

ИНТЕГРАТИВНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ПРИ ХОРАТА С МЕНТАЛНИ УВРЕЖДЕНИЯ

А. Алексиев, С. Алексиев и Ц. Алексиев

ДКЦ „Александровска” – София

АСОМ – София

Резюме. В цялостната медицинска, клинично-психологична и психосоциална услуга на хората с ментални увреждания успешно прилагаме комплементарната фармакотерапия, психотерапия и социотерапия. При тези съвременни синкретични стандарти интегративната рехабилитация и ресоциализацията при долекуването на болните с психични разстройства са приоритет в здравеопазването. В това отношение трудотерапията, занимателната ерготерапия, т.нар. терапевтични общества и клубове на преболедувалите, са надеждни организационни модели за третична психопрофилактика.

Ключови думи: *рехабилитация, ресоциализация, психофармакотерапия, психотерапия, социотерапия, трудотерапия, ерготерапия, терапевтично общество, клуб на преболедувалите, третична психопрофилактика*

A. Aleksiev, S. Aleksiev and Ts. Aleksiev. INTEGRATIVE REHABILITATION AND RESOCIALIZATION OF INDIVIDUALS WITH MENTAL IMPAIRMENT

Summary. In the complete medical, clinico-psychological and psychosocial care of individuals with mental impairment, the authors successfully implement complementary pharmacotherapy, psychotherapy and sociotherapy. In these contemporary syncretic standards, the integrative rehabilitation and resocialization in healing of patients with psychic disorders are a priority in public health, in this regard, occupational therapy, entertainment ergotherapy, so called therapeutic communities and clubs of recovered patients are reliable organizational models of tertiary psychoprophylaxis.

Key words: *rehabilitation, resocialization, psychopharmacotherapy, psychotherapy, sociotherapy, occupational therapy, ergotherapy, therapeutic community, club of recovered patients, tertiary psychoprophylaxis*

Съвременният научен био-психо-социален подход в етиологията и патогенезата на соматопсихичните и психосоматичните заболявания изисква диагностиката и терапията да са интегративни и синкретични и да се съчетават още с рехабилитацията и ресоциализацията, особено при хората с ментални увреждания.

Рехабилитацията (от лат. *rehabilitas, rehabilitation* – повторемост, възвръщане на пригодност, трудови навици, трудоспо-

собност) е процес на възстановяване на предишни професионални навици и трудови способности, изгубени в една или друга степен при психични, психосоматични и соматопсихични заболявания, както и при психо-социалните дезадаптациялни разстройства.

Реедаптацията (от re-adapto – приспособяване) и **ресоциализацията** са процеси на социално възстановяване и възвръщане на болния в обществото, особено след продължително пребиваване в изолирани психиатрични заведения с риск за хоспитализъм и институционализъм. За облекчаване на сложните, многостъпкови процеси на ресоциализацията и рехабилитацията трябва да се провеждат социални мероприятия както преди изписването на болния от стационара, така и за известно време след изписването, напр. участие в самообслужването, помагане на персонала в отделението, трудотерапия и психотерапия, психопрофилактични беседи и с членовете на семействата, родствениците, с членовете на производствения колектив и др. Следователно рехабилитацията и реедаптацията са комплексни мероприятия, които помагат на инвалидизираните болни да достигнат максималното възможно ниво на социално функциониране.

И така, комплексната медико-социална услуга на населението започва още от самото начало с психохигиената и психопрофилактиката – първична, вторична и третична. При възникването на психопатологичното разстройство се предприемат интегративна психодиагностика и синкретична соматотерапия, психотерапия и социотерапия. В първата фаза на болестния процес се прилага „стопираща“ спешна, интензивна и специализирана терапия – специфични кризисни интервенции [4]. Във втората фаза, след психофармакологичното овладяване на симптоматиката и щом като е възможно, се включва общата и специализирана комплементарна психотерапия. Накрая, в третата фаза на синкретичната терапия, се организират рехабилитационните и ресоциализиращите програми, както и мобилизирането на психо-социалната опека.

Исторически рехабилитационната проблематика при хората с ментални увреждания теоретично и практически е свързана с реформите в психиатрията в края на XVIII и XIX в. – на Филип Пинел (1745-1826) във Франция и на Джон Коноли (1794-1866) във Великобритания. Освобождаването на психично болните от клетките и веригите, въвеждането на системите на „нестеснение-то“ (no restraint) и „отворените врати“ (open door system на Д. Ту-

ке, 1872 г.) либерализира отношението към тях и създава условия за „рекомунализация“ и „реинтеграция“ на психиатричните институции в общата здравна опека [10, 17, 19, 24, 36].

Рехабилитационните програми са се основавали на организирането на трудови дейности – occupational therapy, за хора с психо-неврологични заболявания и ерготерапия за преобучаване на хора с телесни увреждания [17, 19, 23, 24, 32]. В началото трудотерапевтичните и ерготерапевтичните дейности са се съчетавали със самообслужване – сутрешен тоалет, оправяне на леглото, хранене, почистване на двора, разходки, въвеждане в трудотерапевтични и занимателно-терапевтични дейности, кинезитерапия, рекреации, туризъм, спорт и др.

След Първата и Втората световна война и след навлизането на психофармакологичната ера в психиатрията през петдесетте години на ХХ в. душевно болният заема своето научно обосновано място сред всички пациенти, страдащи и нуждаещи се от медико-социална услуга. В съвременната медико-психологична теория и практика надделява хуманизмът срещу остаряващия вече доктринерски и едностранчиво диагностичен и терапевтичен подход към болния човек [13, 27, 28].

У нас рехабилитацията, ресоциализацията и реинтеграцията на хората с ментални увреждания са застъпени още в недалечното минало. Основоположниците на нашата психиатрия – А. Головина [7], Д. Владов [6], Г. Паяков [11], Н. М. Попов, Н. Кръстников, Хр. Петров, Ст. Данаджиев и др. [15] са имали своето хуманно и човеколюбиво отношение към психично болните. В болниците във Варна, Ловеч, Карлуково и Бяла са прокарвани идеите на Н. Simon [49] за стимулирането на болните с трудова дейност, съчетаване на трудотерапията с психотерапия, физиотерапия и двигателна активност, подобряване на интериора и екстериора с оскъдните финансови средства, с които са разполагали тогава. Организирани са трудово-лечебни стопанства, овощни и зеленчукови градини, в които работели болните и персоналът. Обзавеждани са занаятчийски работилници (шивашки, плетачески, обушарски, бръснарски, фризьорски, куриерски, кухненско-домакинска част и др.). Провеждани са груповопсихопрофилактични и рационално-дидактични срещи с болните и техните близки, съвместни участия в общите събрания за отчитане на дейнос-

тите, за състоянието на службите и вътрешния ред в психиатричните заведения [7, 12, 14, 21, 23, 38, 49].

През петдесетте и шестдесетте години на миналия век настъпват подем и усилено преустройство на съществуващите приюти и психиатрични отделения в психиатричните болници. Психиатричната помощ в цялата страна се разгръща по модела на районните диспансерни служби, като се заимства от чуждия опит. Реформите започват с болниците в Карлуково (Ив. Ройлев), в Бяла (Д. Пантелеев, Р. Пъшкова), Севлиево (Ф. Феодоров, Н. Мичоров), в Курило – София (Ст. Попов, В. Григоров, Ат. Атанасов). Възниква и нова болница в Раднево, Старозагорско (Б. Старирадев, Г. Кисъов, Т. Толев), която през последните десетилетия работи най-добре в областта на рехабилитацията и ресоциализацията. Психиатричното отделение в Ловеч се реорганизира и става голяма болница (Б. Старирадев, Иг. Игнев, Ив. Рачев). Изникват болници в Кърджали (К. Колчев), в Лом (Хр. Лозанов, П. Дончев), в Царевброд (П. Кючукова, К. Заимов, Ив. Генчев, К. Миланов), в Церова кория (П. Данов, И. Грудков) (цит. по [19]).

По същото време – и особено през втората половина на миналото столетие, почти във всички окръжни центрове се организира и укрепва диспансерната помощ. Водещи в това отношение се очертават психоневрологичните диспансери в Русе (Сн. Шивачева, Й. Цанков, С. Влаев, Стр. Иванов), в Бургас (Д. Коларова, Н. Минчев, В. Апостолов), в София град (Л. Кръстев) и София област (Д. Даскалов, Б. Блажев), в Хасково (Л. Тимчев), в Пловдив (Ст. Добрева, Ал. Феодоров), в Плевен (Н. Градинарова, Ц. Цонев) [19].

През втората половина на миналия век се създава и Научноизследователският институт по неврология и психиатрия, към който се създава Сектор по рехабилитация и по трудова експертиза [20, 22, 25]. На базата на Четвърти километър се организира съвременен лечебно-рехабилитационен център с отворено психиатрично отделение, трудотерапия, клуб на преболедувалите [18, 19, 22]. Към края на този период към Първата психиатрична клиника на Медицинската академия в София възникна Дневният стационар за интегративна диагностика и синкретична терапия – психофармакотерапия, психотерапия, рехабилитация, ресоциализация, вторична и третична психопрофилактика [1, 2]. Стационарът колаборира добре със Сектора по трудотерапия в НИНПН – Чет-

върти километър, Д. Пантелеев и сътр. [19], Секцията по психотерапия към Дружеството по неврология, психиатрия и неврохирургия – Ат. Атанасов, Хр. Димитров, Д. Трайков, П. Никоевски, с екипа на Хр. Христозов от Детската психиатрия – М. Ачкова, М. Гълъбова, Н. Заимова, Св. Заимова, Св. Стамболова, Диспансерното отделение и Колегиума по психотерапия към Първата психиатрична клиника на Александровската болница в София [5, 9, 27, 29, 30, 31, 33, 34].

През последните десетилетия на миналото столетие психиатричните заведения в страната функционират на принципите на „нестеснението” и „отворените врати”, където болничната и извънболничната психиатрична помощ се основават освен на медицинската психодиагностика и терапия и на рехабилитацията и ресоциализацията [12, 14, 17, 23, 26, 29, 30].

Сега, вече при новите условия, поредното реформиране на здравеопазването и особено на психиатричната помощ се натъква на редица неуспехи и боксуване. Икономическите и психосоциалните кризи през последните години изискват специализирани кризисни интервенции, които да решават проблематиката цялостно, а не на парче [4]. При тясната специализация и аналитичния подход към отделните части на организма – парцелираната диагностика и едностранчивата терапия, се изгубва обективната представа за болния и неговите психични и психо-социални преживявания и се дехуманизира медицината. Така у нас и сега се изостава с около 50-70 години от европейските и световните стандарти и се забавя реформата в здравеопазването и в образованието по медицина. Съвременните алтернативи за решаването на проблематиката са свързани със застъпването на интегративната и холистичната психодиагностика на основата на био-психо-социалния модели със синкретизма в терапията и профилактиката – соматотерапия, психотерапия и социотерапия. Тези принципни постановки са особено валидни за съвременната интегративна рехабилитация и ресоциализация на инвалидизирани с ментални и неврологични увреждания. Трябва да се придържаме към „Primum non nocere”, а за да е възможно това, е необходимо прецизиране на вижданията относно нуждите на нашите болни. Само тогава ще може да се вземат свободни и научно издържани решения за прилагането на една или друга рехабилитационна програма и по-важното е – да се предвиди степента на

благоприятстващия ефект за целите на третичната психопрофилактика [47].

Рехабилитацията на болни с психоневрологични увреждания у нас е съвременно организирана още през седемдесетте години на 20-ото столетие от екипите на Димитър Пантелеев във Втора психиатрична клиника на НИНПН при МА – София [17, 18, 19], и от Георги Кисъов, дългогодишен главен лекар на Психиатричната болница – Раднево [8]. През 80-те години е създаден Дневният център за синкретична терапия към Университетската психиатрична клиника на Александровска болница в София, където на основите на Пражките тезиси от 1973 г. е организирана моделна организационна структура за специализирана медицинска, психотерапевтична и психо-социална услуга за болни с психопатологични разстройства – комплексна терапия, рехабилитация, ресоциализация и третична психопрофилактика [1]. Тези организационни модели са актуални и сега и се препокриват с европейските стандарти за „добрата лекарска практика“.

Интегративната рехабилитация и ресоциализация се определят като система от държавни, социално-икономически, медицински, професионални, педагогични, психологични и други мероприятия, насочени към предпазване от развитието на болестните процеси, водещи към временна или трайна загуба на трудоспособността, към ефективно и ранно възвръщане на болния и инвалида в обществото и към общественополезен труд. Рехабилитацията е сложен процес на възстановяване на активното отношение и положителната насоченост към живота, семейството и обществото. Това е многостранен и продължителен процес на водене на болния („case management“) и инвалида от състояние на безпомощност към състояние на независимост [18, 30].

Основен метод на психиатричната рехабилитация е **трудовата терапия** в специализираните звена на трудово-лечебните стопанства, т.нар. социални предприятия. На болните и инвалидизираните се предоставя работа и се осигурява допълнителен доход, за да участват в издръжката си и да упражняват гражданското си право на труд. Втората функция на трудово-лечебното стопанство е обучението в трудови и психо-социални умения. На трето място се контролира поддържащата терапия и третичната депо-психопрофилактика. Много по-организирано се проследява здравното състояние на болните и се оценяват производствените

резултати. Важно е също така обективизирането на резултатите от изследователските програми.

Производството в трудово-лечебното стопанство се организира в съответствие със специалните изисквания, залегнали в остаряващите вече наредби за трудотерапия (налага се преразглеждане на наредбите за трудово-лечебните стопанства!):

1. Заплащането на положения труд да бъде справедливо. Ръководният принцип е рехабилитираните да не бъдат използвани. Възнагражденията и заплатата да се определят на базата на положения труд и на изработената продукция.
2. Рехабилитационният потенциал да включва разнообразни трудови дейности – от най-простите автоматизирани операции до по-сложни инструментални умения, налагащи съобразителност и избор. Рехабилитаторите трябва да насърчават придвижването в йерархията и по стъпалата на кариерата (кариерно развитие).
3. Важно условие, на което трябва да отговаря трудово-лечебното стопанство, е възприемането на процедура по въвеждане, или назначаване на болния. Обичайната форма на такава процедура е разговорът с рехабилитатора, когато той събира информация за знанията, интересите и трудовия опит на болния, и на свой ред го информира за възможностите и реда в стопанството. Това е т.нар. начално интервю, или квалифицирането на инвалидизирания за участие в програмите на социалното предприятие. Първоначалното „назначаване” е за пробен срок и има двойна цел – да предостави на болния непосредствен опит с производствата на стопанството и реда в него и да изгради впечатления у рехабилитатора за трудовите качества на участниците. Прави се и оценка на нагласите към дисциплината и трудовия ритъм, „вкусвете” към различните видове работа, отговорността към собственото участие, амбицията за представяне, способността за схващане на инструкциите и за придържането към тях, склонността към пилеене на времето и др. След известно време се налага преобучение в добри трудови навици и усвояване на умения за изпълнение на определените производствени задачи и планираната рехабилитация. Особено подходящо е конвейерното производство, монотонната работа с малък брой прости операции, които не обременяват паметта, мисленето, но пък налагат ритъм при изпълнението.
4. Важно условие, осигуряващо рехабилитационния процес, е супервизията по време на работа. Трудотерапевтът трябва да

има основни познания за психоневрологичните заболявания и инвалидността, добро владение на производствените технологии, основни преподавателски умения и нагласи, да е с положителни очаквания към болните, без излишен оптимизъм [30]. Нашите изследвания показват, че умерените или средните очаквания оптимално корелират с крайната ефективност от рехабилитационните програми [37].

Нашата програма за участие в трудова дейност се реализира при условията на „отворени“ групи, пет дни в седмицата по около 4-6 часа, съвместни неквалифицирани дейности. Производствените взаимоотношения се изграждат на основата на т.нар. социално обучение: изпълнение на задачи в колектив, извяване и корекция на нагласите спрямо задълженията и отговорностите, взаимоотношенията между участниците в трудотерапията, поведенческите реакции във и извън терапевтичната среда, обучение в различните форми на труд и на психосоциални умения. Пациентите са инвалидизирани, със задоволително участие в сферите на общуването, грижите за себе си, семейното и психосоциалното функциониране, без актуални проблеми и обостряне на психичното заболяване. Почти всички са на **поддържаща психофармакотерапия и третична психопрофилактика**. Програмата за трудотерапия се осъществява в Александровска болница в София и в болницата „Св. Наум“. Продължителността на участие е от 1 до 2 години и повече.

Трудотерапията при моделите Пантелеев – Кисъев – Алексиев се съчетава умело със занимателната терапия, психотерапията, социотерапията и редица съвременни европейски програми за рехабилитация в рамките на т. нар. терапевтично общество [41, 42].

Занимателната терапия измества все повече трудовата терапия. Тя има характеристиките на хоби занимания, които повдигат самосъзнанието и влизат в непосредствено „комуникиране“ с естетичното у личността, творческата фантазия и останалите здрави страни и нагласи на болния. Казано е, че животът на индивида трябва да съчетава трите осмици: 8 ч възстановителен сън, 8 ч труд или учение и 8 ч приятни занимания рекреация. И в съня, и в активните трудови и приятни занимания, основната цел на синкретичната терапия и психопрофилактика е възвръщането

на болния към съвместно общуване и животворно адаптиране към средата, в която живее.

Провеждането на занимателна терапия изисква специална подготовка на инструктора терапевт. Освен основните познания в областта на психиатрията, той трябва да е уравновесен, спокоен и тактичен, любезен и учтив. Към пациента да е търпелив и приятелски настроен. Да умее да работи в екип, след като е преминал през обучителен социално-психологичен тренинг (team building) под ръководството на лекар психиатър или клиничен психолог [3].

Голямо значение има атмосферата, която се сътворява по време на занимателната терапия. Тя трябва да е нормална, възможно извънболнична, да се избягват етикетите „пациент“, „болен“ и др., да се дава свобода и инициативност за действие, с дискретно наблюдение, без излишна опека.

Изборът на занимания е съобразен със състоянието на участниците, с тяхната когнитивна и емоционална интелигентност. Може да се организират занимания по плетене, тъкачество, кошничарство, гърнчарство, скулптуриране, дърводелство, правене на щипки, метли, четки, детски играчки, градинарство, цветарство и др. Мотивират се арттерапевтични занимания, рисункотерапия, боядисване – индивидуални композиции, пластика, иконотворчество, кожени изделия от подръчни материали, картонаж и др. През цялото време се контролира производствата да отговарят на хигиенните и безопасни норми.

При занимателната терапия се обучава и в психо-социални умения от всекидневието: грижи за външния вид, облеклото, прическата, обувките и т.н. Важни са подготовката и реализирането на излизанията от службата при покупките, набавянето на материали, посещенията на други рехабилитационни центрове, кина, театри, изложби и т.н. [47].

Трудовата и занимателната терапия се съчетават добре със забавите и разходките на свеж въздух, общуването в подгрупи, с други форми на рекреация и етнокултурни занимания – лечебна и комуникационна гимнастика, психогимнастиката на Н. Junova [43], биоенергетиката на А. Lowen и L. Lowen [45], другите релаксиращи програми на J. H. Schultz [48] и E. Jacobson [40], Джоузеф Пилатес [35], на които се отделя специално внимание. Прилагат се още библиотерапия и литературна психодрама [8], поезиотера-

пия – Д. Мумджиева [16], викторини, концерт-загадки, весели срещи и др. На туризма се отделят също така специално време и голямо внимание. Годишните отпуски се организират и прекарват заедно и имат понякога тематична етнотерапевтична насоченост, напр. до манастири, светилища, древнобалкански руини и оброчества.

В рехабилитационните програми основно се използват психотерапевтични подходи и набор от психотерапевтични технологии и методи. Нашето кредо е „*primum non nocere*”. Прилагаме **индивидуална и групова психотерапия**. На всеки пациент е регламентирано време за **холистична психодиагностика и синкретична терапия и психопрофилактика** – по веднъж седмично и допълнително при нужда. Психиатърът, клиничният психолог, медицинската сестра, социалният работник и помощният персонал – всички се сработват при реализирането на длъжностните характеристики. Синкретичната услуга започва още с квалифицирането на бъдещия участник в рехабилитационните програми – психодиагностика на психичното състояние и инвалидизацията, здравната осигуреност, поддържащата терапия и **третичната психопрофилактика**. Стандартизирали сме съответната документация и психометрични тестове за отчитане на резултатите от рехабилитационните програми.

Цялата организация на терапевтичния и рехабилитационния режим е съвременен модел на **социотерапия**. Тренираме междуличностното общуване на инвалидизираните с ментални увреждания за по-пълноценно носене на правата и задълженията в семейството, трудовия колектив и обществото.

Терапевтичното общество е специална среда, предназначена да създаде в дух на съгласие и разпределение на властта динамично разбиране на болните и техните трудности и проблеми, за да се постигне отреагиране (катарзис) и прозрение в механизмите на психичното разстройство, с очаквания да последва реориентация при дезадаптираното поведение чрез социалното и груповото взаимодействие [30].

Примерният набор от цели на една рехабилитационна програма от типа на терапевтичното общество изглежда така:

1. Отстраняване на нежеланите странични явления от лечението в класическото психиатрично заведение и съгласуване на

терапевтичните намерения на персонала с индивидуалните потребности на болния.

2. Разнообразяване на средствата за терапевтично повлияване – наред с традиционните биологични, физикални и психотерапевтични методи се разчита и на лечебната ситуация, която включва работата и живота в рехабилитационния център, неформалните контакти и спонтанните дискусии, груповите терапевтични сесии и др.

3. Създаване на условия за социално обучение, което да улесни болните за модифициране и хармонизиране на техните нагласи и поведение.

Списъкът от принципи, които трябва да бъдат възприети, за да стане възможно постигането на тези цели, е следният:

1. Принцип на демократичност – всеки член на демократичното общество да има еднакви права и задължения в управлението и при вземането на решения, отнасящи се до това общество. Болният активно участва в своето лечение, но помага и в лечението на другите. Той е отговорен не само за себе си, но и за останалите.

2. Принцип на общото съгласие – това означава, че ако не се постигне общо съгласие по отношение дадена задача и цел, ще бъдат необходими по-нататъшни дискусии и анализи, за да не се стигне до натиск над малцинството, което може да доведе до фрустрация и конфликтни ситуации.

3. Принцип на позволеност, т.е. разбиране съображенията на пациента, търпимост и понасяне на неговото болестно разстроено поведение и стремеж да се търсят мотивите за това поведение. Най-напред и преди всичко се задава въпросът: „Какво означава едно такова поведение?“, след това – „Какво да се направи, за да се предотврати?“. В резултат на тази принципна предрасположеност на персонала се избягват различните ограничения и насилия, а в същото време се създават условия за свободна изява на поведение, мисли и чувства на взаимно доверие при повишена отговорност и самостоятелност.

4. Принцип на единното и всеобщо участие, т.е. принцип на комуната. Всичко, което се случва в центъра за рехабилитация и ресоциализация, интересува всички. По този начин се създава възможност за взаимно разбиране, подпомагане и грижа за дру-

гия, а това от своя страна задоволява нуждата на болния да принадлежи към дадена група и да бъде полезен.

5. Принцип на реализъм. При организирането на терапевтичните общества трябва задължително да се спазва и тази предпоставка. Всеки избор трябва да съответства на потребностите на болните, а също така и на очакванията, нормите и условията на живот в средата и жизненото пространство [41, 42].

Практическото реализиране на програмата на терапевтичното общество изисква постигането на двустранна обвързаност между пациентите, ръководството и персонала във всяко отношение. Преобладават груповите форми на терапия и занимания – както планирани, така и спонтанно, неформално възникващи. Груповите интеракции имат водещо значение, следователно екипът при персонала и групите, които се рехабилитират и ресоциализират, са основните „работни единици“. Освен груповите форми на трудотерапия се прилагат **биопатографна групова психотерапия, семейна терапия, занимателна терапия и ерготерапия** [2, 32] и др.

Характерни за терапевтичното общество форми и методи на работа са: а) Общите събрания на цялото терапевтично общество, заедно с персонала и б) Събранията на персонала отделно.

Общите събрания на терапевтичното общество представляват планирани срещи на всички пациенти от заведението с целия персонал. Целта е да се изясняват, обсъждат и съвместно да се решават както личните, така и проблемите на отделните групи и на цялото терапевтично общество. В началото общите събрания могат да бъдат по-често, дори ежедневно. Провеждат се сутрин, започват се в определен час, траят по около 45 мин. Най-добре е да се сядат в кръг, в няколко реда, смесено – болни и персонал. Избягва се формалното ръководене на събранието и предварителното подготвяне на дневен ред. Най-често обсъжданата тематика е свързана с всекидневието – трудностите, неудобствата, взаимоотношенията, неразбирателствата и конфликтите, въпросите около постъпването, лекуването, изписването, безпокойството за бъдещето, проблемите в социума, кризите.

Събранията на персонала са другата основна форма на груповата работа при условията на груповото общество. Те се провеждат веднага след общите събрания и продължават около половин час. Служат за всестранина обмяна на информация, за вза-

имно разбирателство и преодоляване на напреженията и конфликтите между персонала и болните. На тези събрания се поставят за решение редица терапевтични, автотерапевтични, дидактични и организационни задачи за целите на груповата интеграция, индивидуалното усъвършенстване и повишаването на авторитета на рехабилитационното заведение. Най-често се обсъждат допълнително повдигнатите въпроси на общите събрания на терапевтичното общество, поведението на отделните членове – пациенти или персонал, различните интерпретации и анализи, напреженията и конфликтите в заведението, разглеждат се административни въпроси, вземат се решения за интервенции и т.н. Събранията на рехабилитационния екип създават възможности за анализ на собствени грешни ходове, за ограничаване на рестрикцията към пациентите, за създаване на нагласи на толерантност към тях и за максимално хуманизиране на медицинското обслужване.

Жетонната икономика е друга форма на рехабилитационна и ресоциализационна среда. Ударението е поставено на нуждата от формулиране на конкретни цели и възнаграждаването на болния непосредствено след постигането на целта. Най-добрият начин за възнаграждаването е жетонът, срещу който болният може да придобие вещ, лакомство, цигари, някои привилегии и т.н. Жетоните могат да бъдат с различна стойност. Списъкът от желани цели и поведения включва обикновено грижите за себе си, поддържането на хигиената на работното място, спазването на дневния режим, включването в груповите занимателни и рекреационни дейности и т.н.

Ключов момент в жетонната икономика е системното преразглеждане на формулираните цели. Критерий е динамиката в състоянието на пациента – при всеки прогрес се повишават изискванията и се подсилват подкрепленията. Съществуват надеждни скали за оценка на поведението и те се използват ежедневно от персонала.

Въвеждането на трудотерапевтичните и рекреационните рехабилитационни програми предполага изоставянето на опекунския професионален стил, децентрализира административната организация, премахва традиционните структури на мъжки и женски, остри и хронични, затворени и отворени звена, преустройва

жизненото пространство в дневни центрове, заличава границите между територията на персонала и територията на болните.

Рехабилитирането на хората с ментални увреждания включва и т.нар. **индустриална терапия**. Тя дава възможност на психично болния да създава полезни вещи, предпоставка е за творчески взаимоотношения с околните и намалява преживяването за социална некомпетентност. Това помага за полезното структуриране на времето, развива редица технически умения, предпазва от задълбочаването на инвалидизацията и възстановява в голяма степен престижната социална позиция на личността.

Интегративната рехабилитация и ресоциализация включват умело и **клубната активност – клубове на бившите пациенти, социални клубове**. Това са социотерапевтични начинания за изграждане на здравословно общуване и трениране на поведенчески стереотипи за добра адаптация към променящите се условия на жизненото обкръжение. Клубовете трябва да разполагат с подходящи помещения, да са финансово осигурени и да имат специфична програма за дейност. Принципната организация и оптималният брой членове – около 33, със стабилизирано ядро инициативни пациенти, образуват Съвета на клуба, който планомерно и ентузиазизирано организира и провежда клубовите занимания по програма. Съветът е избираем, а общата клубна дейност и месечните програми се ръководят и контролират от лекаря психиатър, клиничния и социалния психолог и персонала към дневните центрове, към които обикновено се създават тези клубове [18, 39, 44]. Всички са мотивирани за цялостна медицинска, психологична и психо-социална услуга – соматотерапия, психотерапия и социотерапия, за целите на интегративната рехабилитация и ресоциализация и третичната психопрофилактика при хората с ментални увреждания.

В заключение – според прогнозите на Националната програма за психично здраве на гражданите на Република България, през периода до 2020 г. заболяемостта и инвалидизирането от психични разстройства ще нарастват до 50%, а общите загуби ще надхвърлят 500 млн. лева. Затова и услугата на психично болните и граничната психо-социална патология са приоритетни в общественото здравеопазване и изискват допълнително внимание и грижи от страна на районите и общините и социалните служби към тях. От друга страна, реформата в психиатрията ос-

новно се свежда до намаляване на скъпата болнична услуга и разширяване на специализираната амбулаторна и полустационарна психиатрична помощ – специализирани кабинети, дневни центрове, други полустационарни звена, включително с децентрализация на психиатричните заведения по места. В тези заведения терапията, рехабилитацията и психопрофилактиката трябва да бъдат комплементарни, синкретични и интегративни.

Библиография

1. А л е к с и е в , А. С. Психотерапия, социотерапия и рехабилитация в Дневния стационар. VI симпозиум на Работната група на психотерапевтите от социалистическите страни. С., 28-29 октомври 1988. Резюме: стр. 9.
2. А л е к с и е в , А. С. Биопатографна групов психотерапия. – В: Психотерапия, под ред. на Хр. Христозов. С., Мед. и физк., 2002., 145-201.
3. А л е к с и е в , А. С. Обучение и повишаване на квалификацията на психотерапевтичните кадри. – В: Практическа психотерапия, под ред. на Хр. Христозов. С., Мед. и физк., 1988., 263-269.
4. А л е к с и е в , А. С., С. Алексиев, Ц. Алексиев. Психосоциални кризи и синкретични интервенции. Неврол. психиатр., **40**, 2009, № 2-3, 3-11.
5. А ч к о в а , М. Роля и значение на семейството. Роля и значение на училището. – В: Социална психиатрия, под ред. на Вл. Иванов. С., Мед и физк., 1989, 16-22 и 22-26.
6. В л а д о в , Д. Убийството в психопатологията – клинично и съдебно психиатрично изследване. Париж, Масон, 1906.
7. Г о л о в и н а , А. Отглеждане на душевно болните и устройство на психиатричните болници. София, НДИ, 1895.
8. Д ж а м д ж и е в а , Цв. Терапевтично общество при отворено женско отделение (принципи и организация). – Неврол. психиат. и неврохирург., **14**, 1975, № 9, 387-393.
9. Д и м и т р о в , Хр. Неофройдизмът в съвременната психиатрия и медицинска психология. С., Мед. и физк., 1976 .
10. З а и м о в , К. Психопатология. С., Наука и изкуство, 1971.
11. З а и м о в , К. и Л. Живков. Из историята на българската неврология и психиатрия. Георги Паяков. – Неврол., психиат. и неврохир., **10**, 1971, № 4, 343-345.
12. И г н е в , Иг. Исторически данни за развитието на психиатричната болница в Ловеч. – Неврол., психиат. и неврохир., **8**, 1969, № 3, 337-340.
13. К а б а н о в , М. М. Рехабилитация психически больных, Ленинград, Медицина, 1985.
14. К и р о в , К. Исторически бележки за психиатричната болница в Карлуково. – Неврол., психиатр. и неврохир., **9**, 1970, № 2, 190-196.
15. М и л е н к о в , К., Хр. Попов. Основоположници на българската психиатрия. Българско класическо наследство. С., Мед. и физк., 1983.

16. М у м д ж и е в а , Д. Поезиотерапия. Първа психиатрична клиника на Медицинска академия в София. Дис. 1974 г.
17. П а н т е л е е в , Д. Историография на българската рехабилитационна практика. Бюлетин от семинара на ВПТЛК на МА, 19-20 VI, 1987 г.
18. П а н т е л е е в , Д. Социотерапия, трудова терапия. Занимателна терапия. Терапевтично общество. Клуб на пациентите. – В: Практическа психотерапия, под ред. на Хр. Христов. С., Мед. и физк., 1988, 176-184.
19. П а н т е л е е в , Д. Психиатрия без ключ. С., СЕВА-Трейдинг, 1994.
20. П а н т е л е е в , Д., Л. Каменов. Състояние на дневните стационари у нас. – Неврол., психиатр. и неврохир., **12**, 1973, № 3, 197-206.
21. П а н т е л е е в , Д., Стр. Иванов. Дневен и нощен стационар. Научна тематична конференция. Русе, МНЗ, МА – ЦНПНХ, 28. V, 1974 г.
22. П а н т е л е е в , Д., К. Сиракова. Дневен стационар към остро психиатрично отделение. Бюлетин на НИНПН, **9**, 1981, № 2, 24-28.
23. П а н т е л е е в , Д., К. Миленков, Иг. Игнев. Рехабилитация на психично болни. Ловеч, ОПБ, 1971.
24. П а н т е л е е в , Д. Литературна психограма при депресивно болни. – В: Симпозиум по социална психиатрия, изд. Н. Шипковенски и др., С., Мед. и физк., 1973, 126-128.
25. П ъ ш к о в а , Р. Организация на режима в психиатричната болница. Бюлетин на НИНПН, 1972, 14, 1, 31-35.
26. С т о и м е н о в , Й., Ив. Рачев. Психиатричен клиничен речник. С., Мед. и физк., 1988.
27. Т е м к о в , Ив., Хр. Димитров, А. Кръстников, Н. Колев. Психохигиена и психопрофилактика. С., Мед. и физк., 1969.
28. Т е м к о в , Ив., К. Киров. Клинична психофармакология. С., Мед. и физк., 1975.
29. Т е м к о в , Ив., Т. Томов. Първични здравни грижи, психично здраве и психосоциални фактори. – В: Психично здраве – проблеми на профилактиката и първичното здравно обслужване. Под ред. на Ив. Темков, Ас. Жабленски и Т. Томов. С., Печатна база на МА, 1987, 17-21.
30. Т е м к о в , Ив., Т. Томов, А. Алексиев, Д. Пантелеев. Социална рехабилитация и реадaptация на психично болните. – В: Социална психиатрия, под ред. на Вл. Иванов. София, Мед. и физк., 1989, 188-201.
31. Т о м о в , Т. Кризисни интервенции. – В: Социална психиатрия, под ред. на Вл. Иванов. С., Мед. и физк., 1989, 183-187.
32. Т о п у з о в , Ив. Ерготерапия. С., СИМЕЛ, 2006, 2007.
33. Ф е р ч е в а , А., Б. Алгелова, Б. Тошева, Г. Тарашоева, Ж. Георгиева, К. Драганова, М. Гърданова, А. Маринов, А. Алексиев, Вл. Николов, Р. Георгиев, Ф. Димитров. Колегиум по психотерапия към Първа психиатрична клиника. Бюлетин на НИНПН, 1982, 10, 31, 60-63.
34. Х р и с т о з о в , Хр., Ат. Атанасов, А. Алексиев. Възникване и развитие на психотерапията – в света и у нас. – В: Психотерапия под ред. на Хр. Христов. С., Мед. и физк., 2002, 13-17.
35. Х ъ р д м а н , А. Пилатес. Пловдив, Хермес, 2007.

36. Шипковенски, Н. Основи на психопатологията. С., Наука и изкуство, 1954.
37. Alexiev, A. Oczekiwania a przebieg i wyniki leczenia pacjentow z zaburzeniami nervicowymi. – Psychoterapia, 1975, № 4, 3-10.
38. Atanassov, At., A. Alexiev, T. Tomov, A. Marinov. Objectives and Trends of Bulgarian Psychotherapy. – Am. J. Social. Psychiatry, 7, 1987, № 4, 206 -209.
39. Bierer, J., R. I. Evans. Therapeutic Claps, in Inovation of Social Psychiatry. London, The Avenue Publishing Co, 1969, 125-158.
40. Jacobson, E. Progressive Relaxation. Chicago, University of Chicago Press, 1948.
41. Jones, M. Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communitites. London, Tavistock, 1952.
42. Jones, M. The Therapeutic Community: a New Treatment Method in Psychiatry. New York, Basic Books, 1953.
43. Junova, H. Psychogymnastika. Prax. d. Psychoth. 1966, 11, 63-76.
44. King, R., Ch. Lloyd, T. Meehan. Handbook of Psychosocial Rehabilitation. London, Black Well, 2007.
45. Lowen, A., L. Lowen. The way to Vibrant Health – a Manual of bioenergetic Exercises. New York, Haeper Cophon Books, 1977.
46. Punwar, A. Occupational Therapy. Baltimore, Williams & Wilkins, 1988.
47. Querido, A. The preventive aspects of mental health care. – In: Regional office for Europe. WHO, 1965, 7-24.
48. Schultz, J. H. Das autogene Training. 13 Aufl. Leipzig, G., Thieme, 1970.
49. Simon, J. H. Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Allg. Z. Psychiat., 1927, 87, 97-145.

☒ Адрес за кореспонденция:

Доц. д-р А. Алексиев
 ДКЦ „Александровска”
 ул. „Св. Г. Софийски” № 1
 1431 София

☎ 02/9230 536

Постъпила – 15.09.2010 г.