Курсовая работа

на тему: «Социально-трудовая адаптация и реабилитация больных (задачи клинической психологии)»

**Содержание**

Введение

Глава 1.Сущность, понятие, основные особенности реабилитации больных

.1 Клиническая психология и её задачи

.2 Реабилитация

.2.1 Сущность понятия реабилитации

.2.2 Сущность и структура системы реабилитационных мероприятий

.3 Реабилитация с точки зрения психологического вмешательства

Глава 2. Анализ состояния и динамики процесса социально-трудовой реабилитации больных

2.1 Основные положения

2.2 Исторические аспекты состояния и динамики процесса социально-трудовой реабилитации больных

.3 Оценка эффективности психологической реабилитации

Заключение

Список литературы

**Введение**

В последнее время приходится наблюдать значительные изменения в содержании деятельности клинического психолога (особенно в России). Минули те времена, когда под работой психолога обычно принимался гипноз, а интерес к другим методам пресекался из-за идеологических соображений или даже из-за психологической неграмотности. Прошло время безоглядного импорта психологических технологий - увлечения отдельными зарубежными методами и приемами. Освоив достижения современной психологии, российские ученые вступили в новый период творческого развития.

В условиях бурного развития психологии и с учетом психогенных условий жизни, развития и формирования личности все чаще приходится говорить о необходимости оказания квалифицированной реабилитационной помощи представителям человечества, что обуславливает актуальность выбранной нами темы работы[3].

Под психологической формой реабилитации понимают воздействие на психологическую сферу больного словом врача, направленным на преодоление в сознании больного или инвалида представления о безвыходности положения, о бесполезности лечения, на выработку уверенности в благополучном исходе лечения, особенно при некоторых, хотя бы незначительных, положительных сдвигах в течении болезни. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий (существует поговорка «слово - лучший лекарь»).

**Цель исследования**: изучение социально-трудовой реабилитации как самостоятельной специальности в области психологии.

**Объект** исследования: теоретико-методологические подходы и анализ структуры и содержания процесса социально-трудовой реабилитации больных.

**Предмет** исследования: свойства, сущность и структура процесса реабилитации больных.

В соответствии с целью исследования был определен ряд основных **задач**:

. Охарактеризовать и проанализировать сущность понятия психологической реабилитации и её видов;

. Рассмотреть сущность и структуру системы реабилитационных мероприятий для больных;

. Проанализировать состояние и динамику процесса социально-трудовой реабилитации больных, используя исторические аспекты данного процесса;

. Рассмотреть и изучить оценку эффективности процесса психологической реабилитации больных.

**Структура курсовой работы.** Состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы.

**Глава 1. Сущность, понятие, основные особенности реабилитации больных**

**1.1 Клиническая психология и её задачи**

Греческое слово «kline» - нечто, имеющее отношение к постели, от которого происходит прилагательное клиническая, в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности, развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств. Соответственно, клиническая психология - это отрасль психологии, предметом изучения которой являются расстройства и нарушения психики и поведения, личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями в воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней, особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся. В более широком смысле клиническая психология может пониматься как приложение всего объема психологических знаний к решению самых различных вопросов и проблем, возникающих в медицинской практике[13].

В более узком значении клиническая психология представляет собой особую методологию психологического исследования, которая основана на методе наблюдения относительно небольшого числа пациентов в естественных условиях и последующем субъективном анализе-интерпретации индивидуальных проявлений их психики и личности. В этом смысле клинико-психологическая методология принципиально противостоит естественнонаучному экспериментальному подходу, опирающемуся на критерии объективного статистически достоверного психологического знания. Клиническая психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медиков и психологов. Если исходить из проблем, которые разрешает эта дисциплина, взаимовлияние психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней, и практических задач, которые перед ней ставятся диагностика психических нарушений, различение индивидуальных психологических особенностей и психических расстройств, анализ условий и факторов возникновения расстройств и болезней, психопрофилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация больных, охрана и поддержание здоровья, то она является отраслью медицинской науки. Однако если исходить из теоретических предпосылок и методов исследования - это наука психологическая. Взаимопроникновение медицины и психологии основывается на соотношении в жизни человека биологических и социальных факторов, на связи телесных функций с психическими[8].

Задачи клинической психологии. Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами. Цель и задачи клинической психологии определяются практическими потребностями клиники - психиатрической, неврологической, соматической.

Конкретные задачи могут быть определены следующим образом: -участие в решении задач дифференциальной диагностики; -анализ структуры и установление степени психических нарушений; -диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения; -характеристика личности и системы ее отношений; -оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности терапии, решение экспертных задач, участие в психокоррекционной, психотерапевтической и реабилитационной работе с больными[11].

**1.2 Реабилитация**

**1.2.1 Сущность понятия реабилитации**

Реабилитация, она же - социально-трудовая адаптация, восстановление психофизиологических возможностей и способностей человека на оптимальном уровне после болезни (проводят врач + юрист + социолог + психолог). Клинический психолог решает следующие виды задач:

 коррекция риска суицида или инвалидизации, возобновления заболевания;

 коррекция тревожности, УП, мотивации, послеболезненных синдромов;

 восстановление нарушенных ВПФ;

 восстановление и нормализация отношений в среде.

Комитет ВОЗ дал определение реабилитации: реабилитация - это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально - оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала больного или инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе. Таким образом, реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания. Среди прочих дисциплин реабилитация занимает особое место, так как рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и функциональные возможности человека в его повседневной жизни после выписки из медицинского учреждения[13].

В последние годы в реабилитацию введено понятие “качество жизни, связанное со здоровьем” (healthrelated quality of life, англ.). При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий.

Оптимальным является устранение или полная компенсация повреждения путем проведения восстановительного лечения. Однако это не всегда возможно, и в этих случаях желательно организовать жизнедеятельность больного таким образом, чтобы исключить влияние на неё существующего анатомического и физиологического дефекта. Если при этом прежняя деятельность невозможна или отрицательно влияет на состояние здоровья, необходимо переключение больного на такие виды социальной активности, которые в наибольшей степени будут способствовать удовлетворению всех его потребностей. Реабилитация должна осуществляться, начиная с самого возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество (непрерывность и основательность).

Проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учётом всех её аспектов (комплексность).

Реабилитация должна быть доступной для всех кто в ней нуждается (доступность). Реабилитация должна приспосабливаться к постоянно меняющейся структуре болезней, а также учитывать технический прогресс и изменения социальных структур (гибкость). С учётом непрерывности выделяют стационарный, амбулаторный, а в некоторых странах (Польша, Россия) - иногда ещё и санаторный этапы медицинской реабилитации.

Поскольку одним из ведущих принципов реабилитации является комплексность воздействий, реабилитационными могут называться лишь те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий[9].

Выделяют следующие аспекты этих мероприятий:

) Медицинский аспект - включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана. Физический аспект - охватывает все вопросы, связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо- и трудотерапия), с повышением физической работоспособности.

) Психологический аспект - ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений.

) Профессиональный - у работающих лиц - профилактика возможного снижения или потери трудоспособности; у инвалидов - по возможности, восстановление трудоспособности; сюда входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения переквалификации.

) Социальный аспект - охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношение больного и семьи, общества и производства.

) Экономический аспект - изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий[8].

1.2.2 Сущность и структура системы реабилитационных мероприятий

Все реабилитационные мероприятия должны быть нацелены на вовлечение самого больного в лечебно-восстановительный процесс. Реабилитовать больного без его активного участия в этом процессе невозможно. Этот принцип реабилитации психически больных назван принципом партнерства. Для его претворения в психиатрическую при лечении больных врачу необходимо добиться у них взаимопонимания, доверия и сотрудничества. Реабилитация объединяет усилия врача, медицинского персонала и больного, направленные на восстановление социально-психологического статуса последнего.

Реабилитационные воздействия должны быть разноплановыми (разносторонними) - это второй принцип реабилитации. Различают психологическую, профессиональную, социально-трудовую, семейно-бытовую, культурно-просветительную и другие сферы реабилитации.

Диалектическое единство социально-психологических и биологических методов в преодолении болезни - третий принцип реабилитации. Он заключается в том, что биологические методы лечения, социо- и психотерапия, реабилитация должны проводится в комплексе.

Четвертый принцип реабилитации - принцип ступенчатости (переходности) - сводится к тому, что все реабилитационные воздействия должны постепенно нарастать и нередко переключаться с одного на другое. В частности, в психиатрических стационарах принцип ступенчатости находит свое отражение в создании реабилитационных режимов.

Достижения современной биологической терапии и психотерапии, позволившие в последние десятилетия успешно лечить многие психопатологические проявления, создали благоприятную почву для внедрения в практику лечебно-активирующих режимов. Главной задачей последних является предупреждение развития госпитализма и создание возможностей для успешной реадаптации больных в амбулаторных условиях. Выделяют четыре основных режима: охранительный, щадящий, активирующий и режим частичной госпитализации.

Охранительный режим предусматривает постоянное пребывание больного в постели, преимущественно по соматическим показаниям, и требует от медицинского персонала постоянного наблюдения за ним. Если позволяет соматическое состояние больного, ему разрешается свободно перемещаться по палате или отделению. За пределы палаты не выпускаются больные, находящиеся на постельном режиме.

При щадящем режиме (режим дифференцированного наблюдения) больным предоставляется полная свобода в отделении, но запрещается выход на территорию больницы без сопровождения персонала. При этом режиме больной постепенно, с учетом психического и соматического состояния, вовлекается в некоторые виды занятий с ограждением его от чрезмерных внешних воздействий.

По мере выздоровления такие больные переводятся на активирующий режим (режим «открытых дверей»). Главной задачей на этом этапе является обеспечение больным максимального нестеснения в отделении, организация полной занятости их с включением культурно-развлекательной и просветительной программы, всемерное развитие целенаправленной трудовой и социальной реадаптации. При режиме «открытых дверей» больным предоставляется право самостоятельно выходить из отделения, гулять по территории больницы, ходить на работу в лечебно-трудовые мастерские, посещать кино, библиотеку, магазины.

По мере дальнейшего выздоровления больные могут быть переведены на режим частичной госпитализации, предусматривающий лечение их в одних случаях в условиях дневного стационара, в других - ночного профилактория. Иногда пребывание больного в стационаре может чередоваться с предоставлением ему домашних отпусков.

Опыт работы психоневрологических учреждений показывает, что максимально допускаемое нестеснение больных возможно лишь при правильной организации наблюдения за ними, с тем чтобы предупредить их общественно опасные действия. Как правило, такие действия наблюдаются крайне редко, поэтому режимные ограничения должны применяться только в необходимых случаях и таким образом, чтобы больной не мог этого отчетливо ощутить[16].

Социореабилитационные мероприятия должны осуществляться поэтапно.

Первый этап - восстановительная терапия, включающая в себя предотвращение формирования дефекта личности, развития госпитализма, восстановление нарушенных болезнью функций и социальных связей.

Второй этап - реадаптация. Этот этап предусматривает различные психосоциальные воздействия на больного. Важное место здесь отводится трудовой терапии с приобретением новых социальных навыков, психотерапевтическим мероприятиями, проводимым не только с больным, но и с его родственниками.

Третий этап - возможно более полное восстановление прав больного в обществе, создание оптимальных отношений его с окружающими, оказание помощи в бытовом и трудовом устройстве.

Таким образом, система реабилитационных мероприятий включает в себя разнообразные биологические и социально-психологические воздействия, направленные на восстановление оптимального уровня жизнедеятельности больного[4].

1.3 Реабилитация с точки зрения психологического вмешательства

Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция - это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин психотерапевтическое вмешательство может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесным образом связана с теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства и целями и задачами психотерапии). Психологические интервенции характеризуются:

1) выбором средств (методов);

) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация);

З) целевой ориентацией процесса на достижение изменений;

4) теоретической базой (теоретическая психология);

5) эмпирической проверкой;

6) профессиональными действиями».

Рассмотрим основные характеристики реабилитационно-психологических интервенций. Методы психологических интервенций - это психологические средства, которые выбирает психолог. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между клиентом и психологом. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Цели реабилитационно-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Реабилитационно-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели, так и на конкретные, более близкие цели. Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия. Теоретическая обоснованность реабилитационно-психологические интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана, прежде всего, с изучением их эффективности, они должны всегда осуществляться профессионалами. Психологическая интервенция, осуществляемая в целях реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапии[1].

На рисунке 1 определены основные функции реабилитации, которые совпадают с функциями психотерапии. Но не нужно при этом смешивать психотерапию и реабилитацию. Психотерапия исправляет или корректирует недуг, реабилитация помогает адаптироваться в среде.

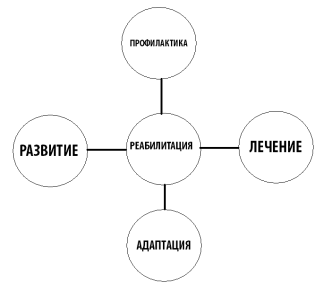


Рисунок 1 Теоретическая модель основных функций реабилитации

Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Термин психологическая коррекция получил распространение в начале 70-х годов. В этот период психологии стали активно работать в области психотерапии, прежде всего, групповой. «Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием психологическое вмешательство ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Психологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство, понимается как целенаправленное психологическое воздействиё. Они реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами. Психологическая коррекция может быть направлена на решение задач профилактики, лечения и реабилитации. Психологические вмешательства (реабилитационно-психологические вмешательства), как уже указывалось ранее, также выполняют функции профилактики, лечения и реабилитации. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью реабилитации, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают» [13,14].

**Клиническая психология** - это отрасль психологии, предметом изучения которой являются расстройства и нарушения психики и поведения, личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями в воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней, особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.

**Реабилитация** - завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента. Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего - личностный подход к больному человеку. Различают медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию.

**Психологическая реабилитация** как психологическая интервенция, осуществляемая в целях реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапии. Анализ основных теоретических подходов к психологической помощи в отечественной и зарубежной психологии показал следующее. Во всех рассмотренных нами теоретических и практических подходах к психотерапевтической и психокоррекционной помощи личности, так или иначе, исследуется влияние методов психологического воздействия на отклонения в самосознании личности. Следует отметить, что если в зарубежной психологии не производится четкого разграничения между психотерапией и психологической коррекцией, то в отечественной психологии принято различать психотерапию, как систему методов лечебного воздействия на лиц с теми или иными психическими заболеваниями, и психологическую коррекцию, как систему методов профилактики и коррекции нарушений психической деятельности, не имеющих характера выраженной психической патологии.

Несмотря на различия во взглядах на теорию и практику психологической помощи общим для всех авторов является выделение в качестве важнейшей составляющей психологического воздействия на личность, как при индивидуальной, так и при групповой формах работы, терапевтического влияния на переживания и представления личности, связанные с отношениями к себе в своей соотнесенности с окружающим миром.

**Глава 2. Анализ состояния и динамики процесса социально-трудовой реабилитации больных**

**2.1 Общие положения**

Целью реабилитации в медицине принято считать полное или частичное восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больного, его личностного, социального и трудового статуса. В ее непосредственные задачи входят: медицинская реабилитация, направленная на достижение максимально возможной клинической компенсации, купирования проявлений болезни и профилактику ее нежелательных последствий или их уменьшение; профессионально-трудовая реабилитация - возвращение больному способности к участию в общественно полезном труде, самостоятельному жизнеобеспечению; социальная реабилитация - восстановление индивидуальной и общественной ценности больного.

**2.2 Исторические аспекты состояния и динамики процесса реабилитации**

социальный трудовой реабилитация больной

Необходимость гуманного отношения к душевнобольным и поддержания их социального статуса осознавалась учеными еще в глубокой древности. Так, Целий Аврелиан (IV - V вв. н.э.) в своих наставлениях рекомендовал доброжелательное, щадящее обращение с душевнобольными, а выздоравливающим предписывал прогулки, приятные беседы, чтение, театр и упражнения в риторике. Но реальный сдвиг в соответствующих психиатрических воззрениях произошел позднее, лишь в XVIII в. У истоков движения за "нестеснение" (no-restraint) душевнобольных и создание достойных человека условий их содержания стоял французский врач Филипп Пинель (P.Pinel). В Англии идеи гуманного отношения к душевнобольным пропагандировал W.Tuke, впервые организовавший для них приют со свободным содержанием (1792 г.). Фактической же отмене мер стеснения психиатрия обязана J. Conolly (1839). При активном участии J. Esquirol в 1838 г. во Франции появился первый законодательный акт, охраняющий права и интересы душевнобольных. Аналогичные законы к середине XVIII в. были приняты и в других европейских странах.

В России на протяжении столетий юродивые, убогие и лишившиеся рассудка находили пристанище при монастырях. Лишь при Петре I появились первые специальные дома для душевнобольных (доллгаузы). Позднее, в правление Екатерины II был издан Устав Приказов общественного призрения, включавших в свой состав и дома для умалишенных, в котором предписывалось человеколюбивое отношение к их обитателям.

В конце XVIII - начале XIX в. существенное место в призрении душевнобольных стал занимать семейный патронаж (особенно развитый в прилегающих к крупным больницам местностях), в котором уже более явно выступали элементы реабилитации больных в современном ее содержании. Наконец, в 1900 г. В.М. Бехтерев впервые в России открывает в Петербургской клинике душевных болезней нервно-психиатрическое отделение со свободным выходом для выздоравливающих, что расширяло возможности их приобщения к обычной жизни. В новых больницах начинают предусматриваться специально оборудованные помещения для различных ремесел. Последние служили как целям излечения (трудовая терапия), так и отчасти развлечения больных. Для хронически больных организовывались колонии, которые располагались преимущественно в сельской местности, с тем, чтобы сохранившие способность к труду больные могли заниматься сельскохозяйственным трудом (садоводством, полевыми работами, скотоводством и т.д.). Так, в 1873 г. большая колония открылась под Новгородом, а в 1881 г. - в селе Покровско-Мещерское под Москвой. В некоторых колониях начала практиковаться система "открытых дверей". Уже в тот период В.И. Яковенко, наблюдая отрицательные последствия длительного пребывания больного в лечебнице и изоляции от общества, одним из первых русских психиатров высказал идею о необходимости децентрализации психиатрической помощи. Он предложил проект устройства сети небольших больниц, "выдвинутых в самую гущу повседневной жизни". Позднее П.П.Кащенко, заведуя больницей в Нижнем Новгороде (1898-1920), превратил ее в образцовое лечебное учреждение. Наличие при больнице мастерских и огородов позволяло больным посильно участвовать в трудовом процессе. Он по западному образцу организовал также колонию для душевнобольных, где широко практиковал систему семейного патронажа.

Но наиболее активное распространение и реализация идей "нестеснения" в России связаны с именем С.С.Корсакова и представителей его школы, которым отечественная психиатрия обязана тем, что основные подходы к внутрибольничной реабилитации психически больных, актуальные и до настоящего времени, были сформированы в России еще в начале нашего столетия. С.С.Корсаков, будучи инициатором и руководителем земского и городского строительства психиатрических учреждений, упразднил все меры физического стеснения больных (смирительные рубашки, изоляторы, решетки на окнах и т.д.). В круг его интересов входили также вопросы защиты гражданских прав психически больных, проведение судебно-психиатрической экспертизы, распространение психиатрических знаний среди населения и профилактика психических расстройств.

Последователи С.С.Корсакова В.П.Сербский и П.Б.Ганнушкин много сделали для разработки законодательства о душевнобольных, решения вопросов права на призрение и обеспечение, вменяемости, дееспособности и трудоспособности, т.е. комплекса юридических проблем, без рассмотрения которых невозможна настоящая ресоциализация психически больных. В дальнейшем земский психиатр Т.А.Гейер (один из инициаторов создания Института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов) создал клинические основы врачебно-трудовой экспертизы, трудоустройства психически больных, внебольничной помощи, психотерапии и трудовой терапии - всего того, что впоследствии вошло в понятие "социально-трудовая реабилитация".

Хотя основы отечественной социальной психиатрии были заложены еще в земский период, их реализация в государственном масштабе произошла лишь в 20-30-е годы XX столетия, ознаменовавшись не только реконструкцией уже имевшихся психиатрических больниц, но и организацией в нашей стране внебольничной психиатрической службы (психоневрологических кабинетов, диспансеров) и формированием системы социального и трудового устройства больных.

Благодаря развитию сети психоневрологических диспансеров появилась возможность амбулаторного лечения психически больных, сокращения сроков их пребывания в стационаре. Стало реальным оказание им квалифицированной медико-социальной помощи на протяжении всей жизни с соблюдением преемственности лечебных и реабилитационных мероприятий между больницей и диспансером. Исчезла необходимость социальной изоляции больных, отрыва их от повседневной жизни. Наблюдение за амбулаторными контингентами внесло коррективы в научные представления о динамике психических болезней, показав, что на большем их протяжении многие больные не нуждаются в госпитализации, остаются в обществе и при наличии благоприятных условий могут длительно сохранять трудоспособность.

Базой для социально-трудовой реабилитации психически больных стали дневные стационары при ПНД, кабинеты трудовой терапии и лечебно-трудовые мастерские. Трудовая терапия широко осуществляется и в самих психиатрических больницах, где практически в каждом отделении в предусмотренные внутренним распорядком часы больные выполняют простейшую работу (собирают мелкие детали разных приборов, делают искусственные цветы, игрушки, склеивают упаковочные коробки и т.п.). Часть больных выполняют наружные работы на территории больницы. В больницах с хорошо поставленным лечебно-реабилитационным процессом организация таких занятий занимает достаточно большое место наряду с культуротерапией (просмотры кинофильмов, пользование библиотекой и т.п.). Однако эта "внутрибольничная" реабилитация на современном этапе развития общества не могла удовлетворять ни психиатров, ни пациентов, и практически во всех странах реабилитационные мероприятия стали осуществляться и вне лечебных психиатрических учреждений на более высокой технической основе.

Промышленная реабилитация. Важным стимулом к введению такой трудовой терапии послужило распространение идей социотерапии. У истоков последней стоял немецкий психиатр Н. Simon (1927), считавший включение психически больного в коллективную трудовую деятельность мощным фактором стимуляции его социальной активности и преодоления явлений патологической психосоциальной адаптации к неблагоприятной внутрибольничной среде. Предложенная им система в несколько измененном виде получила широкую известность в послевоенные годы под названиями "терапия занятостью" (occupational therapy); "промышленная терапия", или "промышленная реабилитация" (industrial therapy, industrial rehabilitation). Отправной ее точкой явилась групповая работа в лечебных мастерских в условиях, приближенных к реально производственным, но затем такая терапия была перенесена на сельскохозяйственные и промышленные предприятия. Эта тенденция стала особенно характерной для послевоенной психиатрии.

Возможности такой реабилитации существенно возросли после введения в клиническую практику эффективных антипсихотических средств, которые позволили добиваться не только улучшения состояния многих больных, но и выписки их из стационара с переводом на поддерживающую терапию. Поэтому развитие промышленной реабилитации в нашей стране достигло наибольшего "расцвета" в 70-80-е годы. В психиатрической литературе тех лет широко освещались ее различные организационные формы и приводились убедительные данные о ее высокой эффективности [Мелехов Д.Е., 1974; Кабанов М.М., 1978; Красик Е.Д., 1981]. Были разработаны не только различные формы трудовой реадаптации, но и соответствующие медико-психологические воздействия на больного во время ее проведения.

В нашей стране в крупных сельскохозяйственных и промышленных регионах этими вопросами занимались специальные реабилитационные центры. Кратко остановимся на характеристике наиболее типичных из них.

В 1973 г. в Одесской области был создан постгоспитальный реабилитационный центр, функционировавший на базе сельскохозяйственного предприятия. Строившиеся на принципе хозрасчета взаимоотношения с совхозом предусматривали обеспечение больных благоустроенным общежитием (где они находились на полном самообслуживании), питанием в столовой и работой. Квалифицированная медицинская помощь оказывалась больным реабилитационной службой Одесской психиатрической больницы. Таким образом, в реабилитационном процессе комплексно использовались психосоциальные (социотерапевтические) и биологические методы воздействия. Больные выполняли полевые работы, были заняты на животноводческой ферме, в специализированных цехах по обработке сельскохозяйственной продукции. Процесс реабилитации осуществлялся поэтапно, начиная с формирования профессиональных навыков и кончая рациональным трудоустройством в совхозе. Центр рассчитывался преимущественно на больных с хроническими и непрерывно текущими формами психических заболеваний, а также страдающих частыми рецидивами. Среди них преобладали лица с большой давностью болезни (от 10 до 25 лет), длительным (более 5-10 лет) непрерывным пребыванием в психиатрическом стационаре либо частыми регоспитализациями. Наблюдения за больными в этом центре показали, что в результате реабилитационных мероприятий значительно снижалась частота обострений, возрастала длительность межприступных промежутков, смягчалась продуктивная симптоматика, компенсировались проявления дефекта. Около 60 % больных полностью овладевали производственными навыками, остальные осваивали их в частичном объеме [Марьянчик Р.Я., 1977].

Реабилитационные центры давали существенную финансовую выгоду здравоохранению за счет сокращения сроков пребывания больных в стационаре, стоимости произведенной ими продукции, прибыли, полученной при ее реализации. Но такая трудовая реабилитация преследовала и более важную цель - сделать возможной выписку, внебольничное существование и самообеспечение больных-инвалидов, длительно находившихся в психиатрических стационарах, в том числе колониального типа. При этом ставились задачи восстановления утраченных связей с родственниками и знакомыми, оживления забытых навыков правильного поведения и самообслуживания, а также эмоциональности пациентов (при дополнительном использовании культтерапии, лечебной физкультуры и т.п.). Промышленная реабилитация получила широкое распространение в Калуге [Лифшиц А.Е., Арзамасцев Ю.Н., 1978] и Томске [Красик Е.Д. и др., 1981].

Следует отметить, что организация промышленной реабилитации давала существенные преимущества больным по сравнению с работой в традиционных лечебно-трудовых мастерских. Такие мастерские считались промежуточным звеном на пути трудоустройства больных в спеццехе или на обычном производстве. Но труд в лечебно-трудовых мастерских не являлся работой в юридическом смысле, поскольку больным не начислялся трудовой стаж, не заводились трудовые книжки, вместо зарплаты они получали денежное вознаграждение. Им не выдавался листок нетрудоспособности ("больничный листок"), не предоставлялись оплачиваемые отпуска. Они оставались, таким образом, на положении больных лечебного учреждения и говорить об их истинной компенсации не представлялось возможным. Социальный статус больных в условиях работы на обычном промышленном предприятии коренным образом менялся.

В Калужской областной психиатрической больнице № 1 в 1973 г. на базе лечебно-трудовых мастерских был открыт специальный цех турбинного завода, который стал не только центром трудовой и социальной реабилитации, но и местом производственного обучения больных в условиях промышленного предприятия. В цехе работали инвалиды I и II групп по психическому заболеванию, а также больные, которые не имели инвалидности, но не могли по своему состоянию работать в условиях обычного производства. Больные зачислялись в штат спеццеха и выполняли соответствующие производственные операции. Соблюдение условий труда, правильность использования труда больных, выполнение санитарно-гигиени-ческих мероприятий и наблюдение за психическим состоянием пациентов осуществлялись специалистами психиатрической больницы. Все это позволяло во многих случаях достичь повышения уровня социальной адаптации. Производственные задания подбирались для больных в строгом соответствии с задачами реабилитации. Администрация завода предоставляла больным одноразовое питание и оплату лечения, обеспечивала их различными по сложности видами труда от простых картонажных работ до сборки электросхем радиоаппаратуры. Поскольку цех располагался на территории больницы, возможность работать в нем больные получали еще будучи в стационаре. В свою очередь больные, занятые в цехе, при ухудшении состояния или временной нетрудоспособности могли быть переведены в больницу на режим дневного или полного стационирования. Трудоустроенные в цехе больные приравнивались в своих правах к рабочим завода (получали зарплату, надбавки за выполнение плана, имели весь комплекс социальных услуг, предоставляемых заводом). Более того, входя в состав профсоюзной организации, больные иногда активно привлекались к общественной работе, что способствовало восстановлению реальных социальных навыков и связей. При отсутствии необходимости в повседневном психиатрическом наблюдении больные могли переводиться на обычное производство.

Подобная организация промышленной реабилитации, но в большем объеме была осуществлена в Томском регионе при активном участии сотрудников кафедры психиатрии Томского медицинского института и Томской областной психиатрической больницы. В специальных помещениях были развернуты цеха некоторых томских промышленных предприятий, где больным предоставлялись различные по своей сложности виды труда (вплоть до работы на станках). Это позволяло пациентам не только получать достаточно хорошую оплату за произведенную продукцию, но и вносить существенный вклад в общую эффективность работы соответствующего производства. Последнее имело огромное психотерапевтическое значение для больных, не говоря уже о том, что длительно болевшие, с выраженным психическим дефектом пациенты, многие годы являвшиеся "обузой" для семьи, превращались в активных ее членов и в какой-то мере в "кормильцев". Некоторые больные трудоустраивались в индивидуально созданных условиях непосредственно на промышленных предприятиях Томска или в пригородных совхозах. Промышленная реабилитация осуществлялась в несколько этапов. Первый из них длительностью от 2 мес до 2 лет был периодом временного трудоустройства, когда больные, находясь на режиме частичной госпитализации, имели возможность постепенно расширять свою социальную и профессиональную активность. Им оказывалась систематическая комплексная помощь медицинскими и социальными работниками, психологами специальных реабилитационных бригад. Общий благоприятный эффект реабилитации достигался у 70 % больных, которые до этого были почти полностью социально и профессионально дезадаптированы.

Большой опыт реабилитации психически больных имелся в Санкт-Петербурге, где организаторами этого дела выступили специалисты Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева МЗ РФ [Кабанов М.М., 1978].

Развитие реабилитационных программ сделало необходимым и создание некоторых новых организационных структур. Так, для больных, не имевших семьи или утративших ее, организовывались специальные общежития, уклад жизни в которых максимально приближался к обычному. Здесь больные, находившиеся ранее длительное время в условиях психиатрического стационара для хроников, могли постепенно восстанавливать утраченные навыки повседневной жизни. Такие общежития играли роль промежуточного звена между больницей и реальной жизнью и нередко организовывались при психиатрической больнице. Пребывание в таких общежитиях являлось одним из важнейших этапов в процессе ресоциализации больных. Однако эта форма пока не получила адекватного ее значению развития.

Несмотря на то что промышленная реабилитация представляла собой оптимальную форму возвращения больных к общественно полезному труду, она не получила повсеместного распространения в стране. Даже в период 70-80-х годов ею была охвачена только незначительная часть нуждавшихся (около 8-10 % от общего числа инвалидов). В спеццехах не хватало мест. Предлагаемые в них виды труда, в основном малоквалифицированного, далеко не всегда учитывали прежнюю профессиональную занятость и практически исключали участие в реабилитационных программах лиц, в прошлом занимавшихся умственной деятельностью. Показатели снятия группы инвалидности и возвращения на обычное производство оставались невысокими. Большая часть больных имели инвалидность пожизненно и в лучшем случае могли работать лишь в специально созданных производственных условиях и под медицинским наблюдением. Учитывая нестабильную работоспособность психически больных, необходимость щадящего индивидуального к ним подхода, предубежденное отношение трудовых коллективов, администрация предприятий в свою очередь не проявляла заинтересованности в расширении сети специальных цехов или приеме психически больных на обычное производство.

В зарубежных странах проблема ресоциализации психически больных, также вставшая остро в конце 70-х - начале 80-х годов, была в определенной степени связана с антипсихиатрическим движением, когда начался процесс так называемой деинституционализации - выведения пациентов за стены психиатрических стационаров с их закрытием. Выписанные больные, будучи неспособными вести самостоятельную жизнь и обеспечивать себя экономически, пополнили ряды бездомных и безработных. Они нуждались не только в психиатрической помощи, но и в социальной защите и финансовой поддержке, тренинге утраченных трудовых и коммуникативных навыков.

При тесном сотрудничестве психиатрических и социальных служб, существующих за счет государственного финансирования, общественных и благотворительных фондов, во многих европейских странах сформировалась разветвленная социореабилитационная система, нацеленная на поэтапную реинтеграцию психически больных в общество. Задачами входящих в нее учреждений являются предоставление психически больным временного места проживания, обучение и привитие им навыков, необходимых в повседневной жизни, улучшение их социальной и трудовой приспособляемости. С этой целью были созданы специальные общежития, гостиницы, так называемые дома на полпути (halfway houses), в которых больные не только проживают, обеспечиваются психиатрическим наблюдением, но и получают помощь в профессионально-трудовом продвижении.

Выписанные из стационара пациенты в некоторых странах имеют возможность поступать во внебольничные учреждения (out-patient clinic) и реабилитационные центры с ограниченным сроком пребывания в них. Так, во Франции он не превышает 18 мес. К концу этого периода оцениваются полученные больным навыки и определяется его возможность вернуться к работе на общих основаниях или же ограничиться уровнем лечебно-трудовых учреждений. Все большее распространение получает трудоустройство больных в обычных условиях производства, но при сохранении постоянного наблюдения психиатров и социальных работников. К сожалению, эта форма во многом зависит от работодателей.

По единодушному мнению психиатров, подавляющее большинство пациентов, нуждающихся в реабилитации, составляют больные щизофренией. Для них использовались специальные тренинговые программы (social skill training, communicationtraining; occupational training), направленные на достижение автономности в стиле жизни больного, улучшение его социальных связей и профилактику полной изоляции (что наиболее важно для больных шизофренией). В реабилитации особенное значение имеет индивидуализированный подход, учитывающий вид и степень выраженности имеющейся у больного дисфункции (недостаточность инициативы и эмоций, социальный и когнитивный дефект). Сравнительно недавно появились специальные компьютерные программы, построенные по типу диалога. Они предназначены для тренировки концентрации внимания и других когнитивных функций и могут использоваться больными самостоятельно. Наиболее распространенные тренинговые методики, ориентированные на коррекцию социального поведения больного (token economy programmes; social skill trainingstrategies) используют стратегию копирования правильного поведения в повседневной жизни: помимо коррекции присущих больным шизофренией эмоционально-волевых и когнитивных нарушений они помогают выработать необходимые для решения повседневных проблем и ведения самостоятельной жизни навыки, включая использование социальных льгот, финансовых ресурсов.

Таким образом, современные реабилитационные подходы нацелены прежде всего на личность больного, развитие утраченных навыков и активацию компенсаторных механизмов. Если же степень несостоятельности больного не позволяет ему функционировать без посторонней помощи, то заботу о нем берут на себя государство и общество. В отношении выполнения реабилитационных программ даже экономически развитые страны с высоким уровнем жизни испытывают значительные трудности, связанные с финансовым обеспечением. Вслед за периодом оптимизма и не оправдавшихся надежд на быструю реализацию реабилитационных программ пришло более взвешенное понимание реального положения вещей. Стало ясно, что реабилитация психически больных - это не ограниченная тем или иным временем программа, а процесс, который должен начинаться в стадии инициальных проявлений болезни и продолжаться практически всю жизнь, что требует большого напряжения усилий со стороны общества в целом и органов здравоохранения в частности. Недостаточное финансовое обеспечение, отчасти обусловленное и отвлечением материальных средств на решение более насущных вопросов (в частности, борьбу со СПИДом), привело к сворачиванию во многих странах реабилитационных программ, в результате чего многие психически больные стали возвращаться в психиатрические стационары.

В России в последние годы в связи с общим ухудшением экономической ситуации, закрытием некоторых государственных предприятий и появлением безработицы реабилитация психически больных также стала трудноразрешимой задачей. Пришли в упадок обеспечивавшиеся ранее государством учреждения реабилитационной направленности - лечебно-трудовые мастерские, артели и производства, использовавшие труд инвалидов. Из-за недостаточности материальной базы сворачиваются программы профессионального обучения умственно отсталых во вспомогательных школах и интернатах, закрываются принимавшие их выпускников профессиональные училища. Медико-социальная служба, ориентированная на ресоциализацию психически больных, до сих пор не получила своего развития. Вместе с тем в стране возникли функционирующие на коммерческой основе, вне всякой связи с государственными учреждениями (больницами и диспансерами), предприятия и организации психосоциальной помощи. Но они в связи с дороговизной предоставляемых ими услуг остаются практически недоступными для большинства малоимущих психически больных.

В создавшихся условиях выявилась необходимость поиска новых путей организации социально-трудовой адаптации психически больных и умственно отсталых. Одним из наиболее перспективных направлений представляется образование внегосударственных благотворительных фондов, клубов социальной поддержки психически больных, ассоциаций их родственников и других общественных организаций, заинтересованных в их социальной реинтеграции. Созданный одним из первых в 1991 г. при активном участии группы психотерапевтов, самих больных и их родственников благотворительный фонд "Душа человека" осуществляет комплекс программ, направленных на повышение социальной компетентности и социальную реабилитацию психически больных инвалидов. В рамках одной из них- "Московский клубный фонд" больные имеют возможность повысить свои профессиональные навыки и получить опыт работы в области делопроизводства, организации питания и досуга, трудоустройства и налаживания контактов с работодателями, необходимый им для последующего трудоустройства на обычных рабочих местах. Фонд предоставляет больным материальную поддержку, бесплатное питание в благотворительном кафетерии. Специальная программа, посвященная дальнейшему развитию системы негосударственных организаций, предусматривает обучение региональных представителей этого движения в России. Для успешного выполнения любых реабилитационных программ требуется активное взаимодействие общественных, благотворительных организаций с различными государственными и ведомственными структурами, причастными к образованию, медицинскому обслуживанию, жизнеобеспечению и предоставлению социальных льгот психически больным и умственно отсталым[12].

**2.3 Оценка эффективности психологической реабилитации**

Требование разработки критериев и методов оценки эффективности психореабилитации становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов. Организаторы психотерапевтической службы все чаще встречаются с проблемой оценки полезности, целесообразности и эффективности средств, выделяемых из фондов здравоохранения для охраны психического здоровья. Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем основные предпосылки для ее решения.

. Чтобы оценить эффективность психотерапии, требуется, прежде всего, четко определить метод, с помощью которого она осуществляется. В практической же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о группе методов, различных их комбинациях - рациональной психотерапии и гипноза, гипноза и аутогенной тренировки и т. д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевта интегративного подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов;

. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника. Очевидно, что это одновременно требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается, И метод аутогенной тренировки, и метод групповой психотерапии в руках психотерапевтов с различной степенью квалификации, естественно, дадут различные результаты;

. Число пациентов, леченных с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которые подвергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психотерапии;

. Изучение эффективности лечения лучше проводить на гомогенном материале. Обычно же исследуют группы больных, включающие первичных пациентов и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы лечения, группы амбулаторных больных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т.д.;

. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психотерапии, должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число больных превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью;

. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблюдатель. Это требование очень важно, так как при этом элиминируется влияние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что больной будет более искренне оценивать эффективность лечения;

. Целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии и т д.;

. Играет роль личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии;

. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностических благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии;

. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии;

. В целях объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения личностно-ориентированной психотерапии;

. Число повторно исследованных больных в катамнезе по отношению ко всему контингенту лечившихся должно быть репрезентативным; таких больных должно быть не менее 90% от общего их числа;

. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, независимого оценщика (объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели);

. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат терапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т. д.);

. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии клиентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения;

. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода. В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затруднителен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении задач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного психотерапевтического метода[7].

В то же время в плане оценки эффективности психореабилитации отмеченные преимущества применительно к групповой психотерапии в значительной степени нейтрализуются тем, что расширение диапазона интерперсонального взаимодействия в условиях группы серьезно осложняет возможности контроля над изучаемыми переменными. Дополнительные трудности обусловлены тем, что групповая психотерапия является в первую очередь процессом лечебным, следовательно, оценка его конечных результатов имеет всегда индивидуализированный характер. Она неразрывно связана с клинической оценкой изменений, происходящих в человеке, и вследствие этого требует анализа трех аспектов - клинического, индивидуально-психологического и социально-психологического. Признание этой неразрывной связи ставит под сомнение обоснованность и целесообразность принятого разделения работ в этой области на исследования процесса и эффективности психотерапии. Анализ литературы последних лет, посвященной изучению групповой психотерапии, показывает, что в большинстве случаев результаты, полученные исследователями, несопоставимы между собой. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах авторов к пониманию ими целей, задач и механизмов реабилитационного процесса, но и, а первую очередь, недостаточно четкое определение критериев эффективности, а, следовательно, не достаточно обоснованный выбор изучаемых переменных. Этот разрыв между процессуальной и результативной сторонами групповой психотерапии ведет к тому, что исследованию подвергаются либо параметры, произвольно установленные авторами в соответствии с их теоретической ориентацией, либо феномены, являющиеся объектом традиционного анализа в социальной психологии, терапевтическая значимость которых, однако, специально не изучается.

Не подлежит сомнению, что выбор критериев эффективности психотерапии самым непосредственным образом определяется ее целями, в свою очередь вытекающими из принятой теоретической концепции. В большей степени это относится к оценке эффективности личностно-ориентированных систем психотерапии. По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъективно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистрируемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием оценки эффективности психотерапии. Клинический опыт с применением широких катамнестических данных убедительно свидетельствует о необходимости привлечения для оценки эффективности психореабилитации определенных социально- психологических критериев. К ним относятся: степень понимания пациентом психологических механизмов болезни и собственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, в том числе в развитии своих неадаптивных реакций; изменения в отношениях и установках; улучшение социального функционирования и др. Критерии эффективности психореабилитации должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической, 2) психологической и З) социальной. Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. И, в-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга[9].

**Медицинская реабилитация** направлена на достижение максимально возможной клинической компенсации, купирования проявлений болезни и профилактику ее нежелательных последствий или их уменьшение;

**Профессионально-трудовая реабилитация** - возвращение больному способности к участию в общественно полезном труде, самостоятельному жизнеобеспечению;

**Социальная реабилитация** - восстановление индивидуальной и общественной ценности больного.

Базой для социально-трудовой реабилитации психически больных стали дневные стационары при ПНД, кабинеты трудовой терапии и лечебно-трудовые мастерские. Трудовая терапия широко осуществляется и в самих психиатрических больницах, где практически в каждом отделении в предусмотренные внутренним распорядком часы больные выполняют простейшую работу (собирают мелкие детали разных приборов, делают искусственные цветы, игрушки, склеивают упаковочные коробки и т.п.). Часть больных выполняют наружные работы на территории больницы. В больницах с хорошо поставленным лечебно-реабилитационным процессом организация таких занятий занимает достаточно большое место наряду с культуротерапией (просмотры кинофильмов, пользование библиотекой и т.п.). Однако эта "внутрибольничная" реабилитация на современном этапе развития общества не могла удовлетворять ни психиатров, ни пациентов, и практически во всех странах реабилитационные мероприятия стали осуществляться и вне лечебных психиатрических учреждений на более высокой технической основе.

Психотерапия вместе с **социотерапией**, фармакотерапией, трудовой терапией и др. составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе являет решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления клиентов, оптимизации их личностного развития. Можно говорить лишь о смещении акцента в сторону психотерапии на различных этапах реабилитации.

Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше предпосылок, критериев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а, в конечном счете - множества самых разнообразных переменных) для оценки эффективности психотерапии создает почти непреодолимые трудности при решении этой проблемы.

Определенный выход многие авторы видят в возможностях, от скрывающихся при использовании все более сложных программ многомерной статистики с применением современной компьютерной техники. В то же время не прекращаются попытки тщательного анализа отдельных наблюдений, в том числе в процессе групповой психотерапии, разработки специальной методологии такого анализа, также с использованием сложных статистики методов.

**Заключение**

Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами. Цель и задачи клинической психологии определяются практическими потребностями клиники - психиатрической, неврологической, соматической.

Конкретные задачи могут быть определены следующим образом: -участие в решении задач дифференциальной диагностики; -анализ структуры и установление степени психических нарушений; -диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения; -характеристика личности и системы ее отношений; -оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности терапии, решение экспертных задач, участие в психокоррекционной, психотерапевтической и реабилитационной работе с больными.

Реабилитация - завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Реабилитация - система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Реабилитация осуществляется с помощью психологических средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебно-воспитательных учреждениях для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются спецификой аномального развития. Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего - личностный подход к больному человеку.

**Социально-трудовая реабилитация** - возвращение больному способности к участию в общественно полезном труде, самостоятельному жизнеобеспечению и восстановление его индивидуальной и общественной ценности.

Анализ основных теоретических подходов к психологической помощи в отечественной и зарубежной психологии показал следующее. Во всех рассмотренных нами теоретических и практических подходах к психотерапевтической и психокоррекционной помощи личности, так или иначе, исследуется влияние методов психологического воздействия на отклонения в самосознании личности. Следует отметить, что если в зарубежной психологии не производится четкого разграничения между психотерапией и психологической коррекцией, то в отечественной психологии принято различать психотерапию, как систему методов лечебного воздействия на лиц с теми или иными психическими заболеваниями, и психологическую коррекцию, как систему методов профилактики и коррекции нарушений психической деятельности, не имеющих характера выраженной психической патологии.

**Список литературы**

1. Богачев С.Н. Особенности протекания процессов социально-трудовой адаптации в современных социально - экономических условиях // Вестник Поморского университета. Гуманитарные и социальные науки, 2010. №11. 0,5 п.л.

. Голдобина О.А., Рыбалко М.И. Психическое здоровье: факторы его определяющие; медико-социальная значимость; профилактика психических расстройств. (Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов, интернов, клинических ординаторов). - Барнаул: АГМУ, 2007. - 28 с.

. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. -М., 2011, 135 с. (ЦИЭТИН).

. Добреньков В.И., Кравченко А.И. Социология. М.: Инфра-М, 2009. С. 63.

5. Елисеев Ю. Ю. Психосоматические заболевания: справочник. [Электронный ресурс]. URL: http://www.booksmed.com/psixiatriya-psixologiya <http://www.booksmed.com/psixiatriya-psixologiya> (дата обращения 23.09.2013).

. Понятие трудовой адаптации [Электронный ресурс]. URL: <http://gendocs.ru/v25865/> (дата обращения 27.09.2013)

. Проблемы социально-трудовой адаптации у инвалидов [Электронный ресурс]. URL: <http://www.invalidnost.com/forum/11-1019-1> (дата обращения 17.09.2013)

. Психология труда. [Электронный ресурс]. URL: <http://do.gendocs.ru/docs/index-197716.html?page=35> (дата обращения 24.09.2013)

. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб, 2008. - 752 с.

. Ромашов О.В. Социология труда: Учеб. пособие. - М.: Гардарики, 2009. - 320с.

. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб: Изд-во «Питер», 2000. - 712 с.

. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. - СПБ, Изд-во: Институт Психотерапии, 2007.

. Федоров Ю.М. Социальная психология: Курс лекций. - Новосибирск, 2009. - 528с.

. Электронная библиотека. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ebiblioteka.ru/browse/doc/8992244> (дата обращения 24.09.2013)