

УДК 614:616.89

**А.Н. Лунин, О.К. Малгапар, Ю.В.Никифоров**  
**СОСТАВЛЯЮЩИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ**  
**ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ С УСИЛЕННЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ**  
Ждановская областная клиническая психиатрическая больница, Донецкая область

**Ключевые слова:** реабилитация, мультидисциплинарная модель, биомедицинская составляющая, психокоррекционные мероприятия, социальная реабилитация

После второй мировой войны Т. Икскуль (Th. Uexkull) изложил и теоретически обосновал оригинальную всеобъемлющую «биопсихосоциальную модель». [1].

Доктор Джордж Энджел (George Angell) также выдвинул модель, альтернативную общепринятому биомедицинскому подходу. Созданная им модель

также известна как **биопсихосоциальная**. Она оформилась в тот период, когда в науке на смену исключительно аналитическим, редукционистским и специализированным методам стали приходить междисциплинарные, контекстуальные, системные подходы. Энджел полагал, что клиницисту необходимо учитывать

биологические, психологические и социальные аспекты болезни — только тогда он сумеет правильно понять причину страданий больного, предложить адекватное лечение и завоевать доверие пациента [2].

В соответствии с современными подходами к проблеме лечения психических заболеваний именно мультидисциплинарный подход к реабилитации должен стать тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для реализации комплексного вмешательства. В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это крайне важно, так как позволяет задействовать сохранные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение [3].

Начиная с 2005 года в отделении с усиленным наблюдением для принудительного лечения психически больных, совершивших общественно-опасные деяния, коммунального клинического лечебно-профилактического учреждения «Областная психиатрическая больница г. Ждановка» данная форма лечебно-реабилитационной работы была применена к более 600 пациентам. Исследуемая группа была нозологически не гомогенна. Среди психически больных, совершивших общественно опасные деяния (ООД) и находившихся на принудительном лечении с усиленным наблюдением свыше 60% составляют пациенты, страдающие шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами. Около 20% - пациенты с различной степенью выраженности умственной отсталости, более 12% - пациенты с органическими психическими расстройствами, пациенты с психическими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ составили около 5%.

Планирование и проведение мультидисциплинарного подхода к лечебно-реабилитационным мероприятиям изначально осуществлялось по отношению к контингенту лиц, страдающих шизофренией, как клинически и статистически более значимой группе. Психические нарушения, лежащие в основе совершенного ими деликта, различны. В 43% случаев ООД были обусловлены дефицитарными проявлениями, постпроцессуальными изменениями личности. В этой группе преобладали пациенты с непсихотическими синдромами. Доминировали больные с психопатоподобным синдромом в структуре текущего процесса (с преобладанием повышенной возбудимости и патологией влечений) и с психопатоподобным дефектом. В клинической картине этих больных преобладают негативные симптомы, симптомы дезорганизации мышления, нейрокогнитивные нарушения. Имела место асоциальная направленность личности. Клинически их психопатологический ста-

тус соответствовал апато-абулическому дефекту. Среди правонарушений, совершаемых этими пациентами, преобладали действия неагрессивного характера (имущественные, хулиганство, незаконное хранение и распространение наркотиков). Как правило, в отношении данного контингента пациентов были применены принудительные меры медицинского характера с усиленным наблюдением (минуя строгий режим наблюдения). В 57% ООД были обусловлены продуктивно-психотическими механизмами, основой которых являлись психотические расстройства с доминирующими параноидным и галлюциаторно-параноидным синдромами. В большинстве случаев (более 80%) ООД совершались по бредовым мотивам, среди которых были бредовая месть, бредовая защита, косвенная бредовая мотивация и прочее. Под воздействием императивных галлюцинаций совершалось около 20% деликтов. Свыше 70% правонарушений - агрессивные действия, направленные против жизни и здоровья личности.

Специфика лечения больных шизофренией в условиях принудительного лечения определяется не только их клиническими, социальными и психологическими особенностями (Юрьева Л.Н. (1992, 1996), но и рядом других факторов, среди которых наиболее значимы следующие:

- преобладание больных, резистентных к фармако-терапии;
- некомплаентность пациентов (отсутствие комплаентности у подавляющего большинства больных шизофренией, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам и частичная комплаентность у совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам);
- большой удельный вес экзогенных факторов в анамнезе больных: патологическая зависимость от психоактивных веществ (чай, никотин, алкоголь, наркотики), органическое поражение ЦНС в преморбиде (чаще всего черепно-мозговые травмы) и их сочетание;
- преобладание пациентов с нейрокогнитивными нарушениями, степень выраженности которых коррелирует с выраженностью негативной симптоматики;
- наличие госпитализма, потенцирующего формирование вторичной негативной симптоматики;
- пребывание в одном отделении больных с асоциальными формами поведения, социальной дезадаптацией и дефицитом социальных навыков;
- длительность принудительного лечения, которая значительно превышает курс терапии, необходимый для достижения собственно клинического эффекта;

Реабилитационно-терапевтические мероприятия разрабатывались с учетом выделенных Л.Н. Юрьевой четырех этапов принудительного лечения. Перед началом каждого этапа, а также в конце для определения достигнутых результатов проводилось психопатологическое исследование с использованием стандартизованных методов исследования. Такое исследование

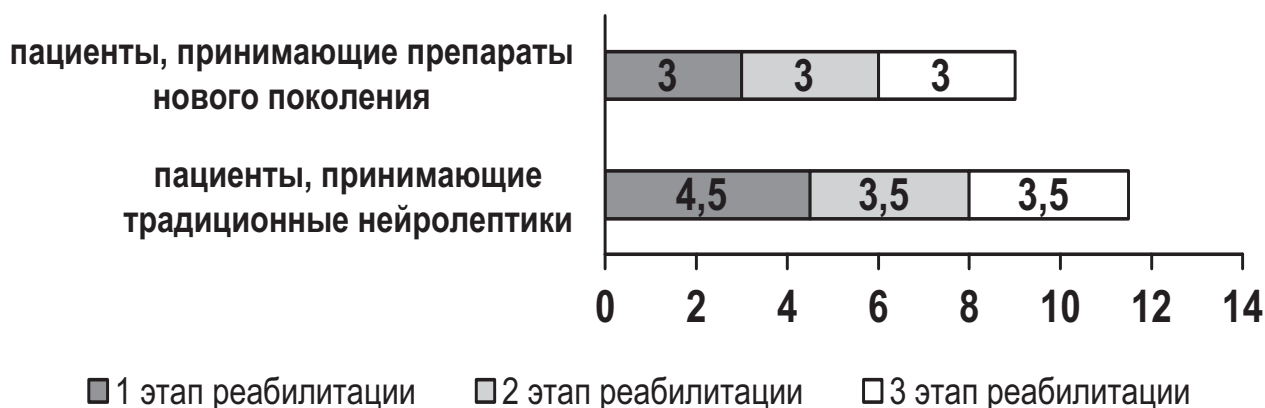
является наиболее информативным для нужд психокоррекции, так как позволяет более четко разграничить болезненные проявления от индивидуальных черт характера. В зависимости от результатов психологического тестирования принимается решение воспользоваться коррекционной программой, позволяющей исключить или уменьшить негативные характерологические проявления индивидуально-психологических особенностей.

На первом этапе (адаптационно-диагностическом) осуществлялась клиническая, психологическая и социальная квалификация состояния больного, его адаптация к условиям отделения и выработка медикаментозной и психотерапевтической тактики проведения принудительного лечения, на основании специально разработанной социально-юридической карты пациента с усиленным наблюдением. На этом этапе проводилась интенсивная биологическая терапия (биомедицинская составляющая лечебно-реабилитационных мероприятий) с привлечением больных к деятельности в пределах палаты. Психокоррекционные методы воздействия были минимальны и носили индивидуальный характер. Согласно «Клиническим протоколам...» преимущественно в рамках биологической терапии применялись препараты нового поколения. В некоторых случаях использовались также традиционные нейролептики. В группе пациентов, получающих лечение препаратами нового поколения, наблюдалась устойчивая положительная динамика в психическом состоянии, повышение реабилитационного потенциала, снижение агрессии, более быстрое улучшение фона настроения, исчезновение страха перед определенными социальными ситуациями. В более ранние сроки (в среднем на 2 – 3 недели раньше, чем среди пациентов, принимающих традиционные нейролептики) возникала готовность воспринимать реабилитационные мероприятия следующего этапа.

На втором (этапе стабилизации) и третьем этапах (реконвалесценции) интенсифицировалась психотерапевтическая работа. Наряду с этим осуществлялось лечение занятостью и трудовая терапия. Центральное место в схеме лечения принадлежит методам психологической коррекции, направленным на выработку социально приемлемых форм поведения и преодоление порочных форм адаптации. На данных этапах проводились различные виды психотерапии (индивидуальной и косвенной в условиях совместной деятельности при проведении трудовой терапии, культуротерапии, лечения занятостью; групповой) и психокоррекции в виде различных тренингов, психообразовательной работы с пациентами и их родственниками, направленной на формирование комплаентности. К наиболее часто используемым формам работы на данных этапах были отнесены индивидуальная психотерапия, ландшафтотерапия, библиотерапия, арт-терапия, аутогенная тренировка, семейное консультирование, музыкотерапия, ароматерапия, дыхательно-релаксационный тренинг, тренинг по коррекции агрессии, образовательная программа по обучению навыкам внутрисемейного поведения, терапия занятостью. Проводимая реабилитационная программа обеспечила существенное снижение уровня депрессии, косвенной агрессивности, уровня раздражения, негативизма, обид, подозрительности, уровней реактивной и личностной тревожности. Были значительно улучшены показатели нейротизма, экстра-интроверсии, психотизма по данным стандартизованных методов исследования. Результаты психотерапии и психокоррекции в значительной мере зависели от мотивации к лечению, интеллекта, системы ценностей, заинтересованности в самораскрытии, активности, ведущего симптомокомплекса.

На четвертом этапе (закрепления лечения и подготовке к выписке) главной целью являлась выработка схемы поддерживающей терапии (которая в будущем

#### Влияние использования препаратов нового поколения на длительность этапов реабилитации



может применяться и в амбулаторных условиях), а также квалифицированная, объективная оценка состояния больного и полноценное решение всех его социальных проблем (социальная составляющая реабилитации). В схеме лечения ведущими являются психотерапия и социальные мероприятия, а также лечение занятостью и трудовая терапия. Медикаментозное лечение было минимально и несло поддерживающий характер (включение в схему лечения малых доз пролонгированных нейролептиков, общеукрепляющая терапия, препараты ноотропного действия). На данном этапе также проводились различные виды психокоррекционной работы, преимущественно тренинги, направленные на улучшение навыков социального взаимодействия, позитивного самовоспитания и уверенного поведения, решения административно-правых вопросов, формирования коммуникативных навыков и умений, профилактику алкоголизма и наркомании, выработку навыков поведения в конфликтных ситуациях, а также семейное консультирование, направленное на повышение информированности родственников об особенностях ухода и наблюдения за психически больным после выписки из стационара, с соблюдением принципов этики и деонтологии в психиатрии. В рамках социальной работы оказывалась помощь по реализации права на социальные льготы, проводилась паспортизация, юридическое консультирование, обеспечение санитарно-гигиеническими средствами, дополнительным питанием, предметами первой необходимости, обучение пациентов планированию материальных средств и собственных расходов, устанавливались социальные связи.

Мультидисциплинарный подход при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий достигался на каждом из условно выделенных этапов принудительного лечения совместной деятельностью врача психиатра, социального работника, медицинской сестры по реабилитации, психолога, труднinstrуктора.

По данным психологического исследования, проведенного в конце реабилитационной программы, у пациентов реабилитационной группы была улучшена

волевая организация, снижен уровень тревожности, агрессивности, повышена самооценка. Были сформированы ценностные ориентации, социально одобряемые мотивы и установки, улучшена самокритичность, самостоятельность. Как следствие были значительно сокращены сроки пребывания в отделении с усиленным наблюдением (средние сроки до проведения реабилитационной программы – 829,0 дней; после проведения реабилитационной программы - 461,2 дня), катamnестическим методом установлено отсутствие повторных деликтов.

Проведенное исследование показало, что мультидисциплинарная модель реабилитации в зависимости от целей и этапов представлена биомедицинской, психокоррекционной и социальной составляющими лечебно-реабилитационной программы.

Таким образом, с уверенностью можно говорить о положительном влиянии разделения этапов лечебно-реабилитационных мероприятий при наличии мультидисциплинарного подхода при проведении принудительным мер медицинского характера с усиленным наблюдением и рекомендовать данную форму работы в других лечебных учреждениях подобного типа.

#### Литература:

1. Учебник «Психосоматическая медицина», Т. Икскуль, 1991 г.
2. Наследие Джорджа Эндрю Френсиса Боррел-Каррио, Л. Сачмен, Роналд М. Эпстайн.
3. Екатерина Бугрова врач-психиатр МГМСУ, Москва, 1994 – 2000 г.
4. Узнадзе Д. Н. Общая психология (Серия «Живая классика»). - 2004 г.
5. Российский психиатрический журнал, 3.2002.
6. Основы социальной работы. Учебник. / Отв. ред. П.Д. Павленок. — М., 1997 г.
7. «Вестник психического здоровья», № 4 1999 год, Одесса.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожак Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Москва, Медпрактика, 2004.
9. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии. Медицинские исследования. 2001 г.
10. Кондратьев Ф.В. Общественно опасные деяния психически больных. // Первый съезд психиатров социалистических стран. Москва, 1987 год.

#### СКЛАДОВІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНО ХВОРИХ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ З ПОСИЛЕНИМ НАГЛЯДОМ

О.М. Луїнін, О.К. Малтапар, Ю.В.Нікіфоров

У статті аналізуються особливості та ефективність застосування мультидисциплінарної моделі реабілітації, її складові на різних етапах лікувально-реабілітаційного процесу. Розглянуто переваги комплексного впливу на біомедичному, психологічному і соціальному рівні в процесі відновлення і реабілітації пацієнтів з психічними розладами, які вчинили суспільно-небезпечні діяння.

**Ключові слова:** реабілітація, мультидисциплінарна модель, біомедична складова, психокорекційні заходи, соціальна реабілітація

#### CONSTITUENTS OF MULTI DISCIPLINARY MODEL OF REHABILITATION OF MENTALLY SICK ARE IN THE CONDITIONS OF SEPARATION WITH AN INCREASE SUPERVISION

O.M. Lounin, O.K. Maltapar Yo.V.Niciforov

Features and efficiency of application of multi disciplinary model of rehabilitation are analysed in the article, her constituents on the different stages of curatively-rehabilitation process. Advantages of complex influence are considered on a biomedical, psychological and social level in the process of renewal and rehabilitation of patients with psychonosemas that accomplished publicly-dangerous acts.

**Keywords:** rehabilitation, multidisciplinary model, biometrical part, psychocorrection measures, social rehabilitation