

---

Мишиев В.Д., Барановский К.Л., Барановская Л.М., Лебедев Д.С., Зеленев К.Е.  
Территориальное медицинское объединение «Психиатрия», Киев, Украина

Mishiev V., Baranovskyi K., Baranovska L., Lebedev D., Zelenov K.  
Territorial Medical Association "Psychiatry", Kyiv, Ukraine

## Системный подход в организации реабилитации пациентов с психическими расстройствами

System Approach in the Organization of Rehabilitation of Patients  
with Mental Disorders

---

### Резюме

Высокий процент повторных поступлений пациентов психиатрических стационаров при стандартизации и улучшении качества медикаментозного лечения может свидетельствовать о недостаточной социальной реадaptации пациентов, что заставляет включать в лечебный процесс обязательную стандартизованную программу медико-социальной реабилитации, находить резервы улучшения ее организационных форм и повышения ее эффективности с целью ресоциализации пациентов. В статье представлен опыт организации медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами на основе системного подхода, правильное применение которого при организации системы позволяет обеспечить ее целевую управляемость и повысить ее эффективность. Однако проблема трудовой активности и социальной занятости пациентов психиатрических учреждений требует принятия управленческих решений на государственном уровне.

**Ключевые слова:** медико-социальная реабилитация, стандарты, организационные формы, резервы улучшения, системный подход, целевая управляемость, трудовая активность, социальная занятость пациентов, управленческие решения государственного уровня.

---

### Abstract

The high percentage of re-admission of patients in psychiatric hospitals with standardization and improvement of the quality of medical treatment shows that there is the lack of social rehabilitation of patients. It is necessary to include obligatory standardized rehabilitation in the medical process, search for reserves of improvement of its organizational forms, and increase its efficiency in order to re-socialize patients. The article presents the experience of organizing medical and social rehabilitation of patients with mental disorders on the base of a systemic campaign, the correct use of which lets to ensure its targeted management and increase its efficiency. However, the problem of work and social employment of psychiatric patients requires making management decisions at the state level.

**Keywords:** medical and social rehabilitation, standards, organizational forms, reserves of improvement, system approach, target management, labor activity, social employment of patients, management decisions of the state level.

Системный подход является мощным инструментом достижения целей не только в организации систем центрального государственного управления, но и в обеспечении эффективности отраслевого управления местного уровня, а также целевых профессиональных систем, одной из которых является система организации психиатрической помощи определенного уровня. Среди ее обязательных задач, наряду с организацией медикаментозного лечения, ставится задача медико-социальной реабилитации и ресоциализации пациента. Ее решение требует выполнения нескольких условий:

- определить место медико-социальной реабилитации в процессе лечения пациента;
- дифференцировать реабилитационные мероприятия, возможные для пациентов в амбулаторных и стационарных условиях;
- учитывать в реабилитационных процессах индивидуальные потребности пациента соответственно его психофизическому состоянию и интеллектуальным особенностям;
- в организации реабилитации руководствоваться ее основополагающими факторами: своевременностью начала и непрерывностью процесса;
- обеспечить соответствие процесса реабилитации пациента всем условиям его системной организации.

Всемирная организация здравоохранения определяет психосоциальную реабилитацию как процесс, «который дает возможность людям с ослабленным психическим здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе» [1]. Несмотря на проблематичность «независимого функционирования» психически больного человека в обществе, мы разделяем определение основной задачи реабилитации как достижение оптимального для каждого пациента уровня его существования, которое становится возможным в той или иной степени лишь путем обязательного включения реабилитации в общий процесс лечения пациента. Поэтому, учитывая непрерывно прогрессирующий тип течения психических заболеваний, считаем, что процесс реабилитации пациентов, как и процесс лечения, должен носить непрерывный характер с возможностью по ходу решать поставленные для каждого пациента конкретные задачи, которые могут обновляться в ходе процесса. Такой конкретно-индивидуальный подход в значительной степени определяет эффективность реабилитационного процесса. Конечной целью медико-социальной реабилитации является ресоциализация пациента путем реинтеграции его в те общественные условия (проживания, работы, здоровых увлечений, привычек и т. д.), из которых он «выпал» по причине психического расстройства. Уровень успешности ресоциализации пациента определит его уровень социальной активности и реально повлияет на уровень инвалидности лиц с психическими заболеваниями. Поэтому в каждом конкретном случае для каждого пациента очень важно правильно определить цель ресоциализации и конкретные задачи, направленные на ее достижение. Даст ли реабилитация эффект полной ресоциализации, достижение возможности не только самостоятельно жить, но и работать с учетом прежней должности, или возможность работать будет ограничена

другой, менее сложной должностью, к которой также надо адаптировать пациента? Возможно, уровень ресоциализации будет значительно ниже, и состояние пациента будет выражаться определенной группой инвалидности. Все это зависит от уровня и качества лечения, своевременности реабилитационных мероприятий, соответствия реабилитационной методики психофизическому состоянию пациента, психофизиологическим особенностям его личности, его социального статуса, социального окружения и многих других факторов. Поэтому так важен профессиональный высококвалифицированный системный подход к организации и проведению психосоциальной реабилитации пациента.

Актуальность решения проблемы возвращения больных к социально-бытовой самостоятельности носит перманентный характер и связана в большей степени с учетом соотношения госпитализируемых пациентов (известно, что социальная дезадаптация сильнее при стационарном режиме) к их общему количеству, с необходимостью повышения эффективности амбулаторной психиатрической помощи, в том числе и амбулаторной реабилитации.

Необходимость поддержания социального статуса душевнобольных осознавалась учеными еще в глубокой древности, затем активно реализовывались идеи «нестеснения», защиты гражданских прав психически больных, связанные с именем С.С. Корсакова и его последователей В.П. Сербского, П.Б. Ганнушкина, земского психиатра Т.А. Гейера, заложившего основы развития понятия социально-трудовой реабилитации [2], но реализация идей социальной психиатрии в государственном масштабе началась лишь в 20–30-е гг. XX в. реконструкцией в осознании возможности отказа в больничестве случаев от госпитализации пациентов при постоянном активном наблюдении за ними психоневрологическими диспансерами. Это давало возможность пациентам лечиться, оставаясь в обществе и сохраняя трудоспособность. Данный принцип был положен в основу государственной системы медико-социальной реабилитации пациентов с психическими заболеваниями, которая интенсивно набирала силу и в конце 20-го столетия достигла своего расцвета, в основном за счет работы лечебно-трудовых мастерских психиатрических учреждений.

Но если статистика возможностей лечебно-трудовых мастерских как основной платформы трудовой реабилитации пациентов психиатрических учреждений г. Киева свидетельствовала об увеличении числа рабочих мест в ЛТМ с 275 (1990 г.) до 325 (2002 г.), то активность пациентов, даже находящихся на стационарном лечении в Киевской городской клинической психоневрологической больнице № 1 (КМКПЛ № 1), где располагались мастерские, постоянно снижалась. Так, с 1990 г. до 2005 г. число пациентов на реабилитации снизилось с 320 до 107 человек при почти одинаковом количестве поступивших в стационар пациентов в указанные годы. Возможно, в какой-то степени эта ситуация повлияла на показатели инвалидности пациентов психиатрических учреждений. Так, наметившаяся с 1999 г. тенденция к снижению показателя инвалидности лиц с психическими расстройствами постепенно сменилась выраженной тенденцией к повышению инвалидности пациентов с 58,9 (2000 г.) до 61,99 на 10 000 населения Киева (2005 г.).

Исторические события становления Украины как самостоятельного государства, в котором коренные социально-экономические

изменения быстро меняли ситуацию в ее государственном устройстве и экономике, привели к тому, что на фоне перераспределения экономических возможностей, интенсивного развития частного бизнеса трудовые мастерские как базовые структуры производственной реабилитации, обеспечивающие мизерные производственные заказы, постепенно утратили свою значимость, психосоциальная реабилитация психически больных перешла в формальный статус и проводилась в дальнейшем на базе дневных стационаров психоневрологических диспансеров. Таким образом, отсутствие трудовой реабилитации привело к прерыванию лечебно-реабилитационного процесса, его незавершенности и социальной неполноценности. В КМКПЛ № 1 было создано два реабилитационных отделения с возможностью менять режимы пребывания пациентов. В отделения переводились пациенты на конечной стадии лечения. Здесь начиналась реабилитация и подготовка к продолжению ее в дневных стационарах ПНД после выписки пациента. Ситуация с инвалидностью не улучшалась, наибольшее число составляли инвалиды 1-й и 2-й групп (86,98%), характеризующиеся, как правило, определенным моментом формирования дефекта развития личности, нивелирующим возможности социальной реабилитации и обуславливающим весьма низкую трудовую занятость пациентов вне психиатрических учреждений – 0,67% из числа всех инвалидов. Это заставило сосредоточить возможные ресурсы для проведения реабилитационных мероприятий в специализированном центре. На базе одного из отделений Киевской городской клинической психоневрологической больницы № 1 был организован городской центр медико-социальной реабилитации больных психическими заболеваниями. Центр взял на себя функции реабилитации как стационарных пациентов, так и выписанных после лечения на амбулаторный режим. В процессе своего развития центром изучался опыт организации психосоциальной реабилитации пациентов в странах Европы, разрабатывались программы для стационарной и амбулаторной социальной реабилитации с учетом местных условий, однако добиться высокой эффективности реабилитационных мероприятий не удавалось. Причина, по нашему мнению, заключалась в отсутствии каких-либо научных данных, исследований, нормативов, стандартов, методик, программ и т. д. В 2009 г. по инициативе главного врача КМКПЛ № 1 началась реализация общего проекта украинско-польско-немецкого партнерства в области психического здоровья с целью реформирования психиатрической помощи в Украине. Идеологом и проводником проекта стал доктор Нильс Перксен, который был одним из основателей подобной реформы в Германии.

Работа проводилась немецкими коллегами-волонтерами по типу выездных семинаров для персонала КМКПЛ № 1 (в последующем переименованной в ТМО «ПСИХИАТРИЯ» в г. Киеве) с демонстрацией практической деятельности реабилитационного центра Германии. В ТМО функции управления реабилитационной работой (организация системы реабилитации, подготовка специалистов, определение набора необходимых методик и программ, порядок работы и коммуникации в процессе реабилитации) возложены на заместителя директора ТМО по стационарной работе. Информационное обеспечение осуществляет информационно-аналитический отдел медицинской статистики.

Известно, что от взаимодействия управляющего субъекта, информационной службы и управляемого объекта (отделения или центра реабилитации) зависит управляемость всей системы реабилитации. С целью повышения эффективности работы центра и достижения целевых результатов в основу его организации был положен системный подход. Среди его компонентов нашли место целенаправленные современные методики реабилитационных мероприятий: гештальттерапия, семейная психотерапия, телесно-ориентированная терапия, эриксоновский гипноз, рациональная психотерапия, аналитическая терапия по Юнгу, психодинамическая терапия.

Комплексность реабилитационных методик, направленных на достижение конечной цели и решения задач реабилитации, требует набора следующих компонентов в отделении (центре) реабилитации: врача-реабилитолога (психиатра), психолога, медицинской сестры, социального работника, инструктора по труду (разных видов). Возможно также, при необходимости, привлечение к процессу ресоциализации таких специалистов, как юрист, педагог, духовный наставник, представители искусства и др. Набор необходимых специалистов определяется видом реабилитационных программ, и, как показал опыт различных видов реабилитации в разные периоды болезни, реабилитировать пациента без его участия (желания, стараний и т. д.) не представляется возможным ни при каких обстоятельствах. В каждом случае реабилитация пациента связана с апелляцией к его личности с целью мотивации и формирования партнерских отношений (по Кабанову) [2]. Организация психосоциальной реабилитации возможна с учетом двух видов программ: амбулаторной и стационарной. В первом варианте пациент может свободно посещать реабилитационные мероприятия в психоневрологическом диспансере или реабилитационном центре или находиться в режиме дневного стационара, проходя курс профилактического лечения. В этом случае необходимо определить условия питания и прием лекарств, возложив это на реабилитационную структуру, так как транспортные перемещения пациента в течение дня достаточно затруднительны. Программа стационарной реабилитации начинается со дня стационарного лечения. С учетом анамнеза жизни пациента, его социального статуса, его жизненных влечений и других индивидуальных (не патологических) черт развития личности, пациент постепенно может быть переведен в режим дневного пребывания с посещением реабилитационной структуры, затем его можно выписать и перевести на амбулаторную программу, в том числе и в дневной стационар. В любом случае модель реабилитации и ее структурные подразделения должны быть подходящими к условиям и отвечать принципам, на которые мы обратили внимание читателей.

Анализируя функциональный аспект системы психосоциальной реабилитации, необходимо помнить, что при психических расстройствах масштабно и глубоко разрушаются социальные связи и отношения, поэтому требуется восстановить как личный социальный статус пациента, так и его индивидуальную и общественную ценность, его социальные связи. То есть основной функцией реабилитации можно считать возвращение пациентов в социальную среду обитания с адаптацией пребывания в ней именно, в разной степени, к общественно полезной жизни. Этим определяется разносторонность и мультиформность

реабилитационных мероприятий и функции различных специалистов. Поэтому особое значение в системном подходе к организации психосоциальной реабилитации имеет коммуникационный аспект, что обусловлено необходимостью ресоциализации пациента, восстановления его психического здоровья и эффективности его социального поведения. Считаем, что в основе этой работы лежит восстановление коммуникабельности пациента. Восстановительный процесс начинается с момента начала медикаментозного лечения, и направлен он на предотвращение формирования дефекта личности пациента. При положительном результате пациент способен воспринимать различные психосоциальные ситуации и эпизоды, что используется для формирования его реадaptационных возможностей. С этого этапа включаются его коммуникабельные механизмы, активизирующие целенаправленную коммуникабельность, приводящую к усилению социальных потребностей в различных их выражениях. Эффективными явились досуговые программы, разработанные центром реабилитации ТМО: «Литературные встречи» и «Давайте общаться». И в этом аспекте мы видим основную роль психологов и социальных специалистов. Это реальное начало ресоциализации пациента, возвращения его в общество.

Эффективность дальнейшего процесса будет зависеть от организации работы конкретных специальных психологов и специалистов-инструкторов по различным социальным вопросам. Правильно организованные системно-интегративные реабилитационные мероприятия с продолжающимся медикаментозным и психотерапевтическим лечением позволят подойти к более полному восстановлению прав больного в обществе, отношений с окружающими его людьми и в той или иной степени наладить его быт и трудовое устройство. С этой целью были разработаны и использованы в процессе несколько программ творческого развития и модули самостоятельной жизни. Занятия и тренинги проходят в различных структурных группах: музыкотерапия, арт-терапия, сказкотерапия, танцевально-двигательная группа; клубные формы занятий, мастерские – по шитью, компьютерный класс, класс петриковской росписи, мастерская по лепке из порцелановой глины, класс декупажа.

В реализации этого аспекта, помимо перечисленных выше специалистов, незаменимую роль должны играть: семья, близкие, общественные деятели и иницируемые ими специалисты и руководители, бизнесмены производственных предприятий, компаний, социально-бытовых организаций, необходимых для трудового и бытового устройства реабилитированных пациентов психиатрических учреждений.

Пациентам с возможностью восстановления или достижения определенного уровня трудовых навыков были разработаны более сложные комплексные программы, которые давали возможность выработать правильное устойчивое отношение к своему здоровью с последующей подготовкой к трудовой занятости: «Прощай, больница», социальный клуб, работа с голосами; модули: контроль симптомов, решение межличностных проблем, управление стрессом, ведение домашнего хозяйства, женский клуб и др. Определенные программы проводились путем тренингов с последующим трудоустройством на защищенное рабочее место в отделении.

Восстановительный процесс начинается с момента начала медикаментозного лечения, и направлен он на предотвращение формирования дефекта личности пациента. При положительном результате пациент способен воспринимать различные психосоциальные ситуации и эпизоды, что используется для формирования его реадaptационных возможностей.

Особое внимание в каждой программе уделяется помощи со стороны родственников пациентов и их подготовке для успешной работы.

В результате пациенты, освоившие ту или иную программу или комплекс программ, возвращаются в семью, могут вести приближенный к самостоятельному образ жизни и не возвращаться в стационар несколько лет, а 0,7% инвалидов по психическим заболеваниям могут трудоустроиться. И если мы можем с уверенностью говорить, что тенденция в сторону улучшения психического состояния пациентов обусловлена системными реабилитационными мероприятиями, в том числе введением соответствующих стандартов и протоколов реабилитации и индивидуальных планов реабилитации пациентов, занесенных в медицинскую документацию пациента, то процесс повышения трудовых навыков и трудовой занятости, безусловно, требует государственного внимания и принятия управленческих решений на государственном уровне.

## ■ ВЫВОДЫ

1. Психосоциальная реабилитация пациентов с психическими расстройствами является постоянным неотъемлемым звеном лечебного процесса как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.
2. Системная организация реабилитации психически больных является основой процесса ресоциализации пациентов, обеспечивая определенный уровень независимого функционирования их в обществе.
3. Системный подход к организации медико-социальной реабилитации в психиатрических учреждениях обеспечивает целенаправленную управляемость системой реабилитационных мероприятий и достижение определенного уровня социальной самостоятельности пациентов.
4. Трудовая ориентация и занятость пациентов психиатрических лечебных учреждений остается важной проблемой, требующей принятия управленческих решений на государственном уровне.

---

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Vovin R. (ed.) (1991) *Schizophrenic Defect: Diagnosis, Pathogenesis, Treatment*. St. Petersburg: Psychoneurological Institute named after Bechterev.
2. Kabanov M. (ed.) (1999) *Spetsializirovannaya shkala dlya opredeleniya kachestva zhizni bol'nih endogennimi psihozami. Posobie dlya vrachei i psihologov* [Specialized scale for determination of the quality of life of patients with endogenous psychosis. Manual for doctors and psychologists]. M.-SPb.
3. Tiganov A., Snejnevskii A., Orlovskaja D. (1999) *Rucovodstvo po psichiatrii* [Psychiatry manual]. M.: Medicina, 1, 712 p.
4. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
5. Dickerson F.B. (1997) Assessing clinical outcomes: the community functioning of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, vol. 48, no 7, pp. 897–902. Available at: <https://doi.org/10.1176/ps.48.7.897>
6. Tasman A. (2012) *Psychiatry, Third Edition*. Lohm Wiley&Sons, Ltd, 2759 p.

---

Поступила/Received: 19.02.2019

Контакты/Contacts: profmvdvua@gmail.com