

УДК 616.89-02-039.71+615.851.32/.35

*Ю.В. Никифоров, Л.В. Котова***ВЛИЯНИЕ ТРУДОТЕРАПИИ КАК МЕТОДА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Донецкая область

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, трудовая терапия, ресурсы поддержки, реабилитационный потенциал, социальное функционирование, реабилитационные мероприятия

Трудовая терапия — метод лечения, основанный на использовании трудовых процессов, главным образом для восстановления, развития или компенсации утраченных, либо исходно недостаточных функций. Трудовая терапия способствует восстановлению утраченных или развитию новых рабочих навыков, поэтому ее применение особенно важно при необходимости последующего трудоустройства больного или инвалида [10].

Трудовая терапия позволяет уменьшить и компенсировать дефекты психики, увеличивающиеся в связи с фактором бездействия, связанного как с особенностями психических болезней, так и с длительным пребыванием больных в стационаре [9-10].

Современные реабилитационные подходы нацелены прежде всего на личность больного, развитие утраченных навыков и активацию компенсаторных механизмов. В отношении выполнения реабилитационных программ даже экономически развитые страны с высоким уровнем жизни испытывают значительные трудности, связанные с финансовым обеспечением. Вслед за периодом оптимизма и не оправдавшихся надежд на быструю реализацию реабилитационных программ пришло более взвешенное понимание реального положения вещей. Стало ясно, что реабилитация психически больных — это не ограниченная тем или иным временем программа, а процесс, который должен начинаться в стадии инициальных проявлений болезни и продолжаться практически всю жизнь, что требует большого напряжения усилий со стороны общества в целом и органов здравоохранения в частности. Недостаточное финансовое обеспечение, отчасти обусловленное и отвлечением материальных средств на решение более насущных вопросов (в частности, борьбу со СПИДом), привело к сворачиванию

во многих странах реабилитационных программ, в результате чего многие психически больные остаются вне реабилитационного обслуживания [6,7].

В нашей стране в последние годы в связи с общим ухудшением экономической ситуации, закрытием некоторых государственных предприятий и появлением безработицы реабилитация психически больных также стала трудноразрешимой задачей. Пришли в упадок обеспечивавшие ранее государством учреждения реабилитационной направленности — лечебно-трудовые мастерские, артели и производства, использовавшие труд инвалидов. Из-за недостаточности материальной базы сворачиваются программы профессионального обучения умственно отсталых во вспомогательных школах и интернатах, закрываются принимавшие их выпускников профессиональные училища. Медико-социальная служба, ориентированная на ресоциализацию психически больных, до сих пор не получила своего развития. Вместе с тем в стране возникли функционирующие на коммерческой основе, вне всякой связи с государственными учреждениями (больницами и диспансерами), предприятия и организации психосоциальной помощи. Но они в связи с дороговизной предоставляемых ими услуг остаются практически недоступными для большинства малоимущих психически больных [1,2].

В создавшихся условиях выявилась необходимость поиска новых путей организации социально-трудовой адаптации психически больных.

В отделении с усиленным наблюдением КЛПУ «Областная психиатрическая больница г. Ждановка» трудотерапия проводится в рамках комплексной медико-социальной реабилитации.

Трудовая реабилитация психически больных направлена на то, чтобы максимально приспособить их к жизни в обществе.

Проведение трудовой реабилитации основывается на уважении личности каждого пациента с учетом его потребностей, уровня социального функционирования, имеющегося реабилитационного потенциала, а также с соблюдением законности (вовлечение пациентов в трудовые мероприятия осуществляется только после их добровольного осознанного согласия, что фиксируется в истории болезни).

Начало трудовой реадaptации происходит в отделении при вовлечении пациентов в трудовые занятия. Для этих целей в отделении обустроена комната трудотерапии. Кроме того, проведение занятий осуществляется в пределах прогулочного двора отделения с усиленным наблюдением. Средними медицинскими работниками (трудинструктором) осуществляется руководство трудовой занятостью больных.

Трудовая терапия ведется в тесном сотрудничестве с психологом, т.к. психодиагностика направлена не только на поиск конкретных психологических составляющих дезадаптации больных, но и на выявление психотерапевтических «мишеней», опираясь на которые можно повысить социальную компетенцию больных, улучшить их адаптивное поведение и трудовое приспособление. В этих целях психологом проводится изучения структуры и уровня нарушения психических функций, особенности личности больного, «внутренней картины» болезни, системы ценностных ориентаций, отношения к болезни и микросоциальному окружению в связи с болезнью, способов разрешения конфликтных ситуаций, механизмов психологической защиты.

При проведении трудовой терапии в условиях отделения с усиленным наблюдением для принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния, для каждого конкретного больного составляется программа трудовой терапии, предусматривающая постепенность увеличения нагрузок, начиная с момента вовлечения больного в лечебный труд, и до окончания принудительного лечения в отделении. Эта программа составляется врачом с участием психолога, трудинструктора с учетом особенностей клинического состояния и личности пациента. Она является основой для практической деятельности трудинструктора, который непосредственно планирует и осуществляет ступенчатость лечебного труда.

Трудовая терапия назначается с первых дней пребывания в стационаре. Пациентов обучают элементарным видам труда: стирка нижнего белья, носков. Режим трудовой терапии планируют

таким образом, что после каждых 30 минут работы им предоставляется перерыв на 10-20 минут.

Ежедневно до 10 человек привлекаются к выполнению квалифицированных (ремонтно-строительных), так и не квалифицированных работ. За время проведения трудовой терапии выполнялись следующие виды работ: разборка и облицовка стен, снятие покрытия пола из линолеума, облицовка стен, устройство цементной стяжки пола, покрытие пола керамической плиткой, линолеумом, штукатурка стен, устройство кирпичных перегородок, остекление окон, покраска стен, потолков, дверей, клеевая окраска потолков, смена обоев, изготовление и монтаж дверных решеток, оконных металлоконструкций, устройства и окраска защитного ограждения и сетки, обшивка дверей и стен декоративным пластиком, благоустройство и озеленение территории внутреннего двора.

В трудовой терапии постоянно принимают участие около 80% больных. Виды трудовой терапии, длительность её проведения определяются состоянием пациента, диагнозом, возрастом, интеллектуальным развитием, образованием.

За время проведения медико-социальной реабилитации в отделении данным методом реабилитационных мероприятий было охвачено 150 человек. Практически в 100% случаев это были пациенты с хроническими и непрерывно текущими формами психических заболеваний, а также страдающих частыми рецидивами, в анамнезе которых отмечено 2 и более деликтов. Среди них преобладали лица с большой давностью болезни (от 10 до 25 лет), длительным (более 5—10 лет) непрерывным пребыванием в психиатрическом стационаре либо частыми регоспитализациями.

Среди контингента больных, принимавших участие в трудовых мероприятиях, преобладали пациенты в возрасте 31 – 40 и 41 – 50 лет, большая часть из которых страдали шизофренией (Табл.1).

Подавляющее большинство пациентов имели специальное образование: среднее специальное, высшее и неоконченное высшее. Однако трудовой стаж 10 лет и более был у менее половины больных – 67 человек. Не работали до назначения принудительного лечения 89% пациентов. При этом 78 человек не имели группы инвалидности.

Следует отметить, что в категорию с относительно устойчивой социально-трудовой адаптацией чаще входят молодые люди с небольшой

давностью заболевания, не успевшие ещё закончить учету, или только что приобрели какую-

либо специальность, часто не имеющие в прошлом значительного трудового стажа.

Таблица 1

**Возрастная и нозологическая структура реабилитационной группы (трудотерапии)**

Возраст	Нозология			
	Шизофрения	Эпилепсия	Умственная отсталость	Органические психические расстройства сосудистого генеза
20 – 30 лет	19	1	4	3
31 – 40 лет	19	7	5	10
41 – 50 лет	38	8	1	12
Старше 50 лет	11	3	-	9

Для них трудовая терапия носит отчетливо выраженный характер трудового обучения. На первый план здесь выступают не только обучение тем или иным трудовым процессам и выработка устойчивого трудового навыка, но и психотерапия. Последняя корректирует неадекватное или отрицательное отношение к труду, содействует включению больных в посильные для них виды труда. Последовательное наращивание сложности трудовых процессов имеет целью, с учетом образовательного уровня больных, обучение новым для них профессиям, которые они смогут использовать в условиях обычного производства (художественно-оформительская деятельность, плетение рыболовецких сетей, изготовление металлических подставок и т.д.).

У больных с медленно-прогредиентным течением заболевания работоспособность оказывается в пределах средней нормы. При этом наблюдаются сохранность вербального и невербального интеллекта при недостаточности модификации психических реакций, высокая продуктивность выполнения адаптивных заданий, хорошая трудовая адаптация.

Катамнестические наблюдения за больными показали, что в результате реабилитационных мероприятий значительно снижалась частота обострений, возрастала длительность межприступных промежутков, смягчалась продуктивная симптоматика, компенсировались проявления дефекта. Около 60 % больных полностью овладевали производственными навыками, остальные осваивали их в частичном объеме.

В качестве эффективности трудовой терапии на этапе оказания стационарной психиатрической

помощи приводим несколько клинических примеров.

Больной Г. окончил ПТУ по специальности «горный электрослесарь». Заболел в течение первого года работы. Диагноз: параноидная шизофрения. В бредовом состоянии совершил убийство матери. В отделении на раздаче мыл посуду, убирал в столовой. В ходе бесед больному разъяснялось, что работать далее в подземных условиях ему противопоказано. Постепенно формировалась установка на изменение трудовой направленности. В дальнейшем пациент был переведен на обычный режим, а после отмены принудительного лечения и выписки из стационара – трудоустроился мойщиком посуды в ресторане.

Пациент Ю. был обучен навыкам сапожного дела. После отмены принудительного лечения открыл киоск по ремонту обуви. Эпиприступы у него наблюдались лишь в ночное время, а его психическое состояние под влиянием трудовой деятельности заметно улучшилось. Период его самостоятельного труда – 2,5 года.

Практика нашей работы показывает, что у ряда больных, резистентных к медикаментозному лечению, на фоне реабилитационных мероприятий изменяется индивидуальная реактивность организма.

Так, больной Д., страдающий гебефренической шизофренией с психопатоподобным поведением на фоне получения азалептина в высоких дозах постоянно конфликтовал с другими больными, не мог ужиться ни в какой палате. После занятий по обучению вышивке стал с нетерпением ожидать следующего занятия, повысилась

сосредоточенность внимания, нивелировалась конфликтность. По мере приобретения навыков поведение становилось все более адекватным, появилось критическое отношение к содеянному и способствовало переводу для дальнейшего принудительного лечения на обычный режим.

Комплекс медико-социальной реабилитации и, в частности, трудовая терапия, способствуют

развитию личности больных, их заинтересованности в приобретении квалификации, формированию и закреплению положительного отношения к труду, снижению сроков пребывания на принудительном лечении в отделении с усиленным наблюдением, снижению вероятности повторных деликтов, улучшению социального функционирования: создание семьи, улучшение жилищных условий, открытие своего дела.

*Ю.В. Нікіфоров, Л.В. Котова*

## **ВЛИВ ТРУДОТЕРАПІЇ ЯК МЕТОДА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПСИХІЧНЕ ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.**

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Донецька область

В статті освітлені питання реабілітації пацієнтів з психічними розладами, що вчинили суспільно небезпечні діяння, з урахуванням застосування трудової терапії. Розглянуті питання впливу і ефективності трудової терапії на адаптаційні можливості і соціальне функціонування пацієнтів з психічними розладами, що скоїли СНД. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 1 (18). — С. 62-65).

*Yo. V. Niciforov, L. V. Cotova*

## **INFUSED INTO TROUDOTERAPII AS A METODA MEDICO-SOTSIALNOI REHABILITATION ON PSYCHICAL AND SOTSIALNE FUNCTIONING OF PATIENTS WITH PSYCHICAL DISORDERS.**

The Gdanivsca regional funny house

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 labour therapy. The considered questions of influencing and efficiency of labour therapy on adaptation possibilities and social functioning of patients with psychical disorders, that accomplished SND. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P.62-65).

### *Литература*

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Москва, Медпрактика, 2004.
2. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии. Медицинские исследования. 2001 г.
3. Кондратьев Ф.В. Общественно опасные деяния психически больных. // Первый съезд психиатров социалистических стран. Москва, 1987 год.
4. Кудрявцев В.Н. Правовое поведение: норма и патология. Москва, 1982 год.
5. Положий Б.С. Психическое здоровье и социальное состояние общества. Москва, 1994 год.
6. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Медицина. 1985 год.

7. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей. Москва, 2001 год.
8. Мальцева М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики (клинико-статистическое исследование). Москва, 1987 год.
9. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. С-Петербург, 1998 год.
10. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. Ленинград, 1981 год.
11. Moloy F. Art Therapy and Psychiatric Rehabilitation: Harmonious Partnership Collision? – 1984.
12. Lund Ch., Ormerod E. // Br. J.Psychiatry. – 1986. – Vol. 149. – P. 512 – 515.

Поступила в редакцию 22.09.2007