

УДК 616.895.8-085

В.А. ШУГАЙКИН

Областная психиатрическая больница, г. Костанай

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В данной статье автор излагает свой взгляд на проблему реабилитации больных шизофренией в амбулаторных условиях, основываясь на психообразовательной концепции. Проведена попытка определения критериев формирования реабилитационной группы, определены принципы расширенного терапевтического воздействия.

Ключевые слова: психообразование, предотвращение обострения, реабилитация.

Психообразование – обучающая программа, направленная на повышение осведомленности пациентов и опекунов о заболевании, улучшение взаимодействия с амбулаторной службой, предотвращение обострений [1].

Цели психообразования:

1. Уменьшение количества обострений.
2. Проведение своевременной лечебной коррекции при появлении ранних признаков рецидива.
3. Улучшение качества жизни пациентов и опекунов.

Занятие проводится в группе пациентов. Целесообразно начать работу с определения критерия подбора участников, которые могут быть общими, характерными для создания любой лечебной группы, и частными, определяющими клинические проявления для пациентов с шизофренией [5].

Общие факторы формирования группы:

- А. Добровольность.
- Б. Разница в возрасте между участниками не должна превышать 20 лет [3].
- В. Группа может быть смешанной по гендерному признаку.

Частные критерии формирования группы построены, наоборот, на факторе исключения:

А. Исключить пациентов в остром и подостром состоянии. Допускаются больные с признаками формирования и становления терапевтической ремиссии.

Б. Исключить пациентов с сопутствующим аддиктивным поведением, проявляющимся в наличии у них признаков алкогольной, наркотической либо смешанной зависимости.

В. Исключить пациентов с выраженным нарушением мышления.

Г. Исключить неопятных пациентов.

Д. Исключить пациентов со снижением когнитивных функций, возникших в результате выраженного шизофренического дефекта либо с сопутствующими признаками умственной отсталости (например, пациентов с диагнозом фреопфшизофрения) [2, 4, 6].

При проведении психообразовательных методик возникают значительные трудности в работе с пациентами. Это обусловлено наличием у больных следующих изменений личности, определенных еще на заре становления психиатрии:

– апатия (отсутствие побуждений какой-либо деятельности, пассивность, демотивированность);

– аутизм (замкнутость, утрата социальных и родственных связей);

– амбивалентность (эмоциональная неадекватность, чуждость, спонтанность поступков, вызывающих у общества неприятие таких больных);

– ассоциации (нарушение мышления, постоянная отвлекаемость, препятствующая последовательному изложению учебного материала) [3].

Если установить с группой доверительные отношения, терпеливо, несмотря ни на что, строить общение на основе обратной связи со всеми участниками, то можно сделать вывод о необходимости включения дополнительных методик, направленных на сплочение участников и повышение эффективности восприятия образовательных программ [6].

Эмпирическим путем пришлось дополнительно внедрить несколько критериев:

1. Частота встреч с пациентами – 1 раз в неделю, а с опекунами – 1 раз в 2 недели.

2. Исходя из новизны программы, отсутствия необходимого опыта у куратора, целесообразно было проводить изложение одного модуля не за одно занятие, а в течение нескольких встреч.

3. Проведение спортивных занятий на улице. Это способствовало мобилизации группы, привело к заинтересованности среди участников. Первоначально куратор, с согласия участников, знакомил их с комплексом упражнений (непродолжительный бег сменялся статическими упражнениями, упражнениями из гимнастики йогов, дыхательными практиками), затем каждый участник по очереди проводил самостоятельные занятия с группой, по желанию и с согласия всех участников добавлял свои упражнения в спортивный комплекс.

4. Исходя из необходимости сделать занятия более интересными, избежать собственной негативной проекции у пациентов, решено было применить фильмотерапию. В группе предлагалось домашнее задание: посмотреть соответствующий фильм перед новым модулем. В последующем занятие начиналось с обсуждения: каждому участнику предлагалось оценить фильм по 10-балльной шкале, изложить свое видение сюжета, рассказать о лучшем моменте на его взгляд. В последующем при изложении модуля куратор ссылался на моменты фильма, таким образом делая изложение модуля более запоминающимся (например, при изложении темы «Симптомы шизофрении» группе предлагалось посмотреть фильм «Игры разума»,

отражающий позитивную симптоматику, и фильм «Человек дождя», показывающий негативную симптоматику). Затем группе методом голосования предлагалось выбрать фильм для общего просмотра. Первоначально участниками группы фильмы назывались спонтанно, обсуждение проходило вяло. В дальнейшем участники предлагали более интересные и значимые фильмы. В итоге, по общему мнению, группа представила не менее интересные фильмы, чем куратор.

Иногда при проведении некоторых занятий для улучшения наглядности все участники разыгрывали сценки. Например, для демонстрации механизма лечебного действия нейролептиков создавалась «живая цепь» из участников, где каждый двигался в соответствии с законом фармакологического действия препарата.

В целом, большое количество встреч, длительность проекта (около 9 месяцев) привели к объединению психотерапевтических и образовательных методик в систему, которую можно считать реабилитационной. Это позволило добиться следующих результатов:

- заинтересованность пациентов увеличилась. Первоначальный интерес к рабочим тетрадям был у одного-двух участников. Приблизительно с середины образовательного цикла вся группа активно использовала тетради;
- увеличилась частота амбулаторных посещений;
- у двух участников за время обучения были выявлены ранние признаки рецидива, что позволило своевременно провести лечебную коррекцию и избежать госпитализацию;
- стационарирован был один участник, который вошел в группу не с начала программы, поддерживающую терапию принимал крайне нерегулярно, после проведенного лечения вновь вернулся в проект, в последующем самостоятельно контролировал прием лекарственных препаратов.

Ранее на базе Костанайской областной психиатрической больницы проводились попытки создать лечебные группы с больными. Так, в 90-х годах прошлого века было создано лечебное объединение «Душа человека», которое функционировало несколько лет. Появление психообразования определило цель, критерии эффективности.

Выводы

Психообразование явилось основой для реабилитации за счет присоединения новых терапевтических методик и позволило сформировать принципы реабилитации больных шизофренией [7].

1. Куратор обучает клинических психологов проведению модулей: «Симптомы шизофрении», «Профилактика рецидивов».

2. В стационаре из больных формируется группа в количестве 4-8 человек, с которыми психолог проводит модули в течение 45-60 минут.

3. В амбулаторных условиях проводится под руководством куратора набор в реабилитационные группы, работающие по следующим принципам:

- частота встреч с пациентами 1 раз в неделю, с опекунами – 1 раз в две недели;
- включение спортивных упражнений в группу и последующее обучение каждого участника индивидуальным занятиям позволят избежать апатии, контролировать вес, избежать стрессов, повысить самооценку;
- включение фильмотерапии позволит улучшить на-

глядность излагаемого материала, будет способствовать развитию индивидуальности каждого пациента;

– продолжительность амбулаторного этапа приблизительно 6 месяцев.

4. Включение в реабилитационную группу участковых психиатров на первом этапе в качестве супервизоров, а в последующем – с целью их обучения и ведения собственных групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. – Санкт-Петербург: ИКФ Фолиант, 2002. – С. 51-66
- 2 Групповая психиатрия / под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. – М.: Медицина, 1990. – С. 64-67
- 3 Петров Д.С., Коновалов О.Е., Поликарпова Е.А. Особенности психообразования лиц с шизофренией и шизотипическими расстройствами с длительностью заболевания до пяти лет // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – №2. – С.102-105
- 4 Свиридов И.Г. Критерии эффективности психообразования при оказании психиатрической помощи: автореф. ... к.м.н.: 14.01.06. – Москва, 2014. – С. 14-17
- 5 Сухоиванова Е.И., Кришталь В.Е. Эффективность психообразовательных программ в реабилитации больных шизофренией. <http://repo.knmu.edu.ua>
- 6 Хмельницкая Е.А. Эффективность психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией в двухлетнем катамнезе в сравнении со стандартным лечением // Журнал «Военная медицина». – 2012. – №1. – С. 107-113
- 7 Robert Paul Liberman, Alex Kopelowicz, Joseph Ventura & Daniel Gutkind. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. UCLA Department of Psychiatry & Biobehavioral Sciences, 300 UCLA Medical Plaza Los Angeles, USA // International Review of Psychiatry. – 2002. – N14. – P. 256-272

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

В.А. ШУГАЙКИН

Облыстық психиатриялық ауруханасы, Қостанай қ.

ШИЗОФРЕНИЯ ПСИХО-ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ҚОЛДАНАТЫН БАҒДАРЛАМАЛАР НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ОҢАЛТУ

Осы мақалада автор психобілім беру концепциясына негізде отырып, амбулаториялық жағдайда шизофрения дертіне шалдыққан адамдарды оңалту мәселесіне қатысты өз пікірін білдіреді. Оңалту тобын құру межелерін анықтау әрекеті жасалып, терапевтикалық әсерді кеңейту қағидаттары анықталды.

Негізгі сөздер: психобілім, шиеленісуіне алдын алу, оңалту.

SUMMARY

V.A. SHUGAIKIN

Regional Psychiatric Hospital, Kostanai c.

THE USAGE OF PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAMS IN THE COMPLEX REHABILITATION OF SCHIZOPHRENICS

In this article the author gives his opinion to the problem of rehabilitation of schizophrenics in the outpatient setting basing on the psycho-educational conception. It was tried to define criteria of forming of rehabilitation group, and the principles of expanded therapeutic intervention were stated.

Key words: psychoeducation, prevention of exacerbation, rehabilitation.