И. Я. НОВИЦКИЙ

СИНДРОМ РОДСТВЕННИКА В ПСИХИАТРИИ



МОСКВА 2026

Игорь Новицкий

Синдром родственника в психиатрии. Биопсихосоциальные механизмы, нозологическая специфика и комплексная помощь

«Автор»
2026

Новицкий И. Я.

Синдром родственника в психиатрии. Биопсихосоциальные механизмы, нозологическая специфика и комплексная помощь / И. Я. Новицкий — «Автор», 2026

Родственник часто первым замечает изменения в состоянии пациента, помогает восстановить историю болезни и берёт на себя часть повседневного ухода. Его участие может облегчать лечение и возвращение к самостоятельной жизни. В других обстоятельствах привычные проверки, ограничения или замещение действий сохраняются и после того, как потребность в них изменилась. Как определить, какая помощь необходима сейчас и что следует пересмотреть?В научно-практической монографии И. Я. Новицкого «Синдром родственника в психиатрии» семейное взаимодействие рассматривается на всех этапах помощи — от первого обращения и кризисного вмешательства до реабилитации и длительного ухода. Автор предлагает исследовательскую концепцию, связывающую представления близкого о болезни, его переживания и повторяющиеся способы участия.

© Новицкий И. Я., 2026
© Автор, 2026

Содержание

ВВЕДЕНИЕ 7
Постановка проблемы и единицы анализа 8
Объект, предмет, цель и задачи 9
Научные вопросы и исследовательские гипотезы 11
Источники материала и пределы выводов 12
Уровни доказательности и правила интерпретации 13
Этические основания 14
Часть I. Теоретические основания концепции 15
Глава 1. Родственник как предмет изучения в психиатрии 15
1.1. Семья в истории понимания психического заболевания 15
1.2. Родственник как источник анамнестических сведений 16
1.3. Родственник как участник лечения и повседневного ухода 16
1.4. Родственник как самостоятельный получатель помощи 17
1.5. Семейные отношения до заболевания и после его возникновения 17
1.6. Значение родства, совместного проживания и фактического участия 18
1.7. Близкий человек вне кровного родства: супруг, партнёр, опекун 19
Глава 2. Существующие концепции семейного взаимодействия 20
2.1. Выраженные эмоции: критика, враждебность и сверхвовлечённость 20
2.2. Семейная аккомодация 20
2.3. Бремя ухода и истощение родственников 21
2.4. Гиперопека, контроль и нарушение автономии 22
2.5. Привязанность, семейные границы и межпоколенческие отношения 22
2.6. Созависимость: содержание и границы применимости понятия 23
2.7. Семейная стигма и сокрытие заболевания 23
2.8. Исторические представления о «патогенной семье»: критический анализ 24
2.9. Области пересечения существующих моделей 24
Глава 3. Авторская концепция «синдрома родственника» 27
3.1. Исходные клинические наблюдения 27
3.2. Феномен родственника и его адаптивные и дезадаптивные проявления 28
3.3. Рабочее определение конструкта 28
3.4. Предполагаемое ядро и вариативные признаки 29
3.5. Состояние родственника, его поведение и характер взаимодействия: разграничение уровней 29
3.6. Синдром, паттерн, реакция и семейная ситуация 30
3.7. Условия обоснования самостоятельности концепции 31
3.8. Границы применения и возможные основания для пересмотра 31

Глава 4. Биопсихосоциальная модель и методология исследования 33
4.1. Общая семейная уязвимость и индивидуальные особенности 33
4.2. Психологические механизмы и социальные условия 33
4.3. Взаимное влияние пациента и родственника 34
4.4. Зависимость взаимодействия от нозологии, стадии и тяжести заболевания 35
4.5. Версии пациента, родственника и специалиста 35
4.6. Ассоциация и причинность 36
4.7. Смещения клинического наблюдения 36
4.8. Гендерные, возрастные и культурные факторы 37
Часть II. Общая клиническая архитектура 39
Глава 5. Психическое состояние и ресурсы родственника 39
5.1. Тревога, страх и переживание неопределённости 39
5.2. Вина, стыд, гнев и чувство несправедливости 39
5.3. Истощение, нарушения сна и соматическое неблагополучие 40
5.4. Переживание изменения личности и возможностей близкого 41
5.5. Собственные психические расстройства родственника 41
5.6. Материальные, социальные и психологические ресурсы 42
5.7. Основания для отдельного обследования и помощи 42
Глава 6. Представления о болезни и формирование запроса 44
6.1. Субъективная модель заболевания 44
6.2. «Не может», «не хочет», «делает назло»: интерпретации поведения 44
6.3. Отрицание, преуменьшение и преувеличение нарушений 45
6.4. Ожидания выздоровления, самостоятельности и послушания 46
6.5. Медикализация семейных разногласий 46
6.6. Ожидания от лекарств, психотерапии и госпитализации 47
6.7. Расхождение интересов и целей участников 47
Глава 7. Основные способы взаимодействия 49
7.1. Поддержка и содействие самостоятельности 49
7.2. Гиперопека и избыточный контроль 49
7.3. Критика, обвинения и обесценивание 50
7.4. Заверения, участие в ритуалах и поддержание избегания 50
7.5. Замещение деятельности пациента 51
7.6. Непоследовательность требований 51
7.7. Эмоциональное дистанцирование и отвержение 52
7.8. Принуждение, насилие и пренебрежение потребностями 52
Глава 8. Предварительные профили и динамика взаимодействия 54
8.1. Тревожно-гиперопекающий профиль 54

8.2. Критически-контролирующий профиль 54
8.3. Аккомодирующий и спасательский профиль 55
8.4. Истощённо-дистанцирующийся профиль 55
Конец ознакомительного фрагмента. 56

Игорь Новицкий
Синдром родственника в психиатрии. Биопсихосоциальные механизмы, нозологическая специфика и комплексная помощь

ВВЕДЕНИЕ

Изучение родственника в психиатрии связано с необходимостью объяснения различий между выраженностью психического расстройства, характером обращения за помощью и условиями последующего лечения. Клиническое состояние пациента определяет потребность в медицинском вмешательстве, однако содержание запроса, сроки обращения и возможность выполнения рекомендаций формируются при участии ближайшего окружения. Поэтому анализ семейных факторов необходим при оценке обстоятельств, которые не могут быть исчерпывающе объяснены диагнозом и тяжестью симптоматики.

Исследования семейного взаимодействия уже располагают самостоятельными направлениями. Изучаются выраженные эмоции, аккомодация симптомов, нагрузка ухода, представления о заболевании и способы совладания. В исследованиях депрессии оценивалась прогностическая роль критики со стороны супруга и супружеского неблагополучия; при обсессивно-компульсивном расстройстве разработаны инструменты измерения участия близких в ритуалах и изменении повседневного распорядка. Эти работы подтверждают возможность операционализации отдельных характеристик семейного взаимодействия.

Вопрос, поставленный в настоящей монографии, касается оснований их интеграции. Требуется установить, образуют ли определённые реакции и способы поведения родственника воспроизводимые сочетания, обладающие самостоятельным клиническим значением. Объединение признаков допустимо при условии, что оно повышает точность описания, позволяет проверять новые гипотезы или улучшает выбор помощи. Само наличие нескольких неблагоприятных семейных факторов ещё не свидетельствует о существовании единого синдрома.

Постановка проблемы и единицы анализа

Клиническая ситуация рассматривается на трёх уровнях: состояние и деятельность пациента; состояние и участие родственника; взаимодействие обоих со специалистом и службой помощи. Каждый уровень содержит самостоятельные данные. Симптомы пациента нельзя выводить исключительно из семейных отношений, а поведение родственника — объяснять только диагнозом близкого.

Пациент является носителем субъективного опыта заболевания и участником лечебных решений в пределах актуальных возможностей. Его оценка отношений может отличаться от оценки родственника по причинам, связанным с симптоматикой, историей конфликтов, различием интересов или доступной информацией. Расхождение сообщений требует исследования их содержания и происхождения.

Родственник располагает сведениями о повседневном функционировании, которые могут быть недоступны при кратком обследовании. Одновременно он включён в описываемые события и оценивает их из определённой позиции. Сообщение родственника содержит наблюдаемые факты, предположения о причинах поведения и собственные ожидания. Их разделение составляет обязательное условие анализа.

Специалист устанавливает клиническое значение полученных сведений, определяет показания к вмешательству и организует взаимодействие. Его решения также нуждаются в методологическом контроле. Доверие к одному источнику, эмоциональная реакция на конфликт, ограниченное время приёма и организационные требования могут влиять на формулировку случая. Поэтому позиция специалиста включается в анализ как возможный источник систематической ошибки.

Основной единицей исследования предлагается считать взаимодействие конкретного пациента и конкретного родственника в определённый период заболевания. Семья в целом рассматривается при изучении распределения функций, коалиций и противоречий между несколькими участниками. Сведения, полученные об одном члене семьи, не распространяются автоматически на остальных.

В пределах монографии термин «родственник» используется преимущественно в функциональном значении: близкий человек, регулярно участвующий в жизни пациента и оказании помощи. Кровное родство, совместное проживание, юридический статус и фактическая нагрузка фиксируются раздельно.

Объект, предмет, цель и задачи

Объект исследования — взаимодействие пациента с психическим расстройством и его близкого окружения в процессе обращения за помощью, обследования, лечения, реабилитации и ухода.

Предмет исследования — сочетания эмоциональных реакций, представлений и способов поведения родственника, их связь с клиническими характеристиками пациента, условиями семейной жизни и использованием психиатрической помощи.

Цель монографии — разработка и критическая оценка концепции «синдрома родственника», определение её нозологических границ и условий научно-практического применения.

Достижение цели предполагает решение следующих **задач**:

Сопоставить предлагаемый конструкт с существующими моделями семейного взаимодействия.

Определить состав исследуемых признаков и способы их регистрации.

Разграничить индивидуальные характеристики родственника, реакции на нагрузку и свойства отношений.

Описать возможные сочетания признаков и условия их изменения.

Исследовать различия, связанные с нозологией, стадией заболевания и уровнем функционирования пациента.

Установить значение возраста, характера родства, совместного проживания и распределения ухода.

Определить требования к дифференциальной оценке и клинической формулировке.

Сформулировать программу проверки надёжности, валидности и прогностической ценности конструкта.

Обозначить основания для выбора семейных вмешательств и оценки их результатов.

Рабочее содержание понятия «синдром родственника»

В настоящей работе **«синдром родственника» определяется как предполагаемая воспроизводимая конфигурация эмоциональных, когнитивных и поведенческих признаков у близкого человека, возникающая или актуализирующаяся в связи с психическим расстройством пациента и приобретающая значение для их взаимодействия и организации помощи**.

Определение не предполагает обязательного наличия психического расстройства у родственника. Не устанавливается и единое происхождение признаков: часть из них может предшествовать заболеванию пациента, часть — формироваться под воздействием нагрузки, часть — поддерживаться текущими отношениями и условиями оказания помощи.

Термин применяется к исследуемой конфигурации признаков, а не к человеку в целом. Его использование требует описания конкретных проявлений, обстоятельств возникновения, продолжительности и последствий. Формулировка без такого описания не имеет достаточного клинического содержания.

Предварительно выделяются четыре области оценки: эмоциональная реакция на состояние пациента; объяснение его поведения и возможностей; способы регулирования повседневной деятельности; позиция относительно профессиональной помощи. Предполагаемое синдромальное единство этих областей подлежит проверке. Альтернативой является многомерная модель, в которой отдельные характеристики сочетаются без общего ядра.

Рабочая операционализация должна учитывать повторяемость признаков, их соразмерность актуальным потребностям пациента и наличие функциональных последствий. Интенсивность участия сама по себе не служит показателем дезадаптации. Для оценки необходимого

надзора при деменции и сопровождения при паническом расстройстве требуются различные клинические основания.

Нозологический подход используется для проверки границ обобщения. Результаты, полученные при одном расстройстве, нельзя переносить на другое без соответствующего исследования. Значение этого ограничения демонстрируют данные о выраженных эмоциях: в исследовании пограничного расстройства личности связь семейных характеристик с исходами отличалась от описываемой при шизофрении и расстройствах настроения.

Научные вопросы и исследовательские гипотезы

Основной научный вопрос состоит в следующем: позволяет ли предлагаемый конструкт получить дополнительную информацию по сравнению с раздельной оценкой семейного климата, нагрузки ухода, аккомодации и психического состояния родственника?

Дополнительные вопросы касаются устойчивости предполагаемых конфигураций, их зависимости от нозологии и возможности изменения при вмешательстве. Необходимо определить, какие признаки отражают временную реакцию на кризис, какие сохраняются вне обострения и какие обусловлены недостатком доступной поддержки.

Для последующей эмпирической проверки формулируются следующие гипотезы.

Гипотеза о структуре. В отдельных клинических группах существуют устойчивые сочетания представлений, эмоциональных реакций и способов поведения родственника. Подтверждение предполагает воспроизводимость структуры на независимых выборках.

Гипотеза о нозологической специфике. Состав и значение этих сочетаний различаются в зависимости от ведущих нарушений и функциональных ограничений пациента. Общие характеристики должны анализироваться совместно с нозологически специфическими признаками.

Гипотеза о взаимном влиянии. Изменения состояния пациента и реакций родственника связаны во времени. Для установления направления связей требуются повторные измерения, позволяющие учитывать исходное состояние обоих участников.

Гипотеза о дополнительной прогностической ценности. Оценка предполагаемых конфигураций улучшает прогноз определённых исходов после учёта тяжести заболевания, предшествующих кризисов, лечения, нагрузки ухода и социального положения. Проверяемыми исходами могут быть семейное функционирование, согласованность лечебных целей, выполнение рекомендаций и повторные кризисные обращения.

Гипотеза об изменяемости. Воздействие на конкретный механизм взаимодействия сопровождается изменением соответствующих показателей у пациента или родственника. Возможность влияния через работу с близкими имеет эмпирические основания в отдельных областях: например, в рандомизированном исследовании детских тревожных расстройств изучалось лечение, проводимое с родителями без непосредственного участия ребёнка в терапевтических сессиях. Эти результаты обосновывают исследование подобных механизмов, но не подтверждают самостоятельность предлагаемого синдрома.

Альтернативная гипотеза состоит в том, что выделяемые признаки полностью объясняются уже известными конструкциями и не образуют самостоятельной конфигурации. Её проверка необходима для предотвращения терминологического дублирования.

Источники материала и пределы выводов

Методологический формат монографии — теоретико-клиническое исследование с разработкой программы эмпирической проверки. Источниками служат научные публикации по семейному взаимодействию и клинические наблюдения, положенные в основу постановки проблемы. Эти виды материала имеют различную доказательную функцию.

Публикации используются для сопоставления определений, методов и результатов. При оценке исследований учитываются состав выборки, дизайн, способ измерения семейных характеристик, длительность наблюдения и контроль смешивающих факторов. Выводы интервенционного исследования относятся к изученному вмешательству и популяции; корреляционные данные характеризуют связь показателей в пределах использованного дизайна.

Клинические наблюдения позволяют выделять признаки и формулировать объяснения, требующие проверки. Без описания отбора, численности и полноты регистрации они не дают основания оценивать распространённость явления, относительный риск или эффективность помощи. Ретроспективные впечатления и отдельные случаи не рассматриваются как эквивалент систематически собранной выборки.

Материалы ранее выполненных исследований могут включаться в доказательную часть только после проверки первоисточника и методики. В отношении диссертационных данных необходимы сведения о критериях включения, периоде наблюдения, способах регистрации и применявшемся анализе. До такой проверки они имеют значение для истории постановки проблемы.

Основные ограничения связаны с преимущественной доступностью семей, уже обратившихся за помощью, неполнотой ретроспективных сведений и зависимостью оценок от источника информации. Дополнительные ограничения создают неоднородность диагнозов, различия функционального состояния и изменение отношений в ходе болезни. Сопоставление нозологических групп требует учёта этих обстоятельств.

Уровни доказательности и правила интерпретации

В тексте разграничиваются опубликованные научные результаты, авторские клинические наблюдения и теоретические положения. Научный результат сопровождается указанием источника и рассматривается в пределах его методологии. Клиническое наблюдение содержит описание обстоятельств и доступных сведений. Теоретическое положение формулируется как определение, модель или гипотеза.

Для причинного объяснения недостаточно совпадения семейного конфликта и ухудшения состояния. Необходимы данные о временной последовательности, альтернативных причинах и возможном обратном влиянии. Наблюдаемое возбуждение при контакте с родственником устанавливает контекст изменения поведения, но само по себе не определяет механизм и ответственность участников.

Предполагаемая научная новизна связывается с проверяемым результатом: выделением воспроизводимой структуры, уточнением нозологических различий либо улучшением клинического решения. Введение нового названия без такого результата не является достаточным обоснованием самостоятельности концепции.

Этические основания

Этическая допустимость концепции определяется способом её применения. Термин не должен служить объяснением заболевания через личность родственника, основанием для ограничения его участия или средством дискредитации сообщаемых им сведений. Аналогичным образом семейная нагрузка не оправдывает нарушения прав и безопасности пациента.

При обследовании учитываются интересы обоих участников. Сведения о собственном здоровье родственника собираются в пределах обозначенной задачи и с соблюдением конфиденциальности. Участие в исследовании предполагает добровольность и понимание целей сбора данных. Для пациентов с ограниченными возможностями принятия решений предусматриваются соответствующие способы информирования и защиты интересов.

В клинических описаниях исключаются идентифицирующие сведения. Если используется составной или учебный пример, его статус указывается прямо. Недопустима выдача реконструированного материала за документированное наблюдение.

Предупреждение стигматизации требует описательного языка и отказа от обобщений по полу, возрасту или виду родства. Оценке подлежат конкретные действия и условия, при которых они возникают. Поддерживающие формы участия и случаи, не подтверждающие исходные гипотезы, необходимы для проверки границ концепции.

Обоснование «синдрома родственника» предполагает последовательный переход от определения признаков к их измерению, от измерения — к проверке связей, от установленных связей — к оценке практической пользы. Такой порядок определяет исследовательскую структуру монографии и критерии состоятельности предлагаемых выводов.

Часть I. Теоретические основания концепции

Глава 1. Родственник как предмет изучения в психиатрии

1.1. Семья в истории понимания психического заболевания

В истории психиатрии сведения о семье использовались для решения разных задач. По сообщениям близких восстанавливали начало заболевания и его течение. По случаям болезни у кровных родственников судили о семейном накоплении нарушений. Отношения внутри семьи рассматривали как возможное условие возникновения или сохранения симптомов. Позднее самостоятельным предметом исследования стали последствия болезни для людей, обеспечивающих повседневный уход. Различия между этими задачами определяют, какие данные подлежат сбору и какие выводы из них допустимы.

В *Observations on Insanity* (1798) Джон Хэслэм приводит сведения сопровождавших лиц о длительности и обстоятельствах заболевания. В той же работе отмечается сдержанность родственников при сообщении о случаях психического расстройства в семье. Уже в этом раннем клиническом описании прослеживается проблема, сохраняющая значение для анамнеза: близкий располагает сведениями, недоступными при осмотре, а полнота его рассказа зависит от условий, в которых сведения получены.

В психотерапевтической литературе середины XX века ряд гипотез связывал происхождение шизофрении с ранними семейными отношениями. Ф. Фромм-Райхман в работе 1948 года использовала понятие «шизофреногенной матери». В 1956 году Г. Бейтсон и соавторы выдвинули гипотезу двойной связи, рассматривая противоречивую коммуникацию в значимых отношениях как возможное условие возникновения шизофренической симптоматики. Эти построения различались по единице анализа. В одном случае объяснение сосредоточивалось на фигуре матери и раннем опыте пациента, в другом — на структуре повторяющихся сообщений. Клинический материал, полученный после начала болезни, оставлял открытым вопрос о том, предшествовали ли описанные отношения расстройству или изменились под его воздействием.

Иной исследовательский вопрос поставили Г. Браун, Дж. Бирли и Дж. Уинг. В работе 1972 года изучалась связь семейных характеристик с последующим течением уже возникших шизофренических расстройств. В контролируемом исследовании Дж. Леффа и соавторов 1982 года проверялась возможность изменить клинический исход с помощью программы, включавшей обучение, группу для родственников и совместные встречи. Результаты этого небольшого испытания относятся к комплексу вмешательств и к отобранной группе пациентов. Вклад каждого компонента в снижение частоты рецидивов отдельно не определялся.

Параллельно менялось направление анализа. В исследованиях Дж. Град и П. Сейнсбери предметом оценки стала нагрузка, которую испытывала семья. Сопоставление территориальной службы и службы с преимущественно больничной организацией помощи позволило поставить вопрос о том, какая доля повседневных обязанностей приходится на близких при разных моделях обслуживания. Семейная нагрузка тем самым рассматривалась в связи с устройством психиатрической помощи.

Для настоящей монографии существенны три самостоятельных вопроса: что предшествовало возникновению расстройства, какие обстоятельства связаны с его дальнейшим течением и как сама болезнь меняет положение близких. Ответы на них требуют разных временных рамок, источников сведений и способов проверки.

1.2. Родственник как источник анамнестических сведений

Ценность семейного анамнеза определяется доступом информанта к конкретным событиям. Человек, живущий с пациентом, может описать изменения бытовых навыков и повседневного распорядка. Раздельно проживающий близкий может точнее указать, когда изменились содержание разговоров, частота контактов или способность пациента самостоятельно решать привычные задачи. Степень родства даёт лишь косвенное представление об объёме наблюдения. В каждом случае устанавливаются частота контактов, их условия и период, к которому относятся сведения.

Для клинической записи целесообразно разделять непосредственное наблюдение, сведения со слов третьих лиц и объяснение наблюдаемого. Формулировка «перестал справляться с деньгами» требует уточнения. В одном случае она означает повторную оплату счетов, в другом — несогласие семьи с расходами, в третьем — временную передачу финансовых дел супругу. Для оценки важны само действие, дата или период изменения, повторяемость и исходный уровень самостоятельности.

Хронологию заболевания и хронологию обращения следует восстанавливать раздельно. Первое изменение, замеченное близкими, может существенно предшествовать первому контакту со специалистом. Дата обращения отражает момент, когда участники распознали потребность в помощи и получили возможность обратиться. При повторном обследовании различие этих дат позволяет уточнить длительность симптомов и обстоятельства, повлиявшие на обращение.

Разногласие между пациентом и родственником полезно разбирать по отдельным утверждениям. В условном примере пациент сообщает, что продолжает готовить самостоятельно, а дочь указывает, что перестала оставлять его одного на кухне. Обе версии могут описывать одну ситуацию. Пациент выполняет привычную последовательность действий, дочь контролирует включение и выключение плиты. В записи тогда отражаются сохранный навык и фактический объём поддержки. Обобщённый спор о том, «самостоятелен ли пациент», уступает место описанию конкретной функции.

Анамнестический материал относится к определённой клинической задаче. Для предполагаемого нейрокогнитивного расстройства существенны изменения инструментальной повседневной деятельности, для оценки аффективного эпизода — отличия сна, темпа деятельности и решений от обычного уровня, для анализа повторяющихся конфликтов — последовательность действий участников. Одинаковый вопрос о «переменах в характере» в этих ситуациях даёт сведения разной диагностической ценности.

1.3. Родственник как участник лечения и повседневного ухода

Участие родственника охватывает разные функции: помощь в посещении специалиста, передачу согласованных сведений, организацию быта, содействие выполнению лечебного плана и непосредственный уход. Эти функции могут распределяться между несколькими людьми. Супруг сопровождает пациента на приём, взрослый ребёнок организует обследования, а ежедневную помощь оказывает другой член семьи. Клинический план должен отражать фактическое распределение обязанностей.

Единицей практической оценки служит конкретная задача. Для каждой задачи устанавливают, способен ли пациент выполнить её самостоятельно, какая поддержка требуется и кто может её предоставить. При оценке учитывают также приемлемость участия для пациента и возможности родственника. Формулировка «семья контролирует лечение» слишком широка: она может означать получение препаратов, напоминание о приёме, наблюдение за нежелатель-

ными явлениями или принятие решений от имени пациента. Эти действия имеют разные основания и последствия.

Особое значение имеет пересмотр помощи при изменении состояния. После острого эпизода близкий может временно взять на себя часть бытовых обязанностей. По мере восстановления требуется уточнить, какие функции возвращаются пациенту и по каким признакам можно судить о готовности к этому. При прогрессирующем когнитивном снижении направление изменений может быть обратным. В обоих случаях объём участия определяется текущими возможностями человека и конкретными рисками.

Участие в лечении имеет и собственную динамику. Близкий может поддерживать одну часть плана и сомневаться в другой. Для работы с таким расхождением необходимо установить предмет разногласия: ожидаемый эффект, переносимость, длительность лечения, распределение обязанностей или доступность помощи. Тогда позиция родственника становится понятной в пределах конкретного решения.

1.4. Родственник как самостоятельный получатель помощи

Потребность родственника в помощи оценивается по его собственному состоянию и условиям жизни. Снижение симптомов у пациента и уменьшение нагрузки на близкого представляют разные исходы. После завершения острого эпизода могут сохраняться задолженность, утрата рабочего времени, нарушения сна или необходимость постоянного присутствия дома. Поэтому результат лечения пациента не исчерпывает оценку последствий для семьи.

При описании нагрузки следует раздельно фиксировать фактический объём ухода и его субъективную переносимость. К первому относятся затраченное время, ночные пробуждения, расходы и ограничения трудовой деятельности. Ко второму — тревога, чувство неопределённости, переживание изоляции и оценка собственных возможностей. Сходное число часов ухода может иметь разное значение в зависимости от возможности передать часть обязанностей, характера отношений и состояния здоровья ухаживающего. Раздельная регистрация этих показателей позволяет определить, что именно требует вмешательства.

В практическом отношении выделяются потребности в информации, организационной поддержке и самостоятельной клинической помощи. Недостаток сведений требует разъяснения течения болезни и содержания лечебного плана. Чрезмерная бытовая нагрузка ставит вопрос о распределении ухода и доступности услуг. Жалобы на собственное психическое состояние требуют отдельного обследования по общим клиническим основаниям. В пределах исследовательской концепции важно установить, какие трудности родственника связаны с нагрузкой, какие ей предшествовали и какие поддерживаются текущей ситуацией.

Результат помощи родственнику оценивается по тем показателям, которые послужили основанием для её оказания. После психообразования имеет смысл проверять понимание заболевания и согласованных действий. При перераспределении ухода оценивают фактическую нагрузку. При самостоятельном лечении родственника рассматривают динамику его состояния и функционирования. Такое разграничение позволяет судить о результате для каждого участника.

1.5. Семейные отношения до заболевания и после его возникновения

Текущее взаимодействие отражает как историю отношений, так и последствия заболевания. Для их разграничения полезно сопоставить четыре периода: время до заметных изменений, ранний период нарушений, этап активного лечения и период последующего наблюдения. При постепенном начале расстройства границы между этими периодами могут оставаться

неопределёнными. В таком случае указывают степень уверенности в датировке и основания для выделения каждой точки.

В семейном анамнезе восстанавливают распределение обязанностей, обычные способы разрешения разногласий, степень самостоятельности пациента и предшествующие периоды ухода. Отдельно фиксируют изменения, которые участники связывают с болезнью, и события, совпавшие с ними по времени. Изменение жилищных условий, потеря работы или болезнь другого члена семьи могут влиять на отношения одновременно с психическим расстройством пациента.

Один и тот же способ поведения родственника может иметь различную историю. В условном примере контроль расходов существовал задолго до первого аффективного эпизода и отражал устройство семейного бюджета. В другом случае он возник после периода необдуманных трат и сохранялся после стабилизации. Для анализа первого случая существенна предшествующая организация отношений, для второго — основания введения ограничений и возможность их пересмотра. Сходство наблюдаемого действия не даёт основания считать одинаковым механизм его возникновения.

При повторном обследовании полезно оценивать обе стороны динамики. Изменилось ли поведение пациента после уменьшения нагрузки или конфликта? Изменилось ли участие родственника после восстановления бытовых функций пациента? Сохраняется ли прежний способ взаимодействия при смене обстановки? Эти вопросы позволяют различить реакцию на определённый этап болезни и более устойчивую характеристику отношений. Временная последовательность помогает сформулировать причинную гипотезу, которая затем требует самостоятельной проверки.

1.6. Значение родства, совместного проживания и фактического участия

Для клинического описания следует различать **вид связи с пациентом**, **условия контакта** и **содержание участия**. Вид связи характеризует родство или партнёрство. Условия контакта включают совместное проживание, частоту общения и доступ к повседневному наблюдению. Содержание участия определяется выполняемыми задачами и ответственностью за них. Эти параметры регистрируются независимо.

Совместное проживание увеличивает число ситуаций, в которых близкий может наблюдать пациента, но само по себе мало сообщает о качестве наблюдения и характере помощи. Человек может жить в том же доме и редко присутствовать при выполнении значимых задач. Раздельно проживающий родственник может ежедневно организовывать уход, обеспечивать связь со специалистами и координировать действия других членов семьи. Для оценки нагрузки существенны именно выполняемые функции и время, которое они требуют.

В исследовательской записи желательно отдельно указывать, кто заметил изменения, кто инициировал обращение, кто предоставил основные сведения и кто обеспечивает помощь между консультациями. Совпадение этих ролей представляет один из возможных вариантов. Если в исследование включают только сопровождающего пациента человека, состав выборки отражает посещение службы и доступность информанта. Для изучения повседневного ухода может потребоваться другой критерий включения.

При наличии нескольких близких родственник определяется применительно к конкретной задаче. Для продольного анамнеза выбирается человек, наблюдавший интересующий период. Для оценки нагрузки — человек, выполняющий соответствующие обязанности. Для исследования семейного конфликта существенны сведения непосредственных участников. Такой способ отбора делает ясным, к кому относится описание и на каком основании оно получено.

1.7. Близкий человек вне кровного родства: супруг, партнёр, опекун

Функции, изучаемые в настоящей монографии, могут выполнять супруг, партнёр, друг или другой значимый человек. Для концепции «синдрома родственника» это обстоятельство задаёт границу применения термина. В исследовательском смысле он охватывает близкого, чьё участие устойчиво связано с повседневной жизнью пациента или организацией помощи. При проверке концепции вид отношений сохраняется как отдельная переменная. Это позволит установить, какие признаки связаны с выполняемой ролью, а какие зависят от характера связи.

Фактическая помощь, доверительные отношения и полномочия законного представителя описываются раздельно. Партнёр может быть основным источником сведений о жизни пациента. Друг может регулярно сопровождать его на консультации. Опекун может выполнять формально определённые функции и иметь ограниченный доступ к наблюдению за повседневным поведением. Поэтому для оценки сообщения важны условия его получения, для планирования поддержки — фактическая готовность и возможность помочь, а для участия в решениях — применимые основания и объём полномочий.

Различия между этими ролями приобретают практическое значение при переходе между этапами помощи. Человек, участвовавший в первичном обращении, может оказаться недоступен после выписки. Тот, кто обеспечивает уход дома, может нуждаться в отдельном согласовании плана и обучении необходимым действиям. Состав участников и распределение обязанностей уточняются всякий раз, когда меняются условия жизни пациента или объём требуемой поддержки.

Для последующего обоснования конструкта предстоит определить, сохраняются ли предполагаемые сочетания реакций и поведения при сопоставимой нагрузке у супругов, родителей, взрослых детей и близких вне семьи. Если различия объясняются преимущественно видом выполняемых обязанностей, модель должна описывать роль ухаживающего. Если значение сохраняют история и характер отношений, эти параметры требуют самостоятельного места в модели. От ответа зависит, насколько широко можно применять понятие «синдром родственника» и какие группы следует сравнивать при его эмпирической проверке.

Глава 2. Существующие концепции семейного взаимодействия

Исследования семейного взаимодействия различаются по тому, что принимается за единицу анализа. В одном случае оцениваются высказывания родственника о пациенте, в другом — действия, непосредственно связанные с симптомами, в третьем — последствия ухода для самого близкого. Между этими показателями возможна связь, однако каждый из них отвечает на отдельный клинический вопрос. Для обоснования «синдрома родственника» необходимо определить, какие признаки уже описаны и измерены, какие связи между ними остаются гипотетическими и какую информацию может дать их совместная оценка.

2.1. Выраженные эмоции: критика, враждебность и сверхвовлечённость

Понятие *expressed emotion* (EE, «выраженные эмоции») обозначает характеристики отношения близкого к пациенту, выявляемые при анализе интервью. Классическим методом оценки служит *Camberwell Family Interview*. В нём учитываются критические замечания, враждебность, эмоциональная сверхвовлечённость, теплота и положительные высказывания. При традиционной классификации высокий уровень EE устанавливается по критике, враждебности и сверхвовлечённости. Такое объединение удобно для сопоставления групп, однако общий показатель может отражать разные сочетания признаков.

Критика относится к неодобрительной оценке отдельных поступков или особенностей пациента. При враждебности отрицательная оценка распространяется на человека в целом и может выражаться в его отвержении. Сверхвовлечённость охватывает проявления чрезмерной опеки, самопожертвования и эмоциональной реакции, оцениваемые по правилам конкретного инструмента. Эти измерения следует сохранять раздельно. Семья с частыми критическими замечаниями и семья, в которой близкий отказывается от собственных занятий ради постоянного присутствия рядом с пациентом, могут получить одинаковую общую классификацию при существенно различающихся отношениях.

Наиболее изучена связь высокого уровня EE с рецидивами при шизофрении. Метаанализ Р. Батцлаффа и Дж. Хули обобщил результаты исследований этой связи, а работа Г. Брауна, Дж. Бирли и Дж. Уинга представляет один из её ранних эмпирических источников. Прогностическая ассоциация относится к течению уже возникшего расстройства. Для объяснения её механизмов требуется учитывать тяжесть симптомов, характер контакта и возможность того, что реакции близких меняются вслед за состоянием пациента. Значение отдельных компонентов EE, особенно сверхвовлечённости, следует также интерпретировать с учётом культурных норм выражения заботы.

Для концепции «синдрома родственника» модель EE предоставляет способ описания эмоционального отношения. Высказывания в интервью при этом целесообразно сопоставлять с поведением в конкретных ситуациях. Критическая оценка пациента, сообщённая специалисту, и критика, непосредственно адресованная пациенту в ходе конфликта, образуют разные наблюдения. Их совпадение составляет эмпирический вопрос.

2.2. Семейная аккомодация

Семейной аккомодацией называют изменения поведения близких и семейного распорядка в ответ на симптомы пациента. При обсессивно-компульсивном расстройстве она может

включать участие в ритуалах, повторные заверения, выполнение проверок по просьбе пациента и содействие избеганию. В работах Л. Кальвокоресси и соавторов эти действия были выделены как самостоятельный предмет оценки. Для их измерения разработана *Family Accommodation Scale*.

Клиническое значение аккомодации раскрывается через последовательность событий. Пациент просит повторно проверить замок. После проверки его тревога на некоторое время уменьшается, а спор прекращается. При следующем эпизоде возникает та же просьба. В такой последовательности можно проверить гипотезу о взаимном подкреплении: пациент получает кратковременное облегчение, близкий — прекращение напряжённого взаимодействия. Для проверки требуются сведения о том, что происходило до действия родственника, сразу после него и при последующем возвращении симптома.

Внешне сходные действия могут выполнять разные функции. Сопровождение пациента при агорафобии может поддерживать отказ от самостоятельных выходов либо входить в согласованный план постепенного восстановления активности. Помощь при когнитивном снижении может компенсировать документированную утрату навыка. Поэтому в клиническом описании фиксируются симптом или ограничение, на которое отвечает близкий, фактическое действие и его последствия. Сам факт изменения семейного распорядка даёт лишь начальное описание.

Изменяемость аккомодации исследовалась и в программах помощи. В рандомизированном испытании Э. Лебовица и соавторов при детских тревожных расстройствах родительская программа SPACE сопровождалась более выраженным снижением аккомодации по сравнению с индивидуальной когнитивно-поведенческой терапией детей в условиях данного исследования. Результат относится к изученной программе и выборке. Самостоятельный вклад снижения аккомодации в динамику тревоги требует отдельного анализа механизма действия.

2.3. Бремя ухода и истощение родственников

Модель бремени ухода рассматривает последствия заболевания для человека, обеспечивающего поддержку. В ранних работах Дж. Град и П. Сейнсбери нагрузку семьи изучали в связи с организацией психиатрической службы. Сопоставление территориальной и преимущественно стационарной моделей помощи позволяло оценивать, какие последствия для семьи связаны с устройством обслуживания. Это существенно для интерпретации нагрузки в случаях, когда значительный объём повседневной помощи обеспечивается дома.

Объективная составляющая бремени включает время ухода, ночные пробуждения, расходы, сокращение занятости и ограничения собственной деятельности. Субъективная составляющая отражает переживание этих обстоятельств, включая чувство перегруженности, неопределённость и оценку доступной поддержки. Один показатель не позволяет вывести другой. Близкий может считать интенсивный уход посильным при наличии смены и предсказуемого распорядка. Сравнительно небольшой объём помощи может переживаться как тяжёлый, если родственник постоянно ожидает кризиса и не располагает возможностью передать ответственность.

Истощение целесообразно описывать через изменение состояния и функционирования родственника во времени. Предметом регистрации становятся сон, восстановление после нагрузки, сохранность работы и повседневных занятий, раздражительность и возможность продолжать уход. Отдельной оценки требуют симптомы собственного психического расстройства. При исследовании происхождения этих симптомов учитываются их давность, предшествующие эпизоды и динамика при изменении условий ухода.

Для обсуждаемой концепции бремя ухода может выступать предшествующим условием, промежуточным звеном или исходом. Например, длительное отсутствие передышки может предшествовать росту конфликтности, тогда как конфликтность, в свою очередь, способна

осложнить распределение обязанностей и увеличить нагрузку. Роль каждой переменной следует определять по хронологии случая и заранее заданному дизайну исследования.

2.4. Гиперопека, контроль и нарушение автономии

Гиперопека предполагает несоразмерность между действиями близкого и актуальной потребностью пациента в поддержке. Поэтому её оценка начинается с конкретной задачи. Уточняется, способен ли человек выполнить её самостоятельно, какая помощь требуется, каковы последствия ошибки и какой объём участия стороны считают приемлемым. Та же степень вмешательства может иметь различное значение при прогрессирующей деменции, в периоде восстановления после мании или при стабильном состоянии взрослого пациента.

В анализе контроля полезно различать наблюдение за выполнением согласованных действий, замещение решения и психологическое давление. Первое может включать напоминания и проверку выполнения общей договорённости. При замещении решение принимает близкий. Психологическое давление осуществляется через угрозу утраты поддержки, внушение вины или использование эмоциональной зависимости. Эти способы следует фиксировать отдельно, поскольку они отличаются по воздействию на самостоятельность пациента.

Соразмерность помощи оценивается во времени. После клинической стабилизации прежний объём надзора может сохраняться вследствие опасений повторного ухудшения. При нарастании когнитивных нарушений ранее достаточная помощь может утратить эффективность. В обоих случаях исследуется способность семьи пересматривать договорённости при изменении состояния, а также доступность менее ограничительных способов помощи.

В клинической записи характеристику «гиперопекающий родственник» заменяет описание действий и их условий. Указание, что близкий отвечает за пациента на всех консультациях, требует сопоставления с речевыми возможностями пациента, его предпочтениями и содержанием беседы. Дополнительную информацию даёт наблюдение за тем, как меняется участие пациента, когда вопрос адресован непосредственно ему и предусмотрено время для ответа.

2.5. Привязанность, семейные границы и межпоколенческие отношения

Понятие привязанности относится к организации поиска близости и безопасности в значимых отношениях. Применительно к психиатрической ситуации оно позволяет формулировать вопросы о том, к кому пациент обращается при угрозе, какую помощь ожидает и как реагирует на её доступность или прекращение. Заключение об устойчивом паттерне привязанности требует соответствующего метода и материала, выходящего за пределы единичного эпизода болезни. Частые звонки после выписки могут отражать и тревогу разлуки, и неопределённость лечебного плана, и практическую потребность в помощи.

Понятие семейных границ описывает распределение доступа к информации, решений и обязанностей. В клиническом анализе оно раскрывается через наблюдаемые вопросы. Кто ведёт переписку со специалистом? Кто участвует в обсуждении лечения? Может ли пациент отказаться от присутствия близкого? У кого есть возможность передать уход другому человеку? Ответы позволяют установить, какие полномочия признаются участниками и где их представления расходятся.

Межпоколенческий анализ добавляет временную перспективу. Семейные правила могут задавать устойчивые ожидания относительно помощи взрослым детям, участия в лечении родителей и допустимости обсуждения болезни вне дома. Для исследования важны способы передачи и поддержания этих правил: прямые требования, распределение ресурсов, наблюдаемые образцы поведения и санкции за отступление от принятого порядка.

Привязанность, границы и межпоколенческие отношения описывают разные стороны семейной организации. Первое понятие относится к поиску безопасности в значимой связи, второе — к устройству участия и полномочий, третье — к воспроизводству семейных правил во времени. Их использование позволяет расширить описание истории отношений при условии, что каждому выводу соответствуют собственные наблюдения.

2.6. Созависимость: содержание и границы применимости понятия

В работе с семьями людей с зависимостью термин «созависимость» используют для обозначения устойчивой сосредоточенности на поведении употребляющего, попыток контролировать употребление, принятия на себя его обязанностей и компенсации последствий. Широта понятия создаёт проблему измерения. Под одним обозначением могут описываться действия, переживания и последствия для родственника, причём их сочетание различается от случая к случаю.

Клинический анализ требует разделить как минимум попытки контролировать употребление, действия по обеспечению безопасности, компенсацию последствий и ограничение собственной жизни родственника. Например, погашение долга может предотвращать потерю общего жилья, защищать детей от последствий кризиса или систематически освобождать пациента от финансовых последствий употребления. Возможна одновременная реализация нескольких функций. Для их определения исследуются обстоятельства решения, наличие других возможностей и повторяемость результата.

Понятие созависимости обладает наибольшей описательной конкретностью, когда указано, какие именно проявления имеются в виду. Для эмпирической проверки предпочтительна раздельная регистрация затрат, действий, ожиданий и изменений собственного функционирования близкого. Такой подход позволяет сопоставить родственников, выполняющих сходные действия в разных условиях, и проверить, какие сочетания действительно устойчивы.

В рамках настоящей монографии термин используется при обсуждении существующей практики описания семей зависимых пациентов. Для переноса предполагаемых механизмов на другие клинические группы потребуются отдельные основания. В частности, компенсация последствий употребления и замещение утраченного бытового навыка при деменции могут иметь сходную внешнюю форму при разных целях и последствиях.

2.7. Семейная стигма и сокрытие заболевания

При исследовании стигмы необходимо различать отрицательные реакции общества на семью, ожидание таких реакций и принятие родственником обесценивающих представлений о себе. В работе У. Мак и Р. Чёнг последнее направление обозначено как *affiliate stigma*, то есть самостигматизация в связи с принадлежностью к окружению человека, подвергающегося стигматизации. Авторы разработали шкалу для ухаживающих за людьми с нарушениями интеллектуального развития или психическими расстройствами и исследовали её связь с субъективным бременем ухода.

Сокрытие диагноза представляет наблюдаемое действие, мотив которого устанавливается отдельно. Семья может ограничивать раскрытие информации по просьбе пациента, из опасения дискриминации, в связи с предыдущим опытом разглашения или вследствие переживаемого стыда. Для клинической оценки существенны адресат, содержание скрываемых сведений, позиция пациента и фактические последствия. Выборочно сообщать о заболевании и избегать обращения к специалисту — разные формы поведения, требующие отдельных объяснений.

Связь стигмы с получением помощи можно исследовать по последовательности решений. Кто первым предложил консультацию? Какие последствия обращения ожидали участники? К каким службам они были готовы обратиться? Изменилось ли решение после разговора о конфиденциальности? Такой анализ позволяет сформулировать проверяемую гипотезу о роли ожидаемой стигмы в задержке обращения.

2.8. Исторические представления о «патогенной семье»: критический анализ

В разделе 1.1 рассмотрено происхождение гипотез, связывавших шизофрению с ранними отношениями и семейной коммуникацией. Для настоящей главы существенен способ построения этих объяснений. Психотерапевтические описания Ф. Фромм-Райхман и модель двойной связи Г. Бейтсона и соавторов исходили из разных единиц анализа. Первая придавала особое значение ранним отношениям с матерью, вторая — структуре противоречивых сообщений. Обе традиции ставили этиологический вопрос на основе материала, значительная часть которого относилась к пациентам с уже возникшими нарушениями.

Основная трудность такого вывода состоит в восстановлении исходного состояния семьи. Наблюдение после начала болезни допускает несколько объяснений. Особенность общения могла предшествовать заболеванию, усилиться в ответ на ранние проявления или сформироваться вследствие длительного ухода. Дополнительную трудность создаёт отбор семей через психиатрическую службу, поскольку в поле зрения исследователя попадают семьи с определённой историей обращения. Клинический материал такого типа пригоден для постановки гипотез, а проверка этиологического утверждения требует сведений о периоде до заболевания и сопоставимых групп.

Вторая трудность возникает при толковании признаков. Если усиление опеки принимается за свидетельство неблагополучия, а её уменьшение — за свидетельство отвержения, противоположные наблюдения поддерживают одну гипотезу. Проверяемая модель требует заранее определить признаки, условия их регистрации и наблюдения, при которых объяснение придётся пересмотреть. Поддерживающее участие, изменение поведения семьи после получения помощи и отсутствие предполагаемого паттерна при сходной тяжести заболевания имеют здесь самостоятельную доказательную ценность.

В предлагаемой концепции происхождение расстройства, его дальнейшее течение и организация помощи рассматриваются как отдельные исследовательские задачи. Установленная связь семейного взаимодействия с одним исходом даёт основание для вывода об этом исходе в пределах изученного дизайна. Такой порядок ограничивает перенос клинической характеристики родственника на этиологию болезни.

2.9. Области пересечения существующих моделей

Разные модели могут относиться к одному клиническому эпизоду. В условном примере родственник многократно отвечает на вопрос пациента, закрыта ли дверь, прерывает работу для проверки и позднее выражает раздражение по поводу повторных просьб. Участие в проверке относится к аккомодации, потеря рабочего времени — к объективному бремени, переживание перегруженности — к субъективному бремени, а форма высказывания о пациенте может оцениваться в рамках ЕЕ. При достаточном материале исследуются и связи между этими наблюдениями. Фиксация четырёх показателей в одном эпизоде сама по себе ещё не устанавливает устойчивого сочетания.

Модель

Основной предмет оценки **Данные для проверки**
Выраженные эмоции Эмоциональное отношение родственника к пациенту Стандартизированное интервью и раздельная оценка компонентов
Семейная аккомодация Действия близкого, связанные с конкретным симптомом Описание ситуации, частоты действий и их непосредственных последствий
Бремя ухода Затраты, ограничения и переживания ухаживающего Учёт объёма помощи и независимая оценка субъективной нагрузки
Гиперопека и контроль Соразмерность вмешательства и распределение решений Оценка функциональных возможностей пациента и фактического участия близкого
Привязанность и семейная организация Поиск поддержки, распределение полномочий и история отношений Данные об отношениях во времени и наблюдения из нескольких источников
Созависимость Описываемые в контексте зависимости способы контроля и компенсации Раздельная регистрация действий, целей и последствий
Семейная стигма Внешняя дискриминация, ожидаемое отвержение и самостигматизация Описание событий, убеждений и решений о раскрытии информации

Область предполагаемого вклада концепции «синдрома родственника» состоит в проверке связи между разнородными семейными признаками и тем, **как формируется и меняется психиатрическая помощь**. Например, страх родственника, ограничение самостоятельности пациента и повторные обращения могут составлять последовательность, имеющую клиническое значение. Для её установления необходимо измерять страх, ограничения и обращения раздельно. Иначе возникает круговое объяснение, при котором повторные обращения одновременно служат признаком конструкта и исходом, который предлагается предсказывать.

Эмпирическая проверка предполагает сопоставление двух моделей. Первая включает тяжесть симптомов, функциональное состояние пациента, объём ухода и соответствующие клинической группе семейные показатели. Вторая дополнительно учитывает предполагаемые сочетания реакций, представлений и действий родственника. Сравнение проводится по заранее определённым исходам, например по изменению самостоятельности пациента, нагрузке близкого или повторным кризисным обращениям. При сравнении нозологических групп отдельно проверяется, сохраняют ли признаки одинаковый смысл. Иначе различия между группами могут отражать особенности измерения и разные задачи ухода.

Самостоятельность нового конструкта получит основание, если предполагаемые сочетания воспроизведутся в независимых выборках и дадут дополнительную информацию по сравнению с существующими показателями. При раздельной прогностической ценности отдельных

признаков результаты будут поддерживать многомерное описание семейного участия. Выбор между этими моделями составляет одну из задач дальнейшего исследования.

Глава 3. Авторская концепция «синдрома родственника»

3.1. Исходные клинические наблюдения

Концепция возникла при сопоставлении клинических ситуаций, в которых состояние пациента, оценка этого состояния родственником и предъявляемый специалисту запрос расходились по содержанию или по времени. Основанием для постановки проблемы послужили наблюдения в неотложной, амбулаторной и стационарной практике. Материалы кандидатской диссертации о факторах вызовов скорой психиатрической помощи относятся к раннему этапу разработки темы. До отдельного анализа первичных данных они характеризуют происхождение исследовательского вопроса. Приведённые ниже наблюдения служат основанием для гипотез, а их частота и репрезентативность остаются предметом эмпирической проверки.

В неотложной практике наблюдались ситуации, в которых пациент сохранял спокойствие при беседе со специалистом, а при возобновлении разговора с родственником обнаруживал нарастание возбуждения. Клинически значим здесь сам переход между двумя состояниями в пределах короткого интервала. Для его анализа требуется установить, какие реплики и действия предшествовали изменению поведения, сохранялось ли возбуждение после прекращения контакта и повторялась ли последовательность в других обстоятельствах. Причиной изменения могли быть содержание разговора, ожидание госпитализации, психопатологическая интерпретация действий близкого или сочетание нескольких обстоятельств.

Другой ряд наблюдений связан с моментом обращения. Обращения вблизи праздников, отпуска или иных изменений семейного распорядка позволили сформулировать две гипотезы. Согласно первой, изменение условий жизни предшествует ухудшению состояния пациента. Согласно второй, при сопоставимой тяжести нарушений меняется возможность семьи продолжать уход. Для различения этих объяснений необходимы отдельные сведения о начале симптомов, времени изменения семейного распорядка и дате обращения. Проверка календарной закономерности требует учёта общего числа обращений за сопоставимые периоды.

В амбулаторной практике исходным наблюдением стало расхождение между проблемой, которую родственник предлагает решить медицинскими средствами, и нарушениями, подлежащими клинической оценке. Просьба назначить подростку антидепрессант в связи с отказом выполнять домашние обязанности и длительным использованием телефона содержит сведения о поведении, его оценку и предпочтение определённого вмешательства. При обследовании эти компоненты рассматриваются раздельно. Устанавливаются изменения настроения, сна и активности, их длительность и влияние на функционирование. Отдельно выясняются позиция подростка, содержание семейных требований и обстоятельства возникновения разногласий.

В работе с семьями пациентов с зависимостью внимание привлекало повторение определённых последовательностей. После очередного эпизода употребления близкие усиливали наблюдение, принимали на себя часть обязательств пациента, а при истощении собственных ресурсов ограничивали участие или обращались за помощью. Для исследования существенны основания каждого действия. Компенсация финансовых последствий может защищать общий бюджет семьи в одном эпизоде и поддерживать сложившееся распределение ответственности в другом. Различение этих вариантов требует анализа нескольких эпизодов и фактических последствий принятых решений.

Общий вопрос, возникающий из этих наблюдений, касается перехода **от восприятия родственником состояния пациента к действию в отношении пациента или службы помощи**. Этот переход доступен изучению, если раздельно фиксируются клиническое состоя-

ние, сведения, которыми располагает близкий, его оценка происходящего и принятое им решение.

3.2. Феномен родственника и его адаптивные и дезадаптивные проявления

Феномен родственника обозначает совокупность реакций и форм участия близкого человека, связанных с психическим расстройством пациента и возникающими в связи с ним задачами помощи. Это родовое понятие охватывает поддержку, уход, участие в принятии решений, конфликтные взаимодействия и изменение собственной жизни близкого. В него входят кратковременные реакции и длительно сохраняющиеся способы участия.

Адаптивность оценивается применительно к определённой задаче и периоду болезни. Участие близкого может обеспечивать безопасность, компенсировать утрату навыка, сохранять доступ к лечению или содействовать восстановлению самостоятельности. Важный показатель адаптации — способность изменять объём помощи по мере изменения состояния пациента. При этом оцениваются и затраты родственника. Поддержка, обеспечивающая кратковременную безопасность пациента ценой длительного нарушения сна ухаживающего, может требовать пересмотра организации ухода даже при сохранении её непосредственной пользы.

Дезадаптивное значение приобретают способы участия, которые систематически расходятся с актуальными потребностями пациента или возможностями близкого. Это может выражаться в сохранении ограничений после восстановления соответствующих функций, в недооценке необходимого ухода либо в повторении конфликтов вокруг одной и той же задачи. При оценке учитываются доступные альтернативы. Чрезмерная нагрузка при отсутствии замещающего ухода характеризует и возможности службы, и положение семьи. Отнесение такой нагрузки исключительно к особенностям родственника искажает клиническую формулировку.

Оценка проводится раздельно по трём направлениям. Для пациента существенны безопасность, функционирование и возможность принимать решения. Для родственника — переносимость участия и сохранность собственной деятельности. Для службы — осуществимость согласованного плана. Временное решение может быть оправданным по одному направлению и создавать затруднения по другому. Эти расхождения следует сохранять в описании случая.

3.3. Рабочее определение конструкта

«Синдром родственника» — предполагаемое воспроизводимое сочетание эмоциональных реакций, представлений и способов поведения близкого человека, проявляющееся в связи с психическим расстройством пациента и имеющее клиническое значение для их взаимодействия или организации помощи.

Признаки относятся к конкретному близкому человеку. Их содержание устанавливается в пределах определённых отношений, клинической задачи и периода наблюдения. Один родственник может по-разному участвовать в лечении разных членов семьи. Его поведение по отношению к одному пациенту также может меняться при переходе от обострения к ремиссии, при изменении места проживания или при появлении профессиональной поддержки.

Связь с заболеванием устанавливается по содержанию признаков. Тревога может относиться к возможному ухудшению, представление — к предполагаемой неспособности пациента принимать решения, действие — к ограничению его участия в конкретных делах. Такая связь допускает различную хронологию. Особенность могла существовать до заболевания, возникнуть в ответ на него или приобрести новое значение в ходе лечения.

Клиническая значимость устанавливается отдельно от регистрации признаков. К ней могут относиться устойчивые затруднения при согласовании плана помощи, нарушения повсе-

дневного функционирования пациента или ухудшение состояния родственника. В исследовании предполагаемого синдрома эти последствия следует измерять независимо. Например, если частота повторных обращений выбрана как исход, её учитывают отдельно от признаков, по которым выделяют предполагаемую конфигурацию.

Термин имеет статус исследовательской гипотезы. Его употребление в индивидуальном разборе предполагает описание наблюдаемых признаков и степени уверенности в их интерпретации. Диагностические пороги могут обсуждаться после проверки структуры и воспроизводимости конструкта.

3.4. Предполагаемое ядро и вариативные признаки

Предполагаемое ядро образует **воспроизводимая связь между оценкой состояния пациента, эмоциональной реакцией близкого и способом его участия** . Например, родственник интерпретирует отдельное изменение сна как признак неизбежного рецидива, испытывает выраженную тревогу и возобновляет постоянные проверки. Для исследования важно установить, повторяется ли такая последовательность, сохраняется ли она при изменении клинических обстоятельств и пересматривает ли близкий свою оценку после получения новых сведений.

На стадии разработки конструкта выделяются три характеристики предполагаемого ядра:

Связанность компонентов. Представления, переживания и действия соотносятся с одной клинически значимой задачей, например с предупреждением рецидива или восстановлением самостоятельности пациента.

Повторяемость. Сходное сочетание обнаруживается в нескольких эпизодах либо сохраняется на протяжении периода, достаточного для наблюдения его динамики.

Устойчивость при изменении обстоятельств. Проверяется, в какой мере способ участия меняется вслед за состоянием пациента, уточнением риска или появлением доступной поддержки. Сохранение прежнего поведения при устойчивой потребности в помощи имеет иной смысл, чем сохранение после исчезновения этой потребности.

Эти характеристики задают направления наблюдения. Необходимость каждого компонента и достаточная длительность его проявления остаются открытыми вопросами. В частности, предполагаемая устойчивость может характеризовать лишь некоторые конфигурации.

Вариативные признаки зависят от содержания клинической задачи. При паническом расстройстве предметом оценки может стать участие родственника в проверках и избегании. При мании — сохранение финансовых ограничений после восстановления способности распоряжаться средствами. При деменции — соответствие надзора текущему уровню функционирования. При зависимости — принятие близким обязательств, связанных с последствиями употребления. При шизофрении — устойчивое объяснение снижения активности через отсутствие усилий с последующим усилением требований. Эти примеры указывают, какие действия подлежат изучению в разных клинических группах. Их частота и диагностическая специфичность требуют самостоятельной проверки.

3.5. Состояние родственника, его поведение и характер взаимодействия: разграничение уровней

Состояние родственника, его действия и взаимодействие с пациентом требуют разных источников данных. Если сведения собраны только со слов одного участника, это ограничение отражается в формулировке случая. Непосредственное наблюдение совместной беседы даёт сведения о конкретном эпизоде. Для вывода о повседневных отношениях необходимы данные о других ситуациях.

Уровень анализа
Что регистрируется
Пример записи

Состояние родственника
Переживания, симптомы, сон, работоспособность
Близкий сообщает о тревоге по вечерам и частых пробуждениях

Представления
Объяснение симптомов, оценка риска, ожидания
Близкий связывает позднее засыпание с началом обострения

Поведение
Действия, их частота, обстоятельства и адресат
В течение недели близкий ежедневно проверял, уснул ли пациент

Взаимодействие
Последовательность действий обоих участников
После проверки пациент прекращал разговор, после чего близкий повторял вопрос

Контекст помощи
Условия проживания, ресурсы ухода, доступность контакта со службой
В описанный период отсутствовал согласованный порядок обращения при изменении сна

Представленный пример условен. Он показывает, почему формулировка «тревожный родственник чрезмерно контролирует пациента» недостаточна для исследовательской записи. В ней соединены состояние, оценка соразмерности действий и вывод о характере отношений. Раздельное описание позволяет проверить каждое положение. Тревога может быть выраженной при редких проверках, частые проверки могут выполняться по согласованному плану, а конфликт может зависеть от способа обсуждения риска.

Направление влияния также устанавливается раздельно. Сведения об усилении контроля после ухудшения пациента обосновывают одну гипотезу. Сведения о нарастании напряжения после изменения способа контроля — другую. При повторяющихся эпизодах обе связи могут последовательно действовать в пределах одного взаимодействия.

3.6. Синдром, паттерн, реакция и семейная ситуация

Выбор термина определяется объёмом наблюдения. **Реакцией** следует обозначать ответ на определённое событие, если имеются данные о времени его появления и связи с этим событием. **Паттерн** характеризует воспроизводимый способ действия или последовательность взаимодействий. **Семейная ситуация** включает обстоятельства, в которых наблюдается реакция или паттерн: состояние участников, распределение обязанностей, жилищные условия и доступность помощи. **Синдромальный конструкт** предполагает закономерное сочетание признаков из нескольких областей, проверяемое на независимом материале.

Один случай может содержать данные для нескольких уровней описания. После выписки родственник начинает ежедневно уточнять время возвращения пациента домой. Если изменение возникло непосредственно после выписки, его можно описать как реакцию на переход к домашнему наблюдению. Если последовательность «проверка — отказ отвечать — усиле-

ние проверки» воспроизводится, выделяется паттерн взаимодействия. Для гипотезы о синдромальном сочетании потребуются сведения о связанных с этим действиями представлениях и переживаниях, их динамике и воспроизводимости в других случаях. Семейная ситуация объясняет, при каких условиях всё это наблюдается.

Разграничение имеет исследовательские последствия. Частота отдельных реакций, распространённость паттерна и доля случаев с определённой конфигурацией признаков представляют разные показатели. Для каждого необходимы собственные правила включения, период наблюдения и единица учёта.

3.7. Условия обоснования самостоятельности концепции

Первое условие — **воспроизводимость описания**. Независимые специалисты должны сопоставимо регистрировать признаки по одному и тому же материалу. Для этого требуется определить наблюдаемые индикаторы, источники сведений и правила учёта отсутствующих данных. Например, отсутствие сведений о проверках следует отличать от установленного отсутствия проверок.

Второе условие — **устойчивость предполагаемой структуры**. Необходимо проверить, воспроизводятся ли сочетания признаков за пределами выборки, на которой они были выделены. Сравнению подлежат несколько объяснений: единая конфигурация, несколько устойчивых профилей и система относительно самостоятельных измерений. Для оценки устойчивости во времени нужны повторные наблюдения, охватывающие разные фазы заболевания и этапы помощи.

Третье условие — **различимость со смежными понятиями**. Предполагаемый конструкт сопоставляется с показателями выраженных эмоций, аккомодации, бремени ухода и психического состояния близкого. Совпадение части признаков ожидаемо. Самостоятельность концепции требует установить, сохраняется ли её содержание после учёта этих показателей и какие данные оно добавляет.

Четвёртое условие — **дополнительная клиническая ценность**. Для её проверки заранее определяются исход и момент его оценки. Исходная модель может включать тяжесть расстройства, функциональные ограничения, предшествующие кризисы, объём ухода и доступность помощи. Затем оценивается, улучшает ли добавление предполагаемой конфигурации прогноз на независимом материале. Практическую ценность следует проверять отдельно, например по тому, меняет ли структурированная оценка выбор помощи и достигаются ли при этом лучшие результаты для пациента или родственника.

При нозологических сравнениях дополнительно проверяется сопоставимость признаков. Если один показатель в группе пациентов с деменцией отражает компенсацию утраченного навыка, а в группе пациентов с тревожными расстройствами — участие в избегании, общий балл может объединить действия с разным клиническим смыслом. В таком случае общее измерение требует пересмотра или дополнения нозологическими модулями.

3.8. Границы применения и возможные основания для пересмотра

Область применения концепции определяется наличием значимого и доступного наблюдению участия близкого. Вид родства, совместное проживание и инициирование обращения регистрируются как самостоятельные характеристики. Единичный конфликт, острое переживание или одна просьба о медицинском вмешательстве дают материал для описания эпизода. Для вывода о повторяющейся конфигурации необходимы сведения о её динамике.

При анализе следует учитывать ситуации, в которых наблюдаемое поведение объясняется тяжестью состояния пациента, объективной необходимостью ухода, временным дефицитом помощи или особенностями конкретного этапа лечения. Случаи насилия и принуждения требуют описания конкретных действий, распределения ответственности и оценки безопасности. Самостоятельное психическое расстройство родственника подлежит отдельной клинической оценке. Эти обстоятельства могут сосуществовать с изучаемой конфигурацией и требуют собственных оснований для вывода.

Основания для пересмотра концепции определяются до её эмпирической проверки:

Низкая согласованность оценок требует уточнения индикаторов и процедуры регистрации.

Воспроизведение сочетаний только при одной нозологии или на одном этапе помощи ограничивает область применения соответствующего профиля.

Полное объяснение признаков тяжестью болезни, нагрузкой ухода или уже известными семейными характеристиками ставит под вопрос самостоятельность конструкта.

Отсутствие устойчивого сочетания при самостоятельной ценности отдельных признаков поддерживает переход к многомерному описанию семейного участия.

Воспроизводимость профилей без улучшения клинических решений ограничивает их применение исследовательскими и описательными задачами.

Синдромальная трактовка имеет наиболее строгие требования к доказательствам. Если проверка выявит несколько клинически значимых, но самостоятельных паттернов, результаты следует представить на уровне этих паттернов. Если наблюдаемые сочетания зависят преимущественно от доступности ухода и фазы заболевания, соответствующие условия должны занять центральное место в объяснении. Выбор формы концепции определяется структурой полученных данных.

Глава 4. Биопсихосоциальная модель и методология исследования

Биопсихосоциальная модель позволяет объяснить, почему сходные реакции родственников возникают при разных обстоятельствах и почему одинаковые условия ухода приводят к различным формам участия. Для исследования «синдрома родственника» биологические, психологические и социальные характеристики рассматриваются в связи с конкретной задачей и периодом наблюдения. Нарушение сна у близкого может предшествовать началу ухода, возникнуть вследствие ночных пробуждений пациента или сохраняться после перераспределения обязанностей. В каждом случае положение этого признака в объяснительной модели будет различным.

4.1. Общая семейная уязвимость и индивидуальные особенности

Понятие **общей семейной уязвимости** используется для обозначения предпосылок, которые могут повышать вероятность неблагополучия у нескольких членов семьи. К ним относятся наследственные факторы у кровных родственников, общие условия жизни, длительные стрессовые воздействия и приобретённые способы реагирования. Эти предпосылки могут сочетаться. Семейное накопление тревожных или аффективных проявлений само по себе оставляет открытым вопрос об их происхождении.

В исследовательской записи следует разделять семейную отягощённость, индивидуальный анамнез родственника и воздействия, которые участники действительно разделяли. Сведения о расстройстве у кровного родственника относятся к семейному анамнезу. Собственные эпизоды тревоги, депрессии или нарушений сна у ухаживающего относятся к его индивидуальному анамнезу. Материальные потери, вынужденный переезд или продолжительная жизнь в условиях угрозы представляют общие воздействия лишь при наличии сведений о том, что они затронули обоих участников.

При оценке индивидуальной уязвимости важно установить исходный уровень функционирования родственника. Если тревожные симптомы возникали задолго до заболевания пациента и проявлялись в разных сферах жизни, их следует рассматривать как возможную предшествующую характеристику. Если тревога впервые отмечена после нескольких кризисов и уменьшается после появления предсказуемого плана помощи, возникает гипотеза о её зависимости от текущей ситуации. Для разграничения этих вариантов необходимы сведения о времени появления симптомов, их распространённости за пределами ухода и динамике при изменении нагрузки.

Сопоставление кровных родственников с супругами, партнёрами и другими близкими позволяет проверить, в какой мере предполагаемые проявления связаны с функцией ухода. Такое сравнение требует учёта длительности отношений, совместного проживания, возраста и объёма обязанностей. Само различие между группами допускает несколько объяснений, поскольку тип родства связан с историей контакта и распределением ответственности.

4.2. Психологические механизмы и социальные условия

Психологический механизм описывает, каким образом восприятие события преобразуется в определённое действие. Для его изучения раздельно регистрируются наблюдаемое изменение у пациента, объяснение этого изменения родственником, ожидаемые последствия и

выбранный способ реагирования. В условном примере позднее возвращение домой может быть истолковано как признак возобновления употребления, нарушение договорённости или обычное изменение распорядка. Одинаковая частота проверок при этих интерпретациях может отражать разные цели.

Рабочая модель включает **оценку угрозы, оценку управляемости ситуации и выбор действия**. Если близкий считает угрозу высокой, а собственные возможности ограниченными, предметом исследования становятся доступные ему способы уменьшения неопределённости. Повторные звонки врачу могут выражать потребность в ясном порядке действий при ухудшении. Контроль повседневного поведения может зависеть от убеждения, что только постоянное наблюдение предотвращает кризис. Для проверки этих объяснений оценивают, как меняется участие родственника после получения новой информации, распределения обязанностей или восстановления контакта со службой.

Социальные условия определяют набор практически доступных решений. Важны жилищные условия, занятость, транспорт, распределение расходов, возможность временной замены ухаживающего и доступность профессиональной помощи. При отсутствии смены непрерывное присутствие рядом с пациентом может оказаться единственным осуществимым способом ухода. Его продолжительность в таком случае характеризует прежде всего организацию помощи. Вывод о сверхвовлечённости потребует дополнительных сведений о мотивации близкого и о его реакции на появление реальной альтернативы.

Исследовательская модель должна допускать изменение психологического механизма при изменении социальной ситуации. Например, появление доступного контакта со службой может повлиять на оценку угрозы и частоту семейных проверок. Если проверки сохраняются после появления поддержки, необходимо уточнить, была ли она практически доступна, удовлетворяла ли конкретную потребность и изменилось ли состояние пациента.

4.3. Взаимное влияние пациента и родственника

Взаимное влияние изучается на двух временных уровнях. На уровне эпизода фиксируются предшествующее событие, действия участников и непосредственный результат. На уровне течения болезни исследуются изменения, накапливающиеся в течение недель или месяцев. Способы регистрации на этих уровнях различаются. Для эпизода может быть достаточно подробной хронологии, а для оценки длительной динамики требуются повторные измерения у обоих участников.

Условный пример демонстрирует значение временного масштаба. После повторной просьбы о заверении близкий подтверждает, что опасности нет. Пациент сообщает о снижении тревоги, разговор прекращается. В течение последующих недель частота таких обращений может увеличиться, уменьшиться или остаться прежней. Данные об отдельном эпизоде позволяют описать немедленный результат. Для оценки устойчивости поведения необходимы сведения о частоте просьб, ответах близкого и изменениях симптоматики в последующий период.

Продольное исследование должно различать **различия между семьями** и **изменения внутри одной семьи**. Если у семей с более высокой нагрузкой чаще отмечаются конфликты, это характеризует различия между наблюдаемыми семьями. Вопрос о том, увеличивается ли частота конфликтов у конкретной семьи при росте её собственной нагрузки, требует повторных наблюдений в этой семье. Смешение этих двух уровней затрудняет интерпретацию механизма.

Если пациент взаимодействует с несколькими близкими, реакции следует соотносить с конкретной диадой. Различия поведения пациента при общении с супругом, родителем и взрослым ребёнком могут зависеть от содержания разговора, предшествующих событий и функций каждого участника. Повторные эпизоды одного пациента и наблюдения нескольких

членов одной семьи связаны между собой. Исследовательский анализ должен учитывать эту зависимость.

4.4. Зависимость взаимодействия от нозологии, стадии и тяжести заболевания

Нозологическое сравнение требует раздельной оценки диагноза, ведущих симптомов, стадии заболевания, функциональных возможностей и актуального риска. Диагноз определяет круг клинических вопросов. Конкретный объём участия близкого устанавливается применительно к состоянию пациента и задачам соответствующего периода. Внутри одной нозологической группы могут различаться степень зависимости от ухода, способность выполнять повседневные действия и необходимость поддержки при принятии решений.

При деменции предметом оценки становится соответствие помощи сохранным и утраченным навыкам. При других органических расстройствах значение имеют изменения после конкретного заболевания или повреждения и динамика восстановления. При шизофрении исследуются реакции близких на психотические переживания, снижение побуждений и когнитивные затруднения. При депрессии и мании следует различать участие семьи в остром эпизоде и после стабилизации. При паническом расстройстве существенна функция сопровождения, при зависимости — функция контроля и компенсации последствий употребления, при нарушениях интеллектуального развития — соответствие поддержки адаптивным возможностям и задачам развития.

Для сопоставления групп предлагается общий модуль наблюдения и специальные нозологические модули. Общий модуль включает нагрузку, представления о состоянии пациента, способы участия и доступность помощи. Специальный модуль уточняет клинические обстоятельства, придающие действию его смысл. Например, в общем модуле регистрируется факт сопровождения вне дома. В нозологическом модуле указывается, связано ли оно с нарушением ориентировки, страхом панического приступа, двигательными ограничениями или иной причиной.

При использовании общей шкалы следует проверить, сопоставим ли смысл её пунктов между группами. Если высокий балл по пункту «частота сопровождения» в одной группе отражает компенсацию функционального дефицита, а в другой — участие в избегании, сравнение средних баллов смешивает разные процессы. В таких случаях сопоставлению подлежат функции поведения либо клинические группы, для которых содержание показателя определено одинаково.

4.5. Версии пациента, родственника и специалиста

Многоисточниковое обследование предполагает сохранение происхождения каждого сведения. В записи различаются сообщение пациента, сообщение родственника, непосредственное наблюдение специалиста и документальные данные. Для каждого сообщения указываются период, ситуация и доступ информанта к событию. Обобщённая формулировка «в семье частые конфликты» затрудняет проверку, если неизвестно, кто описывает конфликты, что относит к ним и за какой период.

Расхождения целесообразно классифицировать по предмету. Участники могут по-разному описывать сам факт, его частоту, последовательность событий, смысл действия или допустимость принятого решения. Например, пациент и близкий могут одинаково описать ежедневные звонки и расходиться в оценке их функции. Один воспринимает их как согласованную поддержку, другой — как проверку. В таком случае предметом исследования становится раз-

личие ожиданий и договорённостей, а частота звонков может считаться согласованным фактом.

Заключение специалиста также требует указания основания. Наблюдение, что родственник трижды ответил на вопрос, адресованный пациенту, относится к поведению в ходе интервью. Вывод о подавлении самостоятельности представляет интерпретацию, для которой необходимы сведения о намерении пациента ответить, его возможностях и повторяемости поведения в других ситуациях. Условия беседы, включая совместное или раздельное интервью, фиксируются как часть процедуры получения данных.

В исследовательском протоколе заранее определяется порядок работы с расхождениями. Для некоторых признаков возможна независимая проверка по документам или повторному наблюдению. Для других существенна сама разница восприятия. Несогласие по поводу границ допустимого участия может сохранять клиническое значение даже при полном совпадении сведений о фактах.

4.6. Ассоциация и причинность

Исследовательский вопрос определяет допустимый вывод. Поперечное обследование позволяет установить, сочетаются ли признаки в определённый момент. Продольное наблюдение позволяет оценить временную последовательность и прогноз. Для причинного вывода необходимо определить, какое изменение предполагается, с чем оно сравнивается и в какой срок ожидается результат. Формулировка «контроль родственника ухудшает состояние пациента» слишком широка для проверки. Исследуемым вопросом может стать связь между согласованным изменением частоты проверок и динамикой конкретного показателя при сопоставимых исходных условиях.

Рассмотрим связь между частыми проверками и повторным кризисным обращением. Усиление симптомов может одновременно побуждать родственника к проверкам и повышать вероятность обращения. В этом случае тяжесть исходного состояния выступает возможным смешивающим фактором. Если проверки усиливаются после первых признаков кризиса, возникает проблема обратного направления связи. Если в ходе наблюдения изменяются лечение и поддержка семьи, их необходимо учитывать в соответствии с хронологией.

Для планирования анализа полезно заранее обозначить предполагаемые связи между переменными. Учитывать следует их роль, а не только наличие статистической ассоциации. Например, семейное напряжение, возникшее после усиления контроля, может быть промежуточным звеном предполагаемого эффекта. Напряжение, существовавшее до усиления контроля, может играть другую роль. Один показатель, измеренный в разные моменты, способен отвечать на разные причинные вопросы.

Эффект семейного вмешательства также следует отличать от доказательства его механизма. Если программа одновременно включает обучение, изменение договорённостей и дополнительный контакт со специалистом, сравнение групп даёт оценку программы в целом. Для установления вклада конкретного компонента требуется исследование, позволяющее выделить этот компонент. Такая постановка вопроса особенно существенна при проверке того, приводит ли изменение семейного поведения к улучшению состояния пациента и через какие промежуточные процессы это происходит.

4.7. Смещения клинического наблюдения

Смещение отбора возникает уже на этапе включения случаев. Амбулаторная выборка отражает обстоятельства обращения и доступность консультации. Стационарная выборка формируется по другим основаниям. Если учитываются только пациенты, пришедшие с родствен-

ником, из исследования выпадают семьи, которые оказывают помощь вне контакта со службой, и пациенты без доступного близкого. Сведения о порядке включения необходимы для определения популяции, к которой относятся результаты.

Особого внимания требует включение по факту госпитализации или кризисного обращения. На это событие могут одновременно влиять тяжесть расстройства и возможность продолжать уход дома. В выборке, ограниченной госпитализированными пациентами, между тяжестью состояния и семейной нагрузкой может возникнуть связь, обусловленная самим отбором. Для проверки такой гипотезы нужны данные о пациентах, которые при сопоставимом состоянии получили помощь в других условиях, либо выводы следует ограничить обследованной группой.

Информационное смещение возникает, когда качество сведений зависит от изучаемого исхода. После тяжёлого эпизода участники могут придавать больше значения предшествовавшим разногласиям, чем при стабильном течении. Снизить зависимость от ретроспективной реконструкции помогают записи, сделанные до исхода, одинаковые интервалы опроса и привязка событий к проверяемым временным ориентирам.

Смещение оценки возникает, если специалист знает исход и использует это знание при кодировании предшествующих признаков. По возможности признаки оцениваются по заранее установленным правилам, а часть материала кодируется независимо. Отдельного анализа требуют пропущенные данные и прекращение наблюдения. Если из исследования чаще выбывают семьи с высокой нагрузкой, динамика оставшейся группы может давать искажённое представление о переносимости ухода.

4.8. Гендерные, возрастные и культурные факторы

При анализе гендерных различий следует измерять распределение обязанностей. Если в выборке матери чаще оказывают ежедневную помощь, а отцы чаще участвуют в отдельных решениях, различие в частоте проверок или выраженности нагрузки может зависеть от выполняемой работы. Для интерпретации регистрируются время ухода, ночные обязанности, участие в расходах, возможность передать задачи и принятие решений. Сопоставление родственников при сходном объёме участия позволяет уточнить, какие различия сохраняются после учёта этих обстоятельств.

Возраст влияет на критерии оценки самостоятельности и на распределение ответственности. Родительское участие в делах ребёнка, поддержка взрослого человека и уход за пожилым пациентом предполагают разные исходные ожидания. В исследованиях важно учитывать возраст обоих участников, этап семейной жизни и актуальные возможности пациента. При нарушениях интеллектуального развития особое значение имеет раздельная оценка возраста и адаптивного функционирования, поскольку эти параметры отвечают на разные вопросы о характере поддержки.

Культурные нормы влияют на допустимую степень участия семьи, способы выражения заботы и готовность обсуждать заболевание за её пределами. В исследованиях выраженных эмоций культурная зависимость особенно существенна при интерпретации эмоциональной сверхвовлечённости. При переносе инструмента в другую среду требуется проверить, одинаково ли участники понимают вопросы и сопоставимы ли полученные оценки. Описание конкретного действия, его цели и последствий уменьшает зависимость клинического вывода от предположений исследователя о принятой норме.

В протоколе гендер, возраст и культурный контекст следует связывать с измеряемыми обстоятельствами. Вместо общего указания на «традиционную семью» фиксируются ожидания участников относительно совместного проживания, раскрытия диагноза, распределения ухода и самостоятельных решений. Это позволяет проверить, связаны ли различия между группами

с конкретными правилами и условиями жизни, и определить, в каких пределах результаты применимы к другим семьям.

Часть II. Общая клиническая архитектура

Глава 5. Психическое состояние и ресурсы родственника

Клиническая оценка родственника начинается с выяснения того, как изменились его самочувствие, повседневная деятельность и способность выполнять принятые обязанности. Один и тот же объём ухода может сопровождаться различной нагрузкой в зависимости от состояния здоровья близкого, предсказуемости событий и возможности передать часть задач. В настоящей главе рассматриваются признаки, которые позволяют судить о состоянии родственника, и обстоятельства, при которых требуется самостоятельное обследование.

5.1. Тревога, страх и переживание неопределённости

Для клинического описания полезно различать страх перед определённой угрозой и тревожное ожидание неблагоприятного развития событий. После эпизода агрессии родственник может опасаться повторения конкретной ситуации. После первого психотического эпизода предметом тревоги может стать сама невозможность предсказать дальнейшее течение болезни. Эти переживания могут сочетаться, однако требуют разных вопросов. В первом случае выясняются обстоятельства угрозы и возможность защиты. Во втором — какие изменения близкий считает признаками ухудшения, насколько уверен в такой оценке и как принимает решения при неполной информации.

Тревогу следует оценивать в связи с действиями, которые она сопровождает. Близкий может проверять сон пациента, многократно уточнять его местонахождение или связываться со специалистом при каждом изменении поведения. Для понимания этих действий необходимо восстановить предшествующий опыт. Если прежнее ухудшение началось с нескольких ночей без сна, внимание родственника к режиму имеет понятное основание. Дальнейшая оценка зависит от того, какие изменения он замечает сейчас, как отличает их от обычных колебаний и может ли изменить порядок наблюдения после уточнения риска.

Самостоятельное клиническое значение тревоги определяется её выраженностью, продолжительностью и влиянием на деятельность родственника. Уточняется, удаётся ли ему работать, отдыхать и сохранять другие отношения, ослабевает ли тревога во время передышки и распространяется ли она на области жизни, не связанные с пациентом. Сохранение тревоги после уменьшения нагрузки служит основанием расширить оценку. Для объяснения её динамики могут потребоваться сведения о предшествующих эпизодах, физическом здоровье и сохраняющихся источниках угрозы.

5.2. Вина, стыд, гнев и чувство несправедливости

Вина относится к оценке собственного поступка или бездействия. Родственник может считать, что слишком поздно обратился за помощью, согласился на госпитализацию вопреки желанию пациента или пропустил признаки ухудшения. При обследовании важно различать ответственность за конкретное решение и ретроспективное убеждение, что близкий мог предотвратить весь последующий ход событий. Оценка решения требует восстановления сведений и возможностей, которыми он располагал в тот момент.

Стыд связан с предполагаемой или пережитой оценкой со стороны других людей. Он может касаться поведения пациента, собственного участия семьи или факта обращения к психиатру. В беседе уточняется, чьей оценки опасается родственник и какие решения меняются

под её влиянием. Отказ обсуждать диагноз с соседями и отказ обращаться за профессиональной помощью имеют разные последствия. Переживание стыда также может сочетаться с реальным опытом отвержения, который следует описывать отдельно от ожидаемых реакций.

Гнев оценивается по его адресату, обстоятельствам и способу выражения. Раздражение может быть направлено на пациента, других членов семьи или службу, от которой родственник ожидал помощи. Значение имеет переход от переживания к действию. Сообщение о сильном гневе, резкая реплика в разговоре, угроза и физическое воздействие требуют разных форм клинической оценки. При угрозах и насилии анализ эмоционального состояния дополняет оценку безопасности и конкретных действий участников.

Чувство несправедливости часто относится к распределению обязанностей. Оно может выражать несоответствие между фактическим вкладом родственника и признанием этого вклада другими членами семьи. Для оценки выясняется, кто обеспечивает ночное наблюдение, оплачивает помощь, сопровождает пациента на приём и может временно принять обязанности. Если источник напряжения связан с распределением ухода, содержание помощи определяется этим распределением. В интервью с близкими пациентов, госпитализированных недобровольно, облегчение после госпитализации сочеталось с тревогой и виной. Поэтому эмоциональные реакции на одно решение следует регистрировать раздельно.

5.3. Истощение, нарушения сна и соматическое неблагополучие

Истощение целесообразно описывать через снижение способности восстанавливаться после нагрузки и поддерживать обычный уровень деятельности. К предмету обследования относятся накопление усталости, дневная сонливость, трудности концентрации, пропуски работы, отказ от привычных занятий и затруднения в выполнении задач ухода. Длительность и последовательность изменений устанавливаются по конкретным эпизодам. Выраженное чувство усталости и снижение функционирования могут иметь различную динамику.

При оценке сна выясняется, имеет ли родственник достаточное время для сна и способен ли спать, когда такая возможность появляется. Частые пробуждения из-за необходимости помочь пациенту отражают непосредственную нагрузку. Трудности засыпания или повторного засыпания в отсутствие таких эпизодов требуют дополнительного описания. У одного человека оба механизма могут действовать одновременно. Дневник с раздельной регистрацией ночных событий, времени сна и дневного самочувствия помогает уточнить их последовательность.

Соматические жалобы следует рассматривать в рамках собственного медицинского анамнеза родственника. Утомляемость, боль, сердцебиение или снижение переносимости обычной нагрузки описываются с учётом времени возникновения, сопутствующих заболеваний, лекарственной терапии и доступности медицинской помощи. Отдельный вопрос касается того, откладывает ли родственник обследование или лечение из-за невозможности оставить пациента. В таком случае состояние близкого и организация ухода требуют согласованного рассмотрения.

В повторном обследовании информативно сопоставлять периоды обычной нагрузки и временной передышки. Быстрое восстановление сна и активности после передачи части обязанностей даёт основание уточнить роль условий ухода. Сохранение нарушений требует оценки других факторов. Для такого сопоставления важно установить, была ли передышка фактической. Родственник может временно находиться вне дома и по-прежнему отвечать за все решения, получая звонки в течение дня и ночи.

5.4. Переживание изменения личности и возможностей близкого

Семья может описывать заболевание словами «он стал другим человеком». Эта формулировка объединяет изменения поведения, утрату привычных возможностей и изменение самих отношений. При обследовании выясняется, какие признаки послужили основанием для такого суждения, когда они возникли и как меняются со временем. Снижение инициативы, утрата бытового навыка, импульсивные решения и уменьшение эмоциональной отзывчивости требуют раздельного описания. Оценка родственника дополняется сведениями о том, как пациент воспринимает произошедшие изменения.

При прогрессирующем когнитивном расстройстве близкий может переживать постепенную утрату привычных форм взаимности при сохранении отношений и необходимости повседневного ухода. Практическое значение имеет уточнение предмета переживания. Им может быть утрата возможности обсуждать общие дела, изменение супружеских отношений или переход к односторонней ответственности за быт. При последствиях черепно-мозговой травмы или другого приобретённого поражения мозга существенны резкость перемен и расхождение между внешней сохранностью пациента и ограничением отдельных функций. При аффективных и психотических эпизодах требуется сопоставление состояния в остром периоде и после стабилизации.

Переживание утраты способно менять ожидания родственника. Близкий может продолжать предъявлять требования, соответствующие прежним возможностям пациента, либо сохранять замещение действий, которые пациент уже способен выполнять. В обоих случаях клинической оценке подлежит конкретная функция. Вопрос о том, «вернулся ли прежний человек», переводится в вопросы о том, какие способности изменились, какие сохранились и на каких условиях возможна прежняя форма участия в семейной жизни.

5.5. Собственные психические расстройства родственника

Клиническая картина у родственника может включать ранее существовавшее расстройство, повторный эпизод на фоне нагрузки или впервые возникшие симптомы. Для их разграничения требуется самостоятельный анамнез. Устанавливаются предшествующие обращения, периоды нарушения функционирования, полученное лечение, динамика симптомов вне ситуации ухода и наличие других значимых обстоятельств. Семейное родство и хронологическая близость к заболеванию пациента дают контекст для обследования.

Высказывания пациента о состоянии родственника могут служить поводом для уточнения, как и сведения, сообщаемые самим близким при обсуждении ухода. Например, описание родственника как «постоянно тревожного» требует выяснения содержания и давности симптомов, связанных с ними ограничений и собственной оценки человека. Однократное наблюдение эмоциональной реакции во время сложного разговора характеризует состояние в данном эпизоде. Диагностическая формулировка требует обследования родственника по его собственным клиническим данным.

Для исследования «синдрома родственника» наличие самостоятельного расстройства и характер участия близкого регистрируются как разные переменные. Выраженность симптомов и эффективность помощи пациенту могут изменяться независимо. В исследовании важно установить, какие способы участия сохраняются после улучшения состояния родственника и какие меняются при уменьшении нагрузки или появлении поддержки.

5.6. Материальные, социальные и психологические ресурсы

Ресурс оценивается по тому, **какую задачу он позволяет выполнить и в какой момент доступен**. Номинальное наличие родственников, денежных средств или социальной услуги даёт ограниченную информацию о возможностях семьи. Для ухода имеет значение, может ли другой человек прийти ночью, доступна ли оплата помощи в необходимом объёме и кто возьмёт на себя координацию. Доступность ресурса проверяется применительно к конкретной ситуации.

К материальным ресурсам относятся доход, жильё, транспорт и возможность оплачивать помощь либо изменять рабочий график. Социальные ресурсы включают людей, готовых выполнять определённые задачи, и доступ к профессиональным службам. К психологическим ресурсам относятся способность различать срочные и плановые задачи, обращаться за поддержкой, выдерживать неопределённость и пересматривать ожидания. Для оценки полезны примеры ранее принятых решений. Сообщение «мы всегда справляемся сами» может означать как способность семьи распределять обязанности, так и отсутствие доступной внешней помощи.

При составлении клинического плана выделяются ресурсы, доступные регулярно, и ресурсы, которыми семья может воспользоваться только в отдельных обстоятельствах. Человек, готовый раз в неделю сопровождать пациента на приём, помогает решить транспортную задачу. Возможность снять ночную нагрузку определяется другими договорённостями. Сопоставление задач и ресурсов выявляет участки ухода, в которых ответственность полностью сосредоточена у одного человека и помощь может прерваться при его болезни или временном отсутствии.

5.7. Основания для отдельного обследования и помощи

Основания для отдельной беседы с родственником возникают при устойчивых жалобах на собственное состояние, снижении повседневного функционирования, признаках небезопасной нагрузки или невозможности обсуждать чувствительные обстоятельства в присутствии пациента. Содержание беседы определяется её целью. Оценка возможностей ухода касается конкретных обязанностей, а обследование по поводу собственного здоровья предполагает самостоятельное обращение, согласие и соответствующие условия конфиденциальности.

Форма помощи определяется по выявленной потребности.

Данные обследования	**Задача помощи**	**Показатель для последующей оценки**
Близкий затрудняется различать обычные колебания состояния и признаки ухудшения	Уточнить ориентиры наблюдения и согласовать порядок связи со службой	Способность описать, при каких изменениях и куда обращаться
Ночная помощь сосредоточена у одного человека, его сон регулярно прерывается	Оценить возможность перераспределения ночных обязанностей или временной замены	Число ночей без дежурства, сон и дневная работоспособность
Жалобы сохраняются вне периодов высокой нагрузки и ограничивают повседневную деятельность		

Организовать отдельное клиническое обследование родственника
Динамика его симптомов и функционирования

Близкий сообщает об угрозах, насилии или невозможности безопасно продолжать уход
Оценить безопасность участников и определить необходимые меры помощи
Наличие осуществимого плана защиты и доступность поддержки

Возможности пациента изменились, а обязанности семьи остались прежними
Пересмотреть объём и содержание участия близких
Фактическое выполнение задач пациентом и изменение нагрузки семьи

В клинической формулировке фиксируются четыре группы сведений. Указываются изменения состояния родственника, их влияние на его жизнь, фактическая нагрузка и доступные способы её перераспределения. Если рекомендовано самостоятельное обследование, основание формулируется через конкретные жалобы или нарушения функционирования. При повторном контакте оценивается именно тот показатель, ради которого была организована помощь. Это позволяет установить, изменилось ли состояние родственника и остаётся ли принятый объём участия для него посильным.

Глава 6. Представления о болезни и формирование запроса

Предметом главы является преобразование повседневного наблюдения в запрос на психиатрическую помощь. Родственник замечает изменение, объясняет его, определяет степень срочности и предлагает способ вмешательства. На каждом этапе исходное наблюдение получает дополнительное содержание. Сообщение «перестал ходить на работу», заключение «у него обострение» и просьба «нужна госпитализация» относятся к одному случаю, но имеют разные основания. Клиническое обследование должно установить, какие сведения подтверждают каждый переход и какого результата ожидают участники.

6.1. Субъективная модель заболевания

Субъективная модель заболевания представляет собой совокупность объяснений и ожиданий, которыми человек руководствуется при оценке нарушений. Она включает представления о том, какие изменения относятся к болезни, чем они вызваны, сколько могут продолжаться, насколько поддаются контролю и по каким признакам следует судить об улучшении. У пациента и родственника эти представления могут различаться даже при согласии с диагнозом.

Содержание модели раскрывается через конкретные суждения. Если близкий связывает любое сокращение сна с началом мании, необходимо выяснить, какие особенности предыдущего эпизода легли в основу этого заключения. Если снижение активности он объясняет действием препаратов, уточняется, когда возникло изменение, предшествовало ли оно лечению и в каких обстоятельствах становится заметным. Сопоставление с клиническими данными позволяет установить, какие элементы объяснения обоснованы и какие требуют дальнейшей проверки.

Принятие диагноза и понимание его практических последствий оцениваются раздельно. Родственник может соглашаться с диагнозом депрессии и одновременно считать, что после уменьшения подавленности пациент сразу должен вернуться к прежней нагрузке. Пациент может сомневаться в диагностической формулировке, но точно описывать изменения сна и признавать необходимость наблюдения. Для согласования помощи важно установить предмет расхождения. Им может быть название расстройства, прогноз, оценка конкретной способности или ожидаемый эффект лечения.

Субъективная модель проявляется также в **правиле действия**. Родственник определяет, при каких изменениях продолжать наблюдение, обсуждать ситуацию с пациентом или обращаться к специалисту. Такое правило следует описывать по недавним решениям. Сравнение заявленного правила с фактическими действиями позволяет выяснить, какую роль сыграли тревога, предыдущий опыт, мнение других членов семьи и доступность помощи.

6.2. «Не может», «не хочет», «делает назло»: интерпретации поведения

Высказывания о способности, желании и намерении относятся к разным уровням объяснения. «Не может» означает предположение об ограничении функции. «Не хочет» описывает предполагаемое предпочтение или отказ. «Делает назло» приписывает человеку цель причинить неудобство либо вызвать ответную реакцию. Ни одно из этих заключений нельзя непосредственно вывести из факта невыполнения действия.

Клинический разбор начинается с определения задачи. Уточняется, понимает ли пациент, что от него требуется, может ли начать действие, удержать последовательность и завершить его при обычной нагрузке. Отдельно выясняется, считает ли он задачу необходимой и согласен

ли её выполнять. Способность выполнить действие, возможность выполнять его регулярно и согласие принять на себя обязанность регистрируются раздельно.

В условном примере родственник объясняет неоплаченные счета безразличием пациента. При обследовании может обнаружиться, что пациент понимает назначение платежа и выполняет его после напоминания, но теряет последовательность действий при самостоятельной работе с приложением. В этом случае требуется оценить конкретное затруднение. Если же пациент своевременно оплачивает собственные счета и отказывается оплачивать расходы, которые считает чужими, предметом обсуждения становится распределение обязательств. Внешне одинаковый результат имеет разные основания и требует разных решений.

Приписывание намерения «сделать назло» требует особенно точной записи. Следует указать, какое действие произошло, что ему предшествовало и какие сведения позволяют судить о намерении. Если прямых данных нет, формулировка сохраняется как объяснение родственника. Значение этой оценки для взаимодействия может быть самостоятельным. Предположение о враждебном намерении способно определять ответ близкого даже при неопределённости мотивов пациента.

В пределах одного случая возможны сочетания функционального ограничения и осознанного отказа. Например, пациент способен выполнить задачу при поддержке и при этом отказывается от предлагаемого способа контроля. Оценка должна установить, чего именно касается отказ: самой задачи, помощи конкретного человека, условий её выполнения или постоянных проверок.

6.3. Отрицание, преуменьшение и преувеличение нарушений

Слова «отрицание», «преуменьшение» и «преувеличение» нередко используются как готовые объяснения позиции участника. Для клинической записи их содержание следует уточнять. Отрицаться может само событие, его повторяемость, связь с заболеванием или необходимость вмешательства. Родственник может признавать, что пациент перестал справляться с определёнными обязанностями, но объяснять это временной перегрузкой. В таком случае расхождение касается интерпретации и прогноза.

О преуменьшении или преувеличении можно судить применительно к конкретному показателю и при наличии основания для сравнения. Утверждение «это бывает постоянно» уточняется по числу эпизодов и периоду наблюдения. Сообщение «никаких изменений не было» сопоставляется с данными о прежнем функционировании и доступом близкого к повседневной жизни пациента. При недостатке сведений корректно фиксировать расхождение оценок и его возможные причины.

На выраженность сообщения влияют условия наблюдения. Один родственник видит пациента преимущественно в спокойные дневные часы, другой обеспечивает помощь в периоды ночного ухудшения. Их оценки могут различаться вследствие реальных различий состояния в наблюдаемых ситуациях. Отдельно исследуется, изменяется ли описание после появления новых данных. Сохранение прежней оценки может быть связано с доверием к источнику, предшествующим опытом или последствиями признания проблемы.

Предположение о намеренном искажении требует самостоятельных оснований. Повторение неточного сообщения, выраженная эмоциональность и настойчивая просьба о лечении сами по себе оставляют вопрос о намерении открытым. В документации целесообразно указывать, какое утверждение проверено, какими данными оно подтверждается или опровергается и какие обстоятельства остаются неизвестными.

6.4. Ожидания выздоровления, самостоятельности и послушания

Ожидания родственника следует переводить в наблюдаемые результаты. Слово «выздоровление» может означать исчезновение симптомов, возвращение к работе, восстановление прежней семейной роли или возможность жить отдельно. Эти цели различаются по срокам и по условиям достижения. При повторной консультации оценка результата зависит от того, какое изменение было согласовано первоначально.

Самостоятельность относится к конкретной деятельности и допускает разные формы поддержки. Пациент может принимать повседневные решения, нуждаясь в помощи при сложных финансовых операциях. Он может выполнять бытовую задачу самостоятельно при наличии письменной последовательности действий. При оценке ожиданий выясняется, какой объём помощи близкий считает допустимым и когда готов пересмотреть его. Восстановление самостоятельности следует описывать через фактически освоенные действия и условия, в которых они выполняются.

Ожидание послушания выражается в требовании следовать решениям родственника. Оно может касаться режима, лечения, контактов или бытовых обязанностей. Для клинического анализа существенны содержание требования, его основания и отношение пациента. Соблюдение взаимно согласованного распорядка, выполнение лечебной рекомендации и подчинение семейному правилу имеют разный статус. В частности, отказ от конкретного бытового требования подлежит оценке в контексте отношений и функциональных возможностей, а отказ от предложенного вмешательства требует выяснения позиции пациента и оснований самого предложения.

Завышенные и заниженные ожидания устанавливаются по отношению к определённой функции. При завышенном ожидании от пациента требуют результата, которого он пока не может достичь в имеющихся условиях. При заниженном ожидании его возможности систематически недооцениваются и доступная ему деятельность выполняется другими. В обоих случаях оценку полезно строить на наблюдении конкретной задачи и её повторной проверке после изменения состояния или объёма поддержки.

6.5. Медикализация семейных разногласий

В настоящей главе **медикализация семейного разногласия** обозначает такой способ формирования запроса, при котором предмет спора описывается как проявление болезни, а его разрешение связывается преимущественно с медицинским вмешательством. Термин применяется к содержанию запроса. Возможность психического расстройства оценивается самостоятельно. Клинически значимые симптомы могут присутствовать одновременно с конфликтом о правилах совместной жизни.

Для анализа выделяются три элемента. Первый — поведение, из-за которого возникло разногласие. Второй — признаки, на основании которых это поведение относят к болезни. Третий — результат, ожидаемый от врача. Чем точнее описаны эти элементы, тем яснее, какие задачи входят в клиническую оценку и какие требуют обсуждения между участниками.

В условном примере родитель просит назначить подростку антидепрессант, поскольку тот подолгу пользуется телефоном и перестал выполнять домашние обязанности. Обследование должно установить, изменились ли настроение, интересы, сон, школьное и социальное функционирование, какова длительность изменений и что сам подросток считает проблемой. Одновременно выясняется, какие обязанности были согласованы, когда возник спор и какой

результат родитель примет за улучшение. Один источник сведений касается возможного расстройства, другой — содержания семейного конфликта. Оба могут влиять на повод обращения.

Возможен и обратный процесс, когда клинически значимые изменения трактуются исключительно как непослушание, слабость характера или семейный спор. Для различения вариантов используются данные о динамике симптомов, изменении функционирования в нескольких средах и связи поведения с конкретными требованиями. Если трудности наблюдаются только в одном взаимодействии, необходимо исследовать его условия. Если они распространяются на разные сферы жизни, возрастает значение обследования состояния пациента. В обоих случаях первоначальная формулировка обращения остаётся источником гипотез.

6.6. Ожидания от лекарств, психотерапии и госпитализации

Запрос на определённый способ помощи обычно содержит представление о том, какое изменение этот способ должен вызвать. Поэтому обсуждение целесообразно начинать с ожидаемого результата. Одинаковая просьба о лекарстве может выражать стремление уменьшить страдание пациента, восстановить сон, снизить риск ухудшения или изменить поведение, вызывающее напряжение в семье. Различие этих целей определяет содержание оценки и показатели, по которым участники будут судить о результате.

При обсуждении **лекарственного лечения** уточняются симптомы, на которые направлено вмешательство, ожидаемые сроки изменений и значение переносимости для пациента. Важно заранее установить, что близкий будет считать улучшением. Уменьшение числа споров может быть для него главным результатом, тогда как пациент оценивает прежде всего сон, тревогу или способность работать. Раздельная фиксация этих исходов помогает обсуждать результат без подмены одного показателя другим.

Запрос на **психотерапию** может относиться к переживаниям пациента, способам совладания, отношениям или трудностям принятия решений. Иногда семья ожидает, что специалист убедит пациента принять её позицию. Тогда требуется выяснить, какая задача признаётся самим пациентом и кто должен участвовать в её решении. Индивидуальная работа предполагает собственную цель пациента. Семейный формат позволяет обсуждать договорённости и взаимные ожидания при наличии оснований и готовности участников.

Запрос на **госпитализацию** может включать потребность в обследовании, опасения за безопасность, невозможность продолжать уход или надежду прекратить конфликт. Эти обстоятельства фиксируются раздельно. Показания к стационарной помощи определяются по клиническим данным и применимым требованиям. Потребность родственника в передышке или защите также требует рассмотрения, поскольку она может сохраниться при любом решении о госпитализации.

При повторном контакте полезно сопоставить исходное ожидание и наблюдаемый результат. Если симптомы уменьшились, но семейная нагрузка сохранилась, необходимо выяснить, какие обязанности остались прежними. Если общение стало спокойнее, но состояние пациента существенно не изменилось, динамику взаимодействия и клиническую динамику следует описать отдельно.

6.7. Расхождение интересов и целей участников

Для анализа запроса необходимо различать **позицию, интерес и цель**. Позиция выражается в требовании или предпочтении, например «пациент должен оставаться дома». Интерес обозначает обстоятельство, которому участник придаёт значение, например безопасность или возможность сохранить работу. Цель формулируется как ожидаемый результат в опреде-

лённый срок. Разделение этих уровней позволяет обсуждать конкретные решения даже при исходно противоположных позициях.

В условном примере пациент после лечения хочет вернуться к работе, родственник настаивает на продолжении домашнего наблюдения, а специалисту необходимо оценить устойчивость восстановления. Содержание расхождения уточняется через условия труда, фактические возможности пациента, основания опасений родственника и доступные способы поддержки. Если интерес пациента связан с сохранением занятости, а интерес близкого — с предупреждением повторного ухудшения, обсуждение может перейти к конкретным условиям возвращения и признакам, при которых план подлежит пересмотру.

Некоторые противоречия сохраняются после уточнения сведений. В таких случаях клиническая формулировка должна показывать, в чём участники согласны, по какому вопросу расходятся, кто принимает соответствующее решение и какие условия требуют повторной оценки. При угрозе безопасности, принуждении или ограниченной возможности свободно высказать позицию первостепенное значение приобретает самостоятельная оценка положения каждого участника. Совместное согласование возможно в пределах, в которых участие остаётся безопасным и добровольным.

Для клинической записи предлагается фиксировать:

Повод обращения. Какое событие предшествовало контакту и кто его инициировал.

Версии происходящего. Как пациент и родственник объясняют изменения и какими сведениями располагают.

Ожидаемое вмешательство. Какую помощь предлагает каждый участник и почему.

Предпочтительный результат. Какое изменение участник сочтёт достаточным и в какой срок.

Клиническое заключение и порядок пересмотра. Какие задачи подтверждены обследованием, какие цели согласованы и что будет оцениваться при следующем контакте.

В исследовании «синдрома родственника» предметом проверки становится **устойчивость связи между объяснением болезни и способом предъявления запроса** . Для этого представления близкого регистрируются до обсуждения решения, а содержание обращения и его последствия — отдельно. Повторная оценка позволяет установить, изменяется ли запрос вслед за состоянием пациента, новой информацией и появлением доступных форм помощи. Именно такая последовательность данных позволяет исследовать, при каких условиях позиция родственника остаётся гибкой и при каких воспроизводится один и тот же способ обращения.

Глава 7. Основные способы взаимодействия

Представления родственника о заболевании приобретают клиническое значение, когда определяют его действия. В главе 6 рассматривалось, как объяснение симптомов формирует запрос на помощь. Здесь единицей анализа становится эпизод взаимодействия: действие близкого, обстоятельства его совершения, ответ пациента и последующее изменение ситуации. Повторные наблюдения позволяют установить, сохраняет ли действие одну функцию или приобретает разное значение при изменении состояния пациента и условий ухода.

7.1. Поддержка и содействие самостоятельности

Поддержка способствует выполнению задачи, которую пациент считает значимой или которая необходима в его повседневной жизни. Её содержание определяется конкретным затруднением. Пациенту может требоваться помощь в выборе между несколькими вариантами, напоминание о начале действия, разъяснение последовательности шагов или участие в выполнении отдельной операции. Эти формы помощи оставляют пациенту различный объём инициативы.

В условном примере пациент после депрессивного эпизода намерен возобновить покупки продуктов. Родственник составляет список вместе с ним, а пациент самостоятельно выбирает магазин, совершает покупку и рассчитывается. Если действие выполняется устойчиво, объём помощи можно пересмотреть. При когнитивном снижении аналогичная договорённость может иметь другую цель: сохранить доступный пациенту этап деятельности при стабильной поддержке на остальных этапах.

Эмоциональная поддержка проявляется в готовности выслушать пациента, признать значимость его переживания и обсудить доступное действие. При этом эмоциональная близость и содействие самостоятельности оцениваются раздельно. Близкий может внимательно относиться к переживаниям пациента и одновременно принимать за него большинство решений. Напротив, ограниченное участие в повседневных делах может соответствовать выраженному предпочтению пациента и согласованному порядку помощи.

Показателем содействия самостоятельности служит то, какую часть задачи пациент выполняет и какие решения остаются за ним. Если после изменения формы поддержки пациент чаще начинает действие, участвует в выборе и завершает доступные этапы, эти изменения подлежат регистрации. При прогрессирующем заболевании результатом поддержки может быть сохранение участия в пределах имеющихся возможностей.

7.2. Гиперопека и избыточный контроль

Гиперопека выражается в систематическом предупреждении или замещении действий, которые пациент способен выполнить с приемлемой степенью риска. Избыточный контроль проявляется в наблюдении, проверках или ограничениях, объём которых превышает потребность в них применительно к конкретной задаче. Эти способы взаимодействия могут сочетаться. Родственник способен выполнять бытовые действия за пациента и одновременно требовать отчёта о перемещениях или расходах.

Клиническое значение контроля определяется его предметом, основаниями и возможностью пересмотра. В условном примере после маниакального эпизода пациент и близкий договариваются временно обсуждать крупные траты. Для оценки последующего взаимодействия важно выяснить, распространяется ли договорённость на обычные покупки, кто принимает окончательное решение и при каких условиях объём участия изменится. Одна и та же проверка

может соответствовать согласованному плану на одном этапе и сохраняться по инерции после изменения обстоятельств.

В детской и подростковой практике объём контроля соотносится с возрастом, задачами развития и фактическими возможностями ребёнка. При деменции учитываются сохранность соответствующей функции и конкретные риски. При тревожных расстройствах исследуется, помогает ли сопровождение расширять деятельность пациента или постепенно становится условием любого самостоятельного выхода. Во всех этих случаях частота участия приобретает смысл после уточнения его функции.

Для продольного наблюдения существенна **гибкость контроля**. Фиксируется, меняет ли родственник объём участия после восстановления навыка, уточнения риска или появления доступной помощи. Если объём контроля остаётся прежним, исследуются основания этого решения и его последствия для пациента.

7.3. Критика, обвинения и обесценивание

Критика представляет собой отрицательную оценку действия или особенности пациента. Обвинение связывает произошедшее с его предполагаемой ответственностью или намерением. Обесценивание выражается в отрицании значимости переживания, затруднения или достигнутого результата. Эти высказывания могут следовать друг за другом, но имеют различное содержание. Замечание о невыполненной обязанности касается поступка. Утверждение «ты сделал это, чтобы причинить неприятности» приписывает намерение. Реплика «твои трудности ничего не значат» отрицает значимость опыта пациента.

При регистрации высказывания важны адресат и обстоятельства. Критическое замечание о пациенте в интервью со специалистом характеризует отношение, выраженное в этой беседе. Реплика, обращённая к пациенту в ходе конфликта, входит в последовательность непосредственного взаимодействия. Исследования выраженных эмоций дают основу для систематического анализа первого вида материала. Для оценки второго требуется описание хода разговора и ответных действий участников.

Особое значение имеет связь критики с оценкой способности пациента. Снижение инициативы может интерпретироваться близким как отказ прилагать усилия. В таком случае усиление требований опирается на предположение о сохранной способности, которую необходимо проверить. При сохранной способности содержание спора может касаться распределения обязанностей или несогласия пациента с предъявляемым требованием. Для клинической формулировки нужны данные как о функции пациента, так и о содержании разногласия.

Если после критической реплики пациент прекращает беседу, отказывается от задачи или отвечает агрессией, регистрируется последовательность событий. Для оценки повторяющегося паттерна сопоставляются эпизоды с разным содержанием обращений и учитывается состояние пациента до начала разговора. Такая запись позволяет исследовать, связано ли изменение поведения с формой обращения, самой задачей или другими обстоятельствами эпизода.

7.4. Заверения, участие в ритуалах и поддержание избегания

Заверение представляет собой ответ, призванный уменьшить сомнение или страх пациента. При обследовании важно установить, касается ли вопрос новой информации или повторяется при сохранении прежних обстоятельств. В первом случае близкий может восполнить недостаток сведений. Во втором ответ может становиться частью последовательности, в которой сомнение вызывает запрос, заверение приносит кратковременное облегчение, а затем запрос возобновляется.

При обсессивно-компульсивном расстройстве участие близких может включать проверку предметов по просьбе пациента, выполнение действий в установленной последовательности и изменение семейного распорядка в соответствии с требованиями ритуала. Эти действия входят в изучаемую область семейной аккомодации. В исследовательской записи указываются инициатор действия, его частота и последствия для распорядка семьи. При наличии данных отдельно описывается, что происходит, когда родственник откладывает выполнение просьбы или отказывается участвовать.

При тревожных расстройствах близкий может говорить вместо пациента, выполнять за него поездки или менять общие планы, чтобы исключить пугающую ситуацию. Для анализа избегания существенна динамика активности пациента. Если сопровождение используется на согласованном этапе восстановления и пациент постепенно расширяет круг самостоятельных действий, функция помощи отличается от ситуации, в которой со временем всё больше задач передаётся родственнику.

Клиническая оценка включает непосредственный эффект и отдалённое изменение деятельности. Прекращение спора или уменьшение тревоги после заверения характеризует конкретный эпизод. Изменение частоты запросов, объёма избегания и нагрузки семьи устанавливается при последующем наблюдении. Такой порядок позволяет отдельно изучать эффект, ради которого действие было предпринято, и последствия его повторения.

7.5. Замещение деятельности пациента

Замещение возникает, когда родственник выполняет действие вместо пациента. Оно может охватывать отдельный этап задачи или всю деятельность. Клиническая оценка требует установить, какие операции пациент выполняет самостоятельно, какие доступны при подсказке и какие остаются недоступными даже при поддержке. Участие пациента в выборе цели и способа выполнения регистрируется отдельно от физического выполнения действия.

В условном примере родственник полностью распоряжается оплатой коммунальных услуг. Это может быть связано с забыванием сроков, трудностями работы с банковским приложением, опасением ошибочного платежа или сложившимся распределением обязанностей. Если пациент способен проверить сумму и подтвердить платёж при помощи близкого, полное замещение скрывает сохранную часть навыка. Если он утратил способность понимать назначение платежа и последствия ошибки, принятие задачи близким может отвечать потребности в помощи.

Объём замещения оценивается с учётом динамики заболевания. После острого эпизода могут последовательно восстанавливаться отдельные этапы деятельности. При приобретённом поражении мозга или нарушениях интеллектуального развития поддержка может быть связана с освоением доступной последовательности и адаптацией условий выполнения. При прогрессирующем снижении функций задачи перераспределяются по мере изменения возможностей пациента.

Отдельно учитывается цена замещения для родственника. Полное выполнение задачи за пациента иногда экономит время в конкретном эпизоде, но при повторении увеличивает объём обязанностей близкого. Для оценки полезно фиксировать, кому принадлежит инициатива, какую часть действия выполняет каждый участник и меняется ли это распределение со временем.

7.6. Непоследовательность требований

Непоследовательность проявляется, когда сходные действия пациента при сопоставимых обстоятельствах вызывают различные требования или когда предъявляемые требования невоз-

можно выполнить одновременно. Она может наблюдаться у одного родственника либо возникать вследствие несогласованности между несколькими близкими. Прежде чем характеризовать взаимодействие как непоследовательное, необходимо проверить, менялись ли состояние пациента, сама задача или основания для принятого решения.

В условном примере пациенту предлагают самостоятельно организовать посещение врача, но родственник без обсуждения меняет согласованное время и затем предъявляет претензию за отсутствие инициативы. Для анализа фиксируются исходная договорённость, последующее изменение и сведения, доступные пациенту. Если такой порядок повторяется, исследуется, как он влияет на готовность пациента планировать действия и брать на себя ответственность.

В семьях с несколькими участниками следует устанавливать, кто формулирует требования и кто обеспечивает их выполнение. Один близкий может поощрять возвращение к бытовым обязанностям, другой — продолжать выполнять их за пациента. Смена требований в данном случае отражает различие семейных решений. Предметом оценки становится возможность согласовать объём помощи и довести договорённость до сведения пациента.

Динамику требований полезно изучать по конкретной задаче в течение определённого периода. Регистрируются содержание правила, условия его изменения, способ сообщения и доступность выполнения. Если требования меняются после уточнения состояния и изменение объяснено участникам, такая динамика может отражать адаптацию семьи.

7.7. Эмоциональное дистанцирование и отвержение

Эмоциональное дистанцирование описывается через сокращение контактов, уменьшение участия в разговоре или отказ обсуждать определённые темы. Для его оценки требуется исходный уровень отношений. Редкие контакты могут быть характерны для семьи задолго до заболевания. Их сокращение после кризиса может быть связано с истощением, опасением повторного конфликта, необходимостью личных границ или изменением места проживания.

Отвержение предполагает действия или высказывания, выражающие исключение человека из значимых отношений либо отказ признавать его потребности. Такой вывод требует конкретных оснований. Следует уточнить, прекращены ли все контакты или только определённый вид помощи, была ли ответственность передана другому человеку и какую позицию занимает пациент. Отказ родственника выполнять ежедневный уход вследствие собственного заболевания отличается по содержанию от угрозы лишить пациента жилья в ответ на несогласие.

Сокращение общения иногда выполняет функцию защиты. После угроз или повторяющихся конфликтов близкий может ограничивать контакты, сохраняя возможность связи через согласованного посредника. Оценка такого решения зависит от истории событий, доступности безопасного общения и распределения необходимых обязанностей. Для пациента и родственника последствия дистанцирования следует описывать отдельно.

В длительном наблюдении имеют значение восстановление контакта при изменении условий и устойчивость его сокращения. Если общение возобновляется после появления замещающего ухода или разрешения конкретного конфликта, эти обстоятельства уточняют функцию дистанцирования. Если сохраняются действия, направленные на исключение пациента из семейной жизни, исследуются их формы и последствия.

7.8. Принуждение, насилие и пренебрежение потребностями

Принуждение оценивается по тому, **каким способом ограничивается возможность выбора**. Предметом описания могут быть угрозы, использование материальной зависимости, удержание средств связи или препятствование обращению за помощью. Существенны содер-

жание требования, последствия отказа и фактическая возможность участника действовать иначе. При семейном давлении внешнее согласие пациента требует сопоставления с тем, как он описывает ситуацию в условиях, позволяющих свободно высказать позицию.

При сообщениях о насилии устанавливаются конкретные действия, их направленность, повторяемость и последствия. Выражение «обоюдный конфликт» может скрывать различия между инициативой, ответной реакцией и возможностью прекратить контакт. Взаимное влияние участников и ответственность за отдельное действие оцениваются раздельно. Сведения об угрозах и причинённом вреде требуют самостоятельной оценки безопасности пациента и родственника.

Пренебрежение потребностями исследуется применительно к необходимой помощи. Устанавливается, в чём состояла потребность, кто фактически выполнял соответствующую функцию и какие возможности имелись для её обеспечения. Например, пропуски питания у зависимого от помощи пациента могут быть связаны с отсутствием человека в доме, неясным распределением обязанностей, отказом пациента от предлагаемой пищи или сознательным лишением питания. Эти обстоятельства требуют раздельного установления. Потребность в помощи и её фактическая доступность оцениваются независимо от вывода о мотивах родственника.

Если совместное присутствие препятствует сообщению об угрозах, унижении или ограничениях, сведения собирают раздельно с учётом безопасности участников. В записи указываются источник сообщения, описанные действия, известные последствия и данные, которые остаются неопределёнными. Приоритет оценки определяется актуальностью угрозы. Исследование повторяющихся семейных паттернов проводится отдельно от решения задач защиты.

Для последующего анализа «синдрома родственника» перечисленные способы взаимодействия регистрируются как самостоятельные признаки. В каждом эпизоде фиксируются задача, действие, ответ пациента и последствия для обоих участников. Поддержка и ограничение могут относиться к разным сторонам одних отношений. Исследовательский вопрос состоит в том, какие сочетания действий повторяются, сохраняют ли они свою функцию при изменении клинического состояния и как связаны с дальнейшим участием пациента и родственника в оказании помощи.

Глава 8. Предварительные профили и динамика взаимодействия

Профиль взаимодействия представляет собой повторяющееся сочетание представлений родственника о состоянии пациента, связанных с ними переживаний и способов участия в его жизни или лечении. Профиль описывается применительно к конкретной паре «пациент — родственник», определённой задаче и периоду наблюдения. Один близкий может содействовать самостоятельности пациента в быту, сохранять жёсткий контроль в вопросах лечения и сокращать контакты при обсуждении денег. Присвоение единой характеристики в таком случае скрывает различия, существенные для клинической оценки.

Предлагаемая типология имеет исследовательский статус. Для описания каждого профиля указываются ситуация возникновения, оценка происходящего родственником, повторяющееся действие, ответ пациента и наблюдаемая динамика. Мотив действия может быть сообщён самим близким либо предполагаться специалистом. Эти сведения имеют разный статус и регистрируются раздельно. Клинические примеры в главе условны.

8.1. Тревожно-гиперопекающий профиль

В основе профиля предполагается связь между ожиданием неблагоприятного события и расширением опеки. Родственник воспринимает изменение состояния или поведения пациента как угрозу и увеличивает число проверок, ограничивает отдельные действия либо принимает на себя доступные пациенту задачи. Для выделения профиля исследуется повторяемость этой последовательности и соразмерность помощи актуальному риску.

После маниакального эпизода близкий может уделять особое внимание сну пациента. Клинический смысл такого наблюдения зависит от того, какие изменения служат поводом для действий. В одном случае родственник учитывает несколько согласованных признаков ухудшения и обсуждает их с пациентом. В другом единичное позднее засыпание приводит к отмене планов, проверкам в течение ночи и ограничению самостоятельных выходов. Для оценки важны обстоятельства предыдущего эпизода, актуальное состояние пациента и действующие договорённости.

Разграничить необходимую опеку и тревожно-гиперопекающий профиль помогает наблюдение в период изменения риска. Если после стабилизации пациент восстанавливает определённую функцию, оценивается, меняется ли объём участия близкого. Сохранение прежних ограничений может быть связано с представлением о высокой вероятности рецидива, отсутствием доступного контакта со службой или неясностью признаков ухудшения. Выбор объяснения зависит от того, как родственник формулирует основания своих действий и реагирует на новые сведения.

8.2. Критически-контролирующий профиль

В данном профиле контроль связан с представлением о том, что пациент способен выполнить требование, но уклоняется от него. Близкий объясняет затруднение недостатком усилий, безответственностью или намеренным сопротивлением. В ответ усиливаются требования и проверки. Последующий отказ пациента от разговора или деятельности может восприниматься родственником как подтверждение исходной оценки.

У пациента с шизофренией, испытывающего трудности при организации повседневной деятельности, прекращение поиска работы может быть истолковано как отсутствие желания трудиться. Родственник требует ежедневного отчёта о просмотренных вакансиях. Для анализа

случая необходимо установить, какие этапы поиска пациент способен выполнять, как он оценивает собственные возможности и что происходит при изменении задачи. Если пациент регулярно выполняет ограниченный объём работы с понятной последовательностью действий, эти данные уточняют соотношение требований и функциональных возможностей.

Одинаковые проверки могут иметь разные основания. При тревожно-гиперопекающем профиле близкий связывает контроль с предупреждением ухудшения. При критически-контролирующем профиле он стремится исправить поведение, которое считает произвольным. При наличии обоих мотивов регистрируется, какой из них связан с конкретным требованием. Угрозы и унижение оцениваются по содержанию, повторяемости и последствиям независимо от предварительного обозначения профиля.

8.3. Аккомодирующий и спасательский профиль

При аккомодации действие родственника включается в последовательность, связанную с симптомом. Близкий выполняет проверку, повторяет заверение или изменяет семейный распорядок по требованию пациента. Непосредственным результатом может быть уменьшение тревоги или прекращение спора. Дальнейшая оценка касается частоты запросов, участия близкого в ритуалах и изменения самостоятельной активности пациента.

Спасательский вариант связан преимущественно с устранением последствий уже произошедшего события. При зависимости родственник может погашать долги, объяснять отсутствие пациента на работе или выполнять обязательства, которые тот систематически оставляет невыполненными. Анализ должен учитывать, чьи интересы защищает действие. Погашение задолженности может предотвращать потерю общего жилья и одновременно менять распределение финансовой ответственности в семье. Для оценки повторяющегося взаимодействия существенны обстоятельства каждого решения и то, какие обязательства сохраняются за пациентом.

Предварительное объединение этих вариантов основано на сходстве непосредственного результата. Действие близкого уменьшает напряжение либо устраняет ближайшее последствие эпизода. Предположение об общем механизме требует проверки. При аккомодации следует измерять изменение симптоматических запросов и избегания. При спасательском варианте — распределение обязанностей и повторение ситуаций, в которых близкий принимает на себя их последствия. Раздельная регистрация позволяет проверить, образуют ли эти проявления общий профиль или сохраняют самостоятельное значение.

8.4. Истощённо-дистанцирующийся профиль

Для выделения профиля требуется последовательность, в которой длительная нагрузка сопровождается ухудшением состояния родственника, а затем сокращением его участия. Учитываются продолжительность ухода, ночные обязанности, доступность передышки, изменения сна и работоспособности. Сокращение контактов описывается по отдельным функциям. Близкий может прекратить ночное наблюдение, сохраняя готовность сопровождать пациента на приём и участвовать в бытовой помощи.

При деменции взрослый ребёнок может несколько месяцев приезжать к родителю после работы и регулярно оставаться на ночь. После периода нарушенного сна он сокращает число визитов. Предметом оценки становится то, какие задачи теперь выполняются другими людьми, какие потребности остаются без поддержки и как меняется состояние ухаживающего. Если снижение участия началось после появления сменного ухода, оно может отражать пересмотр непосильной нагрузки. Если замены нет, требуется установить последствия для повседневного функционирования пациента.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.