

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 616-002.5-056.34-084:614.2

В.М. Коломиец¹, Е.А. Коноркина², А.В. Шпак²

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ КАК МЕТОД НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

¹ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», 305046, Курск; ²ФКУ «Орловская психиатрическая больница специализированного типа интенсивного наблюдения» Минздрава России, 302030, г. Орел

Ежегодно до 1100 психически больным, совершившим общественно опасные действия и находящимся под интенсивным наблюдением, проводили комплексные психосоциальные реабилитационные мероприятия преимущественно полипрофессиональными бригадами в составе врачей, социальных работников и психологов. Проводимые мероприятия стали высокоэффективным методом неспецифической профилактики туберкулеза в группе повышенного риска – психически больных. В результате за последние 5 лет заболеваемость туберкулезом снизилась с 1418,4 до 382,2, распространенность – с 36062,4 до 11082,8 и смертность от туберкулеза – с 591,1 до 127,4 на 100 тыс. населения.

Ключевые слова: социально-психологическая реабилитация, психически больные, туберкулез, неспецифическая профилактика.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF THE MENTALLY ILL AS A METHOD FOR NON-SPECIFIC PREVENTION OF TUBERCULOSIS

V.M. Kolomiets¹, E.A. Konorkina², A.V. Shpak²

¹Kursk State Medical University, 305046, Kursk, Russian Federation; ²Orel a Specialized Psychiatric Hospital Intensive Care, 302030, Orel, Russian Federation

During the annual observation of 1100 mentally ill patients, who performed socially dangerous actions and were under intensive supervision, comprehensive psychosocial rehabilitation activities were conducted by mainly multiprofessional teams consisting of doctors, social workers and psychologists. Activities have become highly effective as non-specific prevention of tuberculosis in high-risk group of the mentally ill. As a result, over the past five years, the incidence of tuberculosis decreased from 1418.4 to 382.2, with a prevalence of up to 36062.4 11082.8 and mortality rates - from 591.1 to 127.4.

Key words: social and psychological rehabilitation, mental illness, tuberculosis, non-specific prevention.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу предопределяется заболеваемостью прежде всего в группах повышенного риска среди населения, к которым относят контингенты пенитенциарной системы (ФСИН), психически больных, контактных с больными активным туберкулезом органов дыхания и др. Больные с психическими заболеваниями стоят на 2-м месте по частоте возникновения туберкулеза легких, уступая лишь больным с «тюремной чахоткой». В последнее время [1, 2] заболеваемость таких больных увеличивается быстрее, чем населения в целом. Среди них возможно выделить еще более угрожаемую группу – психически больных, которые совершают общественно опасные действия (ООД) и по заключению судебных органов находятся в особенных условиях (интенсивное наблюдение). Количество таких больных не снижается, и это неудивительно, ведь в кризисные периоды социально-политическая и экономическая нестабильность, ломка жизненных стереотипов, утрата прежних идеалов, поляризация общества отражаются на индивидуальном сознании и определяют построение межличностных отношений. Возрастает риск обще-

ственно опасного поведения. Среди таких больных много лиц с начальным, незаконченным средним образованием, занятых неквалифицированным трудом, проживающих с родителями без собственной семьи [3]. Так, имеются прямые указания на роль трудовой неустойчивости в генезе опасного поведения больных шизофренией, пытающихся разрешить возникающие при этом материальные трудности доступными им нередко криминальными путями [4]. Нередко совершаемые больными ООД обусловлены злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами (ПАВ) [5]. Нельзя забывать и о таком явлении, как госпитализм. Больной привыкает жить в больнице, не стремится покинуть ее, не борется за выздоровление, социальную и трудовую реадaptацию. Такой тип реагирования на болезнь весьма распространен в условиях стационара с принудительным лечением и является патологическим вариантом адаптации к условиям болезни, когда человеку обеспечены внимание, забота и медицинская помощь.

Такие лица составляют приоритетную группу риска по туберкулезу среди населения и нуждаются в интенсивном проведении профилактических мероприятий, необходимость разработки и интенсификации методов профилактики туберкулеза в таких группах очевидна.

Для корреспонденции:
Коломиец Владислав Михайлович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. фтизиопульмонологии; 305046, г. Курск, ул. Спортивная 35, e-mail: vladcom@mail.ru.

Исследования проводились в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН), где в течение года находятся до 1100 психически больных (диагнозы: шизофрения, органическое расстройство личности и поведения различного генеза, в том числе и в связи с эпилепсией, умственная отсталость, реактивный психоз, психопатия и другие редкие патологии), которые совершили различные преступления уголовного характера и по заключению суда находятся на интенсивном лечении, которое продолжается от нескольких месяцев до сроков более 5 лет. В течение последних 10 лет пораженность туберкулезом хотя и снизилась в 3 раза, до 12 556 на 100 тыс., однако в десятки раз превышает показатели по РФ (190,5) и региону (98,0 на 100 тыс. [6]. Уровень же заболеваемости туберкулезом в регионе снизился на 29,1%, но составляет 40,0 на 100 тыс. населения.

Совершенно очевидно, что в анализируемой ситуации из методов противозидемических мероприятий ведущее значение будет иметь неспецифическая профилактика, т. е. повышение сопротивляемости организма больного, так как адаптивный иммунитет у него снижен не только из-за влияния основного заболевания, но и из-за воздействия социальных факторов риска. Именно с этой целью наряду с фармакотерапией важным звеном в комплексной терапии больных, находящихся на принудительном лечении, являются социально-реабилитационные мероприятия [7, 8]. Биологическую терапию сочетают с психотерапией, психологической коррекцией и мероприятиями по социально-трудовой реабилитации [8].

Так, в целом по РФ количество лиц, которые признаны невменяемыми и которым предписано принудительное лечение в ПБСТИН, за последние 10 лет составило от 7,3 до 10,3% всех психически больных [8].

Совершенствование лечебно-реабилитационной деятельности ПБСТИН как средства профилактики не только повторных ООД, но и пораженности туберкулезом путем повышения иммунитета включает в себя реализацию различных мероприятий:

— техническое оснащение учреждения (площадки для занятия спортом, библиотека, компьютерный класс, кабинет для работы психолога, кабинет для работы социального работника, помещения для проведения психообразовательной работы, лечебно-трудовые мастерские, помещение для отправления религиозных служб и обрядов и др.);

— профилизацию отделений, включая реабилитационные;

— подготовку и включение в штат специалистов — врачей-психиатров, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских психологов;

— организацию полипрофессиональных бригад внутри отделений и работу с персоналом по развитию навыков оказания помощи в составе таких бригад;

— индивидуальную и групповую работу с пациентами, их занятость в течение дня;

— использование психообразовательных программ для пациентов и их родственников;

— использование программ (модулей) психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, включая психотерапевтические программы.

Лечебные и реабилитационные мероприятия осуществляются в ходе взаимодействия врачей-психиатров, медицинских психологов, социальных работников, представителей среднего и младшего медицинского персонала, из которых и формируются полипрофессиональные бригады.

Лечебно-реабилитационная работа состоит из нескольких этапов: адаптационно-диагностического (в приемном отделении), этапа интенсивных лечебных мероприятий (в отделениях для лиц с реактивными или неустойчивыми психическими состояниями, лечебных и соматопсихиатрическом отделении, в том числе в отделениях для больных с сопутствующим туберкулезом), интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий (в лечебных и лечебно-реабилитационных отделениях) и этапа стабилизации достигнутого эффекта и подготовки к выписке (в тех же лечебных и лечебно-реабилитационных отделениях). Основными целями работы являются снижение социальной опасности пациента и достижение такого качества ремиссии психического расстройства, при котором возможны изменение вида или отмена принудительного лечения.

Как пример приведем направления и объем лечебно-реабилитационной работы в приемном отделении на адаптационно-диагностическом этапе. Это назначение и коррекция фармакологического лечения; решение социально-правовых вопросов, связанных с оформлением необходимых документов, пенсионированием, отношениями с родственниками (в том числе правовыми), жилищными проблемами пациентов; включение пациентов в трудовые процессы (выполнение несложных хозяйственных работ, трудовая терапия); мероприятия по адаптации к режиму отделения и больницы, в целом психокоррекционные мероприятия по повышению уровня активности, уменьшению когнитивного и эмоционально-волевого дефицита, коррекции поведенческих расстройств; психотерапевтическая работа (главным образом в рамках рациональной психотерапии) по преодолению анозогнозии, формированию положительного отношения к лечению, формированию у пациента мотивации к дальнейшему участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия проводятся индивидуально или в группе. После установления контакта персонала с пациентом начинается работа по формированию положительного отношения к лечению, мотивации участия в лечебно-реабилитационных мероприятиях, используются рациональная психотерапия, психообразовательные программы, тренинги по формированию когнитивных навыков, арт-терапия, библиотерапия. В целях коррекции поведения и выработки навыков конструктивного (бесконфликтного) общения используются когнитивно-поведенческая терапия, психодрама, гештальт-терапия, дискуссии, ролевые игры, арт-терапия. Пациенты с достаточным интеллектуальным развитием включаются в групповые занятия, способствующие личностному развитию, во время которых прорабатываются глубинные проблемы, связанные с самосознанием, формированием системы ценностей, самореализацией, осознанием собственного прошлого и планированием будущей жизни.

В техническое оснащение отделения входят домашний кинотеатр, музыкальный центр, мультимедийное оборудование, материалы для проведения арт-терапии, спортивный инвентарь.

Проводится и работа с родственниками лиц, находящихся на принудительном лечении в ПБСТИН. Тем из них, кто берет на себя заботу о пациентах ПБСТИН, необходимы консультации со специалистами. Целесообразно создание групп психокоррекционной помощи родственникам с учетом нозологической принадлежности пациента и длительности его заболевания. В формировании групп принимают участие врачи-психиатры, медицинские психологи и социальные работники. Тематика занятий затрагивает три основных направления, условно обозначаемых как профилактическое, практическое и эмоциональное.

Особое внимание уделено организации работы полипрофессиональных бригад по психосоциальной реабилитации на этапе стабилизации достигнутого эффекта и подготовки к выписке. Здесь необходимо путем психотерапии подготовить пациента к восприятию психотерапевтического и психосоциального воздействия. Этапы реабилитационной работы не являются застывшими, их терапевтические компоненты подбираются в зависимости от клинического состояния и индивидуальных особенностей пациента. Для лечения алкогольной и наркотической зависимости используется программа духовного роста «12 шагов», при ее освоении пациентов привлекает четкость сформулированных «шагов», каждый раз вновь осмысливаемых на регулярных собраниях «анонимных алкоголиков» (АА) и «анонимных наркоманов» (АН). Не исключается использование и Миннесотской модели лечения и профилактики зависимости, где применяется в отличие от программы самопомощи профессиональный подход к решению проблемы с использованием достижений психологии, психиатрии и социальной работы. В работе персонала реабилитационных отделений нет авторитарности, манипулирования лицами, составляющими психотерапевтические группы, в группах отсутствует традиционное для медицинской модели противопоставление врач–пациент. Совместно работают не только специалисты полипрофессиональных бригад (психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и средний медицинский персонал), но и консультанты (для выздоравливающих пациентов или пациентов, которые уже прошли лечение и имеют определенный опыт трезвой жизни).

Врач-психиатр осуществляет медикаментозное лечение и обеспечивает консультации с врачами других специальностей. Психолог проводит психологическую диагностику, индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия, координируя свою работу с врачами и социальными работниками.

Социальный работник согласованно с врачами отделения помогает пациенту в решении социальных вопросов и в установлении контактов с социальными службами в рамках программы АА и АН, добиваясь его социальной реабилитации, открывая и делая для пациента доступным социальное пространство. Ставится задача формировать у пациента правильное отношение к правам и обязанностям гражданина и

помочь преодолеть возникающее у пациента чувства одиночества и заброшенности.

При бригадной форме работы широко используется программа повышения квалификации всех профессионалов, занятых в лечебно-реабилитационном процессе. Предпочтение отдается социально-психологическому тренингу всех членов бригады. В плановом порядке проводятся циклы занятий по поведенческой терапии и социальному тренингу для врачей, психологов и среднего медицинского персонала.

Для создания благоприятного психологического климата и повышения эффективности психотерапевтического воздействия необходимо, чтобы пациент получил знания о своей болезни с целью адекватного восприятия ее проявлений и смог в дальнейшем правильно оценивать свое состояние с целью своевременного обращения к врачу. Необходимо формировать у пациента мотивацию к изменению прежнего образа жизни, преодолению прежних и приобретению (закреплению) новых поведенческих стереотипов. Важно, чтобы он приобрел навыки решения личностных проблем, восстановил утраченные навыки общения, улучшил или восстановил утраченные родственные связи и, конечно же, сформировал в конечном итоге адекватное отношение к поддерживающей терапии.

В процессе работы полипрофессиональных бригад создается своеобразное терапевтическое сообщество путем применения самых разнообразных приемов. Это и проведение социально-психологических тренингов для персонала и групповых и индивидуальных психотерапевтических и психокоррекционных занятий для пациентов. Здесь же выполнение пациентами правил внутреннего распорядка и создание среди них совета самоуправления. Этот совет может утверждать графики уборки помещений отделения, назначать ответственных за порядок и сохранность инвентаря в компьютерном классе, библиотеке отделения, видеозале, спортивном зале, столярной мастерской, буфете, издавать стенную газету и оформлять тематические стенды. Возможно и целесообразно проводить еженедельные совместные с персоналом собрания пациентов с обсуждением путей разрешения проблем, в том числе персональных, проводить совместные для пациентов и персонала праздники.

В результате планомерных и с учетом общих показателей работы по ПБСТИН эффективных психосоциальных реабилитационных мероприятий (прежде всего в исполнении полипрофессиональных бригад) произошли выраженные изменения эпидемической ситуации по туберкулезу у наблюдаемого контингента больных – группы риска. Эпидемиологическая ситуация значительно улучшилась путем снижения заболеваемости и распространенности туберкулеза. Так, за последние 5 лет заболеваемость снизилась с 1418,4 до 382,2, распространенность — с 36062,4 до 11082,8 и смертность от туберкулеза – с 591,1 до 127,4 на 100 тыс. населения.

Произошли положительные изменения в структуре пораженности туберкулезом. Так, в 2011 г. в структуре наблюдаемых больных туберкулезом пациентов с клиническим излечением (III группа диспансерного учета) составили 54,5%, не регистрируются случаи запущенных форм (больные с фиброзно-кавернозным

туберкулезом и казеозной пневмонией). Среди впервые выявленных преобладают больные с инфильтративным (до 14,8%) и очаговым (11,2%) туберкулезом. Отсутствуют случаи первичной множественной лекарственной устойчивости (МЛУ). Бактериовыделение отмечалось лишь у 15,2% больных, в том числе у 4,5% выявлена или подтверждена вторичная МЛУ возбудителя туберкулеза. В последние 2 года не выявляются больные с деструктивными формами туберкулеза органов дыхания. Благоприятная структура пораженности позволила добиться и высокой эффективности лечения больных, когда прекращение бактериовыделения достигается у всех впервые выявленных, а в целом у 66,7% всех бактериовыделителей.

Заключение

Проведение психосоциальных реабилитационных мероприятий преимущественно полипрофессиональными бригадами является высокоэффективным методом неспецифической профилактики туберкулеза в группе повышенного риска – психически больных, находящихся в условиях интенсивного наблюдения. Таким образом, проблема социально-психологической и психиатрической реабилитации психически больных с сопутствующим туберкулезом является одной из важных проблем, стоящих на стыке фтизиатрии, психиатрии и клинической психологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева О.Б., Аренский В.А., Эйсмонт Н.В. Туберкулез в психоневрологических интернатах Свердловской области. Пробл. туб. 1998; 3: 19–20.
2. Юдина И.Э. Медико-социальная характеристика больных психическими заболеваниями в сочетании с туберкулезом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург; 2000.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика). М.: Медицина; 1995.
4. Кондратьев Ф.В. Деонтологические аспекты применения мер медицинского характера. В кн.: Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. М.: НИИ им. В.П. Сербского; 1987. 84–100.

5. Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.Л. Применение реабилитационных программ в условиях принудительного лечения психически больных. В кн.: XIII съезд психиатров России, 10–13 октября 2000 г. (Материалы съезда). М.; 2000. 216–7.
6. Коноркина Е.А., Коломиец В.М. Психически больные с интенсивным наблюдением как группа повышенного риска по туберкулезу. Туберкулез и болезни легких. 2011; 4: 205–6.
7. Дмитриев А.С., Морозова М.В., Савина О.Ф., Винникова И.Н. Актуальные социально-психиатрические аспекты осуществления принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа. Российский психиатрический журнал. 2007; 2: 4–9.
8. Казаковцев Б.А., Алкин Д.А., Букреев Н.В., Булыгин А.Г. Совершенствование деятельности психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением. Психическое здоровье. 2011; 5: 4–19.

REFERENCES

1. Nechaeva O.B., Arenskiy V.A., Eysmont N.V. Tuberculosis in Home for Psychoneurological Patient in Sverdlovsk Region. Problems of Tuberculosis. 1998; 3: 19–20 (in Russian).
2. Yudina I.E. Medical-social Characteristic Mental Patients with Tuberculosis. Abstract of a thesis ... candidate of medical science. Orenburg; 2000 (in Russian).
3. Maltseva M.M., Kotov V.P. Dangerous Acts of Mental Patient (psychopathological mechanisms and prophylaxis). M.: Medicine; 1995 (in Russian).
4. Kondratiev F. Deontological Aspects of Application of Medical Measures. In: Medical measures in system of prophylaxis of socially dangerous acts of mental. M.: The Serbsky research institute; 1987: 84–100 (in Russian).
5. Stiyazhkin V.D., Tarasevich L.L. Use of Rehabilitation Programs in Compulsory Treatment of Mental Patients. In: XIII Congress of Psychiatrist of Russia, 10–13 of November 2000 (Congress Materials). M.; 2000: 216–7 (in Russian).
6. Konorkina E.A., Kolomiets V.M. Mental Patients with Intensive Observation as a High-risk Group on Tuberculosis. Tuberculosis and Lung Diseases. 2011; 4: 205–6 (in Russian).
7. Dmitriev A.S., Morozova M.V., Savina O.F., Vinnikova I.N. Actual socially-psychiatric Aspects of the Compulsory Treatment Realization in General Mental Hospital. Russian Journal of Psychiatry. 2007; 2: 4–9 (in Russian).
8. Kazakovtsev B.A., Alkin D.A., Bukreev N.V., Bulygin A.G. Improvement of Activity of the Specialized Mental Hospital with Intensive Observation. Mental Health. 2011; 5: 4–19.

Поступила 18.04.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616-036.865:614.2(470.53)«2007–2011»

О.А. Плотникова, Ю.А. Мавликаева, Е.А. Федянина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермскому краю», 614010, г. Пермь

В статье дана оценка показателей реабилитации инвалидов в Пермском крае за последние 5 лет (2007–2011), а также результаты анализа 1941 акта освидетельствования граждан, не признанных инвалидами в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермскому краю» в 2011 г. Установлено, что в регионе отмечается положительная динамика показателей реабилитации у взрослых и стабилизация их у детей. Выявлены медико-социальные особенности лиц, снятых с инвалидности, дифференцированно по полу и возрасту, причине и длительности инва-