги с целью профилактики СЭВ у врачей).

Новым для отечественных специалистов может являться то, что выбору реабилитационных стратегий предшествует всестороннее обследование больного, проводимое всеми членами реабилитационной бригады, в которой участвуют врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и/или социальный работник, труд-инструктор и/или медицинская сестра. Оценка может быть определена как систематический сбор, организация и интерпретация информации о пациенте в текущей ситуации и прогноз будущих ситуаций. На основе проведенного исследования определяется реабилитационный потенциал пациента (с учетом его сохранных и нарушенных функций), предпринимается попытка спрогнозировать проблемы функционирования в реальной жизни [1, 25]. По результатам произведенной оценки бригада специалистов совместно с пациентом составляют прогноз, цели, стратегии и способы ведения реабилитационной программы [30]. На основании результатов наблюдения за больным и данных обследования разрабатывается реабилитационная программа.

Особенностью реабилитационного процесса за рубежом, в частности в Британии, является то, что специалисты при постановке целей реабилитационных воздействий используют систему индивидуализированной постановки целей (GAS) и систематическую оценку результатов проведенных мероприятий [25, 30], пример которой представлен на рис. 1. Более того, оценка реабилитационного потенциала

ФИО		СПЕЦИАЛИСТ		ДАТА ПОСТАНОВКИ ЦЕЛИ	
ВАЖНОСТЬ ЦЕЛИ (0-4)		ДАТА ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ	КОПИИ ОТДАНЫ		Пациенту Семье
ЦЕЛЬ		СОГЛАСОВАНА С ПАЦИЕНТОМ (ДА / НЕТ)			
УРОВНИ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ДОСТИЖЕНИЯ		ЦЕЛЬ		ШАГИ К ДОСТИЖЕНИЮ	
Намного больше ожидаемого					
Немного больше ожидаемого					
ОЖИДАЕМЫЙ УРОВЕНЬ					
Немного меньше ожидаемого					
Намного меньше ожидаемого					
Важность: 0 совсем не важно; 1 немного; 2 средне; 3 очень; 4 чрезвычайно					

Рис. 1 Лист постановки целей GAS

и формулирование проблем пациента, на решение которых и будет направлена реабилитационная стратегия, осуществляются на основе Международной классификации функционирования (МКФ), а не на МКБ. МКФ позволяет оценивать функционирование человека на различных уровнях:

1) на уровне поврежденного органа (или системы), включая его структуру и функции;

2) на уровне деятельности (функционирования) человека, что подразумевает его активность (способность к выполнению задачи или действия) и участие (вовлеченность в конкретную жизненную ситуацию);

3) на уровне социального окружения, заключающем социальные (предыдущий опыт, социальное происхождение, возраст, образование, пол, профессия) и средовые факторы (культурная среда, ближайшее окружение, жилищные условия) [13].

Таким образом, формулирование проблем пациента представляет собой составление списка проблем, включающего нарушения структур и функций, а также связанные с ними ограничения деятельности, трудности в осуществлении активности при вовлечении в жизненные ситуации (обучение, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь и т.д.); учитываются факторы окружающей среды (т.е. какие существуют трудности/барьеры во внешней среде и какая потребуется помощь в их преодолении).

В неврологии и нейрореабилитации уже давно в качестве основы для разработки и измерения поставленных реабилитационных целей служит МКФ. Для оценки социально-бытового функционирования и существующих трудностей в неврологии применяются различные шкалы: шкала деятельности Ривермид, шкала FIM-FAM и др. [13, 19, 22]. Применение МКФ позволяет, с одной стороны, проводить оценку состояния пациента более конкретно, детально и индивидуализировано, а с другой – дает более глубокое, разностороннее и комплексное представление о том, какие функции, навыки, формы поведения и аспекты жизнедеятельности наиболее нарушены, с какими трудностями сталкивается человек в своем ежедневном функционировании, и какие ресурсы (внешние и внутренние) имеются в наличии.

Преимуществом в работе зарубежных специалистов является активное использование визуальных методов представления данных (диаграмм, графиков и др. наглядных средств), а при постановке целей реабилитации – определение четких критериев оценки результата (наличие индикаторов изменений в процессе реабилитации, широкий арсенал измерительных средств), что позволяет команде специалистов выбирать наиболее точные мишени, подбирать обоснованные и эффективные стратегии воздействия, и в конечном итоге определяет высокое качество оказываемой помощи (рис. 2–3).

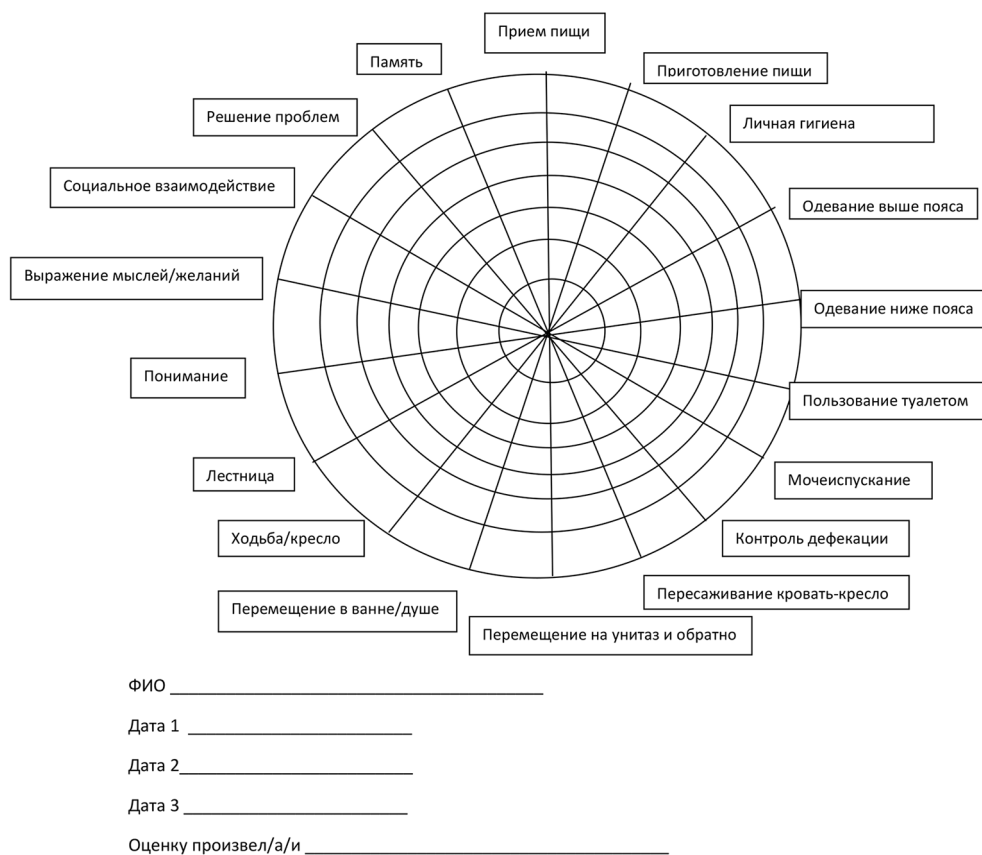


Рис. 2. Пример диаграммы для оценки ежедневного функционирования пациента (FIM)

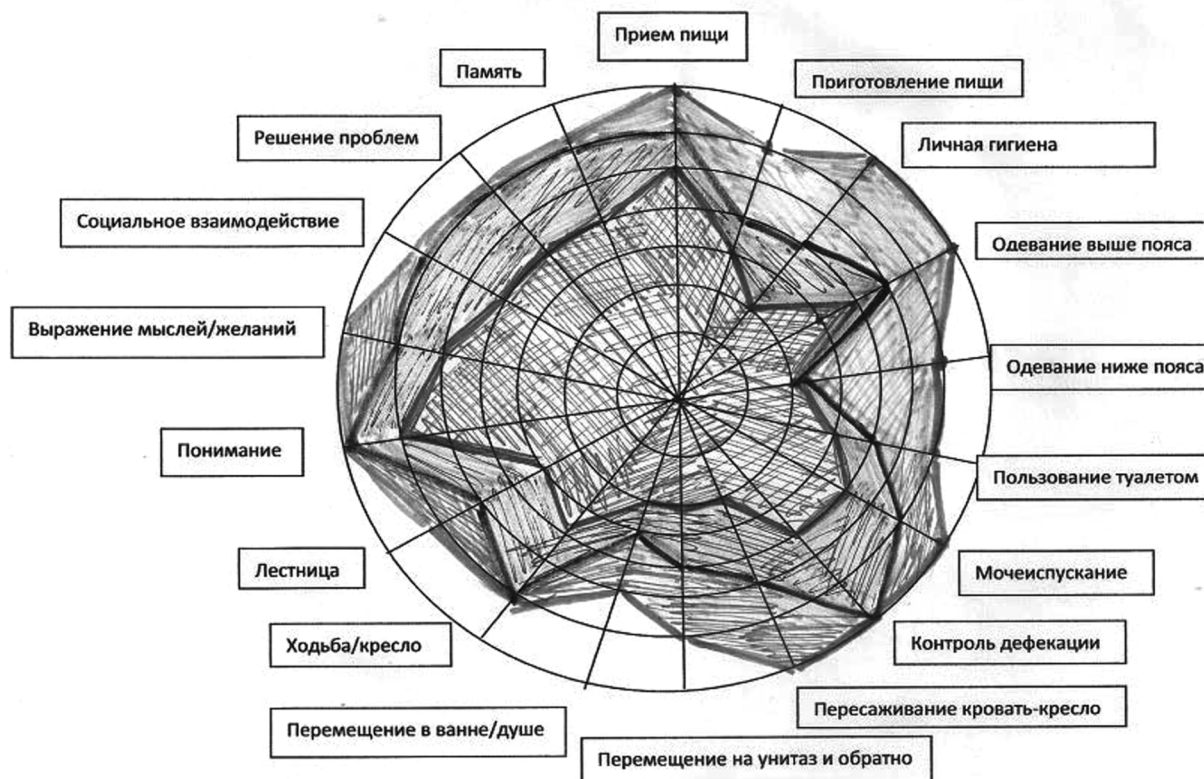


Рис. 3 Мониторинг изменений в поведении (FIM).docx

Следует отметить, что в психиатрии шкалы и методов оценки жизнедеятельности, аналогичных вышеуказанным, пока явно недостаточно. В основном врачи-психиатры в составлении реабилитационных карт опираются на клинические шкалы, отражающие психический статус пациента, а также на субъективные оценки удовлетворенности качеством жизни и социальным функционированием самих пациентов; медицинские психологи оценивают текущее состояние высших психических функций и личности пациента. И в большинстве случаев пациент практически не рассматривается через призму его реальной жизни и тех конкретных трудностей, которые испытывают он и его семья во взаимодействии с окружающим миром и обществом. Нам представляется, что опыт зарубежных специалистов в области нейрореабилитации может быть полезным в разработке собственных шкал оценки повседневной жизнедеятельности и характера возникающих проблем, созданных для пациентов психиатрического профиля, а также для внедрения в систему психосоциальной реабилитации не только психометрических, но и визуальных методов представления динамики состояния функций пациента и достигнутых результатов.

Изменение системы оказания медицинской помощи населению во многом обусловлено влиянием экономических факторов: внедрение системы менеджмента, создание вневедомственных регуляторов качества помощи и повышение требований к эффективности и экономической целесообразности проводимых вмеша-

тельств. Вследствие этого, в медицине предлагается любые решения (в данном случае – цели реабилитации) проверять через технику SMART-анализа, предложенную Р.Д.Мейер в 1965 году, а оценка реабилитационного потенциала и его динамика должны подчиняться принципам Evidence-based management (EBM) [24, 26]. Согласно системе индивидуализированной постановки целей, цель реабилитации должна быть описательна и соответствовать следующим критериям (SMART): специфична, измеряема, достижима, реалистична, определена во времени.

Цель шкалируется для учета эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, ей присуждаются баллы с использованием стандартизированной балльной системы, позволяющей мониторить прогресс и использовать баллы для измерения результата. Цель, с точки зрения авторов, должна:

- предоставлять доказательство, что она достигнута (т.е. должны указываться конкретные изменения поведения);
- указывать кто, что, как часто и когда;
- быть реалистичной – «ожидаемый уровень» должен представлять собой то, что наиболее вероятно произойдет, а не то, что наиболее желательно;
- быть поставлена с точки зрения пациента;
- быть важной в отношении качества жизни пациента.

Ожидаемый результат реабилитационных мероприятий должен представлять собой наиболее вероятный уровень достижения между постановкой цели

и назначенной датой проверки. Условно реабилитационные цели можно подразделить на краткосрочные и долгосрочные [1, 9].

### Заключение

Таким образом, в настоящий момент в психиатрии основным направлением развития системы оказания психосоциальной помощи населению является расширение и укрепление комплексной, бригадной и внебольничной форм лечения и реабилитации, в основе которых лежит биопсихосоциальный подход. Особое место в системе внебольничной помощи, как и в условиях стационаров, занимает вопрос ресоциализации пациентов, базирующийся на разработках психосоциальной терапии. Наибольшую эффективность проводимых мероприятий доказал мультидисциплинарный подход, активно развивающийся во многих направлениях медицины и позволяющий учитывать как биологические нарушения, так и социальное функционирование, обосновывать цели реабилитационных мероприятий и реализовывать оценку их эффективности.

В нейрореабилитации в настоящий момент обнаруживается ряд разработок, демонстрирующих свое удобство и результативность: применение и опора на МКФ, использование метрических шкал для систематической оценки/измерения достигнутых результатов, технологии менеджмента (SMART-анализ) и т.д. Опыт как зарубежных, так и отечественных специалистов в нейрореабилитации может стать полезным и важным ориентиром в создании единой структурированной системы оценок эффективности восстановительных мероприятий для психиатров, медицинских психологов и других специалистов, занимающихся психосоциальной реабилитацией пациентов с психическими нарушениями. А разработка собственных, простых, наглядных и удобных в применении шкал для оценки разных аспектов социального функционирования и его динамики позволит обеспечить систему психосоциальной реабилитации современными технологиями и надежными измерительными психодиагностическими инструментами.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.: Психология. 2006. 256 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссия и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения по 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т.18, № 4. С. 34–39.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М. 2004. 492 с.
4. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Магомедова М. В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 4. С. 31–35.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М: Юрайт-Издат, 2012. 367 с.
6. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Вестник восстановительной медицины. 2013. № 5. С. 3–8.
7. Иванова Г.Е. Организация реабилитационного процесса / Г.Е. Иванова // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2012. Выпуск 4. С. 8–10.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
9. Ларина О.Д., Шевцова Е.Е. Система полипрофессионального взаимодействия специалистов как условие создания единого реабилитационного пространства специализированной службы нейрореабилитации г.Москвы // Специальное образование. 2014. № 4. С. 24–39.
10. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 99–106.
11. Лиманкин О.В. Вопросы совершенствования психиатрической помощи и развития общественного здравоохранения / О.В. Лиманкин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2011. Т. 111, № 11. С. 56–61.
12. Лиманкин О.В. Реабилитация и психотерапия в биопсихосоциальной модели психиатрической помощи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. №2. С. 54–57.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003. 133 с.
14. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. научных трудов НИПНИ им. В.М.Бехтерева. СПб., 2001. Т. 137. С. 301–311.
15. Незнанов Н.Г., Акименко М.А. Холистический подход В.М.Бехтерева в современной неврологии и психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 1. С. 3–6.
16. Предупреждение инвалидности и реабилитация. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1983. 43 с.
17. Савельева О.В., Петрова Н.Н. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике // Практическая медицина. 2014. № 2. С. 83–87.
18. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–63.
19. Скворцова В.И., Гудкова В.В и соавт. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. 2002. Т.102, № 7. С. 28–33.
20. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации / Под ред. В.С.Ястребова и соавт. М.: МАКС Пресс, 2012. 44 с.
21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Психосоциальная и когнитивная реабилитация психически больных: Практическое руководство / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2015, С. 225–249.
22. Цыкунов М.Б., Иванова Г.Е., Найдин В.Л., Дутикова Е.М., Бжилянский М.А., Романовская Е.В. Обследование в процессе реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под ред. Г.Е.Ивановой, В.В.Крылова, М.Б.Цыкунова, Б.А.Поляева. М., 2010. С. 337–338.
23. Чуканова Е. К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера // Социальная и клиническая психиатрия. 2014, Т.24, № 1, С. 21–27.
24. Dopson S., Bennett C., Fitzgerald L., Ferlie E., Fischer M.D., Ledger J., McCulloch J., McGivern G. // Health care managers access and use of management research”(PDF). National Institute of Health Research – Service Delivery & Organisation Programme, 2013.
25. Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians / L.Goldstein, J.E.Mc Neil (Eds.). Wiley-Blackwell, 2013
26. George T. Doran. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives // Management Review. Volume 70, Issue 11(AMA FORUM). P. 35–36.
27. Medalia A., Revheim N. Dealing With Cognitive Dysfunction Associated With Psychiatric Disabilities: A Handbook for Families and Friends of Individuals With Psychiatric Disorders. Albany, NY: Office of Mental Health, 2002. 35p.
28. Velligan D.I., Glahn D. Treating the cognitive deficits of schizophrenia. Cur. Psych. Therapeutics Rep. 2004. Vol. 2. P. 73–77.

29. Wykes T., Reeder C., Williams C. et al. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia // Schizophr. Res. 2003. Vol. 61. P. 163–174.
30. Wilson B.A., Fergus G., Evans J.J., Bateman A. Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome. Cambridge University Press, 2013. 456 p.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

**Е.Р. Исаева, Ю.В. Мухитова**

На основании обзора современных работ отечественных и зарубежных исследователей авторами дана характеристика состояния проблемы психосоциальной реабилитации больных шизофренией. Определены ее цели, задачи, направления (восстановительное, компенсаторное, адаптационное), этапы, способы вмешательств. Дается обзор инструментов для оценки эффективности восстановительных

мероприятий с учетом динамики состояния пациентов, динамики реабилитационного потенциала, изменений поведения и социального функционирования пациентов, страдающих шизофренией.

**Ключевые слова:** шизофрения, когнитивные дисфункции, патопсихологическое обследование, оценка когнитивных функций, степень выраженности психического дефекта.

## CRITERIA TO EVALUATE THE EFFICACY OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: STATE-OF-THE-ART REVIEW

**E.R. Isayeva, Yu.V. Mukhitova**

The authors review Russian and international literature on psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients and provide a state-of-the-art picture in this field. The authors describe the goals and tasks of rehabilitation, its directions (recovery-oriented, compensatory, adjustment-oriented), stages, intervention techniques. The article also contains a review of instruments

used for evaluation of efficacy of rehabilitational measures with regard for patients' condition, the course of rehabilitation process, and changes in schizophrenic patients' behavior and social functioning.

**Key words:** schizophrenia, cognitive malfunction, pathopsychological examination, evaluation of cognitive functions, severity of mental defect

---

**Исаева Елена Рудольфовна** – доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; e-mail: isajeva@yandex.ru

**Мухитова Юлианна Владимировна** – кандидат психологических наук, ассистент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; e-mail: che88@mail.ru.