

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКУ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

О. В. Лиманкин

*Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1  
им. П. П. Кащенко»*

В последние два десятилетия психосоциальная реабилитация является одним из наиболее динамично развивающихся направлений психиатрии. Среди причин повышения значимости этого направления – данные об отрицательном воздействии институционализации в психиатрии, увеличение количества служб, альтернативных больничным, повышение психиатрической грамотности пациентов и членов их семей, населения в целом, смена представлений о роли различных факторов в этиопатогенезе эндогенных заболеваний, данные об ограниченных возможностях медикаментозного лечения [50].

В настоящее время подходы к лечению и реабилитации психически больных в разных странах имеют много общего [49].

В советский период реабилитационная направленность признавалась одним из организационных принципов психиатрии. М.М.Кабанов (1981) определял суть реабилитации психически больных как их ресоциализацию, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Реабилитация рассматривалась им с позиции системного подхода как динамическая система взаимосвязанных компонентов, где системообразующим фактором является восстановление статуса личности [20].

Были разработаны принципы реабилитации, этапы реабилитационных программ и формы реабилитации, [5, 7, 19], вопросы оценки ее эффективности [23, 31].

Программы реабилитации психически больных во многом зависели от местных условий, таких как подготовленность психиатрических кадров, состояние материально-технической базы, выбор основного направления в работе. Получили известность реабилитационные модели Ленинграда, Томска, Кемерово, Калуги, Винницкой и Одесской областей [21, 28]. К 1970–1980 годам в стране окончательно сложилась определенная реабилитационная структура, включавшая развитую сеть лечебно-трудовых мастерских, психоневрологических диспансеров, дневных стационаров.

Однако, несмотря на официальное признание концепции реабилитации, успешный опыт лечебно-реабилитационных моделей в ряде регионов, внушительный пакет социальных гарантий для психически больных (таких как получение бесплатных лекарств, жилищные и прочие льготы), система отечественной психиатрической помощи в советский период отличалась достаточно жесткой системой диспансерного наблюдения с большим числом ограничений для функционирования больных в социуме, «закрытостью» психиатрических учреждений, широким использованием мер стеснения и изоляции.

Существовавшая система психиатрической помощи была стационароцентричной; наиболее значительные лечебно-реабилитационные ресурсы были сосредоточены в крупных психиатрических больницах, а внебольничная реабилитационная помощь была развита недостаточно. В штатах учреждений было крайне недостаточно психологов, отсутствовали специалисты по социальной работе.

Даже система социально-трудовой реабилитации, по праву считавшаяся безусловным достижением отечественной психиатрии, страдала рядом существенных недостатков. Предлагавшийся выбор видов труда был ограничен, в основном, рутинными и примитивными (вследствие чего почти отсутствовала возможность проведения поэтапной трудовой реабилитации); малая привлекательность такого труда для больных, низкая его оплата – все это подчеркивало социальную ущербность пациентов. Трудовое переобучение и переориентация были затруднены из-за ограничения видов специальностей, отсутствия дифференцировки в зависимости от индивидуальных потребностей и склонностей больных [1, 35].

Было практически исключено какое-либо участие потребителей (пациентов и их родственников) в обсуждении вопросов планирования, развития и оценки психиатрической помощи, которая, по выражению П.Дж.Карлинга, строилась по принципу «это хорошо для нас», то есть для профессионалов [24].

В 1990 годы новые обстоятельства обусловили драматическую ситуацию в состоянии психиатрической службы в целом и вызвали необходимость в преобразовании системы реабилитации.

1. В начале 1990-х годов страна оказалась в состоянии социально-экономического кризиса, что негативным образом отразилось на развитии и возможностях психиатрической службы: в значительной степени была расстроена и дезинтегрирована система социально-трудовой реабилитации, сократились объем, качество лекарственного обеспечения и финансирование учреждений, резко уменьшилась реабилитационная база, усугубилась социальная уязвимость лиц с психическими расстройствами [11, 13, 22, 27, 28, 45].

В особенно тяжелом положении оказалась система социально-трудовой реабилитации. В связи с закрытием сети специальных цехов и участков объем трудовой терапии стал резко падать. Только в период с 1991 по 1996 год количество мест в ЛТМ сократилось на 39,8%, а число работающих больных – на 71,3% [28].

В то же время в течение 1990-х годов отмечался значительный рост первичной инвалидности (почти в два раза), рост общего числа инвалидов вследствие психических заболеваний [13, 22, 28, 38, 44, 46].

Материальное положение психически больных, вынужденная незанятость, отсутствие необходимых лекарств в амбулаторных условиях, ослабление родственных связей и социальной поддержки обусловили рост госпитализаций по «социальным показаниям» для решения бытовых и социальных вопросов [28, 38, 45].

2. Вслед за демократизацией общественной жизни, введением Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» все актуальнее стали звучать вопросы, связанные с преодолением «закрытости» психиатрических учреждений, переориентацией психиатрической практики на биопсихосоциальную модель, развитием общественно-ориентированной психиатрии (психиатрической службы с опорой на сообщество) [12].

3. В связи с известным клиническим патоморфозом – в сторону смягчения симптоматики, отсрочки неблагоприятных исходов, а также в связи с появлением новых поколений антипсихотиков и антидепрессантов, расширением возможностей психофармакотерапии существенно улучшился клинический прогноз при многих психических заболеваниях, появились новые возможности для включения пациентов в различные психосоциальные программы. Следствием этого стало новое звучание проблемы реабилитации [42].

4. Новый акцент в планировании и реализации реабилитационных программ возник в связи с появлением в психиатрии (вслед за другими медицинскими областями) концепции качества жизни пациента [16, 18, 48].

В современной концепции процесса реабилитации акцент делается не на то, как функционируют получатели помощи [49]. Организаторы психиатрической помощи должны быть заняты не только разработкой дополнительных структур для обеспечения пользователей теми или иными услугами, а организацией сообщества как основного резерва оказания помощи [24].

Указанные факторы обусловили необходимость реформирования существовавших лечебно-реабилитационных моделей, появления новых тенденций и подходов.

Наиболее масштабным проектом международного сотрудничества в области психосоциального лечения и реабилитации стала Канадско-Российская программа по инвалидности (КРПИ), координаторами которой в 2003–2007 годы были с канадской стороны – университет Калгари, с российской – Московский НИИ психиатрии. Участниками программы стал ряд региональных служб (Омская, Тамбовская, Рязанская области, Ставропольский край), психиатрических учреждений (Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко, Московская городская психиатрическая больница №10) и Всероссийская общественная организация инвалидов «Новые возможности». Одним из внедренных инструментов планирования и оценки деятельности реабилитационных служб стало исследование клинко-социальных характеристик различных категорий, что позволяло определить проблемные группы и выбрать адресованные им формы психосоциальной работы [15].

Обучение сотрудников многих учреждений дало толчок к внедрению в практику психиатрических служб регионов и учреждений различных форм и методов психосоциальной работы (психообразование, тренинги социальных навыков, групповая работа, полипрофессиональное бригадное обслуживание); развертыванию соответствующих организационных модулей – общежитий для больных, утративших социальные связи (в различных формах, в т.ч. звеньевой системы), отделений первого психотического эпизода, отделений по типу «стационар на дому», отделений «настойчивого лечения» и других типов реабилитационных подразделений [8, 15, 25, 30, 41].

Следует отметить опыт взаимодействия с учеными и организаторами психиатрической помощи ряда других стран, Санкт-Петербургского НИИ им. В.М.Бехтерева, Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2, Российской психотерапевтической ассоциации, «Клиники динамической психиатрии Ментершвайге» в Мюнхене [2, 43].

Психиатрические учреждения Санкт-Петербурга изучали опыт соответствующих служб скандинавских стран [47]. В рамках программы Евросоюза ТАСИС был реализован проект междунаро-

ного сотрудничества в области психосоциальной реабилитации, участниками которого стали Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко в области психосоциальной работы и организация «защищенного жилья» [29]. Осуществляется российско-французское сотрудничество с городскими психиатрическими больницами (№1 им. П.П.Кащенко и №3 им. И.И.Скворцова-Степанова и объединение «Детская психиатрия»). Проект, имеющий государственную поддержку французской и российской сторон, направлен на развитие различных форм общественно-ориентированной психиатрии, расширение практического использования различных форм психотерапии и психосоциальной реабилитации.

Проект международного сотрудничества объединил страны Баренц-региона и Архангельскую область [36].

В Свердловской области был реализован российско-британский проект (участники: Лондонский институт психиатрии и Королевский колледж Великобритании, психиатрическая служба Свердловской области), целью которого было способствование внедрению в практику различных методов психосоциальной реабилитации, групповой работы с больными, организации системы «жилья с поддержкой» [39].

Участниками международного сотрудничества в области развития психосоциального направления стали и традиционно самые «закрытые» учреждения – психиатрические больницы специального типа [6, 40, 61].

Говоря в целом о периоде изучения и адаптации опыта развитых стран, следует отметить, что выбор тех или иных технологий соотносился с особенностями региональных служб, типами имеющихся организационных структур.

Подводя предварительные итоги развития отечественной психиатрии в сторону общественно-ориентированной службы, И.Я.Гурович (2007) выделяет следующие [4, 12]:

1. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация получают все более широкое распространение и признание в качестве приоритетных со стороны все более широкого круга профессионалов.

2. К настоящему времени разработаны принципы психосоциальной терапии, этапность реабилитации и целый ряд соответствующих организационных модулей. Существует значительное число учреждений и служб, в которых групповая психосоциальная терапия и реабилитация стали рутинными и проводятся наряду с фармакотерапией во всех отделениях.

3. Несмотря на существенные трудности, связанные с разработкой основанных на доказательствах методов оценки эффективности реабилитации, к настоящему времени накапливается все большее число данных, свидетельствующих о том, что включение

психосоциальных вмешательств в комплексную терапию на разных этапах психиатрической помощи оказывается эффективным в отношении сокращения сроков стационарного лечения, уровня повторных госпитализаций, длительных и частых госпитализаций, улучшения различных показателей социального функционирования больных, уменьшения нагрузки на семью.

В качестве примера можно привести отечественные данные последних лет – об эффективности включения в комплексную терапию психосоциальных вмешательств на раннем этапе оказания психиатрической помощи – в клинике первого психотического эпизода [33], аналогичные данные о системе помощи больным шизофренией с частыми (ежегодными) обострениями и длительными госпитализациями [17].

4. Существенные изменения отмечаются на организационном уровне, что проявляется в изменении структуры психиатрической помощи с ориентацией на развитие форм помощи непосредственно в сообществе.

В настоящее время сформировался целый ряд ответствующих форм:

- а) бригады настойчивого (ассертивного) лечения в сообществе;
- б) отделения (бригады) психиатрической помощи на дому;
- в) внебольничные реабилитационные отделения;
- г) группы психообразования семей психически больных;
- д) формы межведомственного взаимодействия психиатрических и социальных служб в процессе реабилитации психически больных;
- е) различные виды жилья под защитой (групповые дома) для психически больных, утративших социальные связи – дифференцированных по состоянию, в городе/сельской местности, в том числе с трудоустройством;
- ж) предоставление квартир для самостоятельного проживания;
- з) дневные стационары;
- и) пункты трудоустройства (совместно с центрами занятости) при диспансерах;
- к) клиники первого психотического эпизода с долговременной программой наблюдения и лечения;
- л) общественные организации лиц с психическими расстройствами и их родственников.

5. Становление организаций потребителей, в частности, создание Всероссийской Общественной организации инвалидов вследствие психических заболеваний «Новые возможности», имеющей филиалы более чем в 53 регионах РФ, проводящей постоянную работу.

6. Возрастание роли общественно-ориентированных форм помощи нашло отражение в разработке нормативных документов. Так, существенное ме-

сто в Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями на 2007–2011 гг.» заняли такие направления, как переход к полипрофессиональному бригадному обслуживанию, внедрение на всех этапах помощи психосоциальной терапии и реабилитации [4, 12].

Несмотря на то, что психосоциальное лечение и реабилитация занимают все больший сегмент в структуре психиатрической помощи, а реабилитационные принципы получают все большее признание, сохраняются многие дискуссионные моменты, касающиеся как отдельных вопросов внедрения психосоциальных технологий в практику, так и концептуальных основ реабилитации.

Рассматривая процесс формирования общественно-ориентированной психиатрии (community psychiatry), И.Я.Гурович и Я.А.Сторожакова [14] выделяют две связанные с этим проблемы:

1. Среди населения сохраняется критический потенциал в отношении службы, основанной на обществе, выражаемый через СМИ. Особый резонанс в этой связи вызывают два явления – рост числа бездомных психически больных и случаи агрессии (несмотря на то, что в исследованиях доказано, что рост числа бездомных не является следствием планового перемещения пациентов из психиатрических учреждений, а уровень общественно опасных действий психически больных в известной степени отражает уровень криминальных действий в обществе, составляя, однако, небольшую его часть).

2. Возрастание нагрузки на семью, социальное окружение и общество в целом. В конечном счете, эта нагрузка оборачивается «выгодами», но их появление отставлено по времени [14].

В этой связи И.Я.Гурович и О.Г.Ньюфельдт [15] задаются вопросом, следует ли при переходе к общественно-ориентированной психиатрии определить, как далеко простирается предел помощи, относящийся к компетенции психиатров, а что может быть отнесено к задачам сообщества, его институтов, вовлеченных в решение проблем психического здоровья? Следует ли говорить о континууме задач, решение которых требует того или иного преимущественного вклада – биологического, социально ориентированного? Где проходит граница компетенции специалистов и что может быть «поручено» обществу (вопрос особенно важен с учетом традиционной для отечественной психиатрии патерналистской парадигмы)?

Является важным вопрос о том, должна ли психиатрическая служба – при возрастающем разнообразии звеньев и форм ее оказания, адресованных различным категориям пациентов с разными задачами терапии и реабилитации – сохранять свою специфику и структуру, стремиться к дискретности, растворяясь в количестве элементов и структурах общества, вплоть до того, чтобы стать «невидимкой»? [15].

Большое число зарубежных авторов пишут об отсутствии зависимости между различными психопатологическими характеристиками и способностью больного к независимому проживанию и трудоустройству [49, 56, 62]; о том, что нозологический диагноз не дает определенной информации о прогнозе реабилитационных мероприятий; что умения и навыки больного лишь в незначительной степени определяются симптоматикой болезни [51, 53, 58]; что фармакотерапия воздействует на симптоматику, но не доказано ее влияние на продуктивность работы пациентов [57, 59, 62]; что к предикторам успешной реабилитации относится только система оказания помощи, а не нозологический диагноз, результаты предварительного тестирования интеллектуальных способностей личности или психопатологическая симптоматика [52].

Другие авторы усматривают в этом дисбаланс в предлагаемой биопсихосоциальной модели (ослабление биологического компонента) и даже определенный отрыв реабилитации от медико-биологической основы [32]. Авторы подчеркивают, что традицией отечественной психиатрии была интеграция медико-биологического аспекта (включая тщательный анализ типологии нервно-психических расстройств) с психологическим, основанным на личностно-активизирующем подходе, и выделяют различия в подходах к реабилитации традиционно принятые в отечественной психиатрии и «западные» [26].

Одной из важных проблем при разработке и внедрении психосоциальных программ является оценка их эффективности. Способствовать ее решению, по мнению В.С.Ястребова и соавт., может использование системного подхода, в рамках которого психосоциальная реабилитация рассматривается как определенное множество элементов, свойства которого определяются их многообразными связями между собой и с внешней средой [50].

Проблемой внедрения психосоциальных технологий в практику является дефицит нормативной базы многих организационных форм – таких, например, как отделения первого психотического эпизода, системы «защищенного жилья», различных типов реабилитационных отделений. Это является одной из причин того, что спектр психосоциальных технологий и их организационная представленность существенно разнятся по регионам.

Целый ряд организационных и методологических проблем связан с переходом к полипрофессиональному бригадному обслуживанию, заявленному в качестве одной из задач Подпрограммы «Психические расстройства» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы». Доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов является одним из индикаторов эффективности Подпро-

граммы и планировалась на конец 2011 года в размере 40,9% [37].

Однако реализация этого подхода сдерживается значительным дефицитом медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе, врачей-психотерапевтов в большом числе регионов. Существуют и другие организационные проблемы перехода к полипрофессиональному бригадному обслуживанию, в рамках которого реальной должна стать совместная работа различных специалистов. Так, увеличение штатов врачей-психотерапевтов не всегда способствует решению этой задачи: в свое время наблюдалось формирование «своего» контингента пациентов психотерапевтическими отделениями и кабинетами внебольничных служб, а сегодня звучат предложения о выделении психотерапевтических отделений внутри психиатрических стационаров. Это может привести к вычленению психотерапевтической работы из формата полипрофессионального обслуживания и ограничить возможности использования групповых психотерапевтических методов в системе психосоциального лечения и реабилитации значительной части основного контингента пациентов психиатрических больниц [10].

Широкое внедрение в практику психосоциальных технологий, полипрофессионального бригадного обслуживания сопровождается приходом в психиатрические учреждения новых сотрудников – социальных работников, специалистов по социальной работе; значительно выросло представительство медицинских психологов и врачей-психотерапевтов. Все это делает актуальной задачу обучения различных категорий специалистов формам и методам психосоциальной работы, а также совместной деятельности в составе полипрофессиональных бригад.

Требуется создание адекватной программы обучения также волонтеров, включение их в систему совместной с профессионалами подготовки [49, 54].

Традиционные программы обучения (вузовского, послевузовского, сестринского) отстают от практики и недостаточно учитывают требования к подготовке персонала психиатрических учреждений, который формирует новый характер взаимоотношений между пациентом и его окружением, новое содержание терапевтической среды. В этом отношении российская система обучения и переобучения специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, несет на себе отпечаток тех же проблем, что и аналогичные системы других стран. Как указывал П.Дж.Карлинг, традиционные учебные программы подготовки работников сферы охраны психического здоровья США сосредоточены главным образом на патологии и на потребностях пациентов в лечении, а не на отдельном человеке в целом с его спектром потребностей. Вузы не включают в свои учебные планы большую часть тех знаний, которые напол-

нили эту сферу в течение последних полутора десятилетий [55, 60].

П.Дж.Карлинг [24] констатирует, что фактически все достижения, преобразовавшие сферу психического здоровья в последние годы, не нашли отражения в учебниках, по которым готовятся очередные поколения профессионалов. Он делает вывод о том, что реформа системы охраны психического здоровья невозможна без существенного трансформирования университетского образования, поскольку развитие общественно ориентированной психиатрии ставит серьезные вопросы перед каждой из академических дисциплин, входящих в сферу охраны психического здоровья.

В России, при отсутствии сложившейся системы обучения психосоциальной работе, учреждения, внедряющие в практику психосоциальные технологии, были вынуждены решать задачу соответствующей подготовки сотрудников самостоятельно. В некоторых регионах участниками такой подготовки были зарубежные специалисты. Единственным центром в РФ, систематически проводящим обучение различных категорий специалистов, участвующих в психосоциальной бригадной работе, является Московский НИИ психиатрии, в котором на различных курсах и семинарах было подготовлено в общей сложности около 500 профессионалов (психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе) из 53 регионов России [12].

Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М.Бехтерева в последнее время реализует программу подготовки специалистов по арт-терапии. Некоторый опыт обучения формам групповой, тренинговой работы в рамках полипрофессионального бригадного обслуживания был в Санкт-Петербургской ГМА им. И.И.Мечникова [9], аналогичные программы используются в ряде других учебных заведений, что, тем не менее, не решает проблему в целом.

Как вышеперечисленные, так и другие проблемы, связанные с развитием психосоциальной реабилитации, делают актуальными различные формы кооперации специалистов с целью координации усилий энтузиастов, выработки общих подходов, трансляции положительного опыта.

Такая потребность стала предпосылкой к созданию в 2011 году Всероссийской Ассоциации центров психосоциальной реабилитации. При том, что те или иные реабилитационные подходы присутствуют практически во всех регионах, степень их представленности и развитости сильно отличается. По предварительным оценкам инициаторов создания Ассоциации, в стране насчитывается 35 реабилитационных центров (учреждений или служб), отвечающих следующим требованиям:

- использование той или иной разработанной психосоциальной технологии;
- наличие штата соответствующе подготовленных специалистов;

- наличие системы оценки результатов;
- наличие программы развития [34].

Формы работы Ассоциации включают регулярные рабочие совещания (на которых обсуждаются вопросы теории, методологии, образования и т.д.) и посещения центров реабилитации в различных регионах для взаимного обмена опытом. Внутри Ассоциации созданы рабочие группы специалистов по отдельным вопросам, таким как система «защищенного» жилья, отделения первого психотического эпизода, психофармакотерапия в системе психосоциальной реабилитации, работа с «потребителями», подготовка и обучение персонала и др.

В фокусе внимания оказались различные проблемы, связанные с внедрением в клиническую практику психосоциальных технологий.

Отмечалось, что вопросы реабилитации недостаточно представлены в региональных целевых программах развития психиатрической помощи.

По общему признанию, проблемой остается недостаточное использование психиатрическими службами внешних ресурсов, потенциала взаимодействия с различными государственными и общественными институтами, а также с организациями потребителей помощи, дефицит нормативной базы, трудности в оценке эффективности реабилитационных программ, проблемы преемственности в работе больничных и амбулаторных реабилитационных служб.

Часть зафиксированных проблем относится к тем или иным реабилитационным направлениям, таким

как «жилье с поддержкой» (создание ступенчатой системы жилья с различной степенью вовлеченности медицинских и социальных служб), отделения первого психотического эпизода (проблема организации последующего после лечения в таких подразделениях ведения пациентов), арт-терапия (юридические и этические вопросы). При этом проблемными являются и некоторые общие вопросы – такие как недифференцированное назначение психосоциальной терапии, что связано, по мнению ряда специалистов, с изъянами современной классификации психических расстройств (в первую очередь, шизофрении).

Многие практики критиковали бытующее среди руководителей здравоохранения мнение о том, что внедрение психосоциальных, психотерапевтических методов не требует существенных материальных затрат (таким подходом обосновывается снижение стоимости лечения при внедрении реабилитационных форм). В реальности же применение реабилитации требует как существенного улучшения оснащенности клиник, так и расходов на обучение специалистов.

Ассоциация, созданная по принципу «горизонтали», ставит своей задачей инвентаризацию практических проблем реабилитационного направления, объединение усилий и выработку алгоритма успешных решений. С учетом этого, обилие перечисленных проблем, неразработанность многих вопросов служат не поводом для пессимизма, а стимулом для активной работы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Пушай С.А., Пысняк В.А. и соавт. Дальнейшее развитие принципов нестеснения в процессе производственной реабилитации психически больных // Проблемы «нестеснения» в современной психиатрии. Мат. Всерос. научно-практ. конф. психиатров. М., 1991. С. 56–58.
2. Бабин С.М. Психотерапевтическая помощь в психиатрическом стационаре // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В.Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009. Т. II. С. 38–47.
3. Бабин С.М. Соотношение психотерапии и психосоциальных воздействий // Вестник психотерапии. 2006. №15 (20). С. 19–27.
4. Бригадное полипрофессиональное (включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию) оказание психиатрической помощи (сборник методических рекомендаций). М.: Медпрактика, 2011. 284 с.
5. Вовин Р.Я., Иванов М.В., Фактурович А.Я. и соавт. Психосоциальные воздействия и биологическая терапия в общей системе реабилитации психически больных // VI Всероссийский съезд психиатров. Томск. 24–26 октября 1990 г. Тезисы докладов. М., 1990. Т. 2. С. 58–59.
6. Воронина Н.С., Котова Т.А. Первый опыт работы социальных педагогов в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии / Под ред. В.Д.Стяжжина. СПб., 2001. С. 47–50.
7. Восстановительное лечение, трудовое обучение и трудоустройство психически больных в РСФСР: Методические рекомендации / Под ред. М.М. Кабанова. Л.: НИИ им. В.М.Бехтерева. 1985. 32 с.
8. Гажа А.К., Монастырский В.А., Струкова Е.Ю. Построение системы поэтапной психосоциальной реабилитации в психиатрическом стационаре // Проблемы и перспективы развития стационарной помощи (в двух томах) / Под ред. О.В.Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009. Т. II. С. 100–105.
9. Гуйдо Д.Н., Соколова Л.И., Гунашвили Л.В., Капитонова Е.С. Опыт работы реабилитационного отделения // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии / Под ред. В.Д.Стяжжина. СПб., 2001. С. 22–25.
10. Гурович И.Я. Психиатрическая помощь в России: актуальные проблемы // Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы / Под ред. В.С.Ястребова, В.Г.Ротштейна. М.: РАМН, 1997. С. 14–23.
11. Гурович И.Я. Психиатрия с опорой на общество и многоаспектность проблемы совершенствования психиатрической помощи // Мат. Рос. конф. «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». М.: Медпрактика-М, 2004. С. 46–48.
12. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на сообщество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 44–56.
13. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999). М.: Медпрактика-М, 2000. 508 с.
14. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 1. С. 5–10.
15. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. Предисловие // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 19–22.
16. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медпрактика-М, 2002. 180 с.
17. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 24 с.

18. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. История, предмет и методы социальной психиатрии // *Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. М.: Медицина, 2001. С. 10–35.*
19. Кабанов М. М. Проблемы реабилитации психически больных и качество их жизни // *Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 1. С. 22–27.*
20. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Изд. 2-е, дополн. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
21. Кабанов М.М., Корабельников К.В. Некоторые психологические аспекты реабилитации психически больных в стационарных условиях // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1977. Т. LXXVII, № 12. С. 1860–1872.*
22. Казаковцев Б.А. Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в России // *Материалы международной конференции психиатров 16–18 февраля 1998 г., Москва. М.: Фармединфо, 1998. С. 15–22.*
23. Казаковцев Б.А. Социально-трудовая реабилитация психически больных в России: история и перспективы // *Реформы служб психического здоровья: проблемы и перспективы / Под ред. В.С.Ястребова, В.Г.Ротштейна. М.: РАМН, 1997. С. 14–23.*
24. Карлинг П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение системы поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Пер. с англ. Киев: Сфера, 2001. 442 с.
25. Кольцов А.П., Ландышев М.А. Программа защищенного жилья «Дом на половине пути» // *Мат. Рос. конф. «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». М.: Медпрактика-М, 2004. С. 63–64.*
26. Коробов М.В., Дубинина И.А. Реабилитация инвалидов // *Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. СПб.: Гиппократ, 2005. С. 32–64.*
27. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность // *Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 2. С. 5–6.*
28. Лившиц А.Е. Концепция реабилитации в социальной психиатрии // *Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. М.: Медицина, 2001. С. 497–516.*
29. Лиманкин О.В. Реабилитация больных в психиатрическом стационаре: российско-финский опыт сотрудничества // *Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / Под ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова. СПб.: СЗПД, 1999. С. 54–58.*
30. Лиманкин О.В., Лаптева К.М. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи // *Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 2. С. 99–104.*
31. Мелехов Д.Е. Показатели эффективности реабилитационной работы в психиатрических учреждениях // *Клинические аспекты социальной реабилитации психически больных. М., 1976. С. 4–11.*
32. Милютин С.М., Смирнов А.П., Быков А.Ф. О современных концепциях психосоциального аспекта реабилитации в психиатрии // *Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В.Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009. Т. II. С. 156–159.*
33. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: 2005. 24 с.
34. Морозов П.В., Зубков Р.С. Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации, итальянская психиатрическая реформа и инициатива датской компании // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2011. № 2. С. 68–70.*
35. Мухин А.А., Гончаров М.В., Нарышкин А.В. О некоторых аспектах инвалидности при психических заболеваниях // *VI Всероссийский съезд психиатров. Томск. 24–26 октября 1990 г. Тезисы докладов. М., 1990. Т. 2. С. 81–83.*
36. Открытый диалог в психиатрической практике Баренц-региона / *Под ред. П.И.Сидорова, Я.Сейкулы. Архангельск: СГМУ, 2003. С. 368.*
37. Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 г. № 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»».
38. Рубина Л.П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы Санкт-Петербурга // *Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / Под ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова. СПб.: СЗПД, 1999. С. 50–57.*
39. Современные подходы к организации социальной реабилитации в психиатрии / *Под ред. Э.В.Петраков, И.А.Левина, Д.Н.Немытых. Екатеринбург: СОМК, 2005. 108 с.*
40. Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А. Современные реабилитационные программы в условиях принудительного лечения психически больных // *Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии / Под ред. В.Д.Стяжкина. СПб., 2001. С. 20–21.*
41. Уткин А.А., Антошкина Н.К., Степанова О.Н., Харин А.Н. Программа «Жилье с поддержкой» – инновационная форма психиатрической помощи // *Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В.Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009. Т. II. С. 141–150.*
42. Хохлов Л.К. Патоморфоз психических заболеваний и проблема «нестеснения» психически больных // *Проблемы «нестеснения» в современной психиатрии. Мат. Всес. научно-практ. конф. психиатров. М., 1991. С. 43–45.*
43. Чернягов В.Ф. Концепция динамической психиатрии Гюнте-ра Аммона и перспективы ее применения в России // *Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / Под ред. О.В.Лиманкина, В.И.Крылова. СПб.: СЗПД, 1999. С. 115–121.*
44. Чуркин А.А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний // *Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. М.: Медицина, 2001. С. 296–314.*
45. Чуркин А.А. Психическое здоровье населения в период социально-экономических реформ // *Материалы международной конференции психиатров. 16–18 февраля 1998 г., Москва. М.: Фармединфо, 1998. С. 108–109.*
46. Шаломайко Ю.В. Социально-трудовая реабилитация психически больных в новых российских реалиях // *XIII съезд психиатров России. М.: Медпрактика, 2000. С. 40–41.*
47. Шестернин С.Л. Российско-шведский опыт сотрудничества в области психосоциальной реабилитации // *Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В.Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009. Т. II. С. 361–367.*
48. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999. 432 с.
49. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Пер. с англ. Киев: Сфера, 2001. 280 с.
50. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2008. Т. 108, № 6. С. 4–10.*
51. Anthony W.A., Carkhuff R.R. The functional professional therapeutic agent // *Effective psychotherapy / A.Gurman, A.Razin (Eds.). London: Pergamon Press, 1978. P. 84–119.*
52. Anthony W.A., Jansen M.A. Predicting the vocational capacity of the chronically ill: research and policy implications // *Am. Psychologist. 1984. Vol. 39. P. 537–548.*
53. Arthur G., Ellsworth R.B., Kroeker D. Schizophrenic patient post-hospital community adjustment and readmission // *Social Work. 1968. Vol. 78. P. 76–84.*
54. Carkhuff R.R. The development of human resources. New-York: Holt, Rinehart & Winston, 1971.
55. Carling P.J. Principles for promoting community integration of people with psychiatric disabilities: The challenge to the academic psychology community // *Service needs of the seriously mentally ill: training implications for psychology / D.L.Johnson (Ed.). Washington: American Psychological Association, 1990. P. 37–41.*
56. Center for Psychiatric Rehabilitation. Research and training center final report (1984–1989). Boston University, 1989.
57. Dion G.L., Cohen M.R., Anthony W.A., Waternaux C.S. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization // *Hosp. Comm. Psychiatry. 1988. Vol. 39. P. 652–657.*
58. Ellsworth R.B., Foster L., Childers B. et al. Hospital and community adjustment as perceived by psychotic patients, their families and staff // *J. Consult. Clin. Psychol. 1968. Vol. 32. P. 1–41.*
59. Englehardt D.M., Rosen B. Implications of doing treatment for the social rehabilitation of schizophrenic patients // *Schizophr. Bull. 1976. Vol. 2. P. 454–462.*
60. Halter C.A., Bond G.R., Graaf-Kaser R.D. How treatment of persons with serious mental illness is portrayed in undergraduate psychology textbooks // *Comm. Mental Health J. 1992. Vol. 28, N 1. P. 29–42.*
61. Hollander R., Pieterse F., Weijts W. (Eds.). Prison mental health and penitentiary psychiatry. Global Initiative on Psychiatry, 2010. 235 p.
62. Turner R.J. Jobs and schizophrenia // *Social Policy. 1977. May/June. P. 32–40.*

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКУ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

О. В. Лиманкин

В статье представлен ретроспективный анализ трансформации системы реабилитации психически больных в стране за последние два десятилетия, обобщается опыт международного сотрудничества в области психосоциальной реабилитации. Также рассматриваются дискуссионные вопросы и проблемы, связанные с внедрением в практику психиатрических учреждений психосоциальных технологий, включая такие, как переход к полипрофессиональному обслуживанию, вопросы оценки эффективности реабилитации, обучение персонала

учреждений, регламентация деятельности реабилитационных служб. В статье также представлена деятельность Всероссийской Ассоциации центров психосоциальной работы, объединяющей 35 учреждений и центров различных регионов страны.

**Ключевые слова:** психосоциальная реабилитация, полипрофессиональное бригадное обслуживание, обучение методам психосоциальной работы, Всероссийская Ассоциация центров психосоциальной работы.

## CURRENT CHALLENGES IN INTRODUCTION OF REHABILITATION TECHNOLOGIES INTO PSYCHIATRIC FACILITIES PRACTICE

O. V. Limankin

This article presents a retrospective analysis of changes in the rehabilitation system for mental patients during recent two decades and contains an overview of international cooperation in the field of psychosocial rehabilitation. It also considers a number of disputable issues and problems of introduction of new psychosocial technologies into everyday functioning of psychiatric facilities, specifically, multidisciplinary team work, evaluation of rehabilitation efficacy, personnel training, developing norms

concerning functioning of rehabilitation services. The author describes the activities of the Russian Association of Psychosocial Centers that unites 35 facilities and centers in different regions of the country.

**Key words:** psychosocial rehabilitation, multidisciplinary team work, learning methods of psychosocial work, the Russian Association of Psychosocial Centers.

---

**Лиманкин Олег Васильевич** – кандидат медицинских наук, главный врач Санкт-Петербургского ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко», главный психиатр-эксперт Росздравнадзора по Северо-Западному ФО РФ; e-mail: limankin@mail.ru