

## СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Д.Ф. Хритинин, Д.С. Петров, О.Е. Коновалов, Е.А. Брюн*

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,  
Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,,  
Российский университет дружбы народов

**В статье освещается вопрос совершенствования реабилитационной помощи лицам с психическими расстройствами, в современных условиях. Подчеркивается необходимость повышения качества и эффективности специализированной помощи с использованием ресурсов микросоциального (семейного) окружения больного. С учетом отечественного и зарубежного опыта отражены организационно-методические подходы к семейной реабилитации и терапии.**

**Ключевые слова:** реабилитация, психическое расстройство, семья.

В процессе реабилитации и лечения в психиатрии важное место занимает «социально-психиатрический» подход [24]. Многофакторная природа психических расстройств, знание биопсихосоциальных этиопатогенетических детерминант заболеваний все более определяет не только концептуальные теоретические подходы, но и становится в психиатрии основой широкой практики.

Основными направлениями, в рамках которых ведутся исследования социальной помощи и реабилитации, являются [15,20]:

1. корреляционные исследования уровня социальной поддержки и состояния психического и физического здоровья;
2. корреляционные исследования социальной поддержки и способности справляться с проблемами, успешно выходить из стрессовых ситуаций;
3. исследования, направленные на выяснение функций различных ключевых фигур социальной сети (друзей, родственников, супругов и т.д.);
4. исследования, направленные на выявления природы способности человека создавать эффективную социальную сеть;
5. исследования, направленные на выявление особенностей социальных сетей и социальной поддержки при различных психических расстройствах.

Одна из наиболее актуальных проблем современной психиатрии – развитие таких современных направлений, как психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация. Психосоциальное лечение признается в качестве непрямого компонента общественно ориентированной психиатрической помощи или психиатрической службы с опорой на сообщество [4,7,13]. Как указывалось в докладе ВОЗ в 2001 году, психосоциальная реабилитация становится не просто методом, а всеобъемлющим процессом [8].

Единого мнения по вопросу разграничения лечения и реабилитации в психиатрии в настоящее время нет. Ряд авторов проводят четкое разделение, объясняя свою точку зрения использованием различных методов воздействия на пациента в

процессе терапии и реабилитации. Специалисты, которые не ставят строгих границ между лечением и реабилитацией [5,10,22,25], включают лечение в реабилитационный процесс как его начальный этап, либо рассматривают как единую составляющую социально-психиатрической помощи, где лечение и реабилитация взаимно дополняют друг друга. Drues J. и Weeghel J. [21] отмечают что, облегчение симптомов не приводит автоматически к улучшению функционирования, и наоборот, лучшее функционирование не обязательно приводит к облегчению симптомов.

Anthony W.A. [19] пишет, что процессы терапии и реабилитации сближаются особенно на уровне социального воздействия. Сущность одного и другого процессов остается такой же, как и при других воздействиях. При этом лечение ведет к минимизации проявлений заболевания, реабилитация – к увеличению проявлений здоровья. Когда речь идет о психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, адресация интервенций практически совпадает: те и другие воздействия направлены к личностным образованиям, более того – преимущественно к социально-психологической сфере.

В настоящее время можно говорить о следующих основных принципах или концептуальных основах общественно-ориентированной психиатрии [6]:

- возможно более полное перемещение психиатрической помощи непосредственно в социальную сферу;
- отказ от замкнутости традиционной матрицы специализированной службы и использование других государственных и общественных структур;
- изменение структуры психиатрической службы на принципах деинституционализации, децентрализации, приближения к населению в условиях маломасштабного социального окружения;
- полипрофессиональное бригадное обслуживание;
- оказание помощи с участием социального (микросоциального) окружения;
- система психосоциального (наряду с психофармакотерапией) лечения и психосоциальной реабилитации;
- обеспечение доступа ко всем организациям и учреждениям в сообществе (районе обслуживания), деятельность которых могла бы быть использована для улучшения социального функционирования и качества жизни больных.

Современная концепция реабилитации психически больных основана на системном подходе, при котором больной человек рассматривается как сложная система, имеющая разные уровни функционирования, высшим из которых является социальный, а остальные входят в него в качестве необходимой основы. Процесс реабилитации представляет собой сложную биосоциальную систему, в которой ее цель — ресоциализация — выступает в качестве системообразующего фактора. В центре внимания медицинской реабилитации находятся такие последствия заболеваний, которые представляют собой нарушения в сфере здоровья, нарушения функциональных способностей и проблемы социальной реинтеграции [18].

Первые упоминания в литературе о позитивном влиянии ближайшего социального окружения на состояние здоровья, как соматического, так и психического, принадлежат основоположнику групповой психотерапии Я. Морено [12]. Мысль, что внимание близких людей помогает преодолеть боль, высказанная еще Плулархом и ставшая одной из главных в концепции Морено, в последние десятилетия легла в основу широкой практики, направленной на охрану психического здоровья [15].

Теоретическая концепция биопсихосоциальной модели болезни привела к новому пониманию лечебного и, в частности, реабилитационного процесса. Считается, что устранить какой-либо болезненный симптом недостаточно, необходимо осознать весь комплекс нарушений индивида в целом, связанный с проявлением болезни, а затем посредством соответствующих лечебных и реабилитационных мер добиться оптимального функционального и социального восстановления.

В литературе все чаще встречаются результаты исследований, подтверждающих биопсихосоциальную природу психических расстройств. В соответствии с этим современная научная и практическая работа в сфере психического здоровья проводится, как правило, на основе биопсихосоциальной модели [5,10,11,15,16]. В рамках этой модели социальные факторы долгое время рассматривались и изучались прежде всего как стрессовые, провокационные, однако. С конца XX века, все более пристальное внимание исследователей привлекает новый, прямо противоположный аспект социальных воздействий – их буферная или превентивная роль, выражающаяся в снижении негативного влияния жизненных стрессов и способствующая сохранению психического благополучия.

По общему мнению ученых-психиатров, общественно-ориентированная психиатрия является наиболее эффективной формой организации и деятельности психиатрической службы; это общий путь совершенствования психиатрической помощи, развивающийся в настоящее время и в России. Внедрение принципов общественно-ориентированной службы – доминирующая тенденция в экономически развитых странах на протяжении последних десятилетий [6,23,26,27].

По литературным данным [4], к базовым принципам психосоциальной реабилитации относят:

1. Раннее (своевременное) начало оказания помощи. Ряд исследователей обращает внимание, что чем раньше по отношению к заболеванию начинаются психосоциальные мероприятия (так же, как и биологическая терапия), тем скорее можно рассчитывать на более благоприятный прогноз.
2. Предупреждение обострений заболевания и госпитализации.
3. Дифференцированность и целенаправленность воздействий.
4. Выбор формы вмешательства для конкретного больного в соответствии с особенностями его психосоциальной дезадаптации.
5. Последовательность и этапность психосоциальных воздействий.

Одна из важнейших черт общественно-ориентированной психиатрической помощи – это отказ от обособленности и общедоступный характер службы. Необходимость развития данного направления в реабилитации авторы объясняют осознанием дезадаптирующей роли стационарирования и накоплением данных о более высокой эффективности лечения во внебольничных условиях [4,23,26,27].

Социальная работа в психиатрии представлена тремя основными направлениями:

1. Пациент-центрированное.
2. Микросоциальное.
3. Макросоциальное.

Первые два направления реабилитации проходят с активным участием семей пациентов [4]. Подчеркивается, что работа с социальным окружением лиц с психическими расстройствами – важнейшая сторона психиатрической помощи и требует особого внимания, так как в результате длительного заболевания родственника возможности микросоциальной поддержки истощаются и приобретают суще-

ственные изъяны. Причиной такого феномена является длительная эмоциональная, интеллектуальная, материальная нагрузка на ближайшее окружение больного, требующая разработки и совершенствования целевых программ семейной терапии.

В современной модели психиатрической помощи семья душевнобольного занимает все более значимое место, чем это было в рамках традиционной, медико-центристской модели. Появились исследования, рассматривающие различные аспекты работы с семьями больных: психотерапевтический, медико-социальный, психообразовательный.

Растет понимание того, что, будучи естественной сетью социальной поддержки больного, семья способна оказывать на него существенное в терапевтическом отношении влияние [9,17]. Однако, несмотря на то, что наука вплотную подошла к вопросу о необходимости взаимодействия с семьей пациента в процессе его социальной реабилитации, объединения усилий специалистов лечебного учреждения и родственников больного, ученые вынуждены признать, что это самостоятельная и еще не в полной мере разработанная проблема [14].

Гурович И.Я. с соавторами [4] в своих работах подчеркивают, что работа с семьей занимает одно из ключевых мест в социальной работе, приводя следующие доводы: 1) деинституционализация помощи и перенос ответственности по уходу на семейное окружение, 2) отсутствие навыков обращения с психически больными у ближайших родственников, 3) рост общественных организаций, 4) развитие техник семейной терапии, 5) развитие психофармакологии, что делает возможным более длительное пребывание больных в домашних условиях, 6) уменьшение стигматизации психически больных в обществе и улучшение толерантности семей к совместному проживанию с больным.

В клинических исследованиях сфера семейных отношений больных психическими заболеваниями определяется термином «семейная адаптация». По мнению В.М. Воловика [1], «семейная адаптация», наряду с факторами болезни и личностными особенностями, определяет возможности социального функционирования и подчеркивает значение микросоциального окружения в формировании приспособительного поведения психически больных.

В РФ семейная адаптация лиц с психическими расстройствами рассматривалась как одна из составляющих социальной адаптации. При этом основным объектом исследования являлась сфера трудовой деятельности больного, тогда как вопросы его семейного функционирования оставались на втором плане. Однако ряд авторов подчеркивают, что система социальной поддержки оказывается более важной для течения болезни, чем система профессиональной поддержки [5,15]. В отечественной литературе имеются лишь отдельные публикации о том, что пациенты, имеющие семью, обнаруживают более высокий уровень работоспособности и адаптации в целом. В свою очередь отсутствие семьи или неблагоприятные внутрисемейные взаимоотношения отрицательно сказываются на социальной адаптации больных [3,6,16].

Проблема семейной адаптации психически больного включает ряд аспектов, в том числе: особенности адаптации в родительской или собственной семье, взаимное влияние пациента и семейного окружения, роль семьи в поддержании его профессионального статуса и в клинической компенсации. В то же время вопросы адаптации самой семьи к болезни родственника, в современной литературе практически не освещены.

Несмотря на имеющиеся в отечественной литературе описания теоретических основ применения социальной, семейной терапии и реабилитации в психиатрии, они носят общий характер или ограничиваются отдельными изолированными реабилитационными методами, которые не объединены в единую и внутренне непротиворечивую в теоретическом и методологическом аспектах структуру. Имеются лишь отдельные публикации, в которых бы анализировались современные российские системы оказания комплексной психосоциальной помощи больным и их семьям, приводились бы конкретные программы использования медико-социальной реабилитации. Большинство авторов отмечают значительные методические трудности в изучении социальной поддержки и ее роли в психическом здоровье. Вместе с тем, в современных руководствах по психиатрии и клинической психологии тезис о том, что социальная поддержка ведет к повышению ощущения благополучия и улучшению здоровья, считается практически доказанным [3,6,9,14,15].

Происходящее в настоящее время изменение парадигмы оказания психиатрической помощи с переходом от медицинской к биопсихосоциальной модели, с последующим пониманием значимости семейных отношений для функционирования потребителей психиатрической помощи требует более детального анализа контингента больных, с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального, семейного статуса и функционирования [2,3,4,10]. Это позволит определить объем необходимых психосоциальных вмешательств и выделить целевые группы больных, нуждающихся в их осуществлении, с целью повышения их качества жизни и социальной адаптации.

Необходимо отметить, что семейная терапия еще не стала стандартом обслуживания в системе психиатрической помощи России. В создавшихся условиях существует настоятельная необходимость поиска новых путей организации социальной, семейной реабилитации психически больных. Использование возможностей естественных систем поддержки (друзей, членов семьи) в реабилитационных мероприятиях потенциально повысит качество психиатрической и психосоциальной помощи, уменьшив типичное воздействие на пациента заболевания (госпитализация, стигматизация, инвалидизация и пр.), сопряженное с увеличением социальной изоляции и дезадаптации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воловик В.М. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара): автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.М. Воловик. – Москва, 2005. – 22 с.
2. Гаврилова Е.К. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации / Е.К. Гаврилова, В.А.Шевченко, В.В. Загиев, А.Б.Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – №4. – С.10-14
3. Головина А.Г. Семья больного шизофренией. Обзор. / А.Г. Головина // Семейная психология и психотерапия. – 2004. – №2. – С.3-17.

4. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, Я.А.Сторожакова. – М.: ИД Мед-практика, 2007. – 492 с.
5. Гурович И.Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия – 2004. – Т.14, № 1. – С.81-86.
6. Гурович И.Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И.Я.Гурович, Я.И.Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5-10.
7. Дмитриева Т.Б. Предмет социальной психиатрии / Т.Б.Дмитриева // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 62.
8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ, 2001. – С. 215.
9. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) / М.М. Кабанов // Социал. и клинич. психиатрия. – 2001. – Т.11,№1. – С.22-27.
10. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: Изд-во СПб. науч. – исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1998. – 256с.
11. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность / В.Н. Краснов // Социал. и клинич. психиатрия. – 2001. – №2. – С.5-6.
12. Лейтц Г. Классическая психодрама Я. Морено. Теория и практика./ Г.Лейтц. – М.: Прогресс, 1994. – С.29.
13. Ротштейн В.Г. Современная система психиатрической помощи: эпидемиологический аспект / В.Г.Ротштейн и [др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2001. – Т.101, №3. – С.42-47.
14. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 515.
15. Холмогорова А.Б. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра / А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, Г.А.Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т.13, № 2. – С.15-23.
16. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т.12, № 3.– С.97-104.
17. Шмуклер А.Б. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника / А.Б. Шмуклер, О.В. Немиринский // Социал. и клинич. психиатрия. – 1995. – № 3. – С.97-101.
18. Юнусов Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. / Ф.А. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус, О. Манувальд. – М., Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2008. – 332 с.

19. Anthony W.A. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990 / W.A. Anthony // Psychosocial rehabilitation J. – 1993. – Vol. 16, № 4. – P.11-23.
20. Brugha T.S. Social support networks // Principles of social psychiatry / D. Brugha, J. Leff (Eds.) – Oxford: Blackwell Scientific, 1993. – P. 502-505
21. Drues J. Psychiatric rehabilitation: Different perspectives / J. Drues, J. Weeghel // Maanbland Geestelyke volksgesondheid. – 1994. – Bd. 49, № 8. – P. 795-810.
22. Liberman R. Handbook of psychiatric rehabilitation / R. Liberman. – Boston: Allyn and Bacon, 1992.
23. Mueser K.T. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management / K.T. Mueser, G.R. Bond, R.E. Drake, S.G. Resnick // Schizophr. Bull. – 1998. – Vol. 24, № 1. – P. 37-74.
24. Muller C. Wandlungen psychiatrischer institutionen // Psychiatrie der Gegenwart / Kisker K.P., Lauter H., Meyer J.E., Muller C., Stromgren E. (Hrsg.). – Bd 9. Brennpunkte der Psychiatrie. – Springer, Berlin, 1989. – 348 p.
25. Shepherd G. Foreword: psychiatric rehabilitation in the 1990 // Watts. Bennett (Eds.) Theory and practice of psychiatric rehabilitation. – Chichester: John wiley, Sons, 1991.
26. Thornicroft G. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of shhizophrenia (Editorial) / G. Thornicroft, E. Susser // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 2-4.
27. Thornicroft G. Community mental health teams: evidence or belief ? / G. Thornicroft, T. Becker, F. Holloway // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 175. – P. 508-513.

#### FAMILY-ORIENTED APPROACH TO REHABILITATION OF MENTALLY SICK PEOPLE

D.F. Hritinin, D.S. Petrov, O.E. Konovalov, E.A. Breyun

**In the article the question of improvement of mental patients' rehabilitation in modern conditions has been studied. The necessity of improvement of quality and effectiveness of specialty care using resources of patient's microsocal (family) environment has been emphasized. Taking into account domestic and foreign experience we have presented organization-methodical approaches to family rehabilitation and therapy.**

**Key words:** *rehabilitation, mental disorder, family*

Хритинин Дмитрий Федорович - член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор. кафедры психиатрии ГОУ ВПО "Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава"  
 Петров Дмитрий Сергеевич – ассистент кафедры психиатрии ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова Росздрава; [petrovs@list.ru](mailto:petrovs@list.ru)  
 Брюн Евгений Алексеевич, доктор медицинских наук.  
 Директор Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы; [bryun@rambler.ru](mailto:bryun@rambler.ru)