

УДК 616.851.

©В. В. Шкробот, С. І. Шкробот, О. П. Венгер, Я. М. Несторович, Ю. І. Мисула,  
О. Е. Сماشна, О. М. Янковська, Г. Ф. Корнієнко

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ – У статті обґрунтовано необхідність надання кваліфікаційно реабілітаційно допомоги психічно хворим. Особливістю реабілітаційних програм для таких пацієнтів є гуманний підхід і рання ресоціалізація, що покращує прогноз захворювання і сприяє відновленню психічного здоров'я. Акцентовано увагу на реабілітаційних програмах та напрямках, запроваджених на базі ТОККПНЛ. Ця робота орієнтована на залучення пацієнтів до діяльності, розвиток творчих навичок, а також відчуття позитивних емоцій, пов'язаних з активністю та результатами.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ – В статье обоснована необходимость проведения квалификационной реабилитационной помощи психически больным. Особенностью реабилитационных программ для таких пациентов есть гуманный подход и ранняя ресоциализация, что улучшает прогноз заболевания, способствует восстановлению психического здоровья. Акцентировано внимание на реабилитационных программах и направлениях, которые внедряют в лечебный процесс на базе ТОККПНЛ. Эта работа ориентирована на вовлечение пациентов в деятельность, развитие творческих навыков, а также переживание положительных эмоций, связанных с активностью и её результатами.

CURRENT ISSUES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS – In the article the need for qualification a rehabilitation care to the mentally ill patients is presented. A feature of rehabilitation programs for these patients is human approach and the early re-socialization, which improves the prognosis of the disease and helps to restore mental health. Attention is emphasized to rehabilitation programs and directions, which is incorporated in treatment process on the basis of TOKKPNL. This work is focused on patients' involvement in activities, development of their creative skills, and experiencing of positive emotions which are associated with the activity and its results.

**Ключові слова:** реабілітація, ресоціалізація, психічно хворий, реабілітаційна програма.

**Ключевые слова:** реабилитация, ресоциализация, психически больной, реабилитационная программа.

**Key words:** rehabilitation, resocialization, mentally ill, person rehabilitation program.

Проблема реабілітації психічно хворих – це проблема не хворих, а суспільства. У 20-х роках минулого століття один із засновників вітчизняно психіатрії Петро Борисович Ганнушкін говорив, що ставлення суспільства до психічно хворих є показником культури даного суспільства, а процес становлення цивілізації можна простежити за зміною ставлення до цих хворих.

З урахуванням психогенних умов життя, розвитку та формування особистості все частіше доводиться говорити про необхідність надання кваліфіковано реабілітаційно допомоги представникам людства, що зумовлює актуальність обрано нами теми роботи.

Реабілітація включає профілактику, лікування, пристосування до життя і праці після хвороби, але перш за все – особистісний підхід до хворої людини (Кабанов). У даний час прийнято розрізняти медичну, психологічну, професійну і соціальну реабілітацію.

При психічних захворюваннях реабілітація має свої особливості, пов'язані перш за все з тим, що при таких розладах, як ні при яких інших, спостерігаються серйозні порушення особистості, соціальних зв'язків і відносин, втрата соціальних навичок, у тому числі внаслідок тривалого перебування в клініці та розвиток у хворих госпіталізму. Реабілітація психічно хворих розуміється як х ресоціалізація, відновлення або збереження індивідуально і суспільно цінності, х особистого і соціального статусу.

Більшість хворих, яка страждає від психічних розладів, ми не можемо зробити абсолютно здоровою, але можемо направити зусилля на те, щоб покращити якість соціонування, розуміння хворими свого внутрішнього світу та спілкування з членами суспільства.

Деінституалізація (вихід психічно хворих за межі психіатричного закладу) – це завдання актуальне для сучасних психіатрів і з точки зору гуманістичних підходів – це величезне досягнення у психіатрії. А для цього, поки пацієнти перебувають у лікарні, повинен реалізуватися комплекс реабілітаційних заходів, включаючи працетерапію в лікарняних майстернях, сеанси групово психотерапії, організація відпочинку тощо. Це можливо, з одного боку, завдяки психофармакології, з іншого – психосоціальним методам. Наприклад, головний герой знятого на основі реальних подій фільму "Ігри розуму" – відомий вчений, який страждав від шизофренії, навчився жити у двох світах. Він не вилікувався від шизофренії, але це не завадило йому продовжувати роботу і стати лауреатом Нобелівської премії.

За останні роки завдяки досягнутим успіхам ми отримали можливість наблизитися до вирішення важливих ключових питань у розумінні і терапії психічних розладів, але головний принцип психіатрії – гуманізм по відношенню до психічно хворих – залишається незмінним.

Реабілітація психічно хворих розуміється як х ресоціалізація, як відновлення (збереження) індивідуально і суспільно цінності хворих, х особистого і соціального статусу. Ресоціалізацію хворого слід починати якомога швидше. Чим раніше "підхопити" хворого психотерапією, тим кращий прогноз захворювання. Виявляється, дуже багато хворих повертається у стан психозу, якщо з ними вчасно не проводити ресоціалізаційну роботу. Як тільки хворий починає проявляти активність, стає діяльним, за механізмом оборотного зв'язку він може оцінити свою взаємодію з реальним середовищем. Немає кращої психотерапії, ніж ситуація, коли пацієнти після психозу, які знаходяться разом у палаті, починають піклуватися один про одного. Усвідомлення хворим, що він може допомогти іншій людині, сприяє відновленню його психічного здоров'я в більшою мірою, ніж переконання, що він вже не хворіє.

Загальні принципи реабілітації хворих із нервово-психічними захворюваннями та роль у здійсненні

методів психотерапії мали істотний вплив в останні десятиліття на розробку та впровадження реабілітаційних програм практично у всіх областях медицини. Мета, завдання і конкретний їх зміст визначаються особливостями клінічних проявів хвороби, перебігом, прогнозом, співвідношенням біологічних, психологічних і соціальних механізмів у виникненні та розвитку патологічних розладів.

Реабілітаційні програми можна поділити за такими напрямками:

- психологічний, що передбачає психологічну підтримку людини. Основними завданнями таких проектів психолого-реабілітаційного напрямку є відновлення та розвиток інтелектуальних функцій людини, емоційного стану, навичок психічно саморегуляції, комунікативно культури. Специфічними методами є психологічні тренінги (аутотренінг, комунікативний тренінг, тренінг креативності), психотерапія, ігротерапія, бібліотерапія, арттерапія та інше;

- соціально-культурний, який передбачає активізацію та розвиток творчо-художнього потенціалу дітей і дорослих, засвоєння ними цінностей культури та мистецтва. Прикладом цього напрямку можуть бути проекти “Дозвілля для всіх”, “Культура та інваліди” тощо.

На базі ТОККПНЛ впроваджено реабілітаційні заходи, які використовують у лікувальному процесі. Протокол ведення хворих “Реабілітація хворих на психічні розлади” розроблено для здійснення спектра заходів, які надають хворим на етапі реабілітації:

- комплекс фармакологічних, фізіотерапевтичних та інших заходів, направлених на зменшення проявів основного синдрому захворювання;

- нівеляція астеничних (неврастенічних), афективних, поведінкових й інтелектуально-мнестичних розладів;

- відновлення комунікативних навичок;

- навчання пацієнтів навичкам протистояння стресовим ситуаціям і умінню пристосуватися;

- навчання умінню визначати передвісники загострення і долати рецидиви захворювання;

- навчання аналізу і оцінці саморуйнівно і конструктивно поведінки;

- формування відповідальності за свою поведінку й здоровий спосіб життя;

- формування (або відновлення) навиків систематично праці й навчання;

- стабілізація професійних відносин, відновлення позитивних соціальних контактів;

- усвідомлення і розвиток здорових конструктивних частин особи;

- формування і закріплення нормативно ціннісно орієнтації і позитивних морально-етичних установок;

- формування реально життєво перспективи;

- відновлення сімейних відносин;

- психотерапевтична робота з родичами хворих, направлена на розширення їх знань про медико-соціальні наслідки психічних захворювань, навчання навичкам надання психологічно підтримки хворим і контролю їх стану з метою попередження рецидивів захворювання;

- медико-соціально профілактики рецидивів захворювання;

- формування мотивації на участь у реабілітаційних програмах і прагнення до життя;

- формування цілеспрямовано діяльності й підвищення нормативних рівнів домагань і соціальних інтересів;

- відновлення емоційно адекватності, уміння диференціювати позитивні й негативні емоції з акцентом на пріоритет позитивних емоцій при вирішенні особистих і соціальних завдань;

- підвищення якості життя психічно хворих, які прагнуть пройти програму реабілітації і уникнути рецидивів захворювання.

Лікувально-реабілітаційний процес спирається на ряд положень і принципів, які реалізуються в ланці взаємозв'язаних складних функціональних відносин: психічно хворі (хворий) – персонал реабілітаційно установи – реабілітаційне середовище.

Лікувально-реабілітаційний процес ми умовно поділили на наступні основні періоди (комплекси): відновний, власне реабілітаційний і профілактичний. Власне реабілітаційний період (комплекс) складається з адаптаційного, інтеграційного і стабілізаційного етапів.

Відновний (передреабілітаційний, переважно медичний) період включає лікування гострих і підгострих станів, викликаних хронічною або гострою патологією, – психотичним порушенням – і підготовку хворих до участі в реабілітаційних програмах.

Перший етап реабілітації – адаптаційний – направлений на пристосування хворих до умов і розпорядку роботи стаціонару. Заходи цього етапу мають переважно медико-психологічну спрямованість. Консультують і обстежують хворих лікар-психіатр, психолог, психотерапевт, соціальний працівник, а також проводять проти рецидивні заходи, формується (посилюється) мотивація хворого на участь у реабілітаційному процесі.

Другий етап реабілітації – інтеграційний – є входження у реабілітаційну програму, що включає медичний, психологічний, психотерапевтичний і соціальні аспекти. Формуються стійкі групи хворих, об'єднані довкола інтересів, здатні позитивно впливати один на одного, захоплені навчанням, які прагнуть здобути професію, такі, що люблять спорт, мистецтво, тварин тощо. Продовжується психотерапевтична робота з родичами хворих і терапія співзалежності.

Третій етап реабілітації – стабілізаційний – направлений на відновлення і стабілізацію фізичного і психічного стану хворого. Акцент переноситься на психосоціальний аспект реабілітаційно програми, де досягається основна мета – відновлення, корекція або формування нормативних особових і соціальних якостей хворих, повернення їх у сім'ю і суспільство. Збільшується об'єм фізично та інтелектуально праці, стимулюється професійна орієнтація, хворі залучаються до роботи щодо само- і взаємодопомоги в співтовариствах, тобто амбулаторні хворі прямують, а стаціонарних – регулярно вивозять з реабілітаційного центру для участі в роботі цих співтовариств. Одночасно проводять терапевтичні заходи, направлені на лікування печінки, серця й інших органів, залежно від тієї, що існує у хворого симптоматики.

Перераховані етапи реабілітації доцільно реалізувати без перерви, що дозволяє добитися спадко-

емності й високо ефективності реабілітаційного процесу. Терміни реалізації реабілітаційних програм залежать від рівня реабілітаційного потенціалу хворих і швидкості адаптації до функціонування в умовах амбулаторії або стаціонару.

Всі медичні, психологічні, психотерапевтичні й соціальні реабілітаційні заходи повинні бути відображені в історії хвороби або в амбулаторній карті.

Прогностична оцінка потенційних можливостей пацієнта до одужання, повернення в сім'ю і до суспільно корисно діяльності, заснована на об'єктивних даних про спадковість, преморбід, соціальний статус, особливості фізичного і психічного розвитку, а також перебіг і тяжкість захворювання та наслідки зловживання психоактивними речовинами, визначається як реабілітаційний потенціал.

Рівень реабілітаційного потенціалу – інтегральна характеристика, що відображає всі етапи формування хвороби і розвитку особи залежно від преморбідних особливостей й індивідуальної предиспозиції до чітко окресленого клінічного діагнозу, особистісного й соціального статусу. Він також об'єднує індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні, морально-етичні особливості та основний напрям особистісного й соціального розвитку, а так самовартісну орієнтацію хворого.

Залежно від ступеня вираженості основних складових реабілітаційного потенціалу, хворі можуть бути поділені на три групи: хворі з високим, середнім і низьким рівнем реабілітаційного потенціалу. Шкала критеріїв для оцінки рівнів реабілітаційного потенціалу і правила використання розроблені та додаються до протоколу ведення хворих.

Найбільш адекватно цілям реабілітації, спрямованим на відновлення особистого і соціального статусу хворих шляхом опосередкування через особистість лікувально-відновлювальних впливів та заходів, служить психотерапія. У першому випадку вона націлена більшою мірою на причину хворобливого стану, в останньому – на супутні чинники та підвищення адаптативних можливостей. В умовах групи здійснюється одночасний вплив на всі основні компоненти відносин – пізнавальний, емоційний і поведінковий; досягається глибша перебудова найважливіших властивостей особистості, до яких належать свідомість, соціальність і самостійність. Групова психотерапія більше, ніж будь-який інший метод психосоціального впливу, сприяє відновленню системи відносин хворих з мікросоціальним оточенням, приведенню ціннісних орієнтацій у відповідність із способом життя, тобто вирішення тих першочергових завдань, без яких неможливе успішне соціальне функціонування пацієнтів. Можна виділити два види групових методів психотерапії та соціотерапії у реабілітації психічно хворих.

1. Терапевтичні процедури, спрямовані на соціальну поведінку хворого, його комунікабельність, здатність до самореалізації, вирішення психологічних та подолання соціальних конфліктів. Вони проводяться, по-перше, в психотерапевтичних групах, у яких зміна порушених способів поведінки та переживання стають безпосередньо предметом обговорення і свідомо рефлексії. Це групи, фокусовані на конфліктній проблематиці хворого (розмовні групи і

групи проблемних дискусій). По-друге, терапевтичні групи, в яких взаємодія між пацієнтами опосередкована спільною діяльністю і переживанням (заняття художньою творчістю, спільне прослуховування музики і т. п.). Це групи, які використовують тренувальні техніки, ігрові та творчі форми занять (психомоторні, комунікативні, групи арт- та музикотерапії). Творча організація вільного часу поряд з працею також розглядається як засіб формування особистості. По-третє, тут повинен бути згаданий біфокальний терапевтичний підхід, при якому об'єктом психокорекційної роботи поряд з хворим стають члени його сім'ї (сімейна психотерапія).

2. Оптимальна організація соціальної структури колективу пацієнтів, що має в основі так звані середовищні групи: рада і збори хворих, функціональні групи, колективні екскурсії, клуб пацієнтів і т. п. Ці соціально-терапевтичні групи, орієнтовані на соціальну активацію хворих та їх залучення до життя в суспільстві, сприяють тренуванню спілкування і прищеплюють пацієнтам навички адекватно поведінки в сім'ї і на роботі. Вони забезпечують коригуючий соціальний клімат, що дозволяє заново пережити міжособистісні зв'язки.

Одним з методів, який ми застосовуємо, є танцювально-рухова терапія. Танцювально-рухова терапія дозволяє "побачити" один одного, вчитись наслідувати рухи один одного та досягати соціальної взаємодії шляхом невербальних стосунків. А також відчути різні поверхні цього світу, навчитись спілкуватися на різних рівнях, віднайти контакт із природою. Такі заняття дозволяють також пережити певний досвід, який пацієнти беруть із життя і який буде їх особистістю. Танцювально-рухова терапія розвиває креативність, додає впевненості в житті, покращує самопочуття і настрої.

Історія позитивного впливу музики на організм людини нараховує не одне тисячоліття. Джерела виникнення музикотерапії, як методу лікування, сягають глибоко давнини й безпосередньо пов'язані з історією народної медицини. Ще Піфагор зазначав, що музика, заснована на певній гармонії й ритмі, здатна не просто лікувати, але "очищати" людські діяння, відновлюючи гармонію душі. Древні китайці вважали, що музика рятує від недуг, які не підвладні лікарям. Американський лікар Гордон Шоу пояснює вплив музики на здоров'я дією вібрації звуків. Звуки створюють енергетичні поля, що змушують резонувати кожен клітинку нашого організму. Ми поглинаємо музичну енергію, і вона нормалізує ритм нашого дихання, тиск, температуру, знімає напруження. Функціональний ефект музично-терапевтичного впливу складається з наступних основних чинників: здатності музики викликати в слухачів необхідні емоційні стани, думки, психологічні установки й дії; рефлекторні зміни функціональних систем організму відповідно до викликаного емоційного стану; музичній стимуляції й регуляції рухової діяльності й різних ритмічних процесів у організмі.

Працетерапія – спрямована на залучення хворого у трудову діяльність із лікувальною та реабілітаційною метою, однак не кожне залучення хворого до праці може вважатися лікувальним або корисним. Заняття терапією (працетерапією) допомагає налагодити що-

денне життя людей з метою досягнення ними незалежності. Завдяки працетерапі вони можуть жити краще, продуктивніше. Одним із основних принципів використання працетерапі полягає у тому, що праця хворих повинна бути результативною і хворий має бачити результати своєї діяльності. Сферами діяльності у заняттєвій терапії є, зокрема: а) розвиток гігієнічних і побутових навичок; б) підтримка щоденної діяльності; в) інтеграція в освітні заклади та формування доступного середовища; г) допрофесійна і професійна підготовка; д) налагодження дозвілля, рекреація та спорт. На думку Г. В. Карєпова, найпоширенішими операціями в лікувальному використанні трудових процесів праці є картонні й палітурні роботи, шиття, в'язання, плетіння, художньо-прикладні роботи, машинопис, столярні й слюсарні роботи. З цією метою у наших психіатричних відділеннях застосовують кулінарну обробку овочів, готування деяких блюд (наприклад салатів), сервіровка стола, прасування праскою. Як показує наш досвід, найбільш прийнятними для цього є фотосправа, виготовлення художніх виробів, іграшок і сувенірів, в'язання.

Групові артотерапевтичні заняття проводять у відділенні 1 раз на тиждень. Кожна сесія триває 2 год і протягом цього часу пацієнти можуть самі визначити тривалість своєї образотворчої роботи. Вони працюють у групі індивідуально, і коли їх роботи готові, артотерапевт проводить невелику індивідуальну бесіду з кожним учасником. За бажанням кожного його робота може потім бути показана іншим учасникам групи, і проведено невелике обговорення змісту роботи та враження від неї. Відвідування занять добровільне, але медичний персонал активно запрошує пацієнтів на заняття і враховує відвідування занять. Кількість учасників у групі від 10 до 20 осіб. Використовувані матеріали і техніка роботи включають: малювання, живопис, виготовлення колажів, ліплення з пластиліну, паперову мозаїку, прикладні види творчості для оформлення відділення та виготовлення невеликих подарунків (частіше листівок). Виставкова діяльність полягає у тому, що пацієнти вивішують свої роботи у палатах і на стінах коридору. Це дає можливість знайомитись один з одним за допомогою своєї творчої продукції, знаходити теми для спілкування. Така практика нерідко призводить до більшого задоволення від результатів творчої діяльності та підвищення самооцінки хворих.

З непрямою (невербальною) терапією в умовах спільної діяльності безпосередньо дотикається терапія зайняттю. Вже в заняття пантомімою можуть включатися вербальні компоненти. Таке ж проміжне зна-

чення займає методика психотерапевтичного малюнка. За допомогою цих методів пацієнт отримує можливість виражати своє переживання, часто важкі для відтворення.

З урахуванням реабілітаційно спрямованості діяльності відділень, наша робота орієнтована на вирішення наступних завдань: зайняттю пацієнтів за рахунок залучення в цікаву і змістовну діяльність, розвиток і підтримка їх творчих навичок; сенсорну стимуляцію і емоційне пожвавлення; відреагування почуттів і переживання позитивних емоцій, пов'язаних із творчою активністю і результатами; підтримку і розвиток комунікативних навичок, самостійності та самоорганізації; психологічну інтеграцію пацієнтів, досягнення ними вищого рівня самоприйняття і саморозуміння; підвищення самооцінки і самосвідомості та деяких інших завдань. Лікувальна мета психотерапевтичної роботи досяжна лише тоді, коли достатньою мірою враховується активність патологічного процесу, психічний стан хворого, його особистість, особливості його безпосереднього соціального оточення, його доступність самотності та індивідуальні життєві умови, які в сукупності визначають його реальні можливості.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агєев В. С. Межгрупповое взаимодействие. Социально-психологические проблемы / В. С. Агєев. Изд-во МГУ, 1990. – 240 с.
2. Аргайл М. Психология счастья. Прогресс / М. Аргайл. – 1990. – 332 с.
3. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных / М. М. Кабанов. – Л.: Медицина. – 1985. – 216 с.
4. Казьмина О. Ю. Сравнительное исследование особенностей социальной поддержки в системе межличностных взаимодействий здоровых испытуемых и больных юношеской малопрогредиентной шизофренией / О. Ю. Казьмина. – Вестник МГУ. Серия психология. – № 1. – 1995. – С. 24–30.
5. Казьмина О. Ю. Метод групповой психокоррекционной терапии при аффективных и шизоаффективных расстройствах юношеского возраста – Российский съезд психиатров и наркологов / О. Ю. Казьмина. – М., 1995. – С. 91–96.
6. Beels C. Social Support and Schizophrenia / C. Beels Schiz. Bull. – 1981. – Vol.7, № 1. – P. 58–72.
7. Goldstein A. P. Psychological skill / A. P. Goldstein // № 4. – 1981. – 367 p.
8. Ионоу О. А. Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук. – Москва : Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, 2004.
9. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии / А. И. Копытин. – СПб. : Питер, 2002.
10. Луззатто П. Краткосрочная арт-терапия в “остром” психиатрическом отделении // Практикум по арт-терапии; под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Питер. – 2001. – С. 231–247.

Отримано 18.10.11