

ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Выпуск 14

Минск 2012

Оценка эффективности психосоциальной реабилитации пациенток с параноидной формой шизофрении

О.В. Лисковский, В.Г. Крючок, Ю.О. Лисковская

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Психосоциальная реабилитация (ПСР) – процесс, дающий возможность личности, имеющей болезненные проявления, дезадаптацию или инвалидность по психическому заболеванию добиться оптимального уровня независимого функционирования в обществе. В зависимости от поставленных целей реабилитации, ПСР в каждом отдельном случае решает индивидуально необходимые конкретному пациенту с психической патологией задачи. Метод повышает компетентность людей с психическими расстройствами с упором на сохранившееся здоровые функции, улучшает поведенческие реакции посредством работы над адаптацией к конкретной среде, приспособления к реальной жизни, активного вовлечения в процесс реабилитации, широкого использования различных методик, в частности, эрготерапии [1, 2, 3].

Эрготерапия характеризует различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл, а нарушение различных функций у больного влияет на их выполнение в нужном объеме и определенном порядке. Метод базируется на медицинских и социальных фактах, которые научно доказывают, что целенаправленные, имеющие для человека смысл действия помогают улучшить его функциональные возможности (двигательные, когнитивные, психические), и заключается в специфическом выполнении отобранных видов занятий и соответствующей

щих техник. Очевидно, что используя ПСР с активным включением эрготерапевтических мероприятий наряду с традиционной фармакотерапией, можно значительно повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов с широким спектром психической патологии. Это позволит снизить психологическую и социальную дезадаптацию больных, даст им возможность достичь определённого уровня полноценного самостоятельного существования в окружающей среде [4, 5].

Учитывая подобные перспективы, чрезвычайно актуальной можно считать возможность использования данной технологии у пациентов с параноидной формой психозов, наиболее часто встречаемой и типичной. Заболевание широко распространено (в Беларуси примерно 100 тысяч таких больных, занимающих 50-60% коечного фонда психиатрических стационаров) и наносит экономический ущерб, уступающий только депрессиям и тревожным расстройствам. Высокая стоимость психозов для общества обусловлена хроническим характером течения, началом в молодом возрасте, необходимостью частых госпитализаций и многолетнего поддерживающего лечения, значительной деформацией социальных и семейных связей, а также высокой частотой суицидов у этих больных. Соответственно, своевременная и полноценная реабилитация данного контингента пациентов высоко значима как с медицинской, так и с социальной и экономической точек зрения [1].

Цель работы

ПСР с широким применением метода эрготерапии и оценка её эффективности у 63 пациенток с различными сроками длительности заболевания параноидной формой психозов, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ ПЗ».

Методология

ПСР и оценка её эффективности проведены у 63 женщин в возрасте 30-50 лет, страдающих параноидной формой психозов и имеющих вторую группу инвалидности. У 31 пациентки длительность заболевания составляла 10-14 лет, у 32 – 15-20 лет.

Учитывая индивидуальные особенности пациенток, психиатрический реабилитационный диагноз, отдельные цели эрготерапии и конечную цель реабилитации, мы проводили работу, направленную на развитие нарушенных ключевых навыков. С коммуникативным дефицитом работали у 35,5% женщин из группы с меньшей продолжительностью заболевания и 31,3% – из группы с длительным течением психозов, трудовым – у 29% и 21,9%, мотивации к действию – у 19,4 и 15,5%, коммуникативным, трудовым и мотивации одновременно – у 16,1 и 31,3%, соответственно.

Методы психообразования (заключались, преимущественно, в консультировании по социальным вопросам), психотерапии, психокоррекции (включали тренинги соответственно нарушенным функциям), социокультурной терапии (организация дискотек, музыкально-литературного

кружка, киноклуба) применялись у всех пациенток. Эрго- и трудотерапевтические воздействия решали соответствующие отдельным целям эрготерапии индивидуальные задачи, необходимые в каждом конкретном случае.

При развитии коммуникативных способностей необходимо было расслабить, отвлечь пациентку, повысить её самооценку, помочь невербально выразиться. Для этого использовали прогулки, игротерапию, участие в организации концертов, работе музыкально-литературного кружка, посещении дискотек, киноклуба, а с целью активного самовыражения – арттерапию, в том числе рисование, изготовление поделок из различных материалов. Для повышения мотивации к действию развивали ответственность, выдержку, учили принимать решения, помогали быстро достичь успеха в разнообразной деятельности, например, вязании, печати, аппликации. Чтобы вовлечь пациенток в труд и заинтересовать в нём, вырабатывали внимание, концентрацию, точность, тщательность, выдержку, выносливость. Для этого активно работали с бумагой (аппликация, оригами) и тканью, лепкой, вязанием, привлекали к прогулкам, помощи персоналу отделения, к занятиям ЛФК.

Эффективность реабилитации оценивали с помощью анализа карт эрготерапии по таким критериям, как динамика уровня функционирования, самосознания, психиатрического просвещения, удовлетворённости пациенток занятиями. Оценку динамики изменения личности пациенток в процессе реабилитации проводили по специальной шкале, отражающей такие параметры, как внешний вид, коммуникабельность, трудовая деятельность, мотивация, индивидуальные интересы, жизненные планы. Оба документа разработаны ГУ «РНПЦ психического здоровья».

Результаты

Проведенная работа определила эффективность ПСР у большинства пациенток: уровень функционирования повысился у 93,7% больных (100% первой и 87,5% второй группы), самосознания – у 85,7% (90,3% и 81,3%), психиатрического просвещения – у 81% (83,9 и 78,1%, соответственно), удовлетворённости реабилитационными занятиями – 100% больных обеих групп ($p \geq 0,05$). Тенденция к большей результативности ПСР выше у пациенток с меньшей продолжительностью заболевания (на 5,8-12,5% в зависимости от определяемого критерия ($p \geq 0,05$) и меньшим количеством нарушенных навыков – реабилитационных эффект у таких больных выше на 20-40% по сравнению с имеющими одновременно дефицит и коммуникации, и труда, и мотивации ($p \leq 0,05$). Максимальный успех ПСР как при большей, так и при меньшей продолжительности заболевания – 90-100% – мы наблюдали при наличии у больных изолированных коммуникативных нарушений, что во многом обусловлено групповым характером занятий и широким разнообразием применяемых техник (данные представлены в таблице).

Положительная динамика изменения личности наблюдалась у всех

пациенток и выражалась в значительном улучшении внешнего вида, коммуникативных навыков, повышении мотивации, заинтересованности и активности в трудовой деятельности, появлении индивидуальных целей и планов; все прошедшие ПСР проявляли готовность следовать рекомендациям по продолжению психореабилитационных воздействий в амбулаторных условиях. В большей степени данные позитивные тенденции проявлялись также у пациенток первой группы. Чёткой взаимосвязи значений оцениваемых критериев эффективности ПСР с возрастом реабилитируемых в данном исследовании отмечено не было.

Таблица

Результат ПСР в зависимости от нарушенных навыков

Навык	Группа	Кол-во	Повышение уровня			
			функц-я	с/созн-я	просв-я	удовл-ти
коммуникация	1	11/35,5%	100%	100%	90,9%	100%
	2	10/31,3%	100%	90%	90%	100%
труд	1	9/29%	100%	100%	88,9%	100%
	2	7/21,9%	100%	100%	85,7%	100%
мотивация	1	6/19,4%	100%	83,3%	83,3%	100%
	2	5/15,%	100%	80%	80%	100%
все	1	5/16,1%	100%	60%	60%	100%
	2	10/31,3%	60%	60%	60%	100%

Выводы

Ввиду возможности полноценного восстановления нарушенных вследствие заболевания коммуникативных и производственных навыков, ПСР:

1. Способствует положительной динамике уровня функционирования, самосознания, психиатрического просвещения, личностных изменений больных параноидной формой шизофрении – результативность воздействия составляет от 81 до 100 %, в зависимости от критерия оценки.

2. Имеет тенденцию к большей эффективности у пациенток с меньшей продолжительностью заболевания (в среднем, на 5,8-12,5%, учитывая разные критерии оценки) и при меньшем количестве нарушенных ключевых навыков (на 20-40% по сравнению с имеющими суммарный дефицит). При этом явной зависимости результата ПСР от возраста женщины в представленной работе не определено.

3. Полноценно реализует принципы комплексности, индивидуального подхода и адекватности реабилитации – для каждого пациента создаётся индивидуальная программа реабилитации с использованием методов психообразования, психокоррекции, социо-культурной терапии, эрготера-

пии в объёме и вариантах воздействия, необходимых в каждом конкретном случае.

4. Предположительно, высоко социально значима и экономически эффективна ввиду возможности относительной компенсации социальной недостаточности и дезадаптации, бытовых и социально-экономических последствий болезни, в том числе на государственном уровне.

ПСР может быть рекомендована для широкого применения в комплексе лечения и реабилитации пациентов с параноидной формой психоза.

Литература:

1. Зборовский, К.Э. Психосоциальная реабилитация психически больных / К.Э. Зборовский, О.В. Лисковский, Т.Ф. Сергеева // «Психотерапия». – 2009. – №1. – С. 20-24.
2. Сергеева, Т.Ф. Эрготерапия в психиатрии / Т.Ф. Сергеева // Сборник материалов 3 съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь «Психиатрия и современное общество». – Мн., 2009. – 110 с.
3. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – М.: «Медицина», 1985. – 243 с.
4. Кабанов, М.М. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / М.М. Кабанов. – М.: «Медицина», 1980. – 265 с.
5. Энтони, В. Психиатрическая реабилитация / В. Энтони, Коэн М., Фаркас М. – Киев: «Сфера», 2001. – 258 с.