

*Т.В. Ярлыкова, Д.В. Ливенцева, А.А. Луговая, Ж.М. Животягина*  
**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ  
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*КУЗ ВО «ВОКПНД»*

**Резюме.** Показана роль и взаимосвязь различных видов реабилитации у лиц с психическими нарушениями на примере создания группы из 6 человек и наблюдения за ними в течении года.

**Ключевые слова:** медицинская, социально-психологическая, профессиональная реабилитация, когнитивные нарушения, эмоционально-волевой дефект.

**Актуальность.** Реабилитация пациентов с психическими расстройствами не должна ограничиваться устранением психопатологической симптоматики в остром периоде болезни. Она должна быть направлена также на улучшение качества жизни пациента и в дальнейшем [1]. В ее задачи входит замедление развития когнитивных, эмоционально-волевых нарушений, адаптация пациентов к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях, снижение аутизации и госпитализма больных [4]. В современных условиях эта проблема приобретает особую важность, т. к. с одной стороны возрос потенциал фармакотерапии, как медицинского аспекта реабилитации, и это является безусловно плюсом, а с другой стороны социальная адаптация таких пациентов в обществе затруднена в связи с недостаточными возможностями, в том числе и материальными. На протяжении многих лет социально-психологической реабилитации не уделялось должного внимания, а прежние наработки были разрушены.

Мы выделяем следующие виды реабилитации: медицинская, социальная, психологическая, трудовая [2].

Медицинская реабилитация подразумевает подбор поддерживающей фармакотерапии, которая обеспечивает стабильное состояние больного человека. Здесь имеет значение использование современных нейролептиков (кветиапин, арипипразол, лемипранил, оланзапин, сертиндол, рисперидон и др.), антидепрессантов (сертралин, венлафаксин, милнаципран, пароксетин и пр.), ноотропов, нормотимиков, которые тормозят развитие эмоционально-волевого дефекта, улучшают когнитивные функции пациентов, нормализуя процессы мышления, делают его последовательным, улучшают его продуктивность, убирают поведенческие нарушения, например стремление убежать из дома, склонность к раздражению, агрессии, предупреждают очередной приступ, степень его выраженности. Все это способствует снижению конфликтов в семье, нормализации влечений (пищевых, сексуальных), повышению качества жизни как у самих пациентов, так и окружающих людей. Больные чувствуют себя активными, появляется желание заниматься повседневными делами, общаться. Не возникают побочные эффекты от препаратов, что немаловажно, т. к. в этом случае пациенты не отказываются принимать лекарства.

Социальная и психологическая реабилитация тесно связаны между собой [3]. Их методы направлены на преодоление отрицательных реакций со стороны психики у пациентов, возникающих в связи с болезнью, повышение компетентности таких

больных, уменьшение их стигматизации и дискриминации, обеспечение долгосрочной социальной поддержки [5]. Важными задачами психореабилитации является ускорение нормального процесса адаптации к изменившейся в результате болезни (инвалидности) жизненной ситуации, профилактика развивающихся болезненных нарушений. Факторами определяющими психическое состояние пациентов являются: характер и динамика болезненного процесса, длительность пребывания в стационаре, степень инвалидности, влияние семьи, друзей, родственников [2].

К методам психосоциальной реабилитации относят:

Тренинги по выработке или восстановлению навыков самообслуживания (приготовление пищи, посещение магазинов, составление бюджета, ведение домашнего хозяйства и т. п.)

Тренинги направленные на развитие способностей контролировать свое психическое состояние, улучшение навыков общения, решения проблем.

Когнитивно-поведенческие тренинги, направленные на улучшение памяти, внимания, развитие речи.

Работа с родственниками пациентов по индивидуальной и групповой программе.

На тренингах используются методы рациональной, когнитивно-аналитической, семейной, поведенческой, телесной психотерапии, НЛП. Последние годы стала популярной психотерапия искусством, которая представлена четырьмя направлениями:

Драматерапия-психотерапия посредством сценической игры.

Музыкальная терапия-психотерапия посредством музыки и звуков.

Танцевально-двигательная терапия-психотерапия посредством движений и танцев.

Арт-терапия-психотерапия посредством изобразительного творчества. Это естественный и бережный метод исцеления психики через художественное творчество. Разнообразие техник арт-терапии практически неограничен (изотерапия, песочная анимация, коллаж, цветотерапия, фототерапия, глиноterapia, тестопластика и др.)

Профессионально-трудовая реабилитация-комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалидов в показанных ему по состоянию здоровья условиях труда, а также на достижение инвалидом материальной независимости и самообеспечения. Профессиональная реабилитация включает экспертизу потенциальных профессиональных способностей, профессиональную ориентацию и отбор, обучение и переобучение инвалидов, их трудоустройство. Здесь большую роль играют лечебно-трудовые мастерские и специализированные цехи в системе органов здравоохранения, которые представляют основную базу для организации трудовой деятельности инвалидов. Они развернуты в структуре психоневрологических диспансеров и психиатрических больниц. К сожалению во

многих подразделениях они были разрушены. Документом, который регламентирует труд инвалидов является закон «О социальной защите инвалидов», по которому осуществляется распределение зон для трудоустройства, определяется количество квот для инвалидов.

Социальная реабилитация пациентов на базе КУЗВО «ВОКПНД». В нашем эксперименте мы выбрали пациентов и создали из них группу из 6 человек для посещения центра социально-психологической реабилитации при «КУЗВО ВОКПНД». Два пациента страдающих шизофренией, один с обсессивно-компульсивным расстройством, два с умственной отсталостью легкой степени и один с умственной отсталостью умеренной степени. У первых трех пациентов наблюдались депрессивные тенденции с тревожным компонентом, у пациентов с шизофренией еще и дефицитарная симптоматика. У пациентов с умственной отсталостью на первый план выступали нарушения поведения. Почти все пациенты имели 2 группу инвалидности, неоднократные госпитализации в круглосуточные психиатрические стационары. Все проживали в семье, где родственники были заинтересованы в пациентах. Каждому была подобрана адекватная поддерживающая доза медицинских препаратов. Каждому была разработана как групповая, так и индивидуальная программа психосоциальной реабилитации, где учитывались характер и течение заболевания.

*Полученные результаты и их обсуждение.* Пациенты посещали групповые занятия, где занимались танцами, йогой, пением, постановкой спектаклей, концертных номеров, выращиванием растений, музыкотерапией. Посещали экскурсии по святым местам Воронежской области, культурно массовые мероприятия в сопровождении социальных работников. В процессе групповых занятий пациенты приобретали навыки работы и адаптации в коллективе, оказания взаимной поддержки, умение высказывать в спокойной форме свои желания, планировать свои действия, обсуждать в общем круге поставленные задачи, получать новые знания. Кроме этого по индивидуальной программе с каждым пациентом проводилась рациональная психотерапия, музыкотерапия, телесная терапия. Также работа шла и в области семейной терапии, беседы с родственниками. Наблюдения проводились на протяжении года.

Пациент с обсессивно-компульсивным расстройством посещал занятия ежедневно на протяжении месяца. После того как восстановился в техникуме приходит раз в 3-4 недели как на групповые, так и на индивидуальные занятия. Отмечает уменьшение навязчивостей. «Иногда про них думаю». Пациенты с расстройством шизофренического характера стали более организованными, общительными, самостоятельными. Со слов родственников дома охотно делятся впечатлениями от занятий, стали больше помогать в повседневных делах. Периодически встречаются с новыми друзьями вне здания диспансера. Один из пациентов стал меньше курить. Больные с легкой степенью умственной отсталости посещали занятия ежедневно в течении двух месяцев. Родственники отмечают

расширение словарного запаса, улучшение настроения у их близких, нормализацию распорядка дня. Нет поздних вставаний. Пациенты сами добираются общественным транспортом. Заняты и находятся под присмотром когда все на работе. Они стали спокойнее реагировать на замечания, не отказываются от приема медикаментов. Одного пациента удалось трудоустроить грузчиком на неполный рабочий день. После этого посещение центра соц. реабилитации стали реже, но остались регулярными с периодичностью раз в неделю. Участники данного проекта стали чаще самостоятельно решать такие проблемы как посещение врачей других специальностей, магазинов, органов соц. защиты. Пациент с умеренной умственной отсталостью ходит на занятия охотно, но не регулярно, т. к. нуждается в вербальной коррекции поведения, помимо постоянной медикаментозной, т.е. нуждается в сопровождении. Но родители по мере занятости привозят сына, т.к. видят положительную динамику, которая проявляется в уменьшении агрессии, нормализации пищевого поведения. Кроме того частые посещения диспансера дают возможность находиться под наблюдением постоянно и корректировать лечение у врача, не дожидаясь значительного ухудшения психического состояния, что и происходило в данном случае. К слову сказать, ни один из пациентов за год наблюдения не был госпитализирован в психиатрический стационар.

Пациенты с более выраженной дефицитарной симптоматикой и конкретным типом мышления предпочитали больше групповые виды психореабилитации. Более «сохранные» пациенты предпочтение отдают индивидуальным занятиям. Но в процессе улучшения социальной адаптации хоть и реже нуждаются в реабилитационных методиках, но продолжают периодически заходить в реабилитационный центр.

**Выводы.** Все виды реабилитации лиц с психическими расстройствами являются взаимосвязанными и дополняют друг друга. Они дают возможность нашим пациентам правильно организовать досуг, расширить социальные связи, нормализовать поведение, притормозить развитие дефицитарной симптоматики. Очень важным является положение о непрерывности реабилитации: медицинская реабилитация должна начинаться в процессе лечения, а социальная и профессиональная сразу же по окончании медицинской. В противном случае больной привыкает к пенсии, замыкается в себе, страдает его психика, и практика показывает, что привлечь его к реабилитации в поздние сроки после лечения очень трудно.

#### **Литература.**

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная психотерапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии.-М.: ИД Медпрактика-М. 2004. С. 492
2. Гурович И.Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии // Ж. «Социальная и клиническая психиатрия». №1 2004. 3.Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. // Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – С. 216
3. Куташов В.А. Медико-психологическая реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами / Куташов В.А., Немых Л.С., Неретина Т.И. // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2016. - Т. 19. - № 1. - С. 42-46.

**Abstract.**

*T.V. Yarlykova, D.V. Liventseva, A.A. Lugovaya, Z.M. Zhivotiagina*  
**THE REHABILITATION OF PATIENTS SUFFERING FROM MENTAL HEALTH DISORDERS**  
*Voronezh psychoneurological dispensary*

The article presents the role and relationship between different forms of rehabilitation for people with mental health disorders by the example of creation of group of 6 and monitoring of it throughout the year.

**Keywords:** medical, socio-psychological, professional rehabilitation, cognitive impairments, emotional-volitional defect.

**References.**

1. Gurovich I.Y., Shmukler A.B., Storozhakova Y.A. Psychosocial psychotherapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry.-M.: ID Medicine practice-M. 2004. P. 492
2. Gurovich I.Y. Psychosocial therapeutic and rehabilitative direction in psychiatry // «Social and clinical psychiatry» №1 2004
3. Kabanov M.M. Rehabilitation of mental patients. // Edition 2, additional and revised. – L.: Medicine, 1985.-P.216
4. Kutashov V. A. Medico-psychological rehabilitation of the persons having mental disorders / Kutashov V. A., Mute Нр, Neretin T.I.//Applied information aspects of medicine. - 2016. - Т. 19. - No. 1. - Page 42-46.

**Сведения об авторах:** Ярлыкова Татьяна Васильевна - заведующая организационно-консультативного отдела, КУЗ ВО «ВОКПНД», [yarlukovatv@yandex.ru](mailto:yarlukovatv@yandex.ru); Ливенцева Дарья Валерьевна - заведующая отделением дневного стационара КУЗ ВО «ВОКПНД», [dalialiventz@yandex.ru](mailto:dalialiventz@yandex.ru); Луговая Анна Александровна - врач-психиатр дневного стационара КУЗ ВО «ВОКПНД», [annalugovaya1975@gmail.com](mailto:annalugovaya1975@gmail.com); Животягина Жанна Михайловна - врач-психиатр дневного стационара КУЗ ВО «ВОКПНД».