

# ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ И В ГРУППЕ АКТИВНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

**М.В. Кочерова**

Тамбовская психиатрическая больница

**E-mail:** belma68@mail.ru

**Описаны психологические аспекты качества жизни пациентов, находящихся на принудительном лечении и в группе активного динамического наблюдения. Указаны задачи групповой психообразовательной работы с социально опасными пациентами.**

**Ключевые слова:** программа психосоциальной реабилитации, социально опасные пациенты, принудительное лечение, активное динамическое наблюдение.

Обучение пациентов как направление деятельности профессионалов в области охраны здоровья начало развиваться в клинике внутренних болезней и лишь спустя некоторое время уже в виде так называемого «психообразования» получило широкое распространение в психиатрии.

Психообразовательные программы реализуются в группах закрытого типа. Ими руководят профессионалы в области психического здоровья, и они нацелены на образование и поддержку пациентов – участников данных групп, которые выступают не пассивными «реципиентами» информации, а активными участниками процесса.

Таблица 1

## Характеристика пациентов мужского и женского отделений

Показатель	Пол	Группы	
		принудительного лечения	активного динамического наблюдения
Число пациентов	М.	21	34
	Ж.	7	15
Средний возраст пациентов, годы	М.	42	42
	Ж.	43	46
Средняя продолжительность заболевания, годы	М.	21	23
	Ж.	24	29
Частота (в %) совершения повторных ООД* от числа пациентов в группе (в анамнезе)	М.	0	4,7
	Ж.	14,3	6,7

\*ООД – особо опасные действия.

Особым звеном в психообразовании является работа с пациентами, находящимися на принудительном лечении и в группе активного динамического наблюдения (АДН). Данная группа заинтересовала нас как наиболее тяжелая и сложная в отношении реабилитационного и терапевтического воздействий. Состояние и поведение пациентов нельзя объяснить только простым сочетанием неблагоприятных клинических и социальных причин; оно определяется более широким комплексом факторов.

К числу причин совершения пациентами этих групп противоправных действий относятся:

- насилие в прошлом;
- социопатические тенденции (психопатия, импульсивность);
- активная психопатологическая симптоматика серьезного психического расстройства;
- нарушение требований надзора в прошлом;
- трудности с трудоустройством.

В части случаев создается порочный круг, в котором играют значительную роль клинические и социальные факторы:

- персистирующая или часто рецидивирующая острота психического состояния, массивность продуктивной психопатологической симптоматики, приводящие к значительным нарушениям поведения, агрессивным и аутоагрессивным тенденциям;
- семейная дезадаптация, стресс в семье, отсутствие личностной поддержки;
- неблагоприятное социальное окружение, в частности контакт с асоциальными личностями, бедность социальной сети, алкоголизация;
- стигматизация пациентов, негативное отношение к ним окружающих;
- утрата навыков независимого проживания (включая навыки управления бюджетом и социального взаимодействия и т.д.).

В 2009 г. нами было проведено обследование 49 пациентов на базе 2 отделений – мужского и женского – Тамбовской психиатрической больницы

(табл. 1). Использован стандартизированный опросник (приложение).

Распределение пациентов по нозологической структуре указано в табл. 2.

Обращает на себя внимание то, что у пациентов, находящихся на принудительном лечении и в группе АДН, риск проявлений насилия был выше, если их возраст не достигал 20 лет на момент первого зарегистрированного в анамнезе эпизода правонарушения, а также при наличии ранних (до 17 лет) проблем, связанных с адаптацией дома, в школе или в обществе. Личностные расстройства, особенно асоциального или эмоционально-неустойчивого типа, как и злоупотребление алкоголем или наркотиками значительно повышают риск криминального поведения в целом и насилия, в частности.

У пациентов выражено недостаточно критическое отношение к своему состоянию, проявляющееся в большей степени неспособностью к осознанию и признанию своего психического расстройства, его значения для окружающих, необходимости лечения. Они также склонны к негативным оценкам окружающих с высказыванием устойчивых прокриминальных или антисоциальных взглядов, имеющих некоторую вероятность перехода в насилие.

Основными задачами групповой психобразовательной работы с социально опасными пациентами являлись:

- предоставление им информации о психических заболеваниях, чтобы правильное понимание своего состояния вело если не к управлению заболеванием, то хотя бы к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов;
- обеспечение психосоциальной поддержки, активация жизненной позиции, повышение социальной компетентности.

Психобразовательная работа проводилась совместно с психологом в закрытых группах с числом участников 8–10 человек. Каждый цикл психобразования состоял из 10 занятий продолжительностью 45 мин с частотой 1–2 раза в неделю. Занятия строились по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга и обязательным учетом индивидуального опыта участников.

За отчетный период были проведены групповые психобразовательные занятия с 24 пациентами, находящимися на принудительном лечении, и с 18 пациентами из группы АДН.

Темами занятий были: знакомство; правила работы в группах; нарушения восприятия, аффективной сферы; расстройства мыслительной дея-

тельности; основные формы и методы оказания психиатрической помощи; алкоголизм и его стадии; алкогольные психозы; лечение; шизофрения; фармакотерапия при психических расстройствах; расстройства поведения; первые признаки обострения заболевания; последствия несоблюдения лекарственного режима, амбулаторная служба; регулярность обращения к участковым врачам; службы социального обеспечения; правовые последствия правонарушений; Закон РФ об оказании психиатрической помощи.

В ходе занятий пациенты общались между собой, становились более уверенными, интересовались гранью между болезненными и здоровыми проявлениями, рассказывали о своих болезненных переживаниях, приеме лекарственных препаратов, адекватно оценивали необходимость своевременного обращения к участковым психиатрам, задавали вопросы юридического характера об оказании психиатрической помощи, порядке проведения принудительного лечения, а также раскрывали свои социально значимые проблемы, в том числе интересовались правами на наследство, дополнительное жилье.

Эффективность психообразовательной программы оценивали с помощью специально созданного опросника. Выясняли данные, которые подтверждали приобретение во время занятий информации о психопатологической симптоматике, восстановление контроля за своим поведением, достижение положительного отношения к поддерживаемому лечению и групповым занятиям в амбулаторных условиях.

Каждый пациент до начала реализации программы и по ее завершении прошел тестовый контроль имеющихся и полученных знаний. Оценка проводилась в баллах от 1 до 3 (1 – знания отсутствуют, 2 – знания недостаточны, 3 – знания доста-

Таблица 2

Распределение больных по видам патологии

Диагноз	Группы пациентов	М.	Ж.
Шизофрения. F 20	Принудительное лечение	9	2
	АДН	19	6
Органические заболевания, включая симптоматические (соматогенные) психические расстройства. F 00–F 09	Принудительное лечение	2	2
	АДН	8	1
Умственная отсталость. F 70–F 79	Принудительное лечение	4	3
	АДН	6	4
Хронические неорганические психозы. F 22, F 28, F 29, F 84	Принудительное лечение	2	–
	АДН	–	4
Синдром алкогольной зависимости. F 10.21	Принудительное лечение	4	–
	АДН	1	–

точные). В целом средний балл до начала занятий составлял 12,7, а по завершении программы – 29,1. Сравнение базисных оценок в начале обучения и по окончании цикла занятий выявило значительный прогресс в части способности к самооценке, уровня осведомленности, степени уверенности в себе.

Благодаря психообразовательным занятиям с пациентами, находившимися на принудительном лечении и в группе АДН, снижается риск развития госпитализма, выстраивается новый стиль общения, что в дальнейшем улучшает качество жизни пациентов, настраивает их на размышление, осознание личностных проблем, своевременное посещение психоневрологического диспансера и обращение к врачам-психиатрам, формирует позитивное отношение к противорецидивному лечению, снижение напряженности и агрессии в целом.

Одним из показателей эффективности групповой работы является также снижение частоты поступления в стационар по социальным показаниям и совершения повторных социально опасных действий. Пациенты, прошедшие психообразовательную реабилитационную программу, повторно социально опасных действий не совершали, а повторные поступления в стационар являлись причиной обострения психического заболевания.

Таким образом, по результатам данной работы можно проводить полномасштабное изучение психологических аспектов качества жизни пациентов, находившихся на принудительном лечении и в группе АДН. Изучаемые показатели могут стать важнейшими составляющими оценки качества психиатрической помощи и основой для выделения отдельных групп пациентов со сходными социальными проблемами, особенностями функционирования и самооценки, что позволит создать базу для формирования адресно-ориентированных реабилитационных программ и более целенаправленно осуществлять социально-психологическую помощь.

### **Программа психосоциальной реабилитации для пациентов, находящихся на принудительном лечении и в группе АДН в стационарном и амбулаторном звеньях тамбовской психиатрической больницы**

#### **Актуальность**

Социально-реабилитационное направление в последние годы стало приоритетным в практике принудительного лечения и профилактики ООД. Это обусловлено разнообразными причинами: патоморфозом психических заболеваний с относительным превалированием непсихотических форм, эволюцией научных взглядов на их генез. Уделяется все большее внимание личности пациента, его реакции на болезнь.

Проводя комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, необходимо стремиться к улучшению состояния больного, при котором снижается степень его общественной опасности, появляется возможность изменить ему принудительную меру медицинского характера, перевести его в стационар с менее строгим режимом содержания и подготовить к выписке. Для этого необходимо определить адекватную программу реабилитации для каждого пациента.

#### **Цели программы:**

1. Формирование адекватного психического состояния и общественно приемлемого поведения пациента.
2. Повышение социальной компетентности и активности.
3. Изменение установок посредством активного вмешательства с использованием процессов манипуляции, управления и регулирования с учетом индивидуально-личностных особенностей пациентов.
4. Выработка установки на здоровый образ жизни.
5. Выработка умения избегать криминогенных ситуаций.
6. Предотвращение повторных ООД.

#### **Задачи:**

1. Выработка и овладение навыками оптимальной и эффективной для индивида психической деятельности, способствующей его личностной адаптации в обществе.
2. Контроль за переосвидетельствованием в МСЭК.
3. Привлечение к трудовой деятельности.
4. Привлечение больных к участию в психореабилитационных мероприятиях.
5. Помощь в решении социально-правовых вопросов.
6. Контроль за посещением психоневрологического диспансера (ПНД) и своевременным получением лечения.
7. Контроль жилищно-бытовых условий.
8. Работа с родственниками.

#### **Этапы лечебно-реабилитационной программы:**

В соответствии с программой необходимо придерживаться определенной планомерности, этапности в осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий. В частности, предлагается различать следующие этапы принудительного лечения:

- адаптационно-диагностический;

- интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия;
- стабилизация достигнутого эффекта;
- заключительный – подготовка к выписке из стационара.

#### Основные направления работы:

1. *Режим и характер наблюдения.* От содержания в наблюдательной палате с постепенным ослаблением строгости режима и наблюдения на 1-м этапе до предоставления максимальной свободы в условиях стационара при сохранении индивидуального контроля со стороны персонала на 4-м этапе.

2. *Психофармакотерапия.* Купирование острых проявлений, симптоматическая терапия на 1-м этапе до поддерживающей терапии и пролонгированного лечения на 4-м.

3. *Психотерапия и психокоррекция.* На 1-м этапе – подробное патопсихологическое обследование для уточнения структуры дефекта и планирования методов психокоррекции, помощь в адаптации, на 2-м и 3-м этапах – групповые и индивидуальные психокоррекционные занятия, на 4-м этапе – отработка социально приемлемого поведения, психодиагностические обследования для объективизации эффективности.

4. *Трудотерапия и терапия занятостью.* На 1-м этапе – элементарные трудовые процессы, уточнение наклонностей и профессиональных навыков, на 2-м и 3-м – систематический труд в лечебно-трудовых мастерских или по ремонту и оформлению интерьера стационара, на 4-м этапе – приближение к видам и условиям труда после выписки.

5. *Культурные мероприятия.* На 1-м и 2-м этапах – пассивное участие в качестве зрителя, на 3-м и 4-м – активное участие в художественной самодетельности.

6. *Участие в самоуправлении.* Наибольшее развитие эта работа приобретает на этапе стабилизации, особенно на заключительном, когда для больного организуется режим по типу максимального самоуправления при условии постоянного контроля со стороны врача и психолога.

7. *Определение трудоспособности.* На 1-м этапе – направление на МСЭК, на 2-м и 3-м – продление пребывания в группе, на 4-м этапе – решение вопроса о возможном трудоустройстве.

8. *Определение дееспособности.* В отдельных случаях решается вопрос о признании пациента недееспособным и назначении опекуна.

9. *Работа с родственниками и опекуном.* На 1-м этапе – получение анамнестических сведений, на 2-м и 3-м – привлечение родственников к решению социальных вопросов; на 4-м – инструктаж о длительной комплексной внебольничной терапии, на-

блюдении в ПНД, соблюдении предписанного режима, выявление признаков обострения.

10. *Социальная помощь.* Начинается на 1-м этапе и на всем протяжении лечения – помощь в паспортизации, решение вопроса о регистрации, решение жилищных и других социальных вопросов в контакте с ПНД.

#### Механизм реализации программы

1. При поступлении в отделение больного направляют на биопсихосоциальную комиссию (БПСК). Проводится дифференцированная работа по уточнению психопатологической структуры психоза или личностного расстройства, выявлению асоциальных стереотипов поведения, уточнению механизмов ООД, определению больных с повышенным риском совершения повторного ООД, оценке реабилитационного потенциала, разработке индивидуального реабилитационного плана, а в соответствии с ним – и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

2. Минимальный срок осуществления программы – 6–12 мес (с учетом реабилитационного уровня и сроков принудительного лечения).

3. Документы, необходимые при осуществлении программы:

- дневник психосоциальной реабилитации (ПСР);
- журнал индивидуальной и психокоррекционной работы;
- индивидуальная карта пациентов, совершивших ООД.

4. Ежемесячно проводится БПСК с оценкой произошедших изменений.

5. Перед выпиской обязательно обследование совместно с амбулаторной службой жилищно-бытовых условий.

6. Для группы АДН на БПСК перед выпиской приглашаются участковый врач и специалист социальной службы амбулаторного звена.

#### Планируемые результаты

По результатам прохождения программы на основании выводов БПСК оценивают уровень сформированности навыков, решают вопрос об изменении или снятии принудительного лечения:

1. Выписка с последующим активным наблюдением в ПНД.

2. Перевод на долечивание в другие отделения, в том числе – и в загородное реабилитационное.

3. В случае утраты социальных связей и отсутствии положительной динамики после проведенных лечебно-реабилитационных программ – перевод в инвалидный дом.

## ОПРОСНИК

ФИО \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Оцените в баллах степень необходимости получения следующей информации. Если Вы колеблетесь между ответами 1 и 3, выберите ответ 2. Если Вы колеблетесь между ответами 3 и 5, выберите ответ 4.

1. Известно ли Вам мнение других людей, страдающих психическими расстройствами, о психических заболеваниях?

Ничего Зная, но Зная  
не знаю недостаточно достаточно

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

2. Желаете ли Вы общаться с людьми, страдающими психическими расстройствами?

Нет Не уверен Да

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

3. Желаете ли Вы обсуждать с другими участниками группы свой собственный опыт болезни?

Нет Не уверен Да

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

4. Желаете ли Вы обсуждать опыт других людей в отношении психических расстройств?

Нет Не уверен Да

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

5. Как Вы оцениваете свои знания о том, что является причиной Вашей болезни, что вызывает болезнь?

Ничего Зная, но Зная  
не знаю недостаточно достаточно

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

6. Как Вы оцениваете свои знания о своем психическом заболевании?

А. О симптомах болезни

Ничего Зная, но Зная  
не знаю недостаточно достаточно

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Б. О течении заболевания

Ничего Зная, но Зная  
не знаю недостаточно достаточно

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

В. О прогнозе

Ничего Зная, но Зная  
не знаю недостаточно достаточно

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

7. Как Вы оцениваете свои знания о проявлениях / симптомах обострения?

Ничего Зная, но Зная  
не знаю недостаточно достаточно

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

8. Как Вы оцениваете свои знания о методах (способах) возможностях предупреждения или смягчения симптомов обострения?

Ничего Зная, но Зная  
не знаю недостаточно достаточно

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

9. Знаете ли Вы, как вести себя при обострении болезни?

Ничего ЗНАЮ, но ЗНАЮ  
НЕ ЗНАЮ НЕДОСТАТОЧНО ДОСТАТОЧНО  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

10. Имеются ли у Вас знания о методах лечения психических расстройств?

Ничего ЗНАЮ, но ЗНАЮ  
НЕ ЗНАЮ НЕДОСТАТОЧНО ДОСТАТОЧНО  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

11. Имеются ли у Вас знания о возможном побочном действии лекарственных препаратов?

Ничего ЗНАЮ, но ЗНАЮ  
НЕ ЗНАЮ НЕДОСТАТОЧНО ДОСТАТОЧНО  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

12. Имеются ли у Вас знания о собственной роли в процессе лечения?

Ничего ЗНАЮ, но ЗНАЮ  
НЕ ЗНАЮ НЕДОСТАТОЧНО ДОСТАТОЧНО  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

13. Сможете ли Вы определить болезненное поведение и другие симптомы болезни?

НЕТ НЕ УВЕРЕН ДА  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

14. Имеются ли у Вас знания для преодоления трудностей, связанных с Вашей болезнью?

Ничего ЗНАЮ, но ЗНАЮ  
НЕ ЗНАЮ НЕДОСТАТОЧНО ДОСТАТОЧНО  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

15. Как Вы оцениваете свои знания о службах и формах помощи при психическом заболевании?

Ничего ЗНАЮ, но ЗНАЮ  
НЕ ЗНАЮ НЕДОСТАТОЧНО ДОСТАТОЧНО  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

16. Желаете ли Вы получить дополнительные сведения о службах и формах помощи при психическом заболевании?

НЕТ НЕ УВЕРЕН ДА  
1 — 2 — 3 — 4 — 5

Рекомендуемая литература

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2007.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. – М.: Медпрактика, 2007.

Пономарев О.А., Парняков А.В., Войцеховский В.В. К оценке риска проявлений насилия у больных психиатрического стационара. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2009.

PSYCHIC EDUCATION OF PATIENTS ON COMPULSORY TREATMENT AND IN AN ACTIVE DYNAMIC OBSERVATION GROUP

M.V. Kocherova  
Tambov Mental Hospital

The paper describes the psychological aspects of quality of life in patients on compulsory treatment in an active dynamic observation group. It shows the tasks of group psychic education among socially dangerous patients.

Key words: psychosocial rehabilitation program, socially dangerous patients, compulsory treatment, active dynamic observation.

