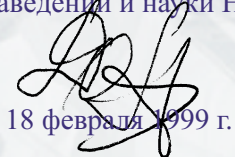


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

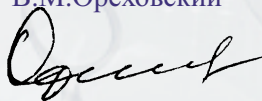
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



18 февраля 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



18 февраля 1999 г.
Регистрационный № 40-9803

**СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С МОЗГОВЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ**

Минск 1999

Система реабилитации больных с мозговым атеросклерозом с психическими нарушениями в домах-интернатах

Учреждение-разработчик:

Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (БНИИЭТИН)

Автор: канд. мед. наук А.С. Климович

Рецензент: канд. мед. наук А.Л. Пушкарев

Методические рекомендации посвящены организационно-методическим вопросам реабилитации больных атеросклерозом с психическими нарушениями в домах-интернатах. Дается клиническая характеристика этого заболевания, изложена система реабилитационных мероприятий для домов-интернатов, в которой освещены вопросы медицинской реабилитации, трудовой терапии, культурно-восстановительной работы, культтерапии, социотерапевтических мероприятий.

Данные рекомендации имеют практическую значимость.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА ИССЛЕДОВАНИЯ	6
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО СКЛЕРОЗА С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	7
СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ	12

ВВЕДЕНИЕ

Одной из характерных тенденций в развитии социального обеспечения на современном этапе является расширение объема и внедрение все более разнообразных форм социального обслуживания. *Особую важность приобретает социальное обслуживание престарелых.* Это объясняется продолжающейся тенденцией «старения населения», протекающего на фоне значительных социально-экономических и демографических сдвигов (урбанизация, высокая миграция, большая потребность в рабочей силе, изменение традиционных форм семьи и т.п.). В этих условиях возрастает значимость коллективных форм социального обслуживания и, в частности, стационарных учреждений социального обеспечения (домов-интернатов, пансионатов). Проблема социального обслуживания престарелых не исчерпывается увеличением количества этих учреждений. Она довольно многогранна и связана с решением экономических, социальных, социально-психологических, медицинских и других задач.

Направление в интернат старого человека сопровождается нарушением привычного для него уклада жизни и сложившихся социальных связей. В силу возрастных изменений старые люди плохо приспособляются к условиям жизни в домах-интернатах. Их адаптация зависит от множества организационных, социотерапевтических и психологических факторов.

С психологической точки зрения сохранение активного долголетия следует рассматривать как проявление компенсаторных (приспособительных) возможностей личности. Эти возможности можно изучать в трех аспектах. Во-первых, компенсация выражается в личностных установках, в мотивационной сфере и в генерализованной целенаправленности. Во-вторых, компенсаторные установки связаны с конкретным объемом знаний, умений и навыков в русле уже освоенной профессиональной деятельности. И в-третьих, компенсация возможна на уровне отдельных психофизиологических функций (темп деятельности, сенсорно-перцептивные процессы) и психических процессов (память, внимание, восприятие). Этот аспект достаточно хорошо изучен аналитической геронтологией, однако для реабилитационной деятельности в домах-интернатах для престарелых и инвалидов врачу необходимо знание особенностей личности и прежде всего ее социально значимых характеристик.

ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводились в основном в доме-интернате общего профиля, а также в интернатах психиатрического профиля (интернате № 3 и в Луначарском доме-интернате Витебской области). Всего обследовано 82 больных, среди которых преобладание больных с церебральным атеросклерозом с психическими нарушениями — 56 человек, больных шизофренией — 18 человек, остальные имели другие заболевания.

Среди обследованных было мужчин — 24 человека, женщин — 68 человек, которые по возрасту распределялись следующим образом: 55–65 лет — 25 человек, 66–74 лет — 45 человек, 75 и старше — 12 человек.

По нозологическим заболеваниям больные распределялись: с мозговым атеросклерозом с психическими нарушениями — 63 человека, с другими психическими заболеваниями — 19 человек.

Обследование указанного контингента в доме общего и психиатрического профиля позволило изучить характер проводимых реабилитационных мероприятий, а также разработать мероприятия по их улучшению.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО СКЛЕРОЗА С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ориентация современной психиатрии на решение проблемы социальной реабилитации больных делает необходимой разработку метода достаточно достоверного социально-клинического прогнозирования. Выбор мозгового атеросклероза в качестве предмета подобного исследования представлялся достаточно оправданным. Определение атеросклероза в качестве проблемы социально-клинической и даже биосоциальной сложилось еще во втором-третьем десятилетии нашего века. В настоящее время атеросклероз считается одним из основных показателей здоровья населения. Сосудистые заболевания стоят на первом месте среди причин инвалидности. При мозговых формах атеросклероза социальный и трудовой прогноз в 70% случаев определяют психопатологические расстройства. Тяжелые мозговые осложнения, ведущие к инвалидности, в 60% случаев имеют место у больных до наступления пенсионного возраста.

Атеросклероз признается «болезнью эпохи», постоянной угрозой для человечества. Развитие его ставится в зависимость от условий жизни и труда современного человека (ускоренный процесс урбанизации, индустриализации, рост требований внешней среды, увеличение факторов, усложняющих интерперсональные отношения, ведущих к «кризам социального положения», вызывающих постоянное аффективное напряжение и т.д.). Еще Краерелин значительный перевес мужчин среди больных атеросклерозом объяснял тем, что на их плечи падает вся «тяжесть жизненной борьбы».

Исследователи атеросклероза особое место отводят «нервной диспозиции», тем типам личности, для которых условия жизни XX века оказываются особенно сверхсильными. Отмечается, что от аффективной перегрузки прежде всего страдают слабонервные, дисгармоничные, «плохо сбалансированные», психопатические личности, а также чрезмерно живые, активные натуры, «горящие даже на продаже газет».

Центральная нервная система, в которой сосредоточены основные регуляции механизмов жизнедеятельности играет первостепенную роль в процессах старения. Как отмечает В.В. Фролько (1983), вся основная феноменология старения проистекает из возрастных изменений мозга. Масса мозга по данным разных авторов, в период с 50 до 85 лет снижается у мужчин в пределах 150–170 г и 180–190 г у женщин, составляя к 85 годам соответственно 1180 и 1060 (1350 и 1250 г в более молодом возрасте) (Оксова Е.Е., 1978).

Психические изменения, наблюдающиеся в процессе старения, связаны с процессами инволюции в ЦНС, при этом на них существенное влияние оказывает вся биологическая и психосоциальная история предшествующих периодов жизни — врожденные особенности, приобретенные личностные качества, психические и социальные характеристики, составляющие жизненный опыт данного человека, перенесенные болезни и т.д. Поэтому, наряду со свойственными старению общими, облигатными изменениями психических функций, психическое старение у каждого человека несомненно имеет свои индивидуальные проявления.

Среди облигатных признаков старения психики наиболее общим свойством является замедление, охватывающее как большинство сенсорных функций — зрение, слух, вкус, осязание, так и более сложных — психомоторики, восприятия нового, запоминания, всего поведения человека, включая способность к адаптации в меняющихся условиях. Старение касается не только отдельных психических функций, но и высших проявлений психики на целостноличностном уровне. В процессах замедления играют роль также психологические факторы — настроение, установка личности на выполнение задания, неожиданность или ожидаемость решаемой задачи, наконец, ее диапазон и сложность. Профессиональные навыки у представителей различных специальностей позволяют поддерживать на достаточно высоком уровне такие психологические характеристики, как память, способность к счетным операциям, различные манипуляции, требующие тонкого ручного труда и др., хотя скорость выполнения их в целом снижается. Следовательно, замедленность как одно из основополагающих свойств старения психики зависит от целого ряда взаимосвязанных факторов: нервных, психологических, социальных.

Память, как и интеллектуально-мнестическая деятельность в целом, является сложной психической функцией, зависящей и от влияния других психических свойств, таких как настроение, психическая активность, установка, социальные факторы, а также от состояния физического здоровья.

Неуверенность в совокупности со снижением физического потенциала и психосоциальными факторами старения способствуют развитию мнительности, тревожности и склонности к грустному настроению у большинства старых людей. Некоторые авторы, наряду с этим, выделяют очерченные типы других изменений эмоциональности в старости.

Вопрос о творческой продуктивности старых людей не представляется однозначным. С одной стороны, как известно, снижается способность к усвоению нового и способность к адаптации при достаточно высоком уровне сохранности и оперирования накопленными знаниями; последнее делает понятной долговую сохранность привычной профессиональной деятельности у многих пожилых людей. Лишь с предъявлением новых и повышенных задач, с нарушением привычного стереотипа умственной деятельности могут наступить ее упадок и психическая декомпенсация. С другой стороны, известно много примеров полной сохранности творческих возможностей до глубокой старости, что указывает на отсутствие строгой закономерности между увеличением возраста и снижением творческих способностей инвалида.

Наряду с указанными ущербными сдвигами характера, у многих людей в старости наблюдаются и положительные изменения. Можно нередко наблюдать умиротворенность, отход от мелочных интересов жизни к осмыслению главных ценностей, адекватную переоценку своих желаний и возможностей, сглаживание противоречивых черт характера.

Церебральный атеросклероз является наиболее тяжелым заболеванием предстарческого возраста. У многих больных психические нарушения различной степени выраженности. Установлено, что среди психических заболеваний, развивающихся после 50 лет, атеросклероз является одним из наиболее частых. У больных обостряются отдельные черты характера, увеличивается склонность к психическим реакциям, различным фазовым состояниям, у части больных возникает опасность рецидивов ранее имевших место психических заболеваний.

Целью настоящего исследования являлась попытка разработать мероприятия по реабилитации для проживающих в домах-интернатах этого контингента больных.

Психические нарушения при мозговом атеросклерозе характеризуются полиморфизмом: от неврозоподобных и психопатоподобных нарушений до синдромов деменции с различной степенью выраженности. Для проведения мероприятий по реабилитации наиболее приемлемой является классификация Э.Я. Штернберга, который выделяет:

1. Начальные (непсихические, неврозоподобные, псевдоневрастенические) синдромы.
2. Различные синдромы сосудистой деменции, т.е. слабоумия.
3. Психотические синдромы экзогенного типа (аффективные, бредовые и др.).

Е.С. Авербух (1969) включает 3 большие группы психических расстройств: I — различные по этиологии и патогенезу психические заболевания (экзогенные, психогенные, эндогенные), встречающиеся и в молодом возрасте, на частоте возникновения и характере клинических проявлений которых в большей или меньшей мере сказывается поздний возраст, т.е. это группа «психозов в старости»; II — собственно инволюционные (предстарческие и старческие) психозы; III — сосудистые психические расстройства: а) сосудистые деменции, б) сосудистые «функциональные» нарушения — психотические состояния, неврозоподобные состояния.

Среди обследованных преобладали больные с начальными синдромами и больные с различными синдромами сосудистой деменции.

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ

Реабилитация в домах инвалидов должна быть определена как система научной и практической деятельности, направленной на достижение наиболее возможного сохранения, восстановления личностного и социального статуса человека путем комплексного воздействия на личность *медицинских, социальных, психологических* и других средств.

Целью реабилитации в интернатах является поддержание физического и психического здоровья, обеспечиваемое на определенном уровне, чтобы он не был обузой для окружающих, сам себя мог обслужить. В зависимости от цели и должна строиться система реабилитации.

Основными мероприятиями является *медицинская* реабилитация, которая должна проводить лекарственную терапию.

Дифференцированному лечению различного рода психических нарушений должны предшествовать лекарственная коррекция соматических заболеваний и недугов старости, повышение общебиологического тонуса, уменьшение проявлений патологического старения и выравнивание возрастн обусловленных редуكتивных изменений организма.

Поскольку часто речь идет о сосудистой патологии с сердечно-сосудистой недостаточностью, то при последней предпочтительные средства, улучшающие обмен в сердечной мышце, — интенкордин, АТФ, кокарбоксилаза, продектин, МАП. В состав так называемых гериатрических средств входят адаптогены (дибазол в дозе не более 10 мг, препараты из корня женьшеня, элеутерококка, лимонника), витамины и витаминмикрэлементные смеси (декамевит, геротон, геровиталь и др.), липотропные вещества и аминокислоты (метионин и глутаминовая кислота, лецитин, холин и т.д.), препараты фосфора (липоцеребрин, фосфен, фитин и т.д.).

Наряду с гериатрическими средствами целесообразно назначение диеты со сравнительно низким содержанием углеводов и жиров, общая энергетическая ценность дневного рациона не должна превышать 2–2,5 тыс. Дж.

Среди лекарственных средств, применяемых для лечения психических больных, в том числе пожилого и старческого возраста, основное место занимают психотропные препараты. В картине заболевания, наряду с основной симптоматикой присутствуют астенические, невротические индивидуально-личностные проявления. Поэтому лечение психотических состояний часто требует применения не сильно действующих психотропных средств, а препаратов преимущественно умеренного фармакологического действия, обладающие одновременно антипсихотической (синдромальной) и транквилизирующей направленностью, седативным и антидепрессивным свойствами, либо полного отказа от сильнодействующих антипсихотических средств с переводом на седативные и транквилизаторы умеренного или слабого действия, особенно у соматически тяжело отягощенных больных. Из антидепрессантов у пожилых более показаны препараты, обладающие одновременно нормотимическими и транквилизирующими свойствами, поскольку в структуре депрессий почти всегда входит в разной степени выраженная тревога. Среди транквилизаторов более безопасны в этом смысле «малые» транквилизаторы.

Неврозоподобные и психопатоподобные состояния на отдаленных этапах депрессивных и бредовых психозов плохо поддаются лекарственной терапии, так как представляют собой результат более или менее устойчивой редукции основного заболевания на «личностных регистрах». Из лекарственных средств показаны психотропные препараты более широкого спектра действия.

Весьма важной практической задачей в геронтопсихиатрии является профилактика рецидивов фазно протекающих заболеваний — маниакально-депрессивного психоза и периодической шизофрении.

Наибольшее распространение как профилактическое средство в последние десятилетия нашел литий. Сравнительно недавно также появились сообщения об успешном применении в профилактических целях при эндогенных фазных психозах некоторых антиконвульсантов, в частности карбамазепина (финлепсина) и вальпроата натрия.

Трудовую терапию необходимо рассматривать в рамках медицинской реабилитации, а также в рамках восстановительного лечения, определяя ее как метод тренировки сниженных функций.

Трудовая терапия является «способом лечебного воздействия» на психику, средством повышения общего тонуса и восстановления двигательных функций. Она должна назначаться с учетом соматического и психического состояния, исходя из этого назначается длительность работы и сложность труда.

Д.Е. Мелехов и его последователи обосновали положение о том, что истинная компенсация нарушенных функций возможна не на основе того, что привнесено болезнью, а на основе, что болезнь пощадила, поэтому в основе разработки реабилитационных программ важно учитывать не только клинические проявления болезни, но и особенности личности, а также комплекс социальных и биологических факторов, воздействующих на личность.

Бездействие угнетает человека, наносит вред его здоровью, ибо все свое внимание он сосредоточивает на болезни, преувеличивает ее тяжесть. В итоге больной теряет веру в свои собственные силы. И наоборот, посильный труд повышает жизнедеятельность инвалида, благотворно влияет на его настроение, усиливает его волю к жизни.

Способность психически больных к трудовой деятельности подтверждалась психиатрами еще в начале этого столетия. В частности, отмечалось, что «даже очень значительное слабоумие может в тех или иных условиях представить возможность продолжения той или иной профессиональной деятельности» (Бернштейн А.Н., 1912).

На трудоспособность больных влияет ряд причин социального порядка: степень сохранности прежних знаний, профессионального опыта, квалификации и навыков.

Труд для психически больных является мощным, давно апробированным средством профилактики утяжеления психопатологического процесса и инвалидности. Правильное трудоустройство не только улучшает состояние здоровья самих инвалидов, но и обеспечивает благополучие и безопасность окружающих, а также освобождает здоровых членов семьи от лишних забот.

Необходимо учитывать, что труд — не индифферентное средство. При неправильном применении и дозировании он может оказать отрицательное воздействие. Поэтому при назначении трудовой терапии, трудоустройстве больных необходимо учитывать условия и сложность труда, возможности его дозировки (время, длительность, тяжесть труда).

Трудовая же деятельность, относясь преимущественно к преобразовательной, в то же время включает в себя элементы и всех других форм деятельности.

Труд воздействует на личность не прямо, а опосредованно, через общение, через систему социальных связей. Не сам труд делает человека человеком, а участие в совместной деятельности. Поэтому в процессе социально-трудовой реабилитации наряду с привитием больному практических навыков и умений важную роль играют задачи по формированию правильных отношений, ценностных ориентаций и социальных связей, т.е. задачи, направленные на повышение личной и социальной активности человека, на то, чтобы помочь ему занять определенное место в коллективе, обществе.

В домах-интернатах, особенно психиатрического профиля, мы рекомендуем *три вида* трудовой терапии.

1. Трудовая терапия занятостью.
2. Лечебно-восстановительная трудовая терапия.
3. Производственная трудовая терапия.

Таким образом, реабилитацию следует понимать как систему научной и практической деятельности, направленную на восстановление личностного и социального статуса индивида путем комплексного воздействия на человека.

Для больных, находящихся в домах-интернатах, наиболее приемлемой системой социально-трудовой адаптации являются следующие формы.

1. *Коррекционно-восстановительная работа* направлена на привитие больным положительного отношения к дому-интернату, персоналу и другим больным. Она заключается в регулярном проведении психотерапевтических бесед о правилах поведения, о необходимости соблюдения личной гигиены с учетом соматического и психического состояния, участие в трудовой и общественной деятельности.

С учетом заболевания (соматического и психического), больных необходимо распределять по определенным группам, принимая во внимание их желания и их возможности. По возможности создать бригады, группы по уборке территории, помещений, столовой, кухни, по уходу за зелеными насаждениями.

В зависимости от условий интерната (наличие лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ)) и психического состояния больные распределяются по видам и участкам труда.

При этом соблюдаются следующие условия:

– во-первых, привлечь наибольшее число больных;

- во-вторых, привить им определенные профессиональные навыки (грузчиков, клейщиков, упаковщиков и др.);
- в-третьих, своевременно переводить больных на более сложные производственные операции.

В ЛТМ необходимо иметь штат сотрудников с учетом посадочных мест и числа занятых в нем больных.

В целях большей заинтересованности больных в работе (ЛТМ, в интернате), необходимо применять разнообразные формы стимулирования: материальное вознаграждение (денежная оплата, подарки), моральное поощрение (присуждение мест, звания лучшего работника, грамоты, вынесение благодарности перед коллективом, прогулки, посещение кино и др.).

Важное значение, как показало наше знакомство с работой интерната Витебской области, имеет участие больных в сельскохозяйственных работах.

Организация трудовых процессов в подсобном хозяйстве, связанная с постоянным общением с природой, способствует социализации больных. Выезды больных на работу в колхозы и совхозы развивает их самостоятельность и расширяет кругозор.

2. *Культтерапия* должна включать в себя индивидуальные беседы персонала с больными по различным темам, устраивать вечера отдыха, просмотр телепередач, отмечать торжественные даты, организовывать различные кружки — художественной самодеятельности, рисования, вышивания и других. Привлекать больных к участию в эстетическом оформлении интерната, палат, жилых комнат, необходимо по возможности организовывать культпоходы в кинотеатр. Лицам, находящимся на свободном режиме, разрешать посещение культурных заведений самостоятельно.

Все эти мероприятия должны проводиться под постоянным контролем персонала интерната.

Спортивные мероприятия должны назначаться с учетом психического и соматического состояния больных и начинаться с утренней зарядки с последующим вовлечением больных в спортивные игры.

В *систему социотерапевтических мероприятий* должны входить дежурства по территории, вестибюлю, палате, шефство над менее сохранными, лежачими больными.

Программа социотерапевтических мероприятий предусматривает развитие у больных правильной ориентации в окружении, в том числе и вне дома-интерната, например, в магазинах, кинотеатрах.

Важным социотерапевтическим мероприятием в дом-интернате является работа кружка по социальной адаптации больных. На занятиях кружка рассматриваются темы: «Город», «Магазины», «Транспорт», «Внешний вид». Занятия кружка должны проводиться с учетом психического состояния больного.

Поскольку для престарелых весьма ценно сохранение способности к передвижению, перспективным мероприятием является введение двигательного режима, что может рассматриваться не только как способ стимулирования физической активности, но и в качестве средства, оказывающего психотерапевтическое воздействие на личность престарелого.

Угасание личностной активности, с одной стороны, связано с деформацией структуры личности, протекающей на фоне биологических изменений, а с другой — с отсутствием условий для реализации компенсаторных возможностей. Поэтому поиски адекватных форм воздействия на личность престарелого должны быть в центре внимания врачей и персонала домов-интернатов.