

# ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Е. В. Корень

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Как этап развития психиатрии, а также с учетом профилактической направленности здравоохранения (не менее половины психических расстройств у взрослых начинаются в детском возрасте), в настоящее время особую значимость приобретают вопросы оказания психиатрической помощи детям и подросткам с психическими расстройствами как специальным целевым группам, имеющим определенные особенности психического и социального статуса.

Проблема охраны психического здоровья детей сохраняет свою актуальность с начала организации специализированных психиатрических служб, и вопросы реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами всегда занимали важнейшее место в системе психиатрической помощи (7, 9, 10, 12).

При этом одним из важнейших направлений совершенствования психиатрической помощи детям и подросткам является широкое внедрение принципов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в повседневную практику детских и подростковых психиатрических учреждений, что соответствует мировым тенденциям и современному пониманию природы психических расстройств, в большей степени учитывающему не только биологические, но и психологические, социальные и средовые факторы (10, 14–24).

Современные требования к оказанию помощи обусловлены, в первую очередь, переходом от медицинской (монодисциплинарной) к полипрофессиональной модели, основанной на биопсихосоциальном подходе, а также возрастающим пониманием важности психосоциальной реабилитации как результирующего итога усилий специалистов. С другой стороны, отмечается неуклонный рост числа детей и подростков с непсихотическими формами психической патологии и нарушениями поведения, в формировании и динамике которых средовые факторы играют ведущую роль. Это способствует актуализации психосоциальной составляющей комплексной психиатрической помощи детям,

как в большей степени учитывающей социальные аспекты психического расстройства.

Вместе с тем, концептуальные положения психосоциальной реабилитации, к настоящему времени в достаточной степени разработанные теоретически и практически для взрослых пациентов (1–8, 11, 13), требуют соответствующей оценки, дополнения и раскрытия применительно к детской психиатрии.

Психосоциальная реабилитация детей и подростков характеризуется рядом существенных отличий от реабилитации зрелой личности как в общих аспектах, так и в практической реализации. Этим обуславливается необходимость разработки интегративных лечебно-реабилитационных подходов и определения форм и методов комплексной психосоциальной терапии с участием как детских психиатров, так и психологов, психотерапевтов, дефектологов, социальных работников и других специалистов (9, 10).

Понимание психосоциальной реабилитации как процесса, конечной целью которого является устойчивая интеграция больного в сообщество на доступном уровне с одновременным сдерживанием или предупреждением инвалидизации на основе восстановления ослабленных болезнью ресурсов личности и создания необходимых внешних условий с применением комплекса психосоциальных воздействий (2, 3, 6, 8), требует учета специфики детского контингента.

При определении главных целей реабилитационных усилий в детской психиатрии необходимо учитывать, во-первых, что любое психическое расстройство в той или иной степени искажает психическое развитие детей (от грубых дизонтогенетических нарушений с задержкой развития до состояний социальной дезадаптации с нарушением последовательной смены этапов социализации) и препятствует адекватному усвоению ребенком тех или иных навыков, обеспечивающих развитие в соответствии с возрастными требованиями (7, 12). Во-вторых, возвращение в прежнее доболезненное

состояние не может служить оптимальной целью в психореабилитационной работе с ребенком, находящимся в процессе интенсивного роста и развития.

В этой связи особо важная роль в разработке адекватного реабилитационного подхода для детей и подростков принадлежит учету возрастных особенностей формирующейся личности. Влияние возрастного фактора проявляется как в своеобразии клинической картины и динамики нарушений, так и в возрастной реактивности, повышенной уязвимости к влиянию психогенных факторов, особенностях реагирования на наличие психического расстройства, увеличении риска возникновения психических нарушений в переходные возрастные периоды, возрастной незрелости механизмов психогенеза и саморегуляции эмоций и поведения (7, 12).

Одна из главных задач психосоциальной реабилитации у детей состоит в том, чтобы расширить возрастной диапазон способов реагирования ребенка, обучить его необходимым навыкам самоконтроля и эффективного взаимодействия с окружающими (14, 16, 17, 21). Это предполагает создание системных модульных пространств, охватывающих значимые для ребенка сферы (семья, школа, улица) и определенную организацию помощи (лечить внутри и вместе с социальным окружением), позволяющую мобилизовать присущий каждой системе потенциал самозаживления.

Тем самым постулируется определяющая роль семьи и сохраняющейся социальной поддержки при проведении психореабилитационных мероприятий, направленных на устранение социальной дезадаптации, восстановление потенциала самого пациента и обеспечение необходимых условий для оптимального психического функционирования и нормального развития детей и подростков, страдающих психическими расстройствами (10, 14, 17, 21).

Таким образом, целью психосоциальной реабилитации в детской психиатрии является создание и поддержание поступательности и непрерывности цикла «развитие – интеграция – развитие».

Под этим подразумевается реадaptация с возвращением в стимулирующую среду и удержание в сообществе для возможно более полной гармонизации искаженной болезнью личности ребенка, обеспечивающей устойчивость к воздействию различных патогенных факторов, последующее нормативное развитие с учетом возрастающих возрастных требований, на основе восстановления утраченных и последовательного формирования новых функций, навыков и личностных качеств (абилитационная составляющая психосоциальной реабилитации). Сказанное достигается путем мобилизации усилий и возможностей самого пациента и родителей, оптимизации семейных отношений, нормализации средовых факторов, нивелирования актуальных психотравмирующих обстоятельств и купирования дезадаптирующих первичных и вторично

возникающих психопатологических расстройств, включая состояние дистресса.

С учетом вышеизложенного в качестве основных концептуальных особенностей и специфики проведения мероприятий по психосоциальной реабилитации у детей и подростков можно выделить следующее:

- опора на семью с активным участием родителей в лечебно-реабилитационном процессе;
- более широкий состав специалистов, участвующих в оказании комплексной помощи;
- учет возрастного фактора и фактора развития, в том числе, ведущей психической деятельности (игровая, учебная, познавательная, общение) и относительно легкой подверженности детей и подростков всевозможным сдвигам под влиянием неблагоприятных внешних факторов;
- проведение комплексной диагностики как этапа психосоциальной реабилитации;
- профилактическая (ресурсосберегающая) направленность психосоциальной реабилитации;
- использование как прямых психосоциальных воздействий на ребенка, так и опосредованных: через родителей и создание терапевтической среды;
- непрерывный и длительный характер психосоциальных воздействий, обеспечивающий поступательность в достижении социальной компетентности.

Успешное решение задач психосоциальной реабилитации, основанной на использовании биопсихосоциальной модели, предполагает отношение к ребенку с психическими расстройствами как личности в целом. Такое понимание больного требует использования мультимодальных характеристик и интегративных показателей.

Наряду с многомерной диагностикой по МКБ-10 (6 осей), позволяющей в достаточной степени учитывать различные личностные и социальные параметры, сопряженные с наличием психического расстройства по 1 оси, возникает необходимость вводить и оперировать при оценке состояния и решении проблем ребенка такими обобщенными понятиями как социальная дезадаптация, социальное функционирование, качество жизни, психореабилитационный потенциал, бремя семьи, группы риска, копинг-поведение (стратегии совладания с болезнью) и др. Этим обосновывается применение соответствующих методов (шкалы, опросники, тесты) для количественной и качественной оценки состояния в целом и эффективности проводимых комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Анализ проблемы социальных и медико-психологических последствий наличия психического расстройства у детей и подростков позволяет говорить о ее чрезвычайной сложности и выделить основные аспекты ее решения.

Лечебно-коррекционные стратегии в отношении всей совокупности дезадаптирующих воздействий

психического расстройства на ребенка должны рассматриваться в двух основных категориях:

- уменьшение или смягчение влияния негативных и психотравмирующих факторов, связанных с психическим расстройством;

- лечение формирующихся или обострившихся психических расстройств и психосоциальная коррекция искажений психического развития и непатологических психосоциальных отклонений и деформаций личности (усиление агрессивности, социальная апатия, ограничение контактов, сужение жизненных планов и др.).

Практическая реализация данного положения не позволяет ориентироваться исключительно на наличие психического расстройства, и возможна только в категориях психического здоровья с одновременным проведением мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике, что позволяет учитывать сложные нелинейные взаимоотношения между теми или иными психопатологическими проявлениями и характером социальной дезадаптации, особенностями социальной ситуации ребенка, включая наличие социальной поддержки, и другими факторами.

Усилия специалистов по первичной профилактике психических расстройств в контексте психосоциальной реабилитации должны быть направлены на выделение и работу с факторами и группами риска, выявление и усиление факторов, способствующих устойчивости (resilience), трансформацию копинг-стратегий и т.д. Вторичная профилактика касается лечения детей с психическими расстройствами, предупреждения рецидивов и обострений, перехода болезненного состояния в хроническое течение.

Третичная профилактика непосредственно затрагивает реабилитацию и психосоциальную коррекцию детей и подростков в плане достижения адекватного уровня функционирования, сдерживания инвалидизации и обеспечения условий для гармоничного развития личности, обеспечивающего устойчивость к действию различных дезадаптирующих факторов и делающего возможной реализацию его усилий для достижения более полной социализации и равного с другими детьми положения в обществе.

Решающим достоинством психосоциальных вмешательств, рассматриваемых как самостоятельная, наряду с психофармакотерапией, лечебная стратегия, является ориентация на их проведение полипрофессиональными бригадами непосредственно в сообществе (без изоляции от привычной микросреды), что устраняет дополнительное стигматизирующее и депримирующее, а в некоторых случаях – драматическое по своим последствиям, воздействие на ребенка пребывания в психиатрической больнице.

Кроме того, все основные виды психосоциальной терапии, такие как полипрофессиональные бригады, психообразование детей и родителей,

индивидуальное ведение случая, семейная терапия, тренинг социальных навыков, психосоциальная поддержка и др., тесно связаны друг с другом и выступают в качестве единого терапевтического инструмента, объединяющего в себе функции как непосредственно нацеленного на решение конкретных задач (формирование и поддержка мотивации к лечению и возвращению в сообщество, снятие психоэмоционального напряжения, связанного с неадекватными представлениями о психическом расстройстве, приверженность лечению и строгое выполнение рекомендаций специалистов, устранение завышенных родительских ожиданий, дестигматизация, контроль за симптоматикой, профилактика обострений и др.), так и опосредованного комплекса психосоциальных воздействий (терапевтическая среда, социальная поддержка, группы самопомощи родителей, трудотерапия и др.).

В связи с тем, что родителям принадлежит ключевая роль как в формировании личности ребенка, так и в создании микросоциальной среды, влияющей на него, проведению собственно психореабилитационных мероприятий должна предшествовать подготовительная стадия детального выяснения врачом и другими вовлеченными в оказание помощи специалистами особенностей личности родителей, особенностей их отношения к ребенку, воспитательной тактики и общей психологической атмосферы в семье. Это необходимо для построения плана лечебно-педагогической и психореабилитационной работы, а также позволяет выработать индивидуальную тактику в отношении ребенка и определить содержание психосоциальных и других мероприятий, включая формирование терапевтической среды, без создания которой воздействие на ребенка всегда дает частичный и нестойкий результат. Успешное проведение подготовительной стадии обеспечивает эффективность последующей работы.

Принцип партнерства считается стержневым в психосоциальной реабилитации у взрослых больных (6), поскольку основное требование, касающееся формирования совместными усилиями врача (и других специалистов) и больного (и его окружения) качеств, помогающих оптимально приспособлению в среде, не может быть адекватно реализовано без адресации психосоциальных воздействий к личности больного, формированию у него мотивации для активного участия в процессе интеграции в общество.

При этом кардинальным условием эффективности проводимых мероприятий является активная позиция самого пациента и его окружения как в плане готовности к сотрудничеству, так и осознанного отношения к лечению и противостоянию негативному влиянию психического расстройства. Реабилитация как процесс не может быть начата и продолжена до тех пор, пока цели и жизненные роли не определены самим пациентом.

Данный постулат тесно связан с меняющимися представлениями о сущности лечения и значением

этических аспектов в медицине, особенно в психиатрии. Недооценка традиционалистской психиатрией роли этих аспектов и следование патерналистской парадигме, основанной на этической модели Парацельса (пациент рассматривался как объект благодетельного врача), в свое время привели к появлению так называемой антипсихиатрии, то есть к практическому отрицанию медицинской модели психического расстройства.

Поэтому, как никогда остро стоят вопросы уважения прав и свобод пациента как личности, соблюдения прав ребенка (право выбора, право на информацию и др.), как это отмечено в Женевской Конвенции и Конвенции о правах детей, реализуемые в модели биоэтики (принцип «уважения прав и достоинства человека»).

В то же время, полноценная реализация принципа партнерства при работе с детьми вряд ли возможна в силу их возрастной незрелости, препятствующей достижению высокого уровня мотивации и готовности к совместной деятельности со взрослыми, а также в силу законодательных ограничений возраста принятия решения о лечении.

Речь, прежде всего, должна идти об изменении стиля взаимоотношений врача, ребенка-пациента и его родителей в сторону равноправного сотрудничества с учетом нужд и потребностей как самого ребенка, так и его ближайшего окружения. Поскольку психосоциальные воздействия в отношении детей в значительной степени опосредованы через родителей и требуют активного участия близких родственников, можно говорить о своеобразном «делегировании полномочий» больного ребенка, с одновременным повышением ответственности родителей за результаты проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, особенно на младших возрастных этапах. По нашему мнению, одним из продуктивных путей разрешения данной проблемы могло бы стать включение соответствующих договорных пунктов в расширенную процедуру информированного согласия, которая помимо этого, может служить в качестве одного из способов психообразования пациентов и родителей на начальных этапах лечения.

В подростковом возрасте, по мере созревания личности и развития самосознания, диапазон, направленность и характер применяемых способов психореабилитации приближается к наработанным у взрослых больных при сохраняющейся активной роли родителей в проводимой работе.

Критериями установленного терапевтического альянса с больным ребенком и родителями могут считаться:

- спонтанная презентация жалоб;
- признание наличия проблем, связанных с психическим расстройством;
- чувство субъективного облегчения на приеме;
- свободное обсуждение и поиск решений;
- понимание родителями важности включения ребенка в цикл «развитие-интеграция-развитие»

как основной цели психосоциальной реабилитации;

- совместное формулирование ближайших целей терапии на основе понимания необходимости изменения «жизненных сценариев»;

- договоренность о последующих визитах.

Вместе с тем, результаты проведенного нами анкетирования 42 психиатров, работающих с детьми, показали, что, практически единодушно признавая на словах необходимость сотрудничества с пациентом и семьей, на практике, более 80% врачей не готовы к повышению роли детей и родителей в процессе лечения. Показательно, что многие из них отметили, что «родители пассивны и часто не понимают, что им говорят».

Обратная ситуация отмечалась по результатам анкетирования родителей детей с психическими расстройствами. Подавляющее большинство из них выразило неудовлетворенность контактами с врачом-психиатром. В первую очередь, это касалось вопросов, связанных с обсуждением психического состояния, прогноза и альтернативных способов лечения ребенка, а также характера взаимоотношений, отсутствия диалога и «жесткой» позиции врача. Справедливости ради можно отметить, что подобное стигматизирующее, с точки зрения родителей, отношение к ним докторов отмечалось некоторыми из них не только со стороны психиатров, но и врачей других специальностей.

Подобное положение вещей свидетельствует о ригидной приверженности сформировавшемуся стилю работы, сохраняющихся патерналистских установках врачей и их недостаточной готовности работать в новых условиях.

Позитивным изменениям в данном направлении может способствовать проведение тематических психообразовательных семинаров для задействованных специалистов, включая средний медицинский персонал. Программа тренингов должна включать ознакомление и практическое овладение инструментарием психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, включая установление доверительных отношений между врачом, пациентом и родителями, что имеет колоссальное значение в реализации идеи сотрудничества и достижении максимальных результатов лечения и реабилитации.

До настоящего времени в детской психиатрии нет устоявшихся, основанных на доказательном подходе, форм мультидисциплинарного взаимодействия (17). При решении актуальных реабилитационных задач с учетом комплексного характера проблем ребенка одним из приоритетов становится создание содержательной базы для осуществления полипрофессионального (бригадного) подхода к оказанию психиатрической помощи с продвижением в сторону общественно ориентированной психиатрии.

Одними из важных организационных условий являются требования сосредоточения бригадной

работы в «одних руках» на всех этапах в рамках одного учреждения, совершенствования профессиональных навыков взаимодействия и наличия прочной внутренней связи между различными компонентами помощи. Необходимо отметить, что таким образом организованная система весьма чувствительна к выпадению даже одного из звеньев, отсутствие которого не позволяет ей работать в оптимальном режиме (13).

Использование данного подхода в психосоциальной реабилитации дает возможность включать и использовать в бригадной работе комплексную характеристику уровня социальной адаптации и психосоциального развития детей и подростков, включающую в себя оценку реального вклада и конкретных проявлений эмоциональных и поведенческих психических расстройств и индивидуально-психологических характеристик с учетом структуры психической деятельности, качества сформированности основных социальных навыков (коммуникативных, игровых, учебно-познавательных) и этапов социализации.

Основные задачи системы специализированной психиатрической помощи детям и подросткам, так или иначе, сводятся к профилактике и коррекции нарушений социально-психической адаптации личности, что является необходимым условием последующего гармоничного развития и успешной их интеграции в обществе.

Эффективность комплексной лечебно-реабилитационной помощи детям и подросткам, по нашему мнению, определяется сегодня не столько проблемой получения необходимого массива разнородных диагностических данных, сколько качеством интеграции деятельности врача, психолога, социального работника и педагога, и основой этой интеграции должен являться многоуровневый функциональный диагноз-заключение.

Основным принципом диагностики такого рода, являющейся предпосылкой комплексной бригадной работы, становится распознавание и учет влияния факторов различного уровня на степень нарушений социального функционирования, проявляющихся определенными психическими проблемами конкретного ребенка.

Поскольку возникновение эмоциональных и поведенческих проблем у детей всегда обнаруживает зависимость от двух основных групп факторов – конституционально-биологических и микросоциальных, они и должны являться объектом профессионального внимания.

В соответствии с этим систематизация и анализ результатов диагностического исследования должны осуществляться с учетом следующих положений.

1. Комплексность подхода не допускает игнорирования или недостаточного внимания ни к одному из обязательных блоков диагностической информации (врачебной, психологической, педагогической). Из этого следует, что объем обследования, проводимого

каждым специалистом, не может быть произвольным, основанным на субъективной оценке сложности конкретного случая. Это всегда должны быть сведения, достаточные для целостной оценки индивидуальных особенностей психического состояния и социального функционирования ребенка.

2. Характеристика индивидуальных особенностей психического состояния ребенка включает как выявление имеющихся эмоциональных, поведенческих и других расстройств, так и индивидуальное сочетание клинико-психологических проявлений с уровнем социально-психической адаптации.

3. Анализ результатов диагностических исследований не может ограничиваться формальной констатацией тех или иных выявленных нарушений (в порядке свободного перечисления), а обязательно должен сочетаться с попытками интерпретации их проявлений в основных сферах социальной активности ребенка (коммуникативно-поведенческой и учебно-познавательной).

В представленном подходе заложены возможности смысловой и структурной организации психореабилитационной работы с ребенком, рассматриваемым как целостная личность, испытывающая проблемы социальной адаптации, причинно связанные как с наличием тех или иных психических расстройств, так и с проблемами социально-психологического порядка.

Помощь в преодолении или смягчении этих проблем, определяющая сущность реабилитационной практики, не должна центрироваться на какой-то одной из составляющих имеющейся социальной дезадаптации, затрагивающей различные сферы личности ребенка (познавательную, эмоционально-волевою или поведенческую). Однако выявление главных зон и мишеней психосоциальных вмешательств в каждом конкретном случае является одной из основных целей бригадного взаимодействия.

Клиническая психиатрическая диагностика и ее понятийный аппарат должны в определенной степени соотноситься с аппаратом психолого-педагогической оценки и диагностики. При этом значимыми становятся не только клинико-диагностические оценки, но и социальные и психологические характеристики, параметры социального функционирования и связанные с ними социо-терапевтические и реабилитационные рекомендации.

На наш взгляд, комплексная многоосевая диагностика предписывает необходимость выполнения оптимального объема аналитической деятельности каждым специалистом в рамках его профессиональной компетенции.

При таком подходе просматривается разделение общего объекта анализа на три относительно самостоятельных блока: клинико-психопатологический, психологический и социально-педагогический.

В действительности же следует говорить лишь о «зонах преимущественной ответственности» врача, психолога и педагога, так как каждый из перечис-

сленных блоков информации всегда должен являться продуктом их коллективных усилий, то есть бригадного сотрудничества, вне зависимости от конкретных его форм.

Таким образом, сверхзадача бригадного сотрудничества на любом этапе – определение приоритетов в психосоциальной реабилитации, повышение точности и эффективности тех или иных воздействий на основе максимальной индивидуализации конкретных проблем ребенка и установления их иерархической структуры в каждом отдельном случае.

Направленность на реабилитацию придает необходимую осмысленность диагностической деятельности, осуществляемой каждым специалистом, и создает тем самым предпосылки для заинтересованного обмена информацией и интерпретации полученных данных о ребенке.

Как показывает практика, до настоящего времени представления о содержании и диапазоне профессиональных возможностей специалистов смежных специальностей являются во многих случаях неполными и неточными, несмотря на многие годы совместной деятельности.

Ориентируясь на последующие психореабилитационные мероприятия – основная «зона ответственности» психиатра, работающего с детьми и подростками, связывается с необходимостью четкого клинического обоснования выбора и проведения психосоциальных вмешательств и медикаментозной терапии психотических, ликвородинамических, аффективных и поведенческих расстройств, астенических состояний, дезорганизирующих поведение и деятельность детей как с выраженными, так и с незначительными проявлениями социальной дезадаптации.

Возможный врачебный вклад в комплексную оценку психического состояния включает:

а) оценку реальной роли выявленных психопатологических расстройств в формировании социальной дезадаптации у детей и подростков (первичность по отношению к возникающим дезадаптивным проявлениям);

б) квалификацию и дифференциацию формирования психических и поведенческих расстройств с учетом соотношения факторов биологического (включая органический) и психогенного регистров;

в) определение ведущей и сопутствующей (осложняющей) симптоматики в контексте нарушений социально-психической адаптации ребенка;

г) квалификацию аффективно-поведенческих расстройств, формирующихся на фоне неблагоприятной психотравмирующей ситуации.

Психологическое участие представлено двумя основными формами: патопсихологическое обследование и психодиагностическое тестирование.

Первое направление, основанное на использовании принципов патопсихологического анализа психической деятельности ребенка, ориентировано, прежде всего, на изучение психологических механизмов симптомообразования, формирующих и

дополняющих целостную клиническую картину и придающих ей определенную специфику, важную для ее разграничения с другими формами психической патологии.

Очевидным его достоинством является возможность получения разнообразной качественной информации о наиболее существенных сторонах психической деятельности, недостатком – ограниченная возможность количественной оценки результатов.

Психодиагностическое направление обеспечивает, главным образом, количественную квалификацию изучаемого явления, позволяющую сопоставить достижения испытуемого с результатами, статистически характеризующими как норму, так и различные варианты отклонения от нее.

Поэтому наиболее эффективный уровень применения психологического исследования ребенка может быть достигнут при гармоничном сочетании обоих направлений, что, в принципе, характеризует сегодня работу квалифицированного клинического психолога и позволяет решать следующие задачи:

а) уточнение характера и механизмов формирования нарушений эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности на основе анализа экспериментально-психологических данных и особенностей социальной ситуации;

б) установление качественных особенностей структуры психической деятельности как в операциональных, так и в мотивационных характеристиках;

в) оценка качества социально-психической адаптации личности (включая и школьную адаптацию) и вероятных механизмов ее нарушения в контексте конкретного случая.

Очевидно, что комбинированное использование обоих методов позволяет получить информацию о качестве нарушений психической деятельности; ведущих механизмах этих нарушений; наиболее сформированных звеньях психической деятельности; предполагаемом уровне потенциальных возможностей и особенностях социально-психической адаптации личности ребенка (основные зоны фрустрации, способы преодоления или компенсации социальных затруднений; механизмы психологической защиты; оценка эффективности стратегий поведения, патологические копинг-механизмы).

В структуре социально-педагогического подхода к диагностике основное внимание уделяется изучению особенностей психической деятельности, рассматривающихся в качестве факторов, специфически преломляющих внешние и, прежде всего, учебно-воспитательные воздействия на ребенка.

Психолого-педагогический метод в данном виде диагностики является преимущественно исследовательским инструментом педагога, воспитателя и дефектолога, который позволяет не только констатировать те или иные особенности или отклонения в психическом развитии ребенка, но и с достоверностью интерпретировать их проявления в учебной деятельности или в поведении детей.

Поэтому диагностический вклад педагога, непосредственно работающего и контактирующего с ребенком, может быть представлен весьма полезными сведениями, отражающими:

- а) формы проявления социальной и индивидуально-психологической дезадаптации;
- б) характер и степень выраженности затруднений в усвоении учебной программы, проблемы в межличностных взаимоотношениях и т.д.;
- в) сферу конфликтного поведения и характер аффективных реакций;
- г) вероятные причины нарушений социальной адаптации;
- д) степень эффективности применявшихся психосоциальных воздействий и психокоррекционных приемов.

Такого рода данные, полученные, как правило, в процессе достаточно тесного, длительного контакта и осмысленного наблюдения за ребенком нередко имеют гораздо более важную диагностическую ценность, чем результаты разового психодиагностического исследования, даже проведенного на хорошем профессиональном уровне.

Не менее полезными и, безусловно, необходимыми являются аналогичные сведения, ожидаемые от педагога общеобразовательной школы: педагогическая характеристика является одним из главных источников объективной информации. Вместе с тем, как показывает практика, а также данные специальных исследований, учителя массовой школы, будучи слабо ориентированными в сущности наиболее значимых проявлений дезадаптивного поведения детей и подростков, оказавшихся в депримирующих обстоятельствах, связанных с возникновением того или иного психического расстройства, далеко не всегда способны выделить и правильно оценить именно те особенности поведения и учебной деятельности ребенка, которые могут иметь конкретное диагностическое значение. Наиболее часто такая характеристика отражает поверхностные, несистематизированные, а иногда и противоречивые впечатления о ребенке, малопригодные для диагностического анализа.

По нашему опыту, тесное информативное взаимодействие членов бригады на диагностическом и в последующем коррекционном этапе работы способствует повышению объективности оценочного отношения учителя к «трудному» ребенку. Этот момент имеет крайне важное значение, так как довольно часто у педагога легко формируется устойчивый стереотип отрицательного отношения к такому ребенку, что служит дополнительным, а иногда и одним из основных источников его дезадаптации.

Как количественные оценки, так и качественные характеристики выявляемых негативных влияний позволяют существенно уточнить представления о механизмах формирования дезадаптивных отклонений в психическом состоянии ребенка, а, следовательно, повысить объективность результатов

диагностического и реабилитационного процесса, а также точность выбора конкретных объектов коррекционной работы.

Специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) ребенка оценивает особенности его семейного, школьного и социального функционирования. Отмечаются не только проблемы и трудности, но и благоприятные стороны и положительные особенности социальной ситуации.

Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента и группируются по следующим категориям: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания, ближайшее (лично-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы.

Для уточнения роли негативных социальных влияний на ребенка может использоваться анализ условий семейной социализации ребенка, а также «карта сетевых контактов» и другие приемы.

Указанные сведения являются социальными составляющими функционального диагноза, учитываемыми в работе полипрофессиональной бригады, на основе которых назначается фармакотерапия, психотерапия и психосоциальное лечение, проводятся психообразовательные и другие мероприятия для пациента и родителей.

Эффективность профессионального взаимодействия специалистов зависит от соблюдения общих принципов и некоторых правил, с учетом которых и должна строиться бригадная работа на диагностическом этапе психосоциальной реабилитации.

1. Принцип автономного получения диагностической информации.

Суть его состоит в том, что каждый специалист, во избежание индуцированных, навязанных оценок ребенка со стороны своих коллег, должен получать массив первичных диагностических данных самостоятельно, преждевременно не обмениваясь сведениями с другими специалистами.

2. Принцип соблюдения границ профессиональной компетенции.

Диагностическое обследование ребенка должно проводиться каждым специалистом в инструментальных и методических рамках, определяемых сущностью конкретного исследовательского подхода.

3. Принцип понимания диагностики как этапа психосоциальной реабилитации означает необходимость осмысления любой диагностической задачи в контексте реабилитационной помощи ребенку.

Такой уровень диагностики должен осуществляться вне зависимости от формальной констата-

ции наличия той или иной психической патологии и отклонений психического развития и охватывать все наиболее важные сферы психосоциальной активности ребенка (игровая и учебная деятельность, взаимоотношения с окружающими, особенности поведения и т.д.).

4. Принцип «совместного обсуждения», как организационный подход к созданию условий для продуктивного обмена диагностической информацией между специалистами, включает в себя несколько правил:

а) данные, представляемые для совместного обсуждения каждым специалистом, должны иметь форму аргументированного заключения, основанного на достоверном, фактическом материале (например, врачебное заключение не может быть представлено без данных медицинского анамнеза или неврологического обследования ребенка, при необходимости данных ЭЭГ и т.д.; психологическое заключение – без протоколов психологического тестирования и т.п.);

б) обсуждение всех диагностических данных должно строиться на паритетных началах, то есть должно исходно основываться на представлениях о равноценном значении каждого блока информации (медицинского, психологического, педагогического).

Соблюдение этих правил способствует более рациональному и ответственному применению профессиональных знаний каждым специалистом, а, следовательно, повышает надежность, обоснованность и практическую ценность результатов диагностического исследования.

Касаясь вопросов непосредственного проведения диагностической работы, следует подчеркнуть необходимость активного выявления детей, нуждающихся в той или иной психосоциальной помощи. На первом этапе пребывания ребенка в больнице или обращении в специализированное учреждение (адаптация к новым условиям) используется метод направленного наблюдения, включающий в качестве объектов способность ребенка к установлению и поддержанию контактов со сверстниками и персоналом, способность к целеполагающему поведению, преобладающие проявления эмоциональной и поведенческой сферы и т.д.

Этот момент имеет принципиальное значение, поскольку, существовавшая до этого практика была основана на консультативной и лечебно-коррекционной работе в основном с детьми с выраженными нарушениями поведения, не удерживающимися в рамках амбулаторного лечения. Нередко такое обращение оказывается явно запоздалым и, кроме того, эффективность профессионального вмешательства снижается из-за преимущественной концентрации лишь на индивидуально-психологических проблемах ребенка. О реальном характере проблем, испытываемых ребенком, в таких случаях удается получить лишь косвенное, неполное, а часто и искаженное представление.

Основным итогом диагностического этапа психосоциальной реабилитации являются:

- составление и обоснование адресных индивидуализированных рекомендаций медицинского, психологического и социально-педагогического характера;

- определение критериев разрешения актуальных проблемных блоков и прогнозирование динамики дальнейшего психосоциального развития ребенка (с учетом особенностей психопатологической симптоматики, характера психотравмирующего воздействия, семейной ситуации, уточнения социального и учебного статуса, наличия или отсутствия психосоциальной поддержки, появления опекунов и т.д.).

После проведения описанной диагностической дифференциации детей начинается этапный процесс собственно психосоциальной реабилитации.

Как показывает наш практический опыт, для наиболее полной реализации модели бригадного взаимодействия на данном этапе необходимо исходить из необходимости создания условий, способствующих как полноценному терапевтическому вмешательству, так и психологической защищенности ребенка, начиная с ранних этапов курации в амбулаторной сети, пребывания в больнице, дневном стационаре или социально-реабилитационном центре, обеспечение которых несомненно приводит к повышению эффективности терапевтического вмешательства как на уровне конкретного ребенка, так и всего учреждения в целом (терапевтическая среда).

Следует отметить, что основная цель создания устойчивой терапевтической и рабочей среды – обеспечение всесторонней профессиональной поддержки детей в процессе их психосоциальной реабилитации.

Таким образом, непосредственно лечебно-реабилитационная работа осуществляется в рамках сформированной терапевтической среды путем выработки с участием каждого специалиста (психолог, детский психиатр, педагог, социальная служба) индивидуального терапевтического плана при продолжении тесного динамического сотрудничества всех специалистов.

Исходя из этого, комплексная и максимально индивидуализированная бригадная работа с координирующей ролью детского психиатра, направленная на компенсацию и профилактику расстройств адаптации, включая расстройства поведения должна проводиться на основе:

1) психопатологической квалификации основных психических расстройств в соответствии с МКБ-10;

2) анализа синдромальной структуры имеющейся психической патологии;

3) анализа этапа формирования психопатологического расстройства и степени его выраженности;

4) учета возраста, пола и особенностей личности и социальной ситуации ребенка;



5) системности лечебно-реабилитационных мероприятий;

6) преимущества принципов и методов лечебно-профилактических и социально-реабилитационных мероприятий;

7) многопрофильной и интегративной деятельности специалистов смежного профиля.

Организационные формы реадaptации детей и подростков в процессе психосоциальной реабилитации и в условиях приближения к сообществу во всем их многообразии являются элементами единой системы, в которой можно выделить ряд основополагающих этапов:

1) I этап – с преимущественным использованием методов психофармакотерапии и психотерапии для детей и подростков с психическими расстройствами на фоне сформированной терапевтической среды и фланкирующих психосоциальных воздействий;

2) II этап – с приоритетностью методов психосоциальной терапии, психологической психокоррекции и лечебной педагогики;

3) III этап – с ведущим воздействием социотерапевтических методов, обеспечивающих поступательность процесса реабилитации и непрерывную социальную поддержку больных.

Выделение отдельных этапов лечебно-восстановительной помощи в определенной степени является условным, поскольку комплексный подход предусматривает динамическую систему взаимосвязанных компонентов, конечной целью которой является развитие психологически здоровой и способной к необходимой самоорганизации и социальным взаимодействиям личности.

Для практической деятельности представляется целесообразным выявление различных групп риска детей и подростков, основанное как на уровне и структуре проявлений социальной дезадаптации, так и на характере имеющихся эмоциональных и поведенческих нарушений, что обеспечивает реальную возможность дифференцированного (профильного) подхода, определения критериев прогноза и адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий независимо от структуры, характера и выраженности нарушений психического развития и степени социально-педагогической запущенности.

Профессиональное сопровождение лечебно-реабилитационного процесса полипрофессиональным коллективом специалистов с регулярной организацией этапных микроконсилиумов позволяет динамически оценивать эффективность психосоциальных вмешательств и комплексного бригадного взаимодействия и видоизменять индивидуальные терапевтические планы в зависимости от сохране-

ния, нивелировки имеющихся или появления новых актуальных проблем, связанных с психическим здоровьем ребенка.

Как следует из вышесказанного, результатом реализации технологий комплексной терапии и ранней психосоциальной реабилитации – лечебно-восстановительных и психосоциальных терапевтических мероприятий, осуществляемых путем бригадного сотрудничества для социально дезадаптированных детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами, является:

– сосредоточение на конкретных проблемах не только ребенка, но и его окружения, что обеспечивает более успешное осуществление лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на гармонию личности и нормативное развитие ребенка;

– создание оптимальной терапевтической среды для проведения реабилитации и коррекции индивидуальных факторов риска социальной дезадаптации;

– дальнейшее развитие социотерапевтических методов курации и профилактики социальной дезадаптации у детей и подростков;

– обеспечение предпосылок для превентивных подходов работы с детьми из группы риска;

– практическое исключение вероятности «выпадения» детей по разным причинам из реабилитационного процесса.

Ожидаемый социальный и экономический (ресурсосберегающий) эффект психосоциальной реабилитации рассматриваемой целевой группы заключается в повышении качества медицинской помощи, росте уровня социального функционирования, улучшении качества жизни, снижении бремени для семьи, связанного с психическим расстройством у ребенка, и обеспечении оптимальных условий для полноценного развития и гармонизации искаженной болезнью личности у данного контингента больных путем сокращения числа и длительности госпитализаций в психиатрические стационары, уменьшения количества пациентов с хронифицированными эмоциональными и поведенческими расстройствами, а также глубины и стойкости социальной дезадаптации у детей и подростков с психическими расстройствами.

Таким образом, главной целью данной работы является изложение перспективных, на наш взгляд, положений и подходов психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами. Представление конкретных форм и методов психосоциальной терапии в практике современной детской психиатрии будет являться предметом последующих сообщений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 5–20.  
2. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. –

Т. 11, № 3. – С. 5–13.  
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и реабилитации психически больных. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 179 с.  
4. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Общественно ориентирован-

ная психиатрическая служба // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5–11.

5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 491 с.

6. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 256 с.

7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.

8. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. – Л., 1981. – С. 4–14.

9. Организация многопрофильных бригад в детско-подростковой психиатрической службе Свердловской области // Практические рекомендации. – Екатеринбург, 2001. – 47 с.

10. Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей. Доклад комитета экспертов ВОЗ // Серия технических докладов 613. – Женева, 1979.

11. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – 356 с.

12. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1955.

13. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 3. – С. 27–32.

14. Antshel K.M., Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder // Child Adolescent Psychiatry Clin. N. Am. – 2008. – Vol. 17, N 2. – P. 421–437.

15. Barkley R.A. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, Suppl. 12. – P. 36–43.

16. Dreier M.P., Lewis M.G. Support and psychoeducation for parents of hospitalized mentally ill children // Health Soc. Work. – 1991. – Vol. 16, N 1. – P. 11–18.

17. David-Ferdon C., Kaslow N.J. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression // J. Clinical Child Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37, N 1. – P. 62–104.

18. Fristad M.A. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder // Dev. Psychopathol. – 2006. – Vol. 18, N 4. – P. 1289–1306.

19. Fristad M.A., Gavazzi S.M., Mackinaw-Koons B. Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 53, N 11. – P. 1000–1008.

20. Holtkamp K., Herpertz-Dahlmann B., Vloet T., Hagenah U. Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program // Eating Disorders. – 2005. – Vol. 13, N 4. – P. 381–390.

21. Jensen P.S. The role of psychosocial therapies in managing aggression in children and adolescents // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 69, Suppl. 4. – P. 37–42.

22. Last B.F., Stam H., Onland-van Nieuwenhuizen A.M., Grootenhuus M.A. Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: first results // Patient Educ. Couns. – 2007. – Vol. 65, N 1. – P. 101–112.

23. McCleary L., Ridley T. Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group // Patient Educ. Couns. – 1999. – Vol. 38, N 1. – P. 3–10.

24. Tuttle J., Campbell-Heider N., David T.M. Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study // J. Pediatric Health Care. – 2006. – Vol. 20, N 3. – P. 184–191.

## PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS: MODERN PERSPECTIVE

E. V. Koren

The author applies to child psychiatry the up-to-day concepts and practical experience accumulated in psychosocial rehabilitation of adults and stresses the importance of developing special integrative treatment and rehabilitation approaches in child psychiatry that provide the persistence and consistence of the cycle 'development – integration – development'.

He specifies the following essential points in child and adolescent psychosocial rehabilitation: treating a child with mental disorder as a personality; involving the family and partial taking over of the child's res-

ponsibilities; different therapists involved in 'complex' treatment; taking into account the age factor and development factor; good diagnosis as a stage of psychosocial rehabilitation; preventive character of psychosocial rehabilitation (saving resources); development of modules for significant spheres of child's life (family, school, 'street'); long-term and continuous psychosocial measures promoting social competence.

The paper also reflects current views on the forms, structure and mechanisms of effective cooperation within a multidisciplinary psychosocial rehabilitation team.