

Активирующие методики в лечении зависимостей: от трудотерапии к эрготерапии, от механической работы к творческой

Ф.Б. Плоткин, Т.В. Варенова

Минский городской наркологический диспансер,
Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка

*Если кто-нибудь, странствуя целый день,
прибудет к цели вечером, то этого уже достаточно*

Петрарка (De vera sapientia. P. 140)

Трудовая терапия в лечении психически больных, в том числе и пациентов с зависимостями, занимает одно из ведущих мест [2, 4].

В первые годы существования самостоятельной наркологической службы трудовой терапии как лечебному фактору придавалось главенствующее значение. Согласно приказу министра здравоохранения СССР «Об обязательных минимальных курсах лечения», длительность пребывания наркологических больных на стационарном лечении должна была составлять не менее 90 суток. В течение этого периода (после купирования абстинентных расстройств) основным лечебным фактором была трудотерапия, проводимая в условиях производства на заводах, фабриках, строительных организациях, учреждениях здравоохранения и т. п. Естественно, что основная масса пациентов была занята на подсобных работах. Те же из них, которые имели высокую квалификацию, оформлялись на работу слесарями, станочниками, ка-

менщиками и т. п. Некоторые пациенты могли проходить трудотерапию по ходатайству администрации предприятий, на которых они работали, на своем рабочем месте.

Интересна трансформация отношения администрации предприятий к нашим попыткам устроить пациентов на временную работу на производство: от «у нас и своих пьяниц хватает» до «ваши рабочие в отличие от наших не пьют». В 80-е годы тотального и перманентного пьянства, в том числе и непосредственно на производстве, заинтересованность предприятий в наших пациентах доходила до того, что им оплачивались проездные документы для проезда в общественном транспорте или даже осуществлялась доставка на работу и обратно транспортом самого предприятия.

Отмечались многочисленные случаи, когда после выписки из стационара находящиеся в длительной ремиссии пациенты оставались по месту проживания трудотерапии на постоянную

работу и росли по служебной лестнице. Особое удовлетворение испытывали лечащие врачи, когда бывшие пациенты в дальнейшем помогали в организации трудотерапии новых пациентов. В определенные периоды времени процент больных, находящихся в стационаре на лечении и проходящих трудотерапию в условиях производства, доходил до 90% [3]. Пациенты, не занятые на производстве, проходили трудотерапию непосредственно в отделении: уборка помещений, территории, ремонтные работы, помощь хозслужбе, на пищеблоке и т. п. В случае же рецидива заболевания пациенты высказывали пожелания проходить повторный курс лечения именно в тех стационарах, где была возможность проходить трудотерапию и тем самым улучшать материальное положение семьи, в небольшой степени подорванное за время рецидива болезни. Это в свою очередь способствовало нормализации семейных отношений.

Наркологические учреждения имели при этом и свой меркантильный интерес: 40% заработанных пациентами на производстве средств перечислялось на специальный расчетный счет диспансера и могло быть использовано для организации дополнительного питания, приобретения медикаментов, инвентаря, предметов культурного назначения, выписки периодической печати, организации специальных сеансов в кинотеатрах с целенаправленным подбором научно-популярных и художественных фильмов соответствующей тематики и т. п.

Важная роль в организации процесса трудотерапии принадлежала рабо-

тающим в наркоотделениях в соответствии со штатным расписанием инструкторам по трудовой терапии, имеющим, как правило, среднее или незаконченное высшее медицинское образование. Следует отметить, что подобная практика организации трудотерапии в наркологических учреждениях давала хороший эффект: отмечались лишь единичные случаи нарушения режима, более длительные терапевтические ремиссии, облегчался процесс ресоциализации пациентов.

В настоящее время трудотерапия в условиях производства в наркологических стационарах практически не проводится. Более того, все внутренние работы в отделениях (плоть до заправки постелей) выполняются младшим медперсоналом, что способствует формированию у ряда пациентов явлений госпитализма [5].

Анализ сложившегося положения оставим организаторам здравоохранения и прервем на этом наши ностальгические воспоминания о застойных временах, в которых, как теперь все чаще выясняется, не все было так уже однозначно и плохо.

С позиции сегодняшнего дня восстановление трудотерапии в ее прежнем виде представляется маловероятным, хотя с учетом определенных тенденций, включая восстановление работы медвытрезвителей и ЛТП, и возможным. Между тем, значение трудотерапии как лечебного фактора у зависимых пациентов ничуть не уменьшилась. В современной реабилитологии как разделе медицины трудотерапия является составной частью так называемой эрготерапии, понимаемой

как область знания, связанная с оздоровлением людей с физическими или психическими недостатками или заболеваниями [1, 6, 7, 8]. Эрготерапия занимается активизацией ослабленных психофизических функций. Эрготерапевт призван вовлечь пациентов в активную деятельность с целью восстановления и максимального использования их функциональных возможностей, отвечающую задачам удовлетворения их профессиональной, общественной, личной и хозяйственной деятельности, что соответствует понятию «жить полноценной жизнью».

Метод эрготерапии заключается в специфическом выполнении отобранных видов деятельности, соответствующих техник для того, чтобы анализировать и лечить последствия болезни и нетрудоспособности.

Эрготерапевт призван обеспечить реабилитацию лиц с нарушениями психофизических функций, пробудив у них интерес и активность на занятиях, включающих широкий диапазон видов деятельности: коррекционное обучение, труд, игра, спорт, виды активного отдыха, упражнения в различных направлениях искусства, домоводства и самообслуживания. Эрготерапия, возможно более, чем какая-либо другая форма реабилитации, должна отражать повседневную деятельность человека, для восстановления здоровья которого она используется.

Эрготерапия базируется на медицинском и социальном научном фундаменте и представляет собой метод лечения, предписанный врачом. Она рекомендуется для людей любого возраста, которые страдают двигательны-

ми, сенсомоторными расстройствами, нарушениями в психической сфере и сложностями социальной адаптации. В сочетании с другими лечебными мерами она направлена на восстановление утраченных физических и психических функций или первоначальное становление несформированных образований. Главная цель специалиста заключается в том, чтобы повторно достигнуть, улучшить и/или поддержать (сохранить) личную компетенцию действий пациента в повседневной жизни и работе.

Деятельность означает использование человеком своих физических и умственных возможностей, времени, энергии, интереса и внимания по отношению к заранее определенному объекту, имеет свой план и конечный продукт. Использование разных видов деятельности в лечебных целях означает, что программа обучения должна включать схему, методику применения и лечебный эффект от указанных терапевтических действий. Очень важно, чтобы на фоне общей картины заболевания эрготерапевт мог понять и корректировать психологические особенности пациента. Кроме того, в каждом случае следует учитывать и социальную сторону проблемы.

Эрготерапевтическая диагностика является основанием для составления плана лечения, который базируется на медицинских показаниях и социальном анамнезе и согласовывается с пациентом. В этот план входит содержание лечебной деятельности и технические приемы ее осуществления.

В лечебных целях широко используются различные материалы: бумага,

текстиль, дерево, стекло, краски, металл; творческие техники и ручные умения; хоровое пение, музыка, литература, игры. Эрготерапевт предвидит, какое воздействие оказывает та или иная техника на пациента, знает, какие при этом виде деятельности тренируются способности. Его задача состоит в том, чтобы найти и тренировать инструментальные и социально-эмоциональные способности. Так, например, черно-белое рисование или печатание, оттиски рекомендуются для развития концентрации внимания, формируют аккуратность, тщательность в работе. Для повышения концентрации внимания также применяется составление розеточных орнаментов, узоров со сходящимся центром (так называемая мандала) или разукрашивание готовых форм на бумаге, шелке. При депрессивных синдромах пациенту предлагают начать разукрашивать с центра, при этом он как бы раскрывается сам; при маниакальных – от периферии к центру для того, чтобы пациент мог лучше сконцентрироваться, собраться с мыслями. Рисование яркими красками улучшает настроение и поэтому может использоваться для нормализации настроения при депрессивных синдромах. Рисование на больших форматах бумаги может быть использовано в качестве клапана для преодоления агрессивности, выхода ее в «мирных целях».

Все процедуры применяются с учетом потребностей пациента. В каждом случае проводятся наблюдение, анализ и регистрация, представляющие собой основные функции эрготерапевта. Успех лечения в большой степени зависит от взаимоотношений как между от-

дельными лицами, так и внутри группы пациентов, а также от прилагаемых пациентом усилий к выздоровлению. Эрготерапевт вносит вклад в общую реабилитацию больного рука об руку с другими членами единой команды, отвечающей за лечение больного.

Таким образом, эрготерапия полностью или частично используется для: содействия установлению диагноза; максимального улучшения состояния здоровья пациента; ускорения выздоровления; восстановления работоспособности; оценки устойчивого характера процесса выздоровления; предупреждения ухудшения состояния человека с хроническими заболеваниями; восстановления и развития биопсихосоциальных функций; содействия социальной адаптации.

Эрготерапия берет свое начало в глубокой древности. Знаменитый врач Гален, живший во втором веке до нашей эры, отмечал, что работа – самое лучшее природное средство лечения. В конце XVIII – начале XIX века под влиянием Великой французской революции идея использования труда в качестве терапии стала доминирующей и поддерживалась всеми прогрессивными врачами как наиболее либеральное и гуманистическое средство лечения психически больных людей. Наиболее известными врачами-гуманистами того времени был Филипп Пинель (1745–1826) и Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772–1840), которые освободили больных от оков (в буквальном смысле слова сняли с них цепи) и дали им возможность работать после физического выздоровления. Их последователи нашлись не только во Франции, но и в

других странах: Конолли – в Англии, Якоби и Райл – в Германии. Последний дал обоснование живописи, рисования, ткачества и музыки как наиболее подходящих методов лечения.

Первые школы по подготовке специалистов в области эрготерапии в Великобритании и Скандинавии появились в 30-е годы прошлого века, в Германии – в 1946 году при поддержке Британского Красного Креста. В настоящее время в этой стране насчитывается самое большое количество школ эрготерапии в Европе – 162, хотя процесс перехода подготовки специалистов на университетском уровне в отличие от других европейских стран начался сравнительно недавно. Наибольший показатель количества специалистов этого профиля на 100 000 населения отмечается в Дании – 74 человека.

В нашей стране в последние годы неуклонно растет количество нетрудоспособных лиц и инвалидов разного возраста. Улучшение их самостоятельной жизнедеятельности является не только гуманной акцией, но и весьма экономически выгодным подходом к решению государственной проблемы, при котором денежные средства инвестируются в реабилитацию больных людей, а не на выплату пожизненных пособий и пенсий.

В системе реабилитационной работы и оказании коррекционных психолого-педагогических услуг в Беларуси все большее значение приобретает деятельность специалиста-эрготерапевта. В некоторых учреждениях появляются

сотрудники, выполняющие круг обязанностей эрготерапевта, которые прошли обучение за границей. Настало время включить данную специальность и соответствующую должность в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Специальности и классификации» с тем, чтобы узаконить деятельность имеющихся специалистов и со временем начать в стране подготовку новых специалистов данного профиля, потребность в которых крайне велика. Следует также изучить возможность переподготовки имеющихся в наркологических учреждениях инструкторов по трудовой терапии.

Литература

1. Варенова Т.В. Коррекционно-реабилитационные возможности эрготерапии // Дефекталогія. 2001. № 3. С. 3–10.
2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. М.: Медицина, 1985. 214 с.
3. Плоткин Ф.Б., Яковенко Г.В. Опыт организации трудовой терапии в наркологическом отделении // Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. Мн., 1986. С. 32–33.
4. Плоткин Ф.Б., Яковенко Г.В. Применение трудовой терапии в комплексном лечении больных алкоголизмом // Депонировано во Всесоюзном НИИ медицинской и медико-технической информации. М., 1989. Д-17305; 8 с.
5. Плоткин Ф.Б. Госпитализм при алкоголизме: новые грани старой проблемы // Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. 1998. № 4. С. 7–10.
6. Hagadorn R. Perspectives and Processes in Occupational Therapy. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
7. Kathlyn L. Reed. Concepts of Occupational Therapy. 2 ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1983.
8. Wilcock A.A. Occupation for Health / Brit. Assoc. Occupat. Therapists. London, 2002.