

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 614.2:616.89-036.868

Милютин С.М.¹, Карасаева Л.А.¹, Спикина А.А.², Валиахметова Д.Т.²

ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАЙОННОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

¹ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, 194044, г. Санкт-Петербург, Россия; ²СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №9 Невского района», 192131, г. Санкт-Петербург, Россия

В статье проанализированы ход и результаты деятельности медико-реабилитационного отделения, созданного путем реорганизации отделения лечебно-трудовой реабилитации, в ситуации обновления системы реабилитационных стратегий. На основе категорий Международной классификации функционирования уточнены факторы повышения и дан анализ динамики приспособительной активности психически больных в процессе осуществления реабилитационных мероприятий с акцентом на видоизменение форм межличностного взаимодействия. Проиллюстрированы метод организации реабилитационного сообщества во главе с Советом пациентов, а также вовлечение в систему межличностного реабилитационного взаимодействия не только врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, но также среднего и младшего медицинского персонала. Показано, что результаты деятельности медико-реабилитационного отделения оптимизируются за счет появления новых условий и предпосылок увеличения приспособительной активности реабилитантов в рамках их адаптации в повседневно доступной, «микросоциальной» среде.

Ключевые слова: психически больные; реабилитация; приспособительная активность; медико-реабилитационное отделение.

Для цитирования: Милютин С.М., Карасаева Л.А., Спикина А.А., Валиахметова Д.Т. Опыт оптимизации приспособительной активности психически больных в условиях медико-реабилитационного отделения районного психоневрологического диспансера. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016; 19(2) 64–67. DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-2-64-67

Для корреспонденции: Милютин Сергей Михайлович, д-р мед. наук, профессор кафедры социальной психиатрии и психологии; 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12, E-mail: semimi@yandex.ru.

Milyutin S.M.¹, Karasayeva L.A.¹, Spikina A.A.², Valiakhmetova D.T.²

EXPERIENCE OF OPTIMIZATION OF ADAPTIVE ACTIVITY OF MENTALLY ILL PATIENTS IN CONDITIONS OF MEDICAL REHABILITATION DEPARTMENT OF THE DISTRICT PSYCHONEUROLOGIC DISPENSARY

¹St. Petersburg Institute of improvement of expert doctors, St. Petersburg, 194044, Russian Federation; ²St. Petersburg Psychoneurologic dispensary №9 of the Nevsky District, St. Petersburg, 192131, Russian Federation

The article analyzes the progress and results of activity of medical-rehabilitation Department, created by reorganization of Department of medical-labor rehabilitation, in the situation of upgrading of the system of rehabilitation strategies. On the basis of categories of the International classification of functioning (ICF) updated the factors of the increase and established an analysis of the dynamics of adaptive activity of the mentally ill patients in the process of implementation of rehabilitation measures, with an emphasis on modified forms of interpersonal interaction. There were illustrated: a method of rehabilitative community led by the Council of patients, and involvement in the rehabilitation system of interpersonal interaction not only of psychiatrists, psychotherapists, psychologists, but nurses and other medical staff. Results of medical rehabilitation are shown to be optimized due to the emergence of new conditions and prerequisites for the increase in adaptive activity of patients in the rehabilitation center as part of their adaptation to everyday available, «micro-social» environment.

Key words: mentally patients; rehabilitation; adaptive activity; medical and rehabilitation department.

For citation: Milyutin S.M., Karasayeva L.A., Spikina A.A., Valiakhmetova D.T. Experience of optimization of adaptive activity of mentally ill patients in conditions of medical rehabilitation department of the district psychoneurologic dispensary. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2016; 19(2): 64–67. (In Russ.). DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-2-64-67

For correspondence: Sergey M. Milyutin, MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Social Psychiatry and Psychology, 11/12, St. Petersburg, 192131, Russian Federation, E-mail: semimi@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 24 November 2015

Accepted 24 December 2015

Вопросы реабилитации психически больных сохраняют актуальность в связи с распространенностью психических расстройств и большой социальной значимостью интеграционных мер [1–4]. Приоритетом психосоциальной реабилитации является восстановление ресурсов личности психически больных для их адаптации и интеграции в общество [2, 3, 5]. Психосоциальные воздействия, направленные на расширение набора адаптивных навыков реабилитанта, разнообразны: пациентцентрированные, включающие ближайшее социальное окружение, групповые либо индивидуальные. При этом применяются разнообразные методы воздействия: тренинги социальных навыков, общения, самоуважения, уверенного поведения, независимого проживания, психообразовательные программы, обучение стратегиям совладания, семейная психокоррекция и пр. [6–8]. Вместе с этим в рамках психосоциальной реабилитации порой слабо решаются составляющие медико-биологического аспекта: вопросы клиники, диагноза, психофармакотерапии [8, 9]. Напротив, активно реализуются мероприятия медико-биологического аспекта в медико-социальной (лечебно-трудовой) реабилитации [10, 11]. Так, принятая в Государственной службе медико-социальной экспертизы концепция медико-социальной реабилитации предусматривает медицинский (медико-биологический), профессиональный и социальные аспекты. Однако психологический аспект в указанном подходе не выделяется, растворяясь в профессиональном и социальном аспектах [12].

Кроме того, издавна отмечалась важность увязки составляющих медико-биологического аспекта с личностно-активизирующими реабилитационными мероприятиями [1, 2, 9]. В русле такого интегративного подхода реабилитация в последнее время определяется как расширение сфер жизнедеятельности больного (инвалида) при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий [3, 9, 11].

Требуются, однако, дальнейшие исследования сравнительной эффективности форм и моделей реабилитации. Имеющиеся разработки пока не дают однозначных результатов [5]. В этом плане представляется более перспективным анализ изменений приспособительной активности реабилитантов по принципам, в последние годы рекомендуемым в материалах Всемирной организации здравоохранения, в частности в Международной классификации функционирования (МКФ) [13]. Как известно [14], в разделе МКФ классификации категорий активности, в качестве выполнения задачи или действия индивидом, и участия, в качестве вовлечения индивида в жизненную ситуацию, представлены в одном перечне, охватывающем все сферы жизни человека (от базисных навыков обучения, использования зрения до более сложных сфер, таких как межличностные взаимодействия или трудовая занятость). Поэтому классификации данных категорий в данном разделе МКФ могут использоваться как для обозначения активности или участия, так и для того и другого вместе [14]. Поскольку в материалах ВОЗ указывается на возможность интеграции данных двух категорий, в настоящей работе нами применен термин «приспособительная активность», несущий интегративную смысловую

нагрузку: помимо активности термин ориентирует на ее результат – приспособление, или в терминологии МКФ – на вовлечение индивида в жизненную ситуацию, т.е. участие.

Цель. В настоящей работе проанализированы ход и результаты деятельности отделения реабилитации в ситуации обновления системы реабилитационных стратегий с целью уточнения факторов и предпосылок повышения приспособительной активности психически больных.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе ПНД № 9 Невского района Санкт-Петербурга, в котором в июле 2014 г. в соответствии с положениями приказа Минздрава России от 17 мая 2012 г. № 566 отделение лечебно-трудовой реабилитации было реорганизовано в медико-реабилитационное отделение (МРО). Анализировались организационные аспекты реабилитации, проводимой в рамках новой организационной модели МРО и приспособительная активность 160 больных трудоспособного возраста, прошедших реабилитацию за период с сентября 2014 г. по март 2015 г. Методическую основу исследования составили общенаучные методы: метод социологических исследований (описательный вариант), метод наблюдения, аналитический метод. Методы исследования применялись с опорой на категории МКФ. Особое внимание уделялось категориям (кластерам МКФ), которые могут отражать характеристики и динамику приспособительной активности реабилитантов. Поэтому изучалось отсутствие или наличие следующих кластеров по МКФ: d6602 «Помощь другим в общении», d6603 «Помощь другим в осуществлении межличностных отношений» (Подраздел МКФ «Забота... и помощь другим»). Также изучались кластеры подраздела «Общие межличностные взаимодействия»: d7101 «Положительное восприятие отношений» и d7102 «Проявление терпимости в отношениях» (в группе d710 «Базисные межличностные взаимодействия»), а также d7202 «Регуляция поведения во время взаимодействий» и d7203 «Взаимодействие в соответствии с социальными нормами» (в группе кластеров d720 «Сложные межличностные взаимодействия»). В подразделе «Специфические межличностные отношения» изучались кластеры группы d740 «Формальные отношения», в частности, d7400 «Отношения с людьми, обладающими властью и авторитетом», d7402 «Отношения с равными по положению индивидами» и кластеры группы d750 «Неформальные социальные отношения», в частности d7504 «Неформальные отношения с равными индивидами».

Результаты

Во вновь созданной реабилитационной модели было организовано несколько аспектов обеспечения реабилитационных мероприятий. Кабинеты трудотерапии в отделении переформированы в кабинеты совершенствования трудовых и бытовых навыков; сокращено количество таких кабинетов – с 8 до 5. На базе освободившихся помещений развернуты: кабинет групповой психотерапии и 2 кабинета индивидуальной психотерапии. Кроме того, организаторы трудотерапии и технический персонал переключились

на функционирование в качестве социальных работников. Помимо этого к реабилитационному процессу был подключен средний и младший персонал отделения, который прошел обучение на занятиях по программе «Актуальные вопросы реабилитации», проведенных специалистами отделения (врачами, психологами). Персонал и далее вовлекался в деятельность на основе новых взглядов – о важности неформальных межличностных отношений с реабилитантами, о необходимости повышения их приспособительной активности и др. По сути, в результате в отделении сформирована по-новому организованная система межличностных взаимодействий (направленная на единую цель): с интеракциями как между подгруппами сотрудников отделения, так и между сотрудниками и реабилитантами.

Для реабилитантов, продолжающих активизировать свои бытовые и трудовые навыки в новых условиях, были более оптимально организованы как уже имевшиеся, так и новые формы психосоциальной реабилитации. Так, их стали более активно вовлекать в различные виды групповой и индивидуальной психотерапии. В числе постоянно действующих психотерапевтических групп имелись следующие: суппортивная группа (2 состава) – 14 реабилитантов одновременно (до 8,9% от находящихся в отделении); группа когнитивно-коммуникативного тренинга (1 состав) – 8 реабилитантов одновременно (до 5,1% от находящихся в отделении); арт-терапевтическая группа (2 состава), на базе курсовых посещений Эрмитажа и Этнографического музея Санкт-Петербурга – 23 реабилитанта одновременно (до 14,7% от находящихся в отделении); психообразовательная группа (2 состава) – суммарно 18 реабилитантов (до 11,5% от находящихся в отделении). Таким образом, в групповой терапии всего занято до 63 реабилитантов одновременно (до 40,2% от находящихся в отделении). Индивидуальная психотерапия проводилась психотерапевтами и психологами с каждым пациентом отделения – как по личному запросу пациента, так и в плановом порядке. Психотерапия в МРО проводилась во многом с ориентацией на проблематику, сформулированную в разделе «Межличностные взаимодействия и взаимоотношения» МКФ, т.е. на группы кластеров d710, d720, d740, d750. Вместе с тем, поскольку большинство реабилитантов было задействовано в других реабилитационных мероприятиях одновременно с психотерапией, имелись затруднения в установлении связи повышения приспособительной активности именно с психотерапией.

Кроме того, весьма уместными оказались разработанные при так называемой недирективной курации специалистов отделения формы инициативного, самостоятельного повышения приспособительной активности больных. Причем за полугодие работы отделения в новых условиях они выведены с уровня отдельных пробных занятий на уровень постояннодействующих групп, клубов по интересам, и др. Так, первоначально отдельные пациенты выступали с инициативами и проводили единичные занятия с желающими реабилитантами. Затем формировались так называемые терапевтические (реабилитационные) сообщества, которые изначально базировались на инициативе отдельных пациентов: исторический кружок, кружок методик

рукоделия, и др. Далее на этапе, когда данные формы собственной инициативы пациентов приобрели достаточную наполненность, по предложению специалистов отделения такие инициативные группы пациентов были интегрированы в Совет пациентов. Данный совет в числе 8 реабилитантов действовал на основе самоуправления, основные текущие вопросы решались на еженедельных совещаниях. Деятельность совета направлялась специалистами отделения в рамках недирективной курации. Вместе с тем указанные 8 реабилитантов обнаружили наибольшую динамику приспособительной активности с овладением и устойчивым применением усложненных форм межличностного взаимодействия: положительное восприятие отношений (d7101), терпимость (d7102), критика (d7103), регуляция поведения (d7202), соблюдение дистанции (d7204). В определенной мере они начали освоение и одной из наиболее сложных форм межличностного взаимодействия: отношений с подчиненными (d7401). Формы приспособительной активности и их динамика в деятельности реабилитантов объективно фиксировались в методе наблюдения специалистами и персоналом.

Под эгидой совета действовали и расширяли свою активность от 28 до 33 реабилитантов (до 21% от находящихся в отделении). В том числе работали следующие инициативные сообщества, в которых повышали приспособительную активность реабилитанты: киностудия (функционирует ежедневно, показы фильмов проходят с последующим обсуждением), при участии от 10 до 15 реабилитантов; клуб любителей чтения, при участии 4 реабилитантов; кружок изучения народного костюма, при участии 9 реабилитантов; кружок мазковой живописи, при участии 5 реабилитантов. У членов указанных инициативных сообществ в наблюдении фиксировались положительная динамика приспособительной активности, возрастание терпимости (d7102), саморегуляции поведения (d7202) и др.

Наряду с указанными формами деятельности, проведении которых в первую очередь были заняты организаторы из числа пациентов, продолжали осуществляться формы повышения приспособительной активности, руководимые социальными работниками отделения: творческая мастерская; изостудия; музыкальная и театральная студии (с формами творчества, адаптированными к возможностям пациентов); группа социально-культурной реабилитации с посещением Эрмитажа, других музеев; тренинг социально-бытовых навыков. В данных формах повышения приспособительной активности суммарно задействовано до 70 (44,7%) реабилитантов. Вместе с тем обусловленность результатов (рост активности реабилитантов и др.) именно этими мероприятиями не так отчетлива, как в рамках инициативных форм.

Продолжали функционировать кабинеты совершенствования бытовых и трудовых навыков, в которых реабилитанты осуществляли операции легкого ручного труда. Разнообразной активизирующей деятельностью в таких кабинетах было занято от 54 до 78 реабилитантов (до 49,8% от находящихся в отделении).

Следует отметить, что комплексность реабилитации реализовалась в отделении посредством сочетания мер психологического и социального аспектов с

мероприятиями медико-биологического аспекта реабилитации (поддерживающая терапия и др.).

Выводы

1. Переход на обновленную систему межличностного взаимодействия с внедрением инициативных реабилитационных форм работы с реабилитантами в медико-реабилитационном отделении потребовал не только обширных организационных мероприятий, но и пересмотра взглядов, видоизменения стереотипов деятельности, ранее годами привычных для специалистов и персонала в работе отделения лечебно-трудодвой реабилитации;

2. Реорганизация общих подходов и конкретных форм работы привела к заметной активизации как деятельности специалистов отделения по осуществлению реабилитационных мероприятий, так и приспособительной активности самих реабилитантов, в особенности в рамках так называемых инициативных сообществ (Совет больных и др.);

3. Сохранен принцип комплексности реабилитации с одновременной реализацией медико-биологического, психологического, социального аспектов реабилитации. Вместе с тем наибольшую эффективность дало расширение мероприятий психологического аспекта реабилитации с внедрением так называемых инициативных форм активности. В этой связи картина приспособительной активности реабилитантов обновлялась за счет появления условий и предпосылок активизации в рамках по-новому организованной микросоциальной среды.

4. Анализ изменений в приспособительной активности реабилитантов, находящихся в отделении, показывает необходимость дальнейшей оптимизации социального аспекта реабилитации. В частности, требуется дальнейшая проработка механизмов выхода реабилитантов из защищенной среды МРО на последующие этапы реабилитации с повышением приспособительной активности в ответственных социальных ситуациях и формах деятельности, в том числе трудовых, т. е. в «макросоциуме».

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдраязкова А.М., Булыгина В.Г. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации. *Российский психиатрический журнал*. 2006; (3): 54–8.
2. Гурович И.Я. Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007; (1): 5–10.
3. McQuiston H.L., Goisman R., Tennison C. Psychosocial rehabilitation: issues and answers for psychiatry. *Commun. Ment. Hlth J*. 2000; 36(6): 605–16.
4. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных. В кн.: *Основы социальной психиатрии и социально-трудоустройственной реабилитации психически больных*. Л.; 1981: 4–14.
5. Коробов М.В. *МКФ. Классификация категорий активности и участия: Учебно-методическое пособие*. СПб.: СПбИУВЭЖ; 2011.
6. Лифинцев Д.В., Анцута А.А. Социальная реабилитация в контексте биопсихосоциальной модели здоровья. *Вестник Право-*

славного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия 4: Педагогика. Психология. 2013; 31(4): 50–60.

7. Коробов М.В., Дубинина И.А. Реабилитация инвалидов. В кн.: *Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации*. СПб.: Гиппократ, 2009: 32–64.
8. Коробов М.В. *Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья: основные положения: Учебно-методическое пособие*. СПб.: СПбИУВЭЖ; 2011.
9. Liberman R.P. et al. Innovation in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. *Innovat. and Res*. 1993; 2(2): 43–59.
10. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристов Т.А., Бурковский Г.В., Бутома Б.Г. Функциональный диагноз в психиатрии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2011; (1): 4–8.
11. Carling P.J. Promoting social integration. In: *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York; London: The Guilford Press; 1995; Ch. 9: 249–70.
12. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2011; (1): 4–10.
13. Sacareno B. Psychosocial rehabilitation as a public mental health strategy. *Psychiat. Rehabil. J*. 1997; 20(1): 10–5.
14. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии. *Медицинские исследования*. 2001; 1(1): 9–10.

REFERENCES

1. Abdrazyakova A.M., Bulygina V.G. Criteria for evaluating the effectiveness of psycho-social rehabilitation. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal*. 2006; (3): 54–8. (in Russian)
2. Gurovich I.Ya. Conserving-preventive psychosocial rehabilitation. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2007; (1): 5–10. (in Russian)
3. McQuiston H.L., Goisman R., Tennison C. Psychosocial rehabilitation: issues and answers for psychiatry. *Commun. Ment. Hlth J*. 2000; 36(6): 605–16.
4. Melekhov D.E. Social psychiatry and psychiatric rehabilitation. In: *Fundamentals of Social Psychiatry, Social and Vocational Rehabilitation of the Mentally ill*. Leningrad, 1981: 4–14. (in Russian)
5. Korobov M.V. ICF. *Classification of Categories of Activity and Participation. The Training Guide*. St. Petersburg: SPbIUEK; 2011. (in Russian)
6. Lifintsev D.V., Antsuta A.A. Social rehabilitation in the context of the biopsychosocial model of health. *Vestnik Pravoslav'nogo Svyato-Tikhonovskogo gumanitarnogo universiteta. Seriya 4: Pedagogika. Psikhologiya*. 2013; 31(4): 50–60. (in Russian)
7. Korobov M.V., Dubinina I.A. Rehabilitation of the disabled. In: *Manual of Medical-social Examination and Rehabilitation*. St. Petersburg: Hippocrates, 2009: 32–64. (in Russian)
8. Korobov M.V. *International Classification of Functioning, Disability and Health: Key Issues. The Training Guide*. St. Petersburg: SPbIUEK; 2011. (in Russian)
9. Liberman R.P. et al. Innovation in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. *Innovat. and Res*. 1993; 2(2): 43–59.
10. Kotsyubinskiy A.P., Sheynina N.S., Aristov T.A., Burkovskiy G.V., Butoma B.G. Functional diagnosis in psychiatry. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2011; (1): 4–8. (in Russian)
11. Carling P.J. Promoting social integration. In: *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York; London: The Guilford Press; 1995; Ch. 9: 249–70.
12. Churkin A.A., Tvorogova N.A. The prevalence of mental disorders in Russia in 2009. *Vestnik nevrologii, psikhiiatrii i neyrokhirurgii*. 2011; (1): 4–10. (in Russian)
13. Sacareno B. Psychosocial rehabilitation as a public mental health strategy. *Psychiat. Rehabil. J*. 1997; 20(1): 10–5.
14. Kabanov M.M. Rehabilitation in the context of psychiatry. *Meditsinskie issledovaniya*. 2001; 1(1): 9–10. (in Russian)

Поступила 24.11.15

Принята к печати 24.12.15