**Аппеляция к личности в процессе профессиональной реабилитации пациентов с психическими расстройствами.**

Пырков Павел Петрович, Научный центр психического здоровья РАМН

Интенсивная автоматизация промышленных технологических процессов способствовала за последние десятилетия быстрым изменениям психосоциальной среды на рабочих местах и во взаимоотношениях рабочих, выразившимся в формировании психосоциального стресса. Стресс может возникать и во внеорганизованных областях жизни человека, включающих в себя домашнюю среду (супружеские взаимоотношения, финансовые проблемы), социальные взаимоотношения, различные условия жизни в городе или сельской местности и другие факторы.

Стресс сопровождается возникновением, в частности, ряда поведенческих расстройств, психосоматических заболеваний и психосоциальных нарушений (Г.Селье, 1979); с.L. cooper, M.Davidson, 1989, Kari Lindstrom, Sirkka Mantysalo, 1989).

С другой стороны, стресс вызывает обострение психических заболеваний и ускоряет дезадаптацию. Указанные причины, безусловно, не единственные в этиологии психических расстройств. Многообразны и нозологические формы психических заболеваний.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1971), частота психосоциальных нарушений среди населения приближается к 50 процентам.

Отмечая рост числа больных с пограничными формами заболеваний и невыраженной психотической симптоматикой, p.Munk-jorgenson ( 1986 ) , Ю.А.Александровский,Б.Д.Петраков (1988), В.В.Ковалев (1989) объясняют такое увеличение, в частности, патоморфозом и психофармакотерапией.

В медицинской и социальной реабилитации душевнобольных наряду с фармакотерапией, направленной на биологическую сущность заболевания, важным признается комплекс социотерапевти-ческих факторов, обращенных к личности пациента (н.Simon, 1927, М.М.Кабанов, 1978).

Г.Симон (1927), обосновывая концепцию социотерапии, считал приспособление к среде основным принципом жизни пациента. Особенно важен такой подход к формированию оптимальных взаимоотношений душевнобольных, у которых наступила определенная профессиональная и социальная дезадаптация с выраженным ограничением или невозможностью трудовой деятельности Р условиях обычного предприятия или учреждения.

Особую актуальность проблема трудовой реабилитации пациентов с нервно-психическими заболеваниями приобрела за последние годы в связи с переходом предприятий к финансово-экономической самостоятельности (хозрасчёт, самофинансирование, самоокупаемость) и ставшей реальностью безработицей для определенных категорий психически здоровых работников.

В этой связи оптимальной формой продолжения трудовой деятельности и реабилитации душевнобольных является трудовое устройство их в специальном цехе промышленного предприятия.

В организованном в I97G году спеццехе объединения "Московский электроламповый завод" было трудоустроено 250 пациентов-инвалидов с предоставлением им прав работников предприятия (оформлены трудовые книжки, приняты в члены профсоюза, социальное страхование, оплачиваемые отпуска до 24 дней и др.) и соответствующих льгот, предусмотренных для инвалидов и приравненных к ним пациентов (сокращенный рабочий день, сниженные нормы выработки, повышенные расценки, бесплатное разовое питание и бесплатные медикаменты за счет ассигнований завода, дополнительные неоплачиваемые отпуска до 2 месяцев, работа л о пну смену и т.д.).

Более 400 пациентов за 12 лет пользовались санаторно-курортным лечением и отдыхали в пансионатах общего типа по бесплатным путевкам, предоставленным профкомом завода. Для 86 процентов пациентов такая возможность была реализована впервые в жизни, а 14 процентов пациентов лечилось в санаториях повторно. Вызывают сожаление директивные инструкции, согласно которым наличие любого психического заболевания является противопоказанием для направления в санатории общего типа. Между тем специальные санатории для пациентов с нервно-психическими заболеваниями, как известно, в тридцатые годы упразднены.

Табу на санаторно-курортное лечение душевнобольных противоречит современной концепции социальной реабилитации, предусматривающей БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД ( G.I.Paar, 1988 ).

Между тем, при тщательном изучении личности пациента, форм и типа течения психического заболевания, с учетом имеющейся сопутствующей соматической патологии не только возможно, но и показано санаторное лечение при большинстве психических расстройств в стадии ремиссии. По нашим наблюдениям, ни в одном случае санаторно-курортного лечения не отмечалось ухудшения психического состояния, наоборот, каждый курс санаторного лечения оказывал только благоприятный эффект.

Значительно улучшилось финансовое положение трудоустроенных пациентов (при среднем размере государственной пенсии 49 рублей (до повышения в 1990 году) заработок составлял 66 рублей).

Рациональное трудоустройство в спеццехе и обеспечение жильём, по нашим данным, снижает число общественно опасных действий душевнобольных до 4,3 процента против 50 процентов у лиц, дестабилизация ремиссии которых, способствовавшая формированию делинквентности, наступила на фоне социальной депривации - отсутствии жилья и постоянной адекватной работы (Н.И.Боброва, М.М.Мальцева, 1978; Г.М.Румянцева 1984).

Таким образом, успешная профессиональная и социальная реабилитация душевнобольных возможна только при всестороннем изучении личности и интеллекта пациента, его преморбидных особенностей, близкого окружения (микросреды), профессиональных навыков и банка хобби, клинических проявлений болезни, а также доверительного взаимодействия врача и пациента, апеллированного к личности пациента.