

УДК 616.89-082.4-039.76-059-085

*А.Н. Лунин, Ю.В. Никифоров, О.К. Малтапар***ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ С УСИЛЕННЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Донецкая область

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, ресурсы поддержки, реабилитационный потенциал, социальное функционирование, реабилитационные мероприятия

Психосоциальная реабилитация – стабилизация болезни, восстановление, формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы у психически больных, что обеспечивает их интеграцию в обществе [1-4].

Психически больные требуют разнообразных вмешательств для решения проблем в различных сферах во время их болезни. И вмешательства должны быть объединены так, чтобы пациенты могли пройти путь от обострений к стабилизации состояния, стабильности функционирования и стадии восстановления [7-8].

Принудительное лечение в первую очередь направлено на снижение общественной опасности и риска совершения пациентами повторных противоправных деяний. Именно в процессе стационарного принудительного лечения с использованием ступенчатой (поэтапной) системы медицинских мер принудительного характера возможно постоянное, непрерывное осуществление разнообразных форм и методов психосоциального лечения [5,6].

В структуре биопсихосоциальной модели медицинская и социальная реабилитации сосуществуют в диалектическом единстве и представлены следующими этапами:

- Медико-психиатрический (биологический).
- Психотерапевтический (психологический).
- Социальный.

Биологический этап направлен на соблюдение пациентами назначенного медикаментозного лечения, а также увеличение сопротивляемости психогенным воздействиям в результате овладения навыками. При проведении работы на данном этапе необходимо правильное структурирование с учетом возрастающего эффекта, так, чтобы сверхстимуляция не привела к усилению симптомов. Эффект фармакологического лечения состоит в редуцирование или снижение

уровня клинических симптомов, что позволит выявить существующие у пациента ранее функциональные способности, а также приобретенные до развития болезни психосоциальные навыки. Медикаментозное лечение никогда не сможет сформировать у пациента новые функциональные навыки, оно может удалить факторы, препятствующие его обучению навыкам через психотерапевтические или образовательные процедуры [9-11].

Психосоциальное лечение наиболее полезно для симптоматически устойчивых пациентов, пациентов с редуцированной симптоматикой, т.е. когда они способны усвоить восстановление, принимают помощь, испытывают потребность в преодолении проблемы. Оно должно быть практично по содержанию и предоставлять конкретное решение каждодневных проблем пациента, определение и достижение личных задач [12,13].

В отделении с усиленным наблюдением КЛПУ «Областная психиатрическая больница г. Ждановка» широкое применение биопсихосоциальной модели реабилитации осуществляется с 2005 года, концепция которой включает ясные цели лечения, тесную связь между системой здравоохранения и системой правосудия, адекватную организационную структуру.

Внедрение данного подхода в лечебно-реабилитационную работу отделения направлено на стабилизацию течения болезни, обеспечение внутреннего и внешнего контроля агрессии, достижение способности пациентов понимать и принимать свои клинические потребности и юридические (законные) требования системы и демонстрировать согласие с этими требованиями, повышение уровня независимого функционирования, улучшение социального функционирования, снижение общественной опасности пациентов и степени вероятности повторных деликтов.

С этой целью в отделении выделена группа медицинских работников. Должность палатной медсестры заменена ставкой трудинструктора, введена должность психолога. Кроме того, должности палатных медсестер переданы в эту группу как должности медицинских сестер по реабилитации. В состав реабилитационной команды входит врач-психиатр, психолог, социальный работник, коррекционный педагог, руководитель арт-терапевтической группы.

После комплексного осмотра пациентов, определения степени его социального функционирования, уровня поддержки окружением, реабилитационного потенциала разрабатывается индивидуальный реабилитационный план, согласно которого и осуществляется реабилитационное вмешательство в дальнейшем. Каждый специалист команды проводит набор группы из 5 – 8 человек для осуществления мероприятий по своему направлению. В настоящее время набраны 4 группы по 5 человек каждая. При формировании групп учитывается не только психопатологические проявления заболевания у пациентов, но и данные о психологических качествах личности.

Низкий уровень социально-трудовой адаптации, а зачастую полная дезадаптация характеризует не столько отрицательное отношение пациента к занятости, сколько наличие продуктивной психопатологической симптоматики, эмоционально переживаемой пациентом и определяющей его отношение к окружающей действительности.

Предусмотрены как групповые, так и индивидуальные формы работы с пациентами.

Программа психосоциальной реабилитации носит ступенчатый характер.

- первый этап – подготовительный, включающий разъяснение пациенту особенностей режима отделения, правила поведения, ориентации и выполнения гигиенических навыков, формы общения с персоналом, друг с другом, вовлечение в трудовые процессы, ознакомление пациента с определением суда, выяснение отношения пациента к окружающему;

- второй этап – всестороннее клиническое и клинико-психологическое исследование пациента с целью выбора адекватных видов лечения, а также определение возможностей проведения индивидуальной или групповой рациональной психотерапии, установление ресурсов поддержки;

- третий этап – работа пациентов в трудовых мастерских, бригадах, с различной специализа-

цией занятости;

- четвертый этап – социальный (восстановление прописки пациента, улучшение взаимоотношения с близкими, решение вопросов трудоспособности);

- пятый этап – на основании выявленных факторов риска в генезе общественно опасных деяний пациентов, а также с учетом анализа эффективности поэтапного ведения принудительного лечения, разработка путей профилактики общественно опасных деяний в виде рекомендаций по наблюдению и ведению каждого случая индивидуально в психиатрических учреждениях с обычным наблюдением и во внестационарных условиях.

Пациенты отделения осведомлены под личную подпись о своем диагнозе, лечении, возможном побочном действии лекарственных препаратов. Имеют доступ к медицинской документации. Реализуют свои права на свободу переписки и обращения за юридической помощью. Получают пенсию через почтовое отделение г. Ждановка, при помощи медсестры социальной помощи осуществляет отоварку. В результате данной процедуры пациенты хорошо осведомлены о действующих ценах на продукты питания и личного пользования, хорошо ориентируются в качестве и объеме необходимых товаров.

В отделении проводится психосоциальная терапия – тренинговые занятия, как один из высоко структурированных интерактивных образовательных подходов к психосоциальной терапии, направленный на повышение устойчивости уязвимых в психобиологическом отношении хронически психически больных к стрессовым воздействиям (требованиям общества, семейным конфликтам и т.п.). Данный вид работы способствует формированию инструментальных навыков (взаимодействие с различными государственными и частными учреждениями, распределение бюджета, ведение домашнего хозяйства, совершение покупок, проведение свободного времени и пр.) и навыков межличностных отношений (навыков беседы, дружеских и семейных отношений).

В настоящее время разработаны и применяются следующие тренинги:

1. Тренинг навыков социального взаимодействия.
2. Тренинг навыков решения административно-правовых проблем.
3. Тренинг навыков поведения в конфликтных ситуациях.
4. Обучение навыкам самообслуживания в

быту.

5. Тренинг навыков трудоустройства.
6. Аутогенная тренировка.
7. Тренинговые занятия по профилактике наркомании и алкоголизма.
8. НЛП.
9. Арт-терапия конфликтных ситуаций.
10. Тренинг коммуникативных навыков.
11. Художественная арт-терапия.

Проводятся психообразовательные программы – о последствиях употребления алкоголя и наркотиков, приеме поддерживающего лечения, влиянии микроклимата семьи на течение болезни и прочие.

При внедрении данной модели реабилитации в отделении для принудительного лечения с усиленным наблюдением мы столкнулись с необходимостью учитывать специфику отделения.

Контингент отделения разнообразен по полу (11 женщин и 92 мужчин), возрасту (от 18 до 72 лет), нозологии, тяжести совершенных ООД, степени тяжести психического состояния, а также по объемам психиатрической помощи до поступления в наше отделение. Пациенты, поступившие из Украинской психиатрической больницы со строгим наблюдением г. Днепропетровска, находятся там от 1 года до десяти лет и более. За это время у пациентов, в основном, купируются психопатологические расстройства, они проходят этапы реабилитационной помощи, в то время как пациенты, поступающие из СИЗО получают необходимую медицинскую помощь в должном объеме в основном во время прохождения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, где они находятся около месяца, затем возвращаются в СИЗО, где проводят не один месяц до вынесения решения суда о применении принудительных мер медицинского характера и его выполнения.

Пациенты с выраженными психическими расстройствами, совершившие преступные деяния, представляют определенные трудности в достижении успеха в их лечении. Проблемы заключаются не только в обеспечении безопасности, но и в работе с пациентами, резистентными к лечению. Поэтому важно, чтобы у психически больных правонарушителей в результате лечения появилось некоторое понимание того, каково влияние их психического заболевания на опасное поведение в прошлом и потенциальном будущем, и того, что больные должны избегать ситуаций и поступков, которые могут увеличить риск криминальной активности или ухудшения их клинического состояния.

Лечение данного контингента пациентов должно сосредоточиться на стабилизации болезни, повышении уровня независимого функционирования, обеспечении внутреннего и внешнего контроля.

У пациентов должна сформироваться цель не соприкасаться с системой правосудия в дальнейшей жизни.

В ходе психосоциального лечения в отделении с усиленным наблюдением возникает необходимость использовать принуждение различной степени, во всяком случае, к тем пациентам, которые не способны к принятию собственных решений в отношении обострения их состояния и необходимости получения медицинской помощи.

Кроме того, больные зачастую имеют тенденцию проверять способность врача прогнозировать их агрессивные реакции и оперативно с ними справляться. Врач должен быть постоянно «аварийным и устойчивым», чтобы восприниматься как заботливый и способный защитить пациента от его собственного разрушительного поведения специалист.

Наряду с антипсихотической терапией, включающей нетипичные нейролептики, необходимы познавательные и психообразовательные методы, направленные на обучение управлению гнева.

Коррекция личностных установок - попытка найти и отрегулировать внутренний конфликт, изменить психологическую позицию пациента, т.е. откорректировать внешне обвиняющую позицию, исключить стихийность во взаимоотношениях, снизить крайне выраженную аффективность, импульсивность реагирования, выработать способность анализа конфликта, изменить антисоциальные установки.

В отделении в рамках реабилитационных мероприятий применяются элементы ландшафтотерапии. С этой целью оформлен прогулочный двор композициями из природных материалов и декоративных растений.

Кроме того, в качестве особого фактора лечебного воздействия на пациентов, страдающих расстройствами личности, используются элементы арттерапии, библиотерапии.

Руководитель арт-терапевтической группы занятости осуществляет оценку и коррекцию эмоционального состояния пациентов, совместно с лечащим врачом и психологом. Проводит организацию и стимуляцию творческой деятельности, знакомит пациентов с мировыми художественными ценностями, осуществляет художе-

ственный дизайн и организацию помещения отделения и прилегающей территории, творческие выставки поделок больных (в фойе, Красном уголке).

В отделении организована передвижная библиотека, пациенты также могут заказать через саннаблюдателей нужную книгу в больничной библиотеке.

Элементы арттерапии в работе с психически больными – это средство психической гармонизации и развития личности пациента и путь к разрешению социальных конфликтов, дает возможность пациентам испытать ощущение мира, гармонии, тишины, эстетической радости.

Больные принимают участие в концертах для медперсонала отделения, посвященных профессиональным и календарным праздникам. Высокоэффективна самоактуализация психических состояний через поэзию. Особенно близко больным отделению творчество Пушкина, Есенина. Пациенты с удовольствием принимают участие в литературных мероприятиях, на которых наряду с произведениями классиков читают и свои стихи. В марте (21 марта – Всемирный День поэзии) проводим час поэзии, где больные с удовольствием читают свои стихи.

Хорошо зарекомендовали себя музыкальные вечера, посвященные творчеству В.Высоцкого, А.Макаревича, Б.Окуджавы, с использованием грамзаписей, звучат песни в исполнении больных отделения.

Свободное время больных заполняется организованным досугом в Красном уголке: больные имеют возможность пользоваться настольными играми, смотреть телепередачи. Разрешено ношение личной одежды.

Применяются элементы трудотерапии. В отделении имеется комната трудотерапии, где силами больных осуществляется ремонт белья, обуви, твердого и мягкого инвентаря. Кроме того, больные вовлекаются в ремонтно-строительные работы в пределах отделения. Штатным расписанием утверждена должность трудинструктора, который непосредственно вовлекает больных в трудовые процессы. Вовлечение больных в трудовые мероприятия осуществляется только при наличии добровольного согласия (что оформляется в письменной форме). В результате пациенты обучаются навыкам и приемам самообслуживания, выполнению санитарно-гигиенических требований, элементарной трудовой деятельности, не нуждаются в дополнительной словесной стимуляции дежурного медперсонала и охотно выполняют санитарно-гигиенические

нормы, активно участвуют в реабилитационных мероприятиях, достигается улучшение уровня социального функционирования.

С октября 2005 года по апрель 2007 года реабилитационные программы завершили в полном объеме 94 пациента, которые были переведены из отделения с усиленным наблюдением в психиатрические стационары с обычным наблюдением и на принудительное амбулаторное лечение.

Индивидуальные формы работы применялись у 52 пациентов, что составляет 55 %, групповые – 42 пациентов, что составляет 45 % от количества выписанных пациентов.

Все пациенты выписаны с выраженной позитивной динамикой и в устойчивом психическом состоянии, что выражалось в наличии реально выполнимых планов на дальнейшую жизнь, отсутствии агрессивных и аутоагрессивных тенденций; у пациентов удалось сформировать позитивные социальные установки на будущее – к трудоустройству, ведению здорового образа жизни, оказание помощи семье, у некоторых – продолжать образование.

В настоящее время в отделении проходят групповые реабилитационные мероприятия 20 пациентов – 4 группы по 5 человек, из них с «тяжелыми» статьями – 12, т.е. 60 % группы.

Контроль за эффективностью проводимых реабилитационных мероприятий осуществляется с применением стандартизованных методик перед каждым освидетельствованием очередной врачебно-психиатрической комиссией.

Результаты проведенных исследований и их внедрение позволили констатировать повышение качества проведения принудительного лечения. Достигнуты более стабильные терапевтические ремиссии, уменьшился процент возврата больных на 30 %, снизился процент повторных общественно опасных деяний на 10 %). У больных выработаны положительные установки на будущее. Стабилизированы факторы для создания благоприятной микросоциальной среды.

Организационная структура биопсихосоциальной модели реабилитации достаточно гибкая, в реабилитационном процессе возможны и даже желательны дифференцированные методы и подходы к общению с пациентами в рамках медико-биологической, психологической и социальной реабилитации, своевременное реагирование на изменение психического состояния пациента, социального статуса, а также использование новейших исследований и достижений в психиатрии.

О.М. Лунін, Ю.В. Никифоров, О.К. Малтапар

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВІДДІЛЕННІ З ПОСИЛЕНИМ НАГЛЯДОМ

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Донецька область

В статті освітлені питання реабілітації пацієнтів з психічними розладами, що вчинили суспільно небезпечні діяння, з урахуванням застосування біопсихосоціальної моделі реабілітації Розглянуті питання впливу і ефективності психокоректувальних заходів на адаптаційні можливості і соціальне функціонування пацієнтів з психічними розладами, що скоїли СНД. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 81-85).

О.М. Lounin, Yo.V. Niciforov, O.C. Maltapar

EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF BIOPSIHOSOTSIALNOY MODEL OF REHABILITATION IN THE SEPARATION WITH THE INCREASED SUPERVISION

The Gdanivska regional funny house, Ukraine

In the article there are the questions of rehabilitation of patients lighted up with psychical disorders, that accomplished the dangerous acts publicly, taking into account application of biopsihosotsialnoy model of rehabilitation the Considered questions of influencing and efficiency of psihocorrectionnyh measures on adaptation possibilities and social functioning of patients with psychical disorders, that accomplished SND. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 81-85).

Литература

1. Абрамов А.В., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. Донецк, "Каштан", 2009. - 589с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Москва, Медпрактика, 2004.
3. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии. Медицинские исследования. 2001 г.
4. Кондратьев Ф.В. Общественно опасные деяния психически больных. // Первый съезд психиатров социалистических стран. Москва, 1987 год.
5. Кудрявцев В.Н. Правовое поведение: норма и патология. Москва, 1982 год.
6. Положий Б.С. Психическое здоровье и социальное состояние общества. Москва, 1994 год.
7. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Медицина. 1985 год.
8. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей. Москва, 2001 год.
9. Мальцева М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики (клинико-статистическое исследование). Москва, 1987 год.
10. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. С-Петербург, 1998 год.
11. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудова реабилитация психически больных. Ленинград, 1981 год.
12. Moloy F. Art Therapy and Psychiatric Rehabilitation: Harmonious Partnership Collision? – 1984.
13. Lund Ch., Ormerod E. // Br. J.Psychiatry. – 1986. – Vol. 149. – P. 512 – 515.

Поступила в редакцию 3.04.2009