На сегодняшний день различают несколько видов недееспособности:

* возрастная недееспособность;

Возрастная недееспособность возникает до наступления совершеннолетия, а именно восемнадцатилетнего возраста и в очень пожилом возрасте, когда в результате возрастных изменений человек перестает руководить своими действиями и теряет дееспособность. Если в первом случае недееспособность возникает из условия нахождения в определенной возрастной категории, то во втором случае порядок признания недееспособности будет таким же, как и при психическом расстройстве или заболевании.

* недееспособность вследствие психического расстройства.

Как следует из названия, возникает в результате потери гражданином способности адекватно воспринимать действительность и отвечать за свои действия и поступки.

Особенности состояния здоровья недееспособных и ограниченно дееспособных граждан можно рассматривать с точки зрения последствий заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Последствия, определяемые на уровне организма** | **Последствия, определяемые на уровне индивидуума** | **Последствия, определяемые на уровне личности** |
| Нарушения структур и функций организма:  • умственные;  • другие психические;  • языковые и речевые;  • ушные (слуховые и вестибулярные);  • зрительные;  • висцеральные и метаболические;  • двигательные;  • уродующие;  • общего характера. | Ограничения жизнедеятельности, снижение способности:  • адекватно вести себя;  • общаться с окружающими;  • совершать движения;  • действовать руками;  • владеть телом;  • ухаживать за собой;  • овладевать специальными навыками;  • ситуационное снижение способности. | Социальная недостаточность из-за неспособности:  • к физической независимости;  • к мобильности;  • к занятиям обычной деятельностью;  • к получению образования;  • к профессиональной деятельности;  • к экономической самостоятельности;  • к интеграции в общество. |

Осуществление ухода за подопечными осуществляется с учетом их социальных навыков и умений, определения индивидуальных особенностей и склонностей личности, ее потенциальных возможностей, а также выявления причин и механизмов нарушений в развитии, социальной адаптации.

Уход за недееспособными или не полностью дееспособными гражданами предполагает понимание процесса **социально-медицинской реабилитации.**

**Реабилитация** – это совокупность различных мер (медицинских, юридических, профессиональных, педагогических, социально-экономических), которые нацелены на компенсацию или восстановление утраченных возможностей и функций организма, а также способности к трудовой деятельности.

**Социально-медицинские особенности граждан пожилого возраста**

Создание новых методов реабилитации граждан, находящихся в пожилом возрасте, становится всё более важным в социальном и экономическом плане. Их главная цель – адаптировать каждого пожилого человека к существованию в комфортном для него социальном окружении. Для её достижения необходима грамотная и своевременная восстановительная терапия, которая позволит предотвратить потерю важных функций организма и не дать человеку пожилого возраста превратиться в беспомощного инвалида. Но даже принятие всех профилактических и лечебных мер не всегда может полностью вернуть пожилому гражданину трудоспособность, поэтому помощь окружающих, их понимающее и доброжелательное отношение играют большую роль в его жизни.

Прогресс в области медицины и психологии даёт возможность с помощью программ реабилитации не только продлить жизнь, но и повысить её качество в пожилом возрасте, значительно улучшив состояние здоровья людей. Но необходимо понимать, что избежать некоторых возрастных изменений практически невозможно. О каких именно изменениях идет речь?

**1) Множественность поражения органов и систем организма пациента.**

Статистика медицинских учреждений отражает довольно печальную картину: любой пациент пожилого возраста страдает четырьмя и более заболеваниями (чаще всего хроническими). При разработке программ реабилитации лиц пожилого возраста необходимо учитывать, что:

* Пожилые люди обычно принимают большое количество различных лекарств одновременно;
* Симптомы болезней у них могут проявляться специфически (не так, как у молодых);
* Отсутствие лечения опасно тем, что состояние больного может стремительно ухудшиться, вплоть до смертельного исхода, любые промедления опасны;
* Риск осложнений возрастает с каждым годом жизни;
* После того, как болезнь вылечена, необходима долгосрочная реабилитация и поддерживающая терапия.

**2) Потребность пожилых людей в психологической помощи.**

Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что как минимум у 40 % людей пожилого возраста наблюдаются симптомы депрессии. Причины её связаны не только с состоянием здоровья, но и с социальными факторами: недостатком общения, чувством собственной ненужности и бесполезности, одиночеством, пренебрежением со стороны молодых, неспособностью адаптироваться к быстро изменяющемуся миру.

Пожилым людям нужна не только поддержка в быту и медицинское обслуживание, но и социальная защита, а также психологическая помощь.

**3) Отношение к возрасту как к диагнозу.**

Многие пожилые люди воспринимают свой возраст как печальный диагноз, с которым можно только смириться и пассивно плыть по течению, а реабилитацию считают бесполезной. Более того, их окружение – от родственников до медицинских работников – разделяет это мнение и на любые вопросы со вздохом отвечает: «Это возраст, ничего не поделаешь».

Вполне естественно, что пожилой человек очень скоро теряет всякое желание и стимулы заботиться о своём здоровье и качестве жизни. Поэтому при реабилитации лиц пожилого возраста имеет особую актуальность моральная поддержка и создание правильного настроя.

**4) Процессы реадаптации в пожилом возрасте идут медленнее**.

Пожилому человеку и его близким следует набраться терпения: восстановление может занять довольно много времени.

**5) Компенсаторные возможности ограничены**.

Что это значит? У пожилых людей адаптационные реакции организма на повреждения нарушены, и не всегда срабатывает механизм, при котором органы и системы, не пострадавшие от болезней, выполняют функции поврежденных структур. Программы реабилитации должны это учитывать и исходить из возможностей каждого конкретного пожилого пациента.

**6) Предпочтение немедикаментозным видам восстановительного лечения**.

Чем старше человек, тем риск возникновения аллергических реакций и отравлений у него выше. Кроме того, пожилые люди обычно вынуждены принимать большое количество разных лекарств, которые могут дать опасные побочные действия при сочетании с другими препаратами. Поэтому людям преклонного возраста, по возможности, прописывают иные методы лечения – как традиционные (физиотерапия, массаж и физкультура, лечение водой, теплом и магнитным полем), так и нетрадиционные (трудо- и арт-терапия, различные виды психотерапии).

Проведение реабилитации в пожилом возрасте опирается на ряд **правил**:

* Внимание к психологическому и эмоциональному состоянию пациента, учёт его мнения о заболеваниях и предпочтительном лечении;
* Следование чёткому плану мероприятий, который вырабатывается совместно с пациентом;
* Регулярное и постоянное наблюдение за состоянием основных органов и систем организма (по таким показателям, уровень сахара в крови, давление и температура, частота пульса и дыхания);
* Поддержание у пожилого пациента энтузиазма и уверенности в успехе реабилитации, отслеживание и поощрение любых позитивных изменений;
* Стимулирование пациента к активной позиции в лечении и самообслуживании.

Социальная реабилитация инвалидов и лиц пожилого возраста непременно должна быть комплексной и направленной на восстановление их активности в обществе. Реабилитация не увенчается успехом, если не будут учитывать характер, личностные особенности пожилого человека и социальное окружение, с которым он находится в тесной связи. Цель реабилитации – достижение гармонии между телом пациента, его психикой и социумом, в котором он находится. Исходя из этого, выбираются и методы воздействия – физические и психологические.

Реабилитация людей пожилого возраста (включая инвалидов) бывает нескольких типов:

**Медицинская реабилитация**

Медицинская реабилитация в пожилом возрасте служит для восстановления функций и возможностей организма, частично или целиком утраченных. Для достижения этой цели применяются различные **восстановительные программы и методики**:

* Физические (все физиотерапевтические процедуры и лечебная гимнастика). Поддерживают тонус мышц и гибкость суставов, предотвращают их атрофию, усиливают иммунитет, нормализуют кровообращение и обменные процессы, снимают воспаления, отёчность и боль.
* Эрготерапия. Метод обучения двигательным навыкам, которые необходимы пожилому человеку в повседневной жизни.
* Механотерапия. Физкультура с использованием специально разработанных аппаратов и тренажёров.
* Массаж. Применяется на всех этапах реабилитации, в том числе, к лежачим больным.
* Фитотерапия.
* Протезирование и ортезирование.
* Санаторно-курортное лечение.
* Технические средства реабилитации (для самообслуживания, передвижения и ориентирования, обучения и т.д.).
* Диеты. Подбираются таким образом, чтобы ускорить метаболизм в организме пожилого больного и обеспечить его достаточным количеством витаминов и питательных веществ.

**Психологическая реабилитация**

Для результативной и быстрой реабилитации необходим оптимистичный, активный настрой пациента, вера в успех, интерес к жизни. С пожилыми людьми проводится комплексная психологическая работа, направленная на то, чтобы пробудить в них желание жить, нормализовать их эмоциональное состояние, научить преодолению стрессов и формированию устойчивой самооценки, укрепить когнитивные функции. Методы этой работы самые разнообразные: арт-терапия, ароматерапия, лечение травами, сеансы медитации и релаксации. Некоторые мероприятия проводятся в групповом формате. Возможно применение лекарственных средств.

**Социальная реабилитация**

Один из главных компонентов реабилитации пожилых является общение. Оно необходимо любому человеку, чтобы чувствовать себя востребованным, а пожилым людям и инвалидам, нередко оказывающимся в изоляции и одиночестве, контакт с людьми ещё более важен.

Социальная реабилитации инвалидов и лиц пожилого возраста складывается из комплексного применения следующих мер:

* Ресоциализация пожилых граждан (стимулирование их к социальной активности, возвращению к общественной жизни, выходу из изоляции).
* Социальная помощь.
* Развитие и сохранение навыков самообслуживания, оказания себе необходимой помощи и достижения экономической самостоятельности.
* Нормализация жилищных условий в соответствии с потребностями и ограничениями пациента, предоставление технических средств, необходимых для повседневного существования.
* Организация культурно-досуговых мероприятий и отдыха.
* Духовная поддержка.

Социальная реабилитация лиц пожилого возраста имеет своей целью не только их выживание, но и социализацию, адаптацию в обществе. Показателем успешности такой реабилитации является достижение пожилым человеком или инвалидом высокого статуса в социальной среде, удовлетворённости жизненными условиями и своим местом в обществе.

Медико-социальная реабилитация людей пожилого возраста реализуется в формате обслуживания на дому, адресной соцзащиты, срочной разовой социальной помощи и т.д. Система реабилитации включает в себя множество учреждений разных видов – жилые дома и интернаты для престарелых, учреждения дневного пребывания, центры социального обслуживания, санатории и многие другие.

**Профессиональная реабилитация**

По итогам многочисленных исследований был сделан вывод, что разнообразие впечатлений и регулярные тренировки интеллекта в пожилом возрасте заметно снижают риск развития болезни Альцгеймера, старческой деменции и других подобных расстройств. Пожилые люди, в круг интересов которых входит чтение, интеллектуальные игры, логические загадки, головоломки и иностранные языки, сохраняют ясность мышления и память гораздо дольше своих ровесников.

Это необходимо учитывать при проведении профессиональной (трудовой) реабилитации лиц пожилого возраста. В первую очередь, необходимо разделить весь контингент пожилых на группы по их способностям к социальной активности, после чего вводить **дифференцированные реабилитационные режимы:**

* Режим общественно-трудовой занятости: делает упор на труд, реализацию знаний и навыков пожилого пациента, его возвращение в социальную и профессиональную среду.
* Лечебно-активирующий режим: нацелен на сохранение и поддержание всех имеющихся навыков и умений, включая простейшие бытовые, и активизацию социальных контактов и общения.
* Лечебно-охранительный режим: сохранение соматических функций организма и контроль их состояния.

В соответствии с уровнем социальной и трудовой активности, состоянием здоровья и интеллекта пациента пожилого возраста, ему назначают один из режимов реабилитации.

**Трудовая реабилитация граждан пожилого возраста**включает в себя терапию занятостью, или трудотерапию – подбор видов созидательной деятельности таким образом, чтобы вылечить или скомпенсировать психические и физиологические нарушения пациента. В результате ожидается восстановление функций, необходимых для самостоятельной повседневной жизни.

**Виды терапии занятостью**, доступные пожилым людям, проходящим реабилитацию в соответствующих учреждениях:

**1) Работа с деревом**

Это один из видов трудотерапии, который развивает и сохраняет многие важные функциональные возможности человека в пожилом возрасте, начиная от мелкой моторики и заканчивая творческими способностями.

Для каждого пациента разрабатывают индивидуальный план лечения, называемый «карта терапии занятостью». Если реабилитация проходит в условиях стационара или пансионата, то учитываются мнения медперсонала и других проживающих, формируются группы по каждому виду труда.

**2) Шитье и другие виды рукоделия**

Рукоделие прекрасно воздействует на мелкую моторику, укрепляет внимание, пробуждает творческие способности и снимает нервное напряжение. Этот вид деятельности очень полезен пациентам пожилого возраста с проблемами в когнитивной и эмоциональной сферах. Рекомендован прежде всего женщинам, особенно тем, которые в молодости занимались пошивом одежды, вышивкой, вязанием и т.д. и имеют необходимые навыки.

**3) Садоводство (сельскохозяйственный труд)**

Эта деятельность легко дозируется, не требует какого-либо сложного оборудования, знаний и опыта, её можно вести практически в любых условиях. Садоводство фактически состоит из разных действий и может сочетаться с другими методами реабилитации (например, ароматерапией, если пожилому пациенту нравится выращивать садовые цветы или лекарственные растения).

Занятие садоводством не только усиливает сенсорную стимуляцию, но и укрепляет чувство ответственности и умение планировать на длительный срок, подталкивает к поиску информации и общению с другими людьми, даёт видимый результат.

**4) Искусство**

Ценно как метод выражения эмоций и чувств, снятия стресса.

В рамках реабилитации пациента пожилого возраста предлагаются следующие занятия:

* Живопись;
* Раскрашивание, копирование, обводка трафаретов и т.п. (для тех, кто не любит рисовать всю картину целиком);
* Роспись по дереву, раскрашивание деревянных заготовок;
* Лепка из глины, в том числе изготовление посуды на гончарном круге;
* Выжигание по дереву;
* Создание картин и композиций в смешанной технике из различных материалов;
* Занятия музыкой: обучение игре на инструментах, хоровому пению, вокалу и караоке, танцам; художественная самодеятельность, проведение праздников и конкурсов;
* Арт-терапия – обучение актёрскому мастерству, технике речи, мимике и пластике, организация любительских спектаклей;
* Выезд на экскурсии, пешие прогулки, культурные мероприятия;
* Групповой просмотр фильмов и телепередач с последующей дискуссией.

**5) Приготовление пищи**

Кулинария не только даёт полезные и ощутимые результаты, но и приучает к самостоятельному обслуживанию и формирует навыки, необходимые человеку в любом возрасте. Может упрощаться и модицифироваться в зависимости от условий проживания.

**6) Игровые и спортивные виды деятельности**

* Настольные игры (домино, нарды, шахматы, шашки и т.д.);
* Упражнения на тренажёрах (велотренажёре, беговой дорожке и т.д.), использование массажных кресел и массажёров;
* Спортивные занятия, начиная от простой ходьбы, плавания, лыж и заканчивая командными играми (волейбол, баскетбол, футбол и т.д.);
* Физкультурные занятия в рамках группы здоровья.

**7) Просветительская реабилитация**

Ведётся в следующих направлениях:

* Предоставление информации и консультаций, касающихся медицинской реабилитации.
* Информирование самого пациента и его родственников о возможностях социально-бытовой реабилитации.
* Оповещение о существующих источниках социальной реабилитации и поддержки.

Людям пожилого возраста бывает нелегко ориентироваться в окружающей их социальной действительности, которая быстро меняется. Поэтому необходимо проводить просветительскую реабилитацию: рассказывать им о том, какие права у них есть, какие социальные услуги им положены и на каких условиях, предлагать оптимальные варианты. Кроме социально-экономического аспекта, есть и личностный: ознакомить пожилого человека с теми изменениями, которые происходят с возрастом в его организме и психике, объяснить закономерности и научить приспосабливаться к ним.

**Геронтологический уход** – комплекс мероприятий и действий по оказанию помощи и обслуживания лиц пожилого возраста с учетом особенностей их здоровья и психики:

* Забота о пожилых в их семье и обществе в целом.
* Предоставление медицинского обслуживания.
* Наблюдение за их физическим и психоэмоциональным состоянием, психологическое сопровождение.
* Предоставление доступа к социальным и юридическим услугам.
* Право на принятие решений относительно ухода, лечения, качества жизни.
* Реабилитация на базе стационаров (дневных и круглосуточных), пансионатов и интернатов для лиц пожилого возраста, в амбулаторных условиях или на дому.

**Как должна проходить реабилитация после перелома бедра в пожилом возрасте**

Тазобедренный сустав – самый большой и нагруженный сустав в человеческом организме (на него ложится вес всего тела при ходьбе), имеющий округлую форму. Он состоит их двух частей – круглой головки бедренной кости и вертлужной впадины внутри тазовой кости; с ним соединено множество мышц и связок.

Наиболее хрупкая часть этой конструкции – шейка бедренной кости, соединяющаяся с головкой. Именно она обычно ломается при механических травмах. К сожалению, в пожилом возрасте это происходит довольно часто (обычно в результате падения) из-за снижения прочности костей.

Это опасное и тяжёлое поражение, которое может привести к утрате способности ходить. Поэтому при переломе шейки бедра в зрелом возрасте обычно назначается срочная операция, позволяющая восстановить функции тазобедренного сустава в максимально короткий период и исключить риск осложнений.

Без операции выздоровление занимает очень длительное время. Сроки восстановления подвижности сустава невозможно точно определить заранее, поскольку на них влияет множество факторов: возраст и самочувствие пострадавшего, состояние его костей и других систем организма, наличие хронических болезней, иммунитет, характер и особенности перелома. У среднестатистического пациента период восстановления занимает около полугода, но в пожилом возрасте может затянуться до года и дольше. В самом неблагоприятном случае, если организм ослаблен и имеет множество других патологий, перелом может так и не срастись, и пожилой человек окажется прикованным к постели до конца жизни.

Реабилитация после перелома шейки бедра в пожилом возрасте складывается из следующих терапевтических мер:

**1) Лечебная гимнастика**

Для того чтобы вернуть тазобедренному суставу активность, очень важно тренировать его, регулярно давать ему адекватные физические нагрузки. В программы реабилитации, разрабатываемые врачами для пациентов пожилого возраста с переломом шейки бедра, входят не только двигательные, но и дыхательные упражнения. Нагрузка постепенно увеличивается, тренировки усложняются, и при благоприятном ходе процесса восстановления уже через несколько месяцев пациент начинает передвигаться с тростью.

**2) Физиотерапия**

Кроме тренировок, в реабилитации после перелома шейки бедра у пациентов пожилого возраста активно применяются физиотерапевтические методы – электрофорез, бальнеотерапия, лечебные грязи, ультравысокочастотная и магнитная терапия, парафиновые аппликации. Они направлены на предотвращение осложнений и заражений, нормализацию кровообращения в области перелома и снятие болезненных симптомов, таких как отёки, раны и рубцы в результате операции.

**3) Питание**

Длительная реабилитация после перелома шейки бедра может вызвать у человека пожилого возраста депрессию и снижение аппетита. Поэтому за диетой в период выздоровления нужно тщательно следить, уделяя внимание не только питательности и калорийности блюд, но и тому, чтобы они были вкусными. Желательно исключить из рациона пожилого пациента пищу, которая может привести к проблемам с желудком или кишечником (вздутие живота, запоры, гастрит и т.д.). И наоборот, кисломолочные продукты, особенно творог, способствуют профилактике расстройств ЖКТ. Кроме них, для скорейшего заживления перелома полезна пища с высоким содержанием витаминов и кальция (он участвует в формировании костной ткани).

**4) Массаж**

Ещё одна эффективная терапевтическая мера, применяемая в пожилом возрасте при реабилитации после перелома шейки бедра, – массаж. В первую очередь массируют мышцы здоровой ноги, что позволяет активизировать приток крови, в том числе и к месту травмы. Если травмированная нога зафиксирована в вытянутом положении, её тоже массируют легкими движениями – прикосновениями, спиралевидными поглаживаниями и растираниями со всех сторон. Массаж необходимо делать регулярно (в идеале – ежедневно), тогда можно рассчитывать на терапевтический эффект в виде:

* Расслабления мышц, снятия спазмов и зажатости;
* Усиления кровотока в костных и мышечных тканях, насыщения их питательными веществами и кислородом;
* Тренировки мышц, профилактики их атрофии и других осложнений после операции и длительного периода неподвижности;
* Ускорения регенерации тканей в области перелома;
* Снятия боли.

**Реабилитация инвалидов пожилого возраста**

Пожилые инвалиды – это особая категория населения, у которой трудности, связанные с возрастом, сочетаются с проблемами инвалидности и ограничением возможностей.

Медико-социальная реабилитация инвалидов пожилого возраста включает в себя:

* Терапевтические меры (восстановительную терапию, протезирование и ортезирование, пластическую хирургию, санаторное лечение);
* Помощь в трудоустройстве и адаптации к работе, дополнительное обучение и повышение квалификации, профориентацию;
* Различные меры социальной реинтеграции, начиная с социально-бытовой и заканчивая культурной (сюда относятся также спортивные и оздоровительные мероприятия).

Все эти меры подбираются и реализуются в соответствии с ИПР – индивидуальной программой реабилитации инвалида, составляемой при его освидетельствовании (первичном и повторном).

Поэтому под реабилитационным потенциалом понимаются биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие дефекта или болезни.

Реабилитационный потенциал лиц с психическими расстройствами анализируется и оценивается по нескольким направлениям:

- состояние психических процессов (память, внимание, эмоции, мышление);

- особенности личности (темперамент, характер, интеллект, мотивация);

- особенности внутренней модели болезни, то есть представления самого индивида о сущности его заболевания, возможностях терапии (объем, качество, продолжительность), степени сохранившихся компенсаторных механизмов.

Однако реабилитационный потенциал психически больного не исчерпывается реабилитационным потенциалом организма и личности. Человек, имеющий болезнь или дефект, существует и действует в определенном социальном окружении, то есть имеет так называемое социальное «реабилитационное поле». Формирование ИПР и оценка реабилитационного потенциала индивида базируются на так называемом реабилитационном диагнозе.

Реабилитационный диагноз лиц с психическими расстройствами интегрирует три многоуровневые составляющие:

- клинико-функциональный диагноз, включающий в себя основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность, их стойкость и степень выраженности, тип и темп течения болезни, наличие осложняющего фактора (иного заболевания);

- психологический «диагноз», состоящий из психологического «портрета», патопсихологического анализа форм реагирования личности, оценки состояния психических процессов (памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы), психологического анализа внутренней модели болезни;

- социальный «диагноз», включающий комплекс социальнобытовых, социально-средовых и профессионально-реабилитационных возможностей индивида.

Таковы базисные позиции, на которых основывается организация и проведение в жизнь основных аспектов реабилитации.

**Реабилитация лиц, имеющих психические расстройства**

**Медико-биологический аспект** реабилитации лиц, имеющих психические расстройства, направлен на полное или частичное восстановление психического и соматического здоровья или на возможное замедление развитие заболевания, предупреждение обострений и рецидивов.

Медико-биологическая реабилитация является начальным звеном в системе общей реабилитации и может проходить параллельно с любыми другими видами реабилитации.

К методам медицинской реабилитации относятся: фармакотерапия и лечение средствами народной медицины, диетическое питание, методы физического воздействия (массаж, физиотерапия), санаторно-курортное лечение.

**Психологический аспект** реабилитации лиц с психическими расстройствами предусматривает трансформацию мотивационной сферы или системы социально-психологических отношений человека. С этих позиций выделяют следующие варианты психологического аспекта реабилитации.

- Коррекция оптимального психологического контакта, поскольку в процессе реабилитации может возникать необходимость уточнить, изменить нюансы системы отношений «врач-больной» для реализации реабилитации;

- Коррекция состояния фрустрации, т.к. реабилитация есть пролонгированный во времени процесс и особая форма деятельности больного, то на этом пути возможны неудачи, отступления, следовательно, могут возникать вторичные фрустрации, которые требуют своевременного вмешательства психолога.

- Коррекция мотивационной сферы (уровня притязаний, самооценки, шкалы ценностей, реальной и абстрактной перспективы), потому что всегда следует иметь в виду, что изменение реабилитационной программы должно быть не только понятно больным, но и принято им, что ведет к изменению личности.

- Коррекция внутренней модели болезни. В процессе реабилитации при условии стойкого оптимального психологического контакта, под воздействием усилий психолога возможно постепенное изменение представлений реабилитанта о своих компенсаторных возможностях, что ведет к изменению реакции на болезнь, отношения к ней.

- Коррекция системы социально-психологических отношений. Длительное существование индивида в ситуации «болезнь» формирует и новые социальные роли «больного», «инвалида», что ведет к стабилизации жизненного стереотипа через деятельность в социальных группах (семья, товарищи по работе, учебная группа, группа по интересам). В процессе реабилитации необходима периодическая коррекция социальных ролей – «иждивенца», «больного», «инвалида». Такая коррекция позволяет на разных этапах реабилитации регулировать оттенки и уточнять социальные роли реабилитанта, приближать его поведение к ситуативно-адекватному, т.е. полнее адаптировать в микросоциум.

**Социальный аспект** реабилитации лиц, с психическими расстройствами, – это комплекс мер, направленных на повышение уровня функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных или утраченных больным или инвалидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья.

Лица, имеющие психические расстройства относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения.

**При психических расстройствах** заметно нарушаются мотивационно-волевые компоненты личности, ухудшаются аналитические способности, соответственно снижается и возможность правильной оценки ситуации и моделирования адекватного поведения, снижаются также возможности самостоятельного жизнеобеспечения, создания и сохранения семьи, проявляется эмоциональная незрелость и коммуникативная неэффективность, рушатся социальные связи.

Ограничение способности к самообслуживанию у лиц с психическими расстройствами может колебаться от элементарной неспособности выполнять повседневную бытовую деятельность до полной утраты навыков личной гигиены и самостоятельных физиологических отправлений, когда возникает необходимость в посторонней помощи.

Ограничение способности самостоятельного передвижения может выражаться либо в моторной заторможенности, замедленности движений, либо в полной неподвижности (ступор, адинамия) и необходимости в постоянном уходе.

Ограничение способности к обучению колеблется от невозможности выполнения сложного задания учебного процесса (вследствие утомляемости, рассеянного внимания, снижения энергетического потенциала) до полной утраты способности к усвоению общеобразовательных и профессиональных знаний.

Ограничение способности к трудовой деятельности выражается как в снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности, так и в невозможности продолжать какую-либо трудовую деятельность.

Ограничение способности к ориентации у лиц с психическими расстройствами также имеет широкий диапазон – от неспособности к длительному полноценному, в полном объеме, восприятию информации из-за неустойчивости, рассеянности, сужения объема внимания; при кратковременной периодической неспособности осознавать себя в пространстве и времени до стойких нарушений ориентации во времени, пространстве, ситуации, собственной личности, в результате которых лица, страдающие психическими расстройствами, целиком зависят от помощи и контроля постороннего лица.

Ограничение способности к общению – наиболее частое ограничение жизнедеятельности лиц с психическими нарушениями. Степень выраженности его может быть различной: либо сужение круга лиц, входящих в сферу общения, замедления скорости получения и передачи информации и ограничения ее объема, либо полная утрата способности общения.

Ограничение способности контролировать свое поведение может выражаться как в незначительных некоррегируемых отклонениях поведения, так и в полном отсутствии способности управления своим поведением, что требует постоянного постороннего контроля и наблюдения.

Социальная реабилитация призвана повысить уровень социального функционирования больного.

**Социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, включает в себя следующие виды:**

- Социально-бытовую реабилитацию, т.е. приобретение или восстановление пациентом утраченных в результате болезни навыков по самообслуживанию в быту, в приспособлении к новым условиям жизни.

- Социально-средовую ориентацию. В ходе нее осуществляется ориентация лиц с психическими расстройствами в окружающей среде: установление взаимоотношений с людьми, знакомство с территорией, расположенными на ней необходимыми объектами – магазинами, учреждениями, предприятиями, спортивно- оздоровительными объектами.

- Социально-средовое образование – это процесс обучения индивида навыкам пользования средой, навыкам перемещения в окружающей среде, пользования транспортом, умению самостоятельно приобретать продукты и вещи, посещать общественные места.

- Коррекция профессиональной деятельности. Она включает в себя восстановление профессиональной трудоспособности лиц, утративших в той или иной степени трудоспособность, профессиональную ориентацию, переориентацию и предусматривает мероприятия, направленные на профессионально-производственную адаптацию инвалида, приспособление рабочего места к функциональным возможностям психически больного на его прежнем предприятии, организацию специальных цехов и предприятий для лиц, имеющих психические расстройства, с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем.

- Юридическая коррекция, а именно: уточнение реабилитантом с помощью специалиста по социальной работе своих прав, социальных льгот.

- Коррекция семейной ситуации. С помощью специалиста по социальной работе изменение системы социальных отношений к реабилитанту со стороны родных и ближайшего социального окружения, создание благоприятной микросреды.

- Социокультурная реабилитацию. Специалист по социальной работе способствует развитию интересов в области музыки, изобразительного искусства, литературы и организации здорового образа жизни. Социокультурная деятельность выступает важнейшим социализирующим фактором, приобщая людей к общению, согласованию действий, восстанавливая их самооценку.

Социальная реабилитация лиц, имеющих психические расстройства, имеет свои **особенности.** Эти особенности в первую очередь связаны с тем обстоятельством, что при психических расстройствах серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Многие психические нарушения не только приводят к стойкой утрате трудоспособности и выходу на инвалидность, но и способствуют социальной изоляции больных, утрате социальных связей и многих социальных функций. Поэтому реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами – это, прежде всего, их ресоциализация, то есть возвращение в общество.

Социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами проводится одновременно с медикаментозным лечением. Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от клинического состояния и сохранности социальной компетентности больного. При выраженных психических нарушениях первостепенное значение отводится биологической терапии. По мере затухания остроты процесса и редукции психопатологической симптоматики присоединяются психосоциальные методы воздействия. Последние, в свою очередь, имеют постепенный и нарастающий характер с переходом от одного реабилитационного мероприятия к другому.

Начальный этап социальной реабилитации имеет целью предотвращение формирования психического дефекта, явлений «госпитализма». Своевременность введения социотерапевтических методов работы с пациентом способствуют сокращению сроков госпитализации, предотвращают развитие иждивенческих, пассивно-потребительских стереотипов поведения.

На втором этапе реабилитации биологическая терапия обычно ограничивается «поддерживающими» дозами психотропных средств, а на первое место выступают социальная коррекция и средовая адаптация. Основной стратегической целью в ведении больного является повышение самосознания личности и ее социальной активности, адаптация к новым условиям жизни или возвращение к полноценному прежнему уровню социального функционирования с восстановлением семейных, трудовых и других социальных связей.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий во многом определяется возможностью проведения необходимого в каждом конкретном случае комплекса социотерапевтических приемов и осуществления полипрофессионального бригадного подхода к оказанию помощи. Система обслуживания больного должна строиться в виде «звезды» с наиболее возможным обеспечением преемственности, а не «цепочки», в которой пациент посылается из одного учреждения в другое. Длительность реабилитационного процесса определяется потребностью каждого конкретного случая – от нескольких недель до многих лет. Социальную реабилитацию можно считать завершенной только тогда, когда личность пациента во всем многообразии ее социальных отношений достигла уровня, максимально возможного и приближенного к доболезненному.

В процессе реабилитации важно выработать у клиента адекватное отношение к его заболеванию, внушить уверенность в выздоровлении и желание принимать активное участие в реабилитационном процессе. Основополагающим динамическим методом реабилитации является рациональная терапия. В его основе лежит разъяснение пациенту причин и сути его заболевания, социальной или личностной проблемы, способов разрешения конфликтной ситуации. В процессе терапевтического воздействия кроме разъяснения используется внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекция поведения больного.

В социальной реабилитации особое место занимает **работа с семьей психически больного**. Семья представляет микросоциум, в котором проходит формирование личности индивида, стереотипов его поведения и социальных ролей. Как реабилитационная среда семья обеспечивает внутрисемейную заботу, физическую помощь, психологическую поддержку. От атмосферы в семье и позиции членов семьи по отношению к психически больному в значительной степени зависят его дальнейшая судьба, самооценка и реабилитационный потенциал. В то же время в семье, в связи с наличием психически больного, возникает масса проблем психологического, организационно-воспитательного и информационного характера. Страдают внешние связи семьи, распадается социальная сеть, реже осуществляются контакты с родственниками, друзьями. Семья как бы делает крен в социальных связях в сторону контактов с лицами, осуществляющими медикосоциальную помощь (медицинские и социальные работники).

Задачи специалиста при работе с семьей носят разноплановый характер – это оказание психологической, эмоциональной поддержки, налаживание межличностных отношений и обучение родственников адаптивно-коррекционному поведению с больным человеком. Формы социальной работы с семьей разнообразны: индивидуальные беседы с родственниками или одним из членов семьи, групповая работа с семьями, в которых имеются психически больные со сходными расстройствами, организация клубов общения и общественных организаций клубов душевнобольных.

В процессе психического расстройства отношение членов семьи к больному претерпевает заметные изменения. На первом этапе возникает чувство растерянности и непонимания происходящего. Родственники признаки психического заболевания еще не считают патологическими, особенности поведения трактуют как характерологические отклонения. На втором этапе признаки психического расстройства становятся очевидными. Члены семьи начинают проявлять избыточную эмоциональную вовлеченность, гиперопеку по отношению к больному с игнорированием собственных интересов, возникает чувство вины, начинаются самообвинения в болезни близкого человека. На третьем этапе приходит признание своей беспомощности, контакты становятся более формальными, возникает психологическая отгороженность от больного. Нередко семья распадается. В социальной реабилитации большое значение придается формированию адекватного отношения членов семьи к больному. В семье следует обсудить и установить определенные правила и ограничения. Структурирование, упорядочивание времяпрепровождения и обязанностей подопечного облегчит жизнь ему самому и его родственникам. Следующая важнейшая и очень трудная задача – это сохранение позитивного отношения у родственников больного в перспективе. Избегать негативных чувств перед лицом разрушительной болезни бывает очень нелегко. Но спокойное отношение к неадекватным высказываниям и поведению больного, оптимистичный взгляд на будущее, уважительное отношение к личности больного в любой ситуации помогут ему поддержать уверенность и самооценку, что играет важную роль в реабилитации. Многие семьи психически больных изолированы. Интеграция психически больных и их родственников в общество – важный аспект социальной реабилитации. Помощь и поддержку родственники психически больного могут получить в группах самоподдержки и общественных объединениях.