

УДК 316

СЕМЕЙНООРИЕНТИРОВАННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИИ

© 2010 г.

Т.В. Богданова

Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского

bogdanova-tat@list.ru

Поступила в редакцию 23.03.2010

Акцентируется внимание на том, что в процессе помощи душевнобольным приоритет стоит отдавать работе с семьей как с системой. Представлены результаты исследования, направленного на изучение способности лиц с ментальными расстройствами к независимому проживанию и осуществлению самообслуживания, а также особенностей социокультурного взаимодействия в их семьях.

Ключевые слова: семейноориентированные формы вмешательства, уровень социального функционирования, социальные компетенции, дефицит навыков, гиперопека

Психосоциальные формы вмешательства становятся реальной составляющей оказания психиатрической помощи. Это в значительной степени связано с утверждением идей общественноориентированной психиатрии и полипрофессионального бригадного подхода к оказанию психиатрической помощи с участием в ней не только врачей-психиатров, но и психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе и социальных работников.

Практически переход к полипрофессиональному оказанию психиатрической помощи в Российской Федерации начался с 1995 г., когда в штаты всех психиатрических учреждений Приказом Министерства здравоохранения № 27 были введены, наряду с психологами и психотерапевтами, также специалисты по социальной работе и социальные работники [1]. Но до сих пор остается дискуссионным вопрос о функциональных обязанностях, целях, задачах, направлениях деятельности специалиста по социальной работе.

Исследования в области социальной психиатрии ведутся зарубежными авторами со второй половины XX века. Но доступ к первоисточникам ограничен, переведенных работ крайне мало. Анализом зарубежного опыта социальной психиатрии занимается Московский научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации, в частности профессор И.Я. Гурович [2], Я.А. Сторожакова, А.Б. Шмуклер, Н.Д. Семенова, О.В. Немиринский [3]. Концептуальным положением социальной психиатрии посвящали свои работы В.М. Воловик, И.Я. Гурович, Т.Б. Дмитриева, Т.В. Зозуля [4], М.М. Кабанов [5], Е.Д. Красик [6], Д.Е. Мелехов [7], Б.С. Положий, А.Б. Шмуклер. К теоретическому обос-

нованию специфики и содержания социальной работы в психиатрии обращались И.Я. Гурович, О.В. Немиринский, Д.Я. Ойхер, Н.Д. Семенова, Я.А. Сторожакова, А.Б. Шмуклер, В.Д. Карвасарский [8], С.А. Беличева, Ю.А. Окунькова, В.А. Потапова [9].

В современной модели психиатрической помощи признается значимость семейноориентированных форм вмешательства. Для социальной работы в психиатрии работа с семьей – одно из важнейших направлений. Вместе с тем эта одна из самых неоднозначных и не в полной мере разработанных проблем.

Данные статистики свидетельствуют о том, что в России не менее 3 млн тяжело психически больных, из них свыше миллиона – инвалиды, более 80% из них опекаются семьями. Таким образом, с учетом семей, бремя болезни касается непосредственно не менее 10 млн россиян, или каждого пятнадцатого [10, с. 318]. Семья определенно является наиболее значимым источником поддержки в достижении успешного социального приспособления и эффективного функционирования больного. Вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс становится ключевым для его результативности. Важность этого раздела работы, в частности, основывается на понимании влияния семейного окружения на течение психического заболевания. Для обеспечения эффективности семейных форм вмешательства очень важно предварительно выяснить специфику взаимоотношений в семьях душевнобольных.

Все вышесказанное определяет актуальность проведенного исследования.

Рассматривались следующие исследовательские задачи:

1. Описать практический опыт реализации концепции общественноориентированной психиатрии в ГУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Н. Новгорода».

2. На основе конкретного исследования выяснить уровень социального функционирования лиц с ментальными расстройствами.

3. Изучить особенности социокультурного взаимодействия в семьях людей с ментальными расстройствами на основе конкретного исследования.

4. Обосновать необходимость семейных форм вмешательства при организации помощи людям с ментальными расстройствами.

Основная *гипотеза* исследования заключается в том, что эффективность реализации концепции общественноориентированной психиатрии во многом зависит от успешности осуществления семейноориентированных форм вмешательства в процессе социальной работы с душевнобольными.

Опытно-экспериментальной базой исследования являлось Государственное учреждение здравоохранения «Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Н. Новгорода».

Эмпирическая база исследования включает в себя:

1. Авторское исследование с использованием методики стандартизированного интервью и анкетного опроса «Оценка способности к независимому проживанию душевнобольного», октябрь 2008-го – март 2009 года.

2. Авторское исследование с использованием методики глубинного интервью «Особенности семьи душевнобольного человека», декабрь 2008 года.

Наиболее активно концепция общественноориентированной психиатрии реализуется в ГУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Н. Новгорода» в течение последних 5 лет.

В 2008 году в штате больницы появился специалист по социальной работе. Происходит постепенное становление работы по принципу полипрофессиональной бригады. Перечень профессиональных обязанностей специалиста по социальной работе довольно обширен: проведение индивидуального консультирования лиц с ментальными расстройствами (например, по вопросам трудоустройства и профессионального самоопределения); проведение групповых занятий, тренингов; осуществление взаимодействия с социальными организациями и учреждениями; мероприятия по социально-правовому обслуживанию пациентов.

Сегодня в учреждении существуют (осуществляются) такие формы психосоциальной работы как:

- 1) психообразовательная работа с родственниками;
- 2) психообразовательная группа с пациентами;
- 3) индивидуальная и групповая психотерапия;
- 4) коммуникативные тренинги;
- 5) тренинг когнитивных функций;
- 6) тренинг социальных навыков;
- 7) трудоустройство с поддержкой;
- 8) досуговые программы;
- 9) группа само- и взаимопомощи пациентов и др.

Как показывают результаты исследований, для лиц с ментальными расстройствами характерен дефицит социальных навыков, существующий либо изначально, либо приобретенный вследствие длительной госпитализации, что является проявлением подхода к оказанию психиатрической помощи, основанного на принципе патернализма (в противоположность партнерству) и стремлении, по возможности, ограждать пациента от тягот реальной социальной жизни. В таких случаях неизбежно принятие ответственности за поведение душевнобольного человека другими лицами (медицинским персоналом, родственниками), игнорирование и даже прямое недопущение какой-либо собственной активности и тем более попыток принять ответственность за свое социальное функционирование. В результате у пациентов утрачиваются навыки повседневной жизни, зачастую даже элементарные.

Чтобы проверить эти положения, автором на базе Клинической психиатрической больницы № 1 г. Н. Новгорода было проведено исследование с использованием методики стандартизированного интервью и анкетного опроса «Оценка способности к независимому проживанию лиц с ментальными расстройствами» (октябрь 2008-го – март 2009 года).

В исследовании приняли участие 50 респондентов, 25 мужчин и 25 женщин, по 8 человек из каждого стационарного отделения, 9 человек (5 мужчин и 4 женщины), посещающих отделение реабилитации и 9 человек (4 мужчины и 5 женщин), проходящих лечение в дневном стационаре. Выборка репрезентативна для пациентов ГУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Н. Новгорода» (далее КПБ № 1).

Половину респондентов по их возрасту можно отнести к категории «молодежь» (до 35

лет), 40% – люди среднего возраста, 10% – пожилые. Во многом это объясняется тем, что участие в опросе было добровольным, и пожилым людям в связи с сильной деменцией, сниженным жизненным тонусом тяжело идти на контакт, отвечать на вопросы. К тому же пожилые люди реже обращаются за психиатрической помощью (лишь в экстренных случаях), поскольку к психическим отклонениям в старости существует терпимое отношение.

Результаты предпринятого автором исследования оказались следующими.

Большинство пациентов (60%) проживают в семьях, совместно с родственниками, причем в большинстве случаев необходимо говорить о родительской семье. 40% живут одни, и если 10% пациентов родственниками и знакомыми навещаются часто, то 20% практически никем никогда не навещаются или навещаются редко. У 10% нет родственников и знакомых, все контакты утрачены.

Отношения между членами семьи чаще характеризуются пациентами как доверительные. 40% пациентов отмечают, что вероятность получения эмоциональной поддержки от родственников и знакомых высокая, и лишь 10% не рассчитывают на поддержку родных. Примечателен тот факт, что в случае когда пациент проживает один в отдельной квартире, но периодически навещается родственниками и знакомыми, взаимоотношения с ними всегда рассматриваются душевнобольным человеком как доверительные, и высокой является вероятность получения эмоциональной поддержки.

Уровень материальной обеспеченности у лиц с ментальными расстройствами не высок, основным источником дохода является пенсия (у 70%). Но пациенты, проживающие в семьях, отмечают, что все самое необходимое для жизни у них есть. Со значительными материальными трудностями, особенно когда пенсия является единственным источником дохода, приходится сталкиваться одиноко проживающим пациентам. Именно у них чаще всего возникают проблемы с обеспеченностью средствами личной гигиены, предметами быта, одеждой и обувью.

Ответственность за обеспечение питанием душевнобольного чаще всего лежит на родственниках. Лишь 48% женщин и 28% мужчин, находящихся на лечении в КПБ № 1, умеют самостоятельно готовить разнообразную пищу. 20% мужчин и 16% женщин не готовят совсем, однако при оценке качества своего питания они же отмечали, что питаются полноценно. Пациенты, проживающие отдельно от семьи, при

оценке качества своего питания отмечали, что питаются не всегда регулярно.

подавляющее большинство пациентов (76%) следят за своим внешним видом, считают, что выглядят опрятно всегда или, по крайней мере, когда находятся вне дома. Даже если они выдают желаемое за действительное, необходимо отметить, что люди с ментальными расстройствами понимают необходимость внимательного отношения к своему внешнему виду. 24% пациентов признают, что не всегда выглядят опрятно, а дома вообще не следят за своим внешним видом.

Внешний вид во многом зависит от умения соблюдать правила личной гигиены. Необходимость умыться, мыть руки, чистить зубы, мыть волосы, соблюдать самые элементарные санитарно-гигиенические нормы пациентами в массе своей признается. Тем не менее в результате исследования выяснилось, что 10% пациентов больницы практически не чистят зубы или чистят их иногда, при напоминании, 10% умываются от случая к случаю. Причем на правила личной гигиены не обращают внимание прежде всего мужчины. Этот контингент требует отдельных форм психосоциального вмешательства.

У определенной группы лиц с ментальными расстройствами (примерно у 30%) наблюдается дефицит навыков по уходу за вещами и предметами быта, уборке помещения. Не чистят одежду и обувь 10%, причем в равной степени как мужчины, так и женщины. Стирают самостоятельно одежду и белье 72% лиц с ментальными расстройствами, 12% стирают самостоятельно только мелкие вещи, стирают лишь при напоминании 6%, 10% не стирают совсем. 30% пациентов КПБ № 1 не способны самостоятельно осуществлять ремонт вещей и даже никогда не обращаются в платные службы (причем с затруднениями в равной степени сталкиваются как мужчины, так и женщины). Закономерно, что самостоятельно осуществлять уход за своими вещами не свойственно пациентам, проживающим в семьях, обязанности перекладываются на родственников. 64% пациентов утверждают, что самостоятельно производят уборку, во всяком случае в своей комнате. Остальные признают, что могут лишь иногда, если им напомнят, заняться уборкой. Некоторые пациенты вовсе никогда не убираются.

С распределением денежных средств сложности возникают у 50% лиц с ментальными расстройствами. 8% признают, что, хотя и распоряжаются самостоятельно денежными средствами, делают это не всегда рационально. До-

вольно большая часть душевнобольных людей (22%) распоряжаются своими деньгами лишь частично. 20% пациентов полностью отдают свои денежные средства родственникам, иногда располагая небольшими суммами на карманные расходы. Этим определяется отсутствие навыков оплаты коммунальных услуг, приобретения вещей и продуктов питания, а также то, что пациенты плохо ориентируются в ценах на товары и услуги.

Умение организовать свой досуг, сделать жизнь более яркой и разнообразной очень важно, в том числе и для поддержания психического здоровья. Отметим наличие хобби, увлечения в жизни 50% лиц с ментальными расстройствами, находящихся на лечении в КПБ № 1, 34% отметили, что у них было увлечение раньше, но интерес к нему утрачен; 16% не увлекаются ничем.

В свободное время пациенты КПБ № 1, как и все остальные люди, читают, гуляют, слушают музыку, смотрят телевизор, по мере возможности общаются с родными и знакомыми.

Прослушиванию музыки уделяют много времени 60% пациентов; 16% слушают музыку не много, но регулярно; 16% – от случая к случаю; 4% – крайне редко и 4% никогда не слушают музыку.

Довольно большой процент лиц с ментальными расстройствами (40%) много времени посвящают просмотру телевизионных программ; 26% смотрят телевизор не много, но регулярно; 24% – от случая к случаю; 10% – не смотрят совсем.

Читают много и регулярно 22% пациентов; 20% читают не много, но регулярно; 16% посвящают время чтению от случая к случаю. Совсем не читают 42%, что может быть обусловлено когнитивными проблемами восприятия информации, концентрации внимания, запоминания прочитанного.

Гуляют много и регулярно 38% пациентов; 8% гуляют много, но не регулярно; от случая к случаю совершают прогулки 36%; гуляют крайне редко 10%; практически не выходят из дома 8%.

Активно встречаются со знакомыми, родственниками лично, контактируют по телефону 56% пациентов. 28% отметили, что пассивны в поддержании контактов, причем большинство среди них женщины. Среди тех, у кого все контакты утрачены (16%), преобладают мужчины.

В результате исследования была подтверждена значимость психосоциальных форм вмешательства, направленных на развитие соци-

альных компетенций лиц с ментальными расстройствами, например тренинга социальных навыков; выявлен круг проблем, которым прежде всего стоит уделять внимание в процессе работы.

Наличие у пациентов Клинической психиатрической больницы № 1 дефицита социальных навыков подтверждается и результатами исследования «Особенности семьи душевнобольного человека», представляющего из себя серию глубинных интервью с родственниками лиц с ментальными расстройствами. Практически все респонденты отмечали, что их близкий человек, страдающий психическим расстройством, недостаточно следит за собой, не выполняет обязанности по дому, нуждается в помощи и поддержке.

Сферы ответственности в семье, где есть душевнобольной человек, – тема чрезвычайно важная. В процессе исследования была предпринята попытка также выяснить, есть ли у человека с ментальными расстройствами, проживающего в семье, какие-либо обязанности, выполняет ли он их, доверяют ли ему дела, ждут ли от него помощи?

Все респонденты отметили, что в настоящее время их близкий человек, страдающий психическим заболеванием, не работает, не учится, в том числе у него нет и каких-то жестких обязанностей по дому. Результаты исследования показали, что в семьях душевнобольных основное бремя ответственности лежит на матерях, они отвечают за быт, частично или полностью (если отца в семье нет) за материальную сферу; они же контролируют процесс лечения.

В результате исследования выяснилось, что в семьях душевнобольных наблюдается дисфункциональность внутрисемейного взаимодействия. Прежде всего дисфункция родительской подсистемы: неполный состав семьи, периферическая позиция отца.

Неполный состав семьи определяет наличие дополнительных сложностей: сверхзагруженности матерей, материальных затруднений. Но и в случае когда семья полная, ситуация оказывается не самая благополучная. Связано это с позицией, которую в семьях душевнобольных занимает отец. В ходе исследования выяснилось, что, принимая на себя ответственность за материальное благополучие семьи, отцам свойственно самоустраняться в эмоциональном плане. Тот факт, что отцы предпочитают несколько отстраненный способ сосуществования с ребенком, страдающим ментальным расстройством, под-

тверждается уже тем, что среди участников опроса был только один мужчина. Небесполезным будет привести одно из его высказываний: «И когда осознание пришло, что совсем плохо... не понятно... я просто оставил его в покое. Я перестал вообще выходить из себя. У нас пока ни нормальных, ни конфликтных, никаких отношений нет. Реакция на меня настороженная. В квартиру к нему я вообще не захожу».

Интересным является то, насколько по-разному матери и отцы относятся к факту болезни своего ребенка. Женщинам свойственно драматизировать ситуацию, полностью брать всю ответственность на себя, они склонны к проявлению гиперопеки. Отцам же свойственно отрицать факт наличия заболевания до тех пор, пока это возможно. Они чаще принимают состояние ремиссии за полное выздоровление.

Уровень конфликтности в семьях душевнобольных довольно высокий. Но зачастую конфликты имеют латентный, скрытый характер. Высказывая в своих интервью массу критических замечаний по адресу человека с ментальным расстройством, родные в то же время отмечали, что на самом деле стараются на него не давить и ничего не требовать. Причем большинство респондентов отмечали, что в их семье принято сдержанно проявлять не только отрицательные, но и положительные эмоции. Из ответов респондентов можно сделать вывод о том, что родные лиц с ментальными расстройствами наиболее благоприятным считают нейтральный эмоциональный фон в семье, без ярких проявлений восторга или недовольства. Они стараются избегать конфликтов. И, как итог, живут в состоянии постоянного психологического напряжения.

У каждого члена семьи, как выяснилось из интервью, свой способ проведения досуга (чтение, просмотр телепередач, фильмов, уход за цветами, охота и т.д.), тогда как душевнобольной человек может зачастую испытывать трудности с организацией свободного времени. Совместный досуг, как правило, в семьях душевнобольных отсутствует. Причем необходимо отметить тот факт, что до столкновения с болезнью семейный отдых практиковался. Проблема, возможно, кроется в том, что у семьи просто не хватает сил на полноценную реализацию досуговой функции.

Все вышесказанное подтверждает необходимость осуществления психосоциальной работы с семьями. В проведенном автором исследовании были получены данные, подтверждаю-

щие это. Некоторые респонденты уже до опроса приняли участие в психосоциальных программах для родственников, посетили психообразовательные и поддерживающие группы, и все они в ходе интервью прямо или косвенно отметили их важность и значимость.

Семья, безусловно, является для лиц с ментальными расстройствами ресурсом помощи и поддержки: материальной, психологической, она же во многом организует быт пациента, его режим. Отрицательный момент заключается в том, что велик риск чрезмерной опеки, когда развитие собственных компетенций больного не стимулируется.

Результаты проведенных исследований обосновывают необходимость планомерной социальной работы с людьми, страдающими психическими расстройствами, и членами их семей. Подтверждают гипотезу о том, что предпочтением стоит отдавать семейноориентированным формам вмешательства.

Список литературы

1. Приказ Минздравмедпрома РФ от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» <http://rkpbtatar.ru/acts/>
2. Гурович И.Я. Полустационарные формы психиатрической помощи. М., 1988.
3. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. № 3. С. 97–99.
4. Зозуля Т.В., Ротштейн В.Г., Сулицкий А.В. К проблеме распространенности и выявляемости психических расстройств: Обзор / Т.В. Зозуля, // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1994. № 4. С. 17–19.
5. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1988.
6. Красик Е.Д. Психическое здоровье общества и реабилитация психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2. Вып. 1. С. 31–35.
7. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. Л., 1981. С. 4–14.
8. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. Под ред. В.Д. Карвасарского. СПб., 1999.
9. Окунькова Ю.А., Потапова В.А. Об организации социальными работниками инструментальной социальной поддержки психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 2. С. 70–74.
10. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича и проф. О.Г. Ньюфельда. М.: ИД «Медпрактика-М», 2007.

FAMILY-ORIENTATED SOCIAL WORK IN PSYCHIATRY*T.V. Bogdanova*

An author accents attention on the necessity of work with the monogynopaedium of persons with mental disorders as with the system. The article contains the results of research, directed on the study of ability of persons with mental disorders to the independent residence and realization of self-service, and also features of socialculture cooperation in their monogynopaediums.

Keywords: family orientated forms of interference, level of the social functioning, social jurisdictions, deficit of skills, hyperguardianship.