

*Вильям Энтони
Микал Коэн
Мариан Фаркас*

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Издательство «Сфера»
Киев 2001

THE CHARITABLE FOUNDATION PUBLISHING HOUSE "SPHERE" IS FOUNDED BY BOTH THE UKRAINIAN-AMERICAN BUREAU FOR THE PROTECTION OF HUMAN RIGHTS AND THE INTERNATIONAL FOUNDATION "GENEVA INITIATIVE ON PSYCHIATRY" WITH THE PURPOSE OF PUBLISHING BOOKS AND BROCHURES WHICH CONTRIBUTE TO THE CREATION OF A CIVIL SOCIETY AND DEVELOPMENT OF SCIENCE IN UKRAINE ON A NONCOMMERCIAL BASIS

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Сфера

МЕЖДУНАРОДНЫЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД
ОСНОВАН УКРАИНСКО-АМЕРИКАНСКИМ БЮРО ЗАЩИТЫ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И МЕЖДУНАРОДНЫМ ФОНДОМ "ЖЕНЕВСКАЯ ИНИЦИАТИВА В ПСИХИАТРИИ" С ЦЕЛЬЮ ИЗДАНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ГУМАНИТАРНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ НА НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОСНОВЕ

*William Anthony
Mikal Cohen
Marianne Farkas*

Psychiatric Rehabilitation

Center for
Psychiatric
Rehabilitation

Boston University
Sargent College of Allied Health Professions
Boston

*Вильям Энтони
Микал Коэн
Мариан Фаркас*

Психиатрическая реабилитация

Издательство «Сфера»
Киев 2001

Перевел с английского В. Штенгелов

Роберту Каркафу — нашему наставнику

Авторы передали все средства от продажи этой книги на развитие Центра психиатрической реабилитации.

Оглавление

<i>Предисловие</i>	<i>xi</i>
<i>От авторов</i>	<i>xv</i>
<i>Благодарность</i>	<i>xix</i>
1 Вступление	1
Сфера психиатрической реабилитации	2
Лица, нуждающиеся в психиатрической реабилитации	4
Различия между лечением и реабилитацией	7
Потребность в психиатрическом реабилитационном подходе	11
Взгляд в будущее	13
2 Обзор исследований: исторические мифы	15
Исторические корни	16
Развенчивая мифы прошлого	20
Миф сегодняшний	38
Заключение	39
3 Обзор исследований: реалии сегодняшнего дня	41
Исследования, включенные в обзор	42
Основные экспериментальные исследования, не включенные в обзор	43
Характеристика местопребывания, образования и занятости лиц с тяжелыми психическими расстройствами	47
Обзор литературы	50
Проблемы будущих исследований	60
Заключение	63

4	<i>Идеология</i>	65
	Модель реабилитации	66
	Основные принципы психиатрической реабилитации	69
	Заключение	79
5	<i>Процесс и технология</i>	81
	Процесс психиатрической реабилитации	82
	Технология психиатрической реабилитации	89
	Заключение	98
6	<i>Диагностика</i>	99
	Пример традиционного психиатрического диагноза и психиатрического реабилитационного диагноза одного и того же больного	100
	Эмпирические основы диагностического подхода в психиатрической реабилитации	104
	Элементы психиатрического реабилитационного диагноза	105
	Диагностическое интервью в практике психиатрической реабилитации	109
	Диагностические методы психиатрической реабилитации	115
	Заключительные комментарии	117
7	<i>Планы и вмешательства</i>	119
	Обзор научных исследований	120
	Проблемы и принципы вмешательств	130
	Заключительные комментарии	134
8	<i>Персонал</i>	135
	Дипломированные специалисты	137
	Функциональные профессионалы	145
	Семьи	146
	Пользователи	151
	Заключительные комментарии	154
9	<i>Программы</i>	155
	Реабилитационная миссия	156

Структура, которая движет процессом реабилитации	159
Реабилитационное окружение	166
Современные учреждения психиатрической реабилитации — как их оценивать?	170
Заключительные комментарии	175
10	<i>Системы обслуживания</i>
177	
Потребность в поддерживающей системе для психиатрического реабилитационного подхода	178
Исследования систем обслуживания	180
Реакция на дефекты системы в 1980-х годах	183
Внедрение психиатрического реабилитационного подхода в систему охраны психического здоровья	191
Окружение, в котором функционирует система охраны психического здоровья	195
Ловушки из прошлого в планировании служб психического здоровья	198
Заключительные комментарии	201
11	<i>Технология изменений</i>
203	
Опыт изменений	204
Технология подготовки специалистов	206
Технология консультирования для изменения программ	209
Технология консультирования для изменения систем обслуживания	216
Заключительные комментарии	220
12	<i>Взгляд в будущее</i>
221	
Проблемы прошлого	222
Взгляд в будущее	225
Заключительные комментарии	236
<i>Литература</i>	239

Предисловие

В *Акте о психическом здоровье* — основополагающем документе Объединенной Комиссии по психическим заболеваниям и психическому здоровью — сказано:

«События последних лет отчетливо продемонстрировали ценность усилий по реабилитации больных, страдающих психическими расстройствами или хроническими неврологическими заболеваниями. Изучение наших методов реабилитации, однако, свидетельствует, что они являются несовершенными, неточными и не обладают специфичностью в отношении лиц с различными видами психических и поведенческих расстройств. Сфера реабилитации требует проведения разнообразных научных исследований. В дальнейшем изучении нуждается и вопрос о том, какой тип личности является самым подходящим для работы в области реабилитации, а также о том, какими профессиональными навыками должна обладать эта группа специалистов. При существующем жгучем интересе к реабилитации и ее широком общественном одобрении срочно необходима достаточная материальная поддержка научных исследований в этой сфере».

Монография «Психиатрическая реабилитация» принимает вызов, брошенный 30 лет назад в процитированном документе. Она детально анализирует состояние психиатрической реабилитации как профессиональной сферы и оценивает ее технологические

основы, исследовательскую базу и выдвигаемые профессиональные требования, как это рекомендовала Объединенная комиссия.

Некоторые могут посчитать период времени от постановки задачи до ее решения слишком долгим, но внимательное чтение монографии «Психиатрическая реабилитация» представляет доказательства того, что развитие этой сферы вполне закономерно было медленным. Сложные проблемы в конечном счете требуют таких же сложных и тщательно разработанных решений. Что может быть более сложным и требующим осторожного продвижения вперед, чем задача сформировать общее представление о сфере обслуживания разнообразных групп населения, которые в течение длительного периода времени объединялись понятием «психически больные»?

Действительно, «Психиатрическая реабилитация» подтверждает, что описываемая сфера продолжает развиваться. Авторы в поперечном сечении рассматривают динамическую и изменчивую отрасль и дают нам ретроспективную картину ее развития. Как здесь отмечалось, метод, разработанный в Бостонском университете, где работают авторы, — один из нескольких современных подходов к психиатрической реабилитации, и его создатели широко известны, как пионеры в этой сфере.

Исследование появилось в критический период процесса планирования и функционирования служб психического здоровья. Демографическая ситуация, динамика развития служб психического здоровья и потребности в различных программах для лиц с тяжелыми инвалидизирующими психическими заболеваниями резко изменились за последние три десятилетия — по мере того как все меньше больных проводят долгое время в стационарах. Все возрастающее число психически больных вообще обходится без пребывания в психиатрических больницах и получает все необходимое лечение — независимо от его объема — в лечебных учреждениях по месту жительства. Постоянно апробируются новые организационные структуры и инновационные подходы к оказанию таким больным специализированной помощи. Некоторые подходы отпали, другие вошли неотъемлемой частью в растущий набор методов вмешательства. Во всем этом процессе прослеживаются основные цели: улучшить качество жизни психически больных и помочь им в реализации жизненного потенциала. Но изменения, отмеченные выше, часто ставили вопросов больше, чем решали. В результате этого появилось несколько парадоксов.

Например, в качестве позитивного изменения мы можем рассматривать тот факт, что научились думать о потребностях

психически больных по-новому — это основной и, мы надеемся, устойчивый результат. По мере того, как все больше лиц, оказывающих помощь больным, признавали необходимость лечить как саму болезнь, так и нарушения жизнедеятельности больного, все больше признавалась важность развития систем социальной защиты, привлечения семей к работе с их членами, ставшими инвалидами, планирования альтернативного жилья для пациентов, совершенствования реабилитационных методов.

В противовес этим позитивным изменениям реально существующие структуры и система обслуживания неохотно, однако, переходят на оказание всех возможных видов помощи психически больным. Таким же образом дробление услуг и сфер влияния ограничивало возможности многих программ быть всеобъемлющими. И, наконец, существенное — во многих регионах до сих пор продолжающееся — сокращение финансирования этой сферы, что зачастую вынуждало психически больных добиваться реализации своих прав на полноценное медицинское обслуживание. Понятие о праве на обслуживание для инвалидов является в американской культуре очень спорным.

Реальная оценка политики в сфере обслуживания лиц с психическими расстройствами свидетельствует о том, что указанные противоречия в ближайшие годы могут еще более углубиться. По мере того как лечебные программы еще более расширятся, а клинические характеристики обслуживаемых больных станут разнообразнее, мы будем нуждаться в более сложной и совершенной сети услуг и системе ее администрирования, чтобы удовлетворять разнообразные потребности психически больных. И, прежде всего, нам потребуются профессионалы, преданные гуманным и ответственным целям служения этой категории больных.

Поставленные цели не являются легко достижимыми, но «Психиатрическая реабилитация» — с ее обнадеживающей и позитивной концепцией — внушает оптимизм. Это книга, которая заставляет вспомнить слова Губерта Хамфри (1977) из речи по случаю посвящения его имени зданию Министерства здравоохранения и социального обеспечения США. Будучи в то время тяжело больным раком, Хамфри заявил: «Существует большая разница между провалом и поражением. Провал обозначает, что вы сдаетесь, что вы закончили борьбу. Поражение означает, что вы ждете шанса возвратиться и сражаться до победы».

Описанный в книге «Психиатрическая реабилитация» подход к оказанию помощи психически больным вдохновляет как самих больных, так и специалистов-профессионалов, которые

работают с ними, призывая «сражаться до победы». Это только один из многих подходов, необходимых для обслуживания крайне неоднородной группы психически больных. Как со знанием дела демонстрируют авторы, этот подход, во многом пересекающийся с более традиционными медицинскими вмешательствами, тщательно разработанный и доведенный до совершенства, детально рассмотрен нам в этой книге и представлен нам.

Леона Л. Бахрах, Ph.D.

Литература:

Humphrey, H.H. (1977, November 4). Untitled remarks. Congressional record, Vol. 123, p. 37287.

Joint Commission on Mental Illness and Health. (1961). Action for Mental Health. New York: Basic Books, pp. 274–275.

От авторов

Со времени опубликования в 1979 г. книги «Принципы психиатрической реабилитации» и 6-томной серии «Психиатрическая реабилитационная практика» Центр психиатрической реабилитации Бостонского университета серьезно занимался доказательством того, что сфера психиатрической реабилитации является необходимым, плодотворным и заслуживающим доверия направлением науки.

В начале 1980-х годов Центр был частью системы психиатрической реабилитации, которая не достигла консенсуса в отношении идеологических основ, не интегрировала свои исследования в форму существенной базы знаний, не публиковала широко моделей своих программ и не сформировала технологию реабилитации. В течение первого десятилетия своего существования Центр направлял свои исследования, занимался подготовкой специалистов и оказанием непосредственных услуг, чтобы усовершенствовать работу с другими специалистами в этой сфере и преодолеть вышеуказанные недостатки.

В начале 1990-х годов уже появилось единство взглядов многих специалистов на идеологические основы психиатрической реабилитации, масса научных исследований сформировала базу знаний заслуживающей доверия сферы психиатрической реабилитации, продемонстрированы и распространены разнообразные модели программ, внедрены программы подготовки и усовершенствования специалистов, разработана технология.

Центр внес свой особый вклад в эту деятельность путем

- написания статей, книжных глав и монографий, что способствовало упорядочению идей и эмпирических данных в сфере психиатрической реабилитации;
- проведения научных исследований, направленных на изучение действия различных психиатрических реабилитационных вмешательств на инвалидов от психических заболеваний;
- сообщений на рабочих совещаниях и конференциях в разных странах;
- распространения информации через компьютерные базы данных, электронный бюллетень и посредством совместного издания международного журнала «Журнал психосоциальной реабилитации» и газеты «Новости сети социальной поддержки»;
- разработки, внедрения и оценки эффективности моделей программ: поддерживаемого жилища, поддерживаемого образования и поддерживаемого трудоустройства;
- организации курсов повышения квалификации и консультаций по программам в Северной Америке и Европе;
- подготовки бакалавров, магистров и докторов наук по программе современной психиатрической реабилитации в Бостонском университете;
- разработки технологии подготовки специалистов, которая использована для обучения большого числа профессионалов сферы психиатрической реабилитации.

Эта книга сконцентрировала все знания, которые персонал Центра психиатрической реабилитации приобрел за последние 10 лет. Она основана на опубликованных и на неопубликованных материалах, в нее вошли наши новые мысли в отношении истории, настоящего положения вещей и будущего в развитии сферы психиатрической реабилитации.

Книга написана как введение в предмет для тех, кто желает учиться и специализироваться в сфере психиатрической реабилитации, и как справочник для тех, кто соприкасается с психиатрической реабилитацией в роли администратора, специалиста-практика, исследователя, члена семьи или защитника интересов больного. Книга снабжает читателя информацией о понятийной, исследовательской и технологической основе психиатрической реабилитации. Расширенная библиография основных статей, книжных глав и монографий предоставит читателю дополнительные источники информации по отдельным разделам темы.

Персонал Центра психиатрической реабилитации работал в 1970–1979 гг. в сфере, только встающей на ноги после деинституционализации. 1980-е годы можно рассматривать как переходное десятилетие между ушедшей эрой деинституционализации и будущей эрой реабилитации. Сотрудники Центра психиатрической реабилитации верят в то, что десятилетие 1980-х годов является началом эры реабилитации. Этому событию и посвящена книга.

Благодарность

Прежде всего мы хотели бы отметить большую помощь тех больных и их родственников, которые работали вместе с Центром психиатрической реабилитации — они помогли нашему личностному и профессиональному росту.

Кроме того, мы хотели бы поблагодарить за огромный вклад наших коллег из Центра психиатрической реабилитации. Каждый сотрудник Центра тем или иным образом содействовал написанию этой книги. Вспомогательный персонал,руководимый Авророй Вильбер-Лиг и Дженифер Гратнек, терпеливо и компетентно превращал наши сумбурные заметки в удобочитаемое повествование. Основной персонал — Лэри Кон, Дори Хатгинсон, Лэри Ворд, Дейл Волш, Лаура Манкузо, Энн Салливен и Ким Мак Дональд-Вильсон (руководитель Ле Рой Спаниол) — поделился своим пониманием потребностей и желаний пациентов, а также взглядами на реабилитационные службы будущего. Карен Унгер, Карен Денли и Присцилла Риджвей помогли создать концепцию применения психиатрической реабилитации в новых формах. Исследовательский персонал — Салли Роджерс, Кен Сциараппа и Юми Виллистон — поделился своими знаниями научных работок и подтвердил наше понимание важности достоверных исследований. Персонал по распространению технологий — Билл Кеннард, Рик Форбесс, Билл О'Брайен, Онн Минкс, Пат Немек, Юдит Тейлор и Сью МакНамара — разделил с нами

свою заразительную преданность использованию технологий психиатрической реабилитации, основанную на опыте работы в сотнях агентств, и помог развить наше видение управляемой пациентами системы помощи. Обучающий персонал — Кети Фарлонг-Норман и Сюзан Хехт — помог нам не терять связи с проблемами службы посредством терпеливого накопления и распространения информации о поддержке окружения и реабилитации. Джуди Чамберлен и другие бывшие пациенты поделились с нами своим уникальным опытом и взглядами на психиатрическую реабилитацию и помогли осознать реальное значение нашей работы. Барри Коэн помог в формулировании понятий идеологии, процесса и технологии психиатрической реабилитации. Его понимание и концептуальные воззрения существенно отразились на подходе, представленном в этой книге.

Особая благодарность Линде Гетген. Она использовала свой художественный талант, издательский опыт и дипломатические способности для успешного выпуска этой книги.

*Вильям Энтони
Микал Коэн
Мариан Фаркас*

Вступление

«Сколько раз гремела гроза до того, как Франклин понял намек! Сколько яблок падало на голову Ньютона, пока он понял намек! Природа всегда дает нам намеки. Она намекает нам снова и снова. И вот вдруг мы понимаем намек».

Robert Frost

Основные элементы психиатрического реабилитационного подхода появились в виде намеков более ста лет назад. Различные элементы этого под хода приобретали и теряли популярность, выдвигаясь на первый план почти по случайной случайности, по мере того как сфера охраны психического здоровья проходила через различные фазы своего развития.

1980-е годы были переходным десятилетием — от уходящей эры деинституционализации к будущей эре реабилитации. Это десятилетие прозвучало похоронным звоном по всему, что оставалось от эры деинституционализации, и явилось началом эры реабилитации. 1990-е годы можно рассматривать как десятилетие, в течение которого психиатрическая реабилитация займет свое заслуженное место в триумvirате начал психического здоровья: профилактика, лечение и реабилитация.

В течение более 30 лет вопросы деинституционализации превалярировали в профессиональных журналах и популярной прессе, в то же время мало освещались вопросы реабилитации. Сейчас, однако, отмечается сдвиг интереса в сторону реабилитации.

Деинституционализация и реабилитация значительно отличаются друг от друга. Проблемой деинституционализации является функционирование зданий, проблемой реабилитации — функционирование людей. Деинституционализация закрывает

здания, реабилитация открывает жизнь. Деинституционализация сосредоточена на несеснении больных, реабилитация — на поддержке личности.

В сравнении с деинституционализацией, в центре которой освобождение зданий, реабилитация, имеющая целью улучшение качества жизни, легко вызывает энтузиазм. Интересно, что цель деинституционализации — добиться пребывания меньшего числа людей в больницах в течение меньшего числа дней — может быть также достигнута с помощью реабилитационных методов. Однако к достижению такого же результата специалист приходит, руководствуясь ценностями и принципами реабилитации.

В конечном счете деинституционализация, которая была проведена неудачно, являлась относительно легкой задачей по сравнению с реабилитацией. Деинституционализация открыла двери больниц и дала больным при выписке рецепт на медицинские препараты. Реабилитация пытается открыть двери человеческого сообщества и помочь людям найти рецепт своей жизни. Эра деинституционализации — это вчерашний день. Эра реабилитации перед нами! Она руководит нашей деятельностью в настоящем и открывает нам взгляд в будущее. Деинституционализация стала историческим фактом, возврат к ней большого числа лиц с психическими заболеваниями невозможен по экономическим причинам — общество просто не будет платить за это. Возникает вопрос: куда мы движемся? Ответ на этот вопрос дает психиатрическая реабилитация.

Сфера психиатрической реабилитации

Появляющийся консенсус в отношении общей цели психиатрической реабилитации выглядит таким образом: психиатрическая реабилитация помогает лицам с длительно протекающими психическими заболеваниями улучшить их состояние и помочь добиться успеха при минимальном вмешательстве профессионалов, в окружении, которое они выбрали (Anthony, Cohen, and Cohen, 1983). Важнейшие методы, с помощью которых эта цель достигается, включают развитие специальных навыков, необходимых пользователю для эффективного функционирования, и создание ресурсной базы, требующейся для поддержания или даже повышения существующего уровня жизнедеятельности пациента (Anthony, 1977; Anthony et al., 1983; Liberman and Fox, 1983).

Термин «*психиатрическая реабилитация*» все более широко употребляется в сфере психического здоровья, входит

в профессиональный жаргон и врачей и администраторов программ. В течение последнего десятилетия психиатрическая реабилитация начала занимать свое место в качестве службы, заслуживающей доверие.

Термин «*психиатрическая реабилитация*» настолько широко употребляется, что стало необходимым четко определить, что он в себя включает и чего не включает. Слово «*психиатрическая*» было выбрано для обозначения причины снижения функционирования — мишени реабилитации. Это не означает, что мероприятия должны проводиться психиатром или с использованием психиатрических методов лечения. Термин «*реабилитация*» означает нацеленность подхода, направленного на улучшение функционирования в условиях особого окружения. Несмотря на то, что в реабилитации лиц с психическими расстройствами используется много разнообразных технологий и организаций (например, тренинг социальных навыков, специальные клубы и т.п.), вся реабилитационная сфера исповедует общую идеологию.

От деятельности современных исследователей и специалистов-практиков будет зависеть, станет ли психиатрическая реабилитация жизнеспособной, вызывающей доверие областью науки и практической деятельности, или же останется только в качестве примечания в тексте. В настоящее время многие профессионалы в сфере психического здоровья признают необходимость дополнения существующих лечебных стратегий реабилитационным подходом (Anthony, 1977; Liberman and Foy, 1983). Однако только лишь признание не означает, что психиатрическая реабилитация стала до конца всем понятной. Ведь хотя и все специалисты, связанные с охраной психического здоровья, занимаются реабилитацией, и соответствующие концептуальные и собственно исследовательские статьи появляются в многочисленных профессиональных журналах, однако психиатрическая реабилитация оставалась до последнего времени трудной для определения и понимания.

Предлагаемая книга является попыткой восполнить этот пробел. По существу, здесь, кроме того, что исследуется современное состояние предмета, намечаются и пути его развития. Прослеживается история развития психиатрической реабилитации в условиях соответствующих эпох и развенчанных мифов. Современное состояние психиатрической реабилитации анализируется с учетом ее исследовательской базы, концептуальных основ, идеологического фундамента, технологии и существующей практики.

Особо выделяется зарождающаяся технология психиатрической реабилитации, которая позволяет проводить всестороннюю подготовку специалистов, мониторинг и оценку эффективности практических мероприятий, создание и распространение программ, эмпирические исследования основных составляющих психиатрической реабилитации и интеграцию всеобъемлющего психиатрического реабилитационного подхода в систему охраны психического здоровья.

Лица, нуждающиеся в психиатрической реабилитации

Психиатрическая реабилитация адресована лицам, которые страдают тяжелыми психическими заболеваниями, а не здоровым людям, которые просто не удовлетворены, несчастны или социально ущемлены. Инвалиды психиатрического профиля — это те, кому установлен диагноз психического заболевания, ограничивающего их способность выполнять определенные функции (например, беседовать с родственниками и друзьями, пройти собеседование на работе) и возможность выполнения определенных ролей (например, быть рабочим, студентом).

Несколько попыток определения тяжелой психической несостоятельности представляют собой согласующиеся описания этого состояния. Из таких определений назовем три: используемое Программой общественной поддержки Национального института психического здоровья США (NIMH), определение тяжелой инвалидности Администрации реабилитационных служб (RSA) и определение «хронического психически больного», предложенное Гольдманом (Goldman, Gattozzi, and Taube, 1981).

Программа общественной поддержки (CSP) определила «хронических психически больных» в качестве обслуживаемой группы населения. В данной книге термин «*хронический психически больной*» или его аббревиатура (СМІ) не употребляются в связи со стигматизирующими ярлыками и пессимистическими ожиданиями, связанными с этим термином. Основываясь на многолетнем опыте Программы общественной поддержки, Институт психического здоровья разработал рабочее определение для взрослых пользователей, обслуживаемых Программой (National Institute of Mental Health, 1980). Это определение включает важные характеристики группы населения, которой посвящена данная книга (см. табл. 1.1).

Таблица 1.1. *Программа общественной поддержки (ПОП): определение обслуживаемой группы населения*

1. Тяжелая инвалидизация вследствие психического заболевания

Клиенты программы обычно соответствуют минимум одному из следующих критериев:

- Получали психиатрическое лечение, более интенсивное, чем амбулаторное и больше чем один раз в жизни (например, неотложная помощь, стационар на дому, частичная госпитализация, помещение в больницу).
- Получили однократно непрерывное, структурированное поддерживающее лечение у специалистов, но не в больнице (residential care), в течение 2 лет как минимум.

2. Нарушение ролевого функционирования

Клиенты ПОП обычно соответствуют минимум двум следующим критериям в течение не менее 2 лет (постоянно или с перерывами).

- Являются безработными, работают в специально созданных условиях или имеют значительно ограниченные трудовые навыки и неудовлетворительный трудовой анамнез.
- Не могут обходиться без финансовой поддержки из общественных фондов для своего содержания вне стационара и часто не способны получить эти средства без посторонней помощи.
- Демонстрируют резко выраженную неспособность к установлению и поддержанию социальных отношений.
- Нуждаются в помощи в ситуациях, когда требуются основные повседневные навыки.
- Демонстрируют не соответствующее правилам социальное поведение, которое приводит к вмешательству психиатрической службы или правоохранительных органов.

Адаптировано из: National Institute of Mental Health. (1980). Announcement of community support system strategy development and implementation grants (pp. iii, iv). Rockville, MD: Author.

Другое рабочее определение предложено Goldman et al. (1981). Авторы характеризуют инвалида вследствие психических нарушений в сопоставлении с диагнозом, нарушением функционирования организма и продолжительностью расстройства. В мире число лиц с тяжелыми психическими расстройствами, оцениваемое в пределах 1,7–2,4 миллиона, часто основывается на анализе,

проведенном упомянутыми авторами. Goldman et al. (1981) определяют «хронического психически больного» как человека страдающего тяжелым психическим расстройством (обычно психозом) с инвалидизацией от умеренной до глубокой степени (например, функциональной несостоятельностью) значительной продолжительности (например, большой срок пребывания в специальном учреждении).

Еще одно определение тяжести расстройства использует Администрация реабилитационных служб в таком виде, как оно дано в Законе о реабилитации 1973 г. Закон определяет тяжелый дефект, как «несостоятельность, которая требует оказания помощи в большом объеме и на протяжении длительного времени». Психическое заболевание приводится как пример специфического расстройства, приводящего к тяжелой несостоятельности личности — физическому или психическому состоянию, которое ограничивает ее деятельность или функционирование. Лица с тяжелой несостоятельностью являются приоритетной группой для обслуживания в соответствии с Законом о реабилитации 1973 г.

Каждое из приведенных определений содержит общие элементы: диагноз психического заболевания, продолжительность течения и функциональную или ролевую несостоятельность. Хотя достигнут консенсус в отношении характеристик лиц с психической несостоятельностью, до общего мнения по поводу точного рабочего определения этих характеристик еще далеко (Bachrach, 1988a). Преобладающие характеристики лиц, которым посвящена эта книга, соответствуют описанию Goldman тяжелого психического расстройства, приводящего к длительной инвалидизации. Объем понятия в этом случае выходит за рамки традиционных подходов и описывает популяцию больных, характеризующихся выраженной профессиональной или социальной несостоятельностью и невротоподобными реакциями на стресс (Summers, 1981). Включая различные диагностические категории, описываемая популяция состоит из лиц, страдающих психическими заболеваниями и неадекватно функционирующих в окружении, где они живут, учатся и работают (Adler, Drake, Berlant, Ellison, and Carson, 1987; Dion and Anthony, 1987; Pepper and Ryglewicz, 1988). Это именно те лица, которым показан психиатрический реабилитационный подход.

В составе популяции инвалидов с тяжелыми психическими расстройствами выделяется несколько подгрупп: молодые люди (например, Bachrach, 1982b; Harris and Bergman, 1987b; Pepper and Ryglewicz, 1984), бездомные (например, Farr, 1984), пожилые

(например, Gaitz, 1984), инвалидизированные вследствие одновременно соматических и психических заболеваний (например, Pelletier, Rogers, and Thurer, 1985), инвалиды детства (например, Eaton and Menolascino, 1982; Reiss, 1987), лица, злоупотребляющие психоактивными веществами (например, Bachrach, in press; Foy, 1984, Talbot, 1986).

Идеология и технология психиатрической реабилитации, описанные в этой книге, могут быть использованы при обслуживании каждой из этих подгрупп. Независимо от того, что подгруппы инвалидов от психических заболеваний различаются по возрасту (например, пожилые или молодые люди), месту жительства (например, бездомные), по сопутствующим диагнозам (например, физические дефекты, дефекты развития, злоупотребление психоактивными веществами), психиатрическая реабилитация будет полезной для всех указанных групп. Реабилитационный подход направлен на улучшение функционирования личности и не теряет своего значения из-за таких факторов, как ее возраст, место жительства или сопутствующий диагноз.

Различия между лечением и реабилитацией

В настоящем разделе обобщенно проанализированы различия между лечением и реабилитацией, подчеркнут уникальный вклад реабилитационного подхода, иллюстрируя то, как лечение и реабилитация дополняют друг друга. Практика психиатрической реабилитации и практика психиатрического лечения (например, психотерапии, фармакотерапии) до некоторой степени перекрывают друг друга. Собственно терапевтические и реабилитационные мероприятия в идеале проводятся непосредственно или одно за другим, или одновременно. Характерно также, что методики лечения и реабилитации часто включены в единую программу либо в разные программы, реализуемые одним агентством. Кроме того, лечением и реабилитацией иногда занимается один специалист.

Однако для того, чтобы сфера психиатрической реабилитации работала с полной эффективностью в интересах лиц с психической несостоятельностью, необходимо все же четко определить различия между лечением и реабилитацией. Максимальная эффективность работы специалистов психиатрической реабилитации может быть достигнута лишь в том случае, когда психиатрическая реабилитация не будет рассматриваться как бедная родственница психиатрического лечения. Очень часто в

прошлом психиатрическая реабилитация или вообще не принималась во внимание, или применялась после окончания лечения, или же о ней вспоминали как об альтернативе, когда лечение не удавалось. К сожалению, в настоящее время во многих программах психиатрической реабилитации применяются скорее технологии лечения, чем собственно методы реабилитации. Во многих реабилитационных агентствах (например, стационарные группы) существует тенденция использовать в качестве основного метода фармакотерапию в комбинации с индивидуальной или групповой психотерапией (иногда прикрываемой названием «групповая дискуссия»). Кроме того, специалисты психиатрической реабилитации часто излишне озабочены психиатрическим диагнозом, хотя исследования по реабилитации свидетельствуют: диагностический ярлык сам по себе дает мало информации, имеющей отношение к назначению реабилитационных вмешательств или к прогнозу их эффективности. Более того, персонал, оказывающий реабилитационные услуги, часто подбирается с учетом его подготовки в использовании не технологии психиатрической реабилитации, а лечебных методик.

При внимательном изучении реабилитационных программ часто обнаруживается, что различия между лечением и реабилитацией не отражают того, что происходит на практике. Изменились только позиции игроков, правила игры остаются теми же. Фактически реабилитационные программы часто оцениваются в соответствии с используемой терапевтической моделью. Оценка склоняется в позитивную сторону, если реабилитационная программа включает психотерапию или предусматривает высокооплачиваемого консультанта по лечебным вопросам, то есть лечение продолжает занимать более высокий статус, чем реабилитация. Нередко профессионалы, разрабатывая программы психиатрической реабилитации, вынуждены упоминать, что в дополнение к своим будничным занятиям они проводят еще и терапию.

Специалист сферы реабилитации — будь то психиатр, консультант по реабилитации, психолог, социальный работник, медицинская сестра, специалист по трудотерапии или консультант по вопросам психического здоровья — должен знать ответ на вопрос: что я в действительности могу сделать для инвалидов от психических заболеваний из того, что не является вариациями фармако- или психотерапии? Сфера психиатрической реабилитации должна больше определяться тем, что в ней есть, а не тем, чего в ней нет. Уникальную идеологию и технологию психиатрической реабилитации необходимо принять для того,

чтобы специалисты сферы психического здоровья, занимающиеся реабилитацией, могли освоить особый комплекс навыков и умений, основанных на знании процесса психиатрической реабилитации.

В табл. 1.2 представлена сводка традиционно выделяемых различий между собственно лечением и реабилитацией личности. Данные в первом столбце табл. 1.2 подтверждают, что цель реабилитации — улучшение функционирования личности в конкретном окружении; что реабилитационные вмешательства могут проходить без обоснования их теорией причинности; что реабилитационное вмешательство направлено не на причины болезни, а на функционирование личности в настоящее время и задачи для будущего; что реабилитационный диагноз акцентирует внимание на сохранившихся возможностях больного и поддержке их извне; что реабилитационное вмешательство основывается на этом реабилитационном диагнозе и имеет целью развить возможности больного и усилить его поддержку извне; что историческими корнями реабилитации служат развитие гуманитарных ресурсов, профессиональная реабилитация, специальное обучение, физиотерапия и физическая реабилитация, а также клиент-ориентированная терапия. Во второй колонке табл. 1.2 перечислены основные черты лечебного подхода.

В прошлом основные различия между психиатрическим лечением и психиатрической реабилитацией чаще всего пытались втиснуть в рамки идеологии. Реабилитация первично была направлена на развитие качеств личности с опорой на сохранившиеся позитивные черты для восстановления ее способности жить в обществе. Психиатрическое же лечение обычно направлялось на редукцию симптоматики больного с акцентом на обязательном смягчении клинической картины.

К сожалению, эти идеологические различия не воплотились в различия на практике. Практика психиатрической реабилитации осталась в основном подобной практике лечения. Программы подготовки специалистов сферы психиатрической реабилитации, предусматривающие включение уникальных методик и навыков психиатрической реабилитации, или отсутствуют, или освещают в основном теорию и методики лечения. Идеологические различия между лечением и реабилитацией проявились на практике психиатрической реабилитации только тем, что реабилитация может проводиться и не в лечебных учреждениях.

Настоящая книга дает определения специфической идеологии и технологии психиатрической реабилитации. Хотя как лечение, так и реабилитация входят в единый процесс оказания

Таблица 1.2. Традиционно выделяемые различия между лечением и реабилитацией

	<i>Лечение</i>	<i>Реабилитация</i>
Цель	«Врачевание», редукция симптоматики или развитие терапевтического инсайта	Улучшение функционирования в специфическом окружении
Основополагающая теория	Основывается на множестве теорий причинности, которые определяют характер вмешательства	Нет теории причинности
Направленность	Прошлое, настоящее и будущее	Настоящее и будущее
Содержание диагноза	Оценивает симптомы и возможные причины их появления	Оценивает сохранившиеся возможности больного и оказывает поддержку извне
Основные методы	Психотерапия, фармакотерапия	Обучение навыкам, программирование навыков, координация ресурсов, модификация ресурсов
Исторические корни	Психодинамическая теория, соматическая медицина	Развитие гуманитарных ресурсов, профессиональная реабилитация, физическая реабилитация, клиент-ориентированная терапия, специальное обучение

помощи лицам с психическими расстройствами, концептуально они должны быть разделены с тем, чтобы реабилитационный процесс получил признание за его уникальный вклад.

Потребность в психиатрическом реабилитационном подходе

Потребность в психиатрическом реабилитационном подходе для помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами широко декларирована. На самом деле это, вероятно, единственный подход, который интересует широкий круг лиц и организаций, включая членов семей, группы взаимопомощи и защиты интересов больных, Национальный институт психического здоровья, Администрацию реабилитационных служб и множество агентств по охране психического здоровья в разных штатах. Более того, существуют данные, которые подтверждают насущную необходимость реабилитации для этой группы больных (Solomon, Gordon and Davis, 1983; Wasylenki, Goering, Lancee, Fisher, and Freedman, 1981). Однако, несмотря на все это, до недавнего времени слабый интерес к психиатрической реабилитации проявляли университетские преподаватели, которые готовят специалистов сферы психического здоровья (Anthony, Cohen and Farkas, 1988; Bevilacqua, 1984; Talbot, 1984).

Национальный альянс в защиту прав психически больных (NAMI) стал рупором родственников инвалидов вследствие психических расстройств. Обследование членов NAMI, проведенное Спаниолем (Spaniol and Zpple, 1988), как и другие работы (Castaneda and Sommer, 1986), подтвердили, что члены семей больных испытывали величайшую нужду в развитых службах социальной и профессиональной реабилитации. Исследование, которым охватили также лиц, отстаивающих интересы больных (Lecklitner and Greenberg, 1983), доказало, что большинство из них считает наиболее эффективной в работе с инвалидами от психических заболеваний одну стратегию — это «акцент на реабилитационном подходе» (с. 428).

Необходимость в развитии служб реабилитации ярко проиллюстрирована на втором этапе движения деинституционализации (Farkas and Anthony, 1981). Сокращение на две трети числа коек в психиатрических больницах штатов привело к значительному увеличению числа лиц с тяжелыми психическими расстройствами из больничной палаты попавших на задворки, а часто и на главные улицы городов.

Чаще появляясь в общественных местах, некоторые из этих больных демонстрировали функциональную несостоятельность, и в 1977 г. Национальный институт психического здоровья создал Программу общественной поддержки (ПОП). Программа

была разработана в качестве эксперимента по сотрудничеству федеральных органов и администрации штатов при изучении стратегий обслуживания в сообществах по месту жительства лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Общенациональные данные о лицах,обслуживавшихся ПОП в самом начале ее работы,свидетельствуют о резко выраженной функциональной несостоятельности больных в этой группе. Например,средний годовой доход в группе составил 3900 долларов; 50% получали помощь из средств социального страхования; около 10% работали; из безработных только 9% активно искали работу; лишь 12% имели собственную семью; 71% редко участвовали или никогда не участвовали в групповых развлечениях,так что отсутствие структурированной деятельности при отсутствии работы не компенсировалось (Goldstrom and Manderscheid,1982). Дальнейшее обследование клиентов ПОП выявило такой же уровень несостоятельности (Mulkern and Manderscheid,1982).

Данные обследования NAMI, изложенные Spaniol, также свидетельствуют о функциональной несостоятельности больных этой группы. Только около 5% лиц с тяжелыми психическими расстройствами,по словам членов их семей,имеют постоянную работу на общих основаниях,несмотря на то, что 92% из них окончили среднюю школу и 60% имеют более высокое образование или являются студентами! Неудивительно в таком случае, что семьи выступают за развитие реабилитационных служб (Spaniol and Zpple,1988). Spivak, Siegel, Sklaver, Deuscle и Garrett (1982) обследовали 99 лиц с хроническими психическими расстройствами,наблюдающихся в региональном центре психического здоровья. Они отмечают,что группа «отличалась низким уровнем образования,материального состояния и профессиональной подготовки; только 13% работали более чем на половину ставки, хотя, по оценке, около двух третей были трудоспособными» (с. 241). Эти авторы считают,что полученные данные указывают на необходимость реабилитационного подхода,направленного на «решение задач и развитие навыков и умений».

Хотя данные о функциональной и ролевой несостоятельности лиц с тяжелыми психическими заболеваниями свидетельствуют о необходимости реабилитационного подхода,реабилитационные услуги обычно не предоставляются (Wasylenki et al., 1985). Например,группа из 550 пациентов,выписанных из двух психиатрических больниц,наблюдалась в течение года (Solomon et al.,1983). Большинство из этих лиц были под психиатрическим наблюдением,получали индивидуальную терапию и фармакооте-

рапию. Только немногим оказывались реабилитационные услуги. «Очень вероятно, что гораздо больше пациентов, чем это есть в настоящее время, могут получить пользу от служб социальной помощи и профессиональной подготовки. Значительно большее число лиц, чем те, которые получили помощь в реабилитационных службах, по оценкам социальных работников нуждались в этом при выписке из стационаров» (Solomon et al., 1983, с. 39).

Взгляд в будущее

Сведения, полученные от пользователей, а также различные обследования, подтверждающие необходимость развития психиатрических реабилитационных служб, разительно контрастируют с нехваткой таких служб и квалифицированных специалистов. Есть надежда, что долговременная потребность в постоянном развитии психиатрической реабилитации будет основана на научных исследованиях ее эффективности.

В сфере охраны психического здоровья с появлением реабилитационного подхода открылось новое поле деятельности. Множество потребностей лиц с тяжелыми психическими расстройствами не охвачены существующими службами. Однако, если сфера психиатрической реабилитации предназначена принести значительную пользу системе охраны психического здоровья, и, в конечном счете тем, кому эта система призвана служить, она должна основываться не только на удачном выборе времени или стараниях отдельных лиц. Ибо эти последние факторы, хотя и являются побуждающими, не дают гарантии совершенного и эффективного обслуживания пациентов. Конечная эффективность сферы психиатрической реабилитации будет основываться на совершенствовании соотношения знаний и умений тех, кто в этой сфере работает, структуре программ, которые они развивают, и характеристикам систем, поддерживающих эти программы.

Обзор исследований: исторические мифы

«Человек никогда не должен стыдиться признания в своих ошибках, это является всего лишь констатацией факта, что сегодня он умнее, чем был вчера».

Jonathan Swift

Времена меняются и всегда будут меняться. И кое-что из прошлого будет полезным целям реабилитации. Действительно, хотя и опыт прошлого отягощен ошибками, накоплено много положительного. В настоящей главе рассмотрены некоторые исторические аспекты развития сферы психического здоровья и реабилитации с акцентом на их позитивном влиянии на современную практику психиатрической реабилитации. Кроме того, предложены 15 мифов, которые замедлили внедрение

Фрагменты этой главы являются отрывками из публикаций (с разрешения их авторов):

Anthony, W.A., & Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542–559.

Anthony, W.A., Kennard, W.A., O'Brien, W.F., & Forbess, R. (1986). Psychiatric Rehabilitation: Past myths and current realities. *Community Mental Health Journal*, 22, 249–264.

Farkas, M.D., Anthony, W.A., & Cohen, M.R. (1989). An overview of psychiatric rehabilitation: The approach and its programs. In M. Farkas & W.A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*, pp. 1–27. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

и использование психиатрического реабилитационного подхода, — они рассматриваются в свете современных научных исследований.

Как упоминалось в главе 1, цель психиатрической реабилитации — помогать лицам с хроническими *психическими расстройствами* стабилизировать ремиссию таким образом, чтобы они могли быть удовлетворенными при минимальном вмешательстве профессионалов, пребывая в окружении, которое сами выбрали (Anthony et al., 1983). Главное состоит именно в том, что психиатрическая реабилитация помогает людям лучше функционировать в выбранном ими окружении. Процесс, посредством которого это достигается, включает развитие умений больных и усиление поддержки со стороны их окружения; другими словами, психиатрическая реабилитация помогает людям измениться самим, а также изменить окружение, в котором они живут, учатся и работают (Anthony and Margules, 1974).

Исторические корни

Идея психиатрического реабилитационного подхода уходит корнями в XIX век, хотя общее признание как узаконенное и обоснованное вмешательство получила только в последние несколько десятилетий.

Историческими предшественниками методов психиатрического реабилитационного подхода можно назвать 1) эру «моральной» терапии, 2) включение в государственные программы профессиональной реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний, 3) создание локальных центров психического здоровья по месту жительства, 4) организация движения, связанного с центрами психосоциальной реабилитации.

Эра «моральной» терапии

Некоторые идеи, предваряющие психиатрический реабилитационный подход, появились в начале XIX в. в период так называемой эры «моральной» терапии. Приверженцы «моральной» терапии в XIX веке выделяли несколько лечебных принципов, ставших частью сегодняшней практики психиатрической реабилитации. «Моральная» терапия подчеркивала необходимость углубленной всесторонней оценки лиц с инвалидизирующими психическими расстройствами, а также детального изучения их

в процессе трудовой деятельности и вне работы. В психиатрической реабилитации выделяется также и подвергается воздействию функционирование пациентов в профессиональной, рекреационной и социальной сферах. Есть еще одно совпадение с «моральной» терапией, которая признает, что структурированная деятельность имеет большую лечебную ценность, чем вербальная терапия. Иначе говоря, цель психиатрического реабилитационного подхода — заставить человека действовать иным, непатологическим образом, и в основе методов такого подхода лежит именно деятельность, а не просто вербальное воздействие.

Государственная программа трудовой реабилитации

Государственная программа трудовой реабилитации вначале предназначалась для реабилитации инвалидов с физическими недостатками. Поправки 1943 г. к Закону о трудовой реабилитации позволили инвалидам вследствие психических заболеваний также получать финансовую помощь и участвовать в трудовой реабилитации. Эти поправки законодательно утвердили идею реабилитации лиц с психическими расстройствами и послужили основой практики психиатрической реабилитации по улучшению функционирования личности в сфере занятости.

Процедуры трудовой реабилитации стали сейчас неотъемлемой частью истории и прогресса сферы психиатрической реабилитации. Трудовая занятость является основным компонентом модели психиатрической реабилитации Фаунтен Хаус (Beard, Propst, and Malamud, 1982). Хотя в течение нескольких последних десятилетий акценты реабилитации сместились с одной только трудоспособности на функционирование пациентов во всех сферах их жизнедеятельности (например, по месту жительства, учебы, на отдыхе), доступность средств и услуг сферы трудовой реабилитации для инвалидов вследствие психических заболеваний в значительной степени содействовала развитию практики психиатрической реабилитации.

Локальные центры психического здоровья (ЛЦПЗ)

Много написано о неспособности ЛЦПЗ заниматься всесторонним обслуживанием, в котором нуждаются лица с тяжелыми психическими заболеваниями (Bassuk and Gerson, 1978). В связи с движением деинституционализации большое

число людей с хроническими психическими заболеваниями возвратились к местам своего жительства, но они не вошли в основную группу обслуживаемую ЛЦПЗ. Однако идея лечить и обслуживать больных вблизи их места жительства и работы соответствует практике психиатрической реабилитации. Этой практике соответствует также применяющееся специалистами ЛЦПЗ немедленное вмешательство при наступлении у больного кризисного состояния или обострения без отрыва такого пациента от среды обитания вообще или же с кратковременной его госпитализацией. Таким образом, некоторые нововведения движения ЛЦПЗ стали существенной частью психиатрического реабилитационного подхода.

Центры психосоциальной реабилитации

Гроб (1983) и Ратман (1987) изучили происхождение и нынешнее положение центров психосоциальной реабилитации. Первые центры, такие как Фаунтен Хаус и Хоризон Хаус, были созданы группами больных в целях взаимной поддержки и помощи. Эти общественные организации послужили толчком к возникновению первых крупных многопрофильных центров психосоциальной реабилитации, таких как Пороги в Чикаго, Общественный центр психиатрической реабилитации в Ферфаксе, штат Вирджиния, Центр-клуб в Бостоне, Феллоушип Хаус в Майами, Хилл Хаус в Кливленде и Порталс Хаус в Лос-Анджелесе. В этих центрах внедрена в практику идеология психиатрического реабилитационного подхода. Основным принципом их практической деятельности стал тезис о том, что реабилитация в силах помочь повысить уровень умений и навыков лиц с инвалидизирующими психическими расстройствами. С самого начала своего появления эти центры ставили перед собой цель помочь людям не сдаваться болезни, а справляться с требованиями окружения (Wright, 1960). Здесь стали делать акцент на развитии здоровых сторон пользователей, а не на редукции симптоматики болезни (Leitner and Drasgow, 1972). Бирд отметил, что основной девиз деятельности этих центров: «лица, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, способны к продуктивному функционированию» (Beard et al., 1982).

Развитие центров психосоциальной реабилитации способствовало концентрации психиатрического реабилитационного подхода на поведенческих изменениях в окружении пациента. При этом на первый план не ставилось развитие терапевтического

инсайта, достигаемого вербальными методами психотерапии (Dincin, 1981). Деятельность была ориентирована главным образом не на интрапсихические моменты, а на факторы реальности, на развитие способностей больных существовать в конкретной среде даже при наличии резидуальной несостоятельности (Grob, 1983).

Центры психосоциальной реабилитации сыграли значительную роль в развитии психиатрического реабилитационного подхода. Их влияние еще больше увеличится в ближайшем будущем. С 1976 г. центр Фаунтен Хаус проводил крупнейшую в мире программу подготовки специалистов по психиатрической реабилитации, финансируемую вначале Национальным институтом психического здоровья (Fountain House, 1976). Задачей целевого финансирования было помочь ЛЦПЗ и другим агентствам сферы психического здоровья в развитии реабилитационных служб, основанных на разработанной Фаунтен Хаус модели центра психосоциальной реабилитации. В течение 5 лет здесь готовились специалисты из агентств, работающих в 38 штатах США, Округе Колумбия, Швеции и Канаде. За это время число центров психосоциальной реабилитации увеличилось с 18 до 148. Так как Фаунтен Хаус продолжает готовить специалистов и количество центров психосоциальной реабилитации продолжает увеличиваться, о будущих научных исследованиях в этом направлении можно не беспокоиться.

Постепенное признание различий между лечением и реабилитацией

По мере развития сферы психиатрической реабилитации стали четче выявляться ее отличия от психиатрического лечения. Как подчеркивалось в главе 1, основное отличие лечения от реабилитации определялось обычно на основании идеологических принципов. Задача лечения — редуцировать патологические признаки, в то время как цель психиатрической реабилитации — развить возможности и здоровые черты пациентов. Лечение сглаживает нарушения функционирования больных, психиатрическая реабилитация помогает восстановить личности утраченные функции. Leitner и Drasgow (1972) характеризует идеологию реабилитации как «индуцирование здоровья», в отличие от идеологии лечения, заключающейся в «редукции болезни». Вышеназванные авторы утверждают, что наши попытки помощи инвалидам от психических заболеваний в прошлом были

направлены больше на минимизацию болезни, чем на максимизацию здоровья. В том же духе Martin (1959) использовал термин «реабилитация», говоря о «воздействии, которое пытается обнаружить и развить возможности больных — в отличие от лечения, которое напрямую адресуется к несостоятельности пациентов» (с. 56).

В главе 1 подчеркнуты общепризнанные в настоящее время основные различия между лечением и реабилитацией. В отличие от прежних представлений, сфера психиатрической реабилитации сейчас характеризуется не только отсутствием традиционного психотерапевтического акцента, но и наличием общей цели «индукции здоровья». Реабилитация становится полноценным дополнением к психиатрическому лечению.

Развенчивая мифы прошлого

Для дальнейшего развития сферы психиатрической реабилитации и для облегчения восприятия ее идеологии и технологии учреждения службы психического здоровья должны развенчать множество мифов. Эти мифы не только замедляют развитие психиатрической реабилитации, они оказывают негативное влияние на сферу психического здоровья в целом. Исследования 60–80-х годов XX века подтвердили ложность таких мифов.

Пятнадцать мифов, перечисленных в табл. 2.1, не должны больше препятствовать развитию психиатрической реабилитации.

Миф первый. *Большинство лиц с психическими расстройствами успешно реабилитируются.* В действительности же основная часть пациентов, выписанных из психиатрических больниц, возвращается сюда для повторного лечения, причем многократно. Более того, лишь небольшой процент таких пациентов после выписки может конкурировать на общих основаниях на рынке труда.

Во многих исследованиях приводятся оценки вероятности рецидивов для госпитализированных психически больных, получающих традиционную медикаментозную терапию и психотерапию (индивидуальную или групповую). Несмотря на то, что исследования отличаются по времени проведения, контингенту больных, месту проведения, типу учреждений, их результаты удивительно совпадают. Полученная частота рецидивов составляет 35–50% в течение года. Расчетная частота рецидивов за 3–5

Таблица 2.1. *Пятнадцать мифов*

1. Большинство лиц с психическими расстройствами успешно реабилитируются.
2. Повышение мотивации больного к медикаментозному лечению значительно улучшает результаты реабилитации.
3. Традиционные методы лечения, применяемые в стационарах, такие как психотерапия, групповая терапия, фармакотерапия, положительно влияют на эффект реабилитации пациента.
4. Новые методы стационарного лечения, такие как терапия средой (мильотерапия), терапия поощрением («талонная экономика») и терапия отношением, позитивно влияют на результаты реабилитации.
5. Трудотерапия в психиатрических стационарах позитивно влияет на трудовые возможности больных.
6. Курс амбулаторного лечения по месту жительства позволяет достичь лучшего реабилитационного эффекта, чем курс стационарного лечения.
7. Амбулаторные психиатрические учреждения по месту жительства пользуются большей популярностью среди психически больных, чем стационарные.
8. Более важно, где лечится больной, чем как он лечится.
9. Эффект реабилитации в высокой степени коррелирует с характером симптоматики психических расстройств.
10. Нозологический диагноз дает важную информацию о прогнозе реабилитационных мероприятий.
11. Умения и навыки больного в значительной степени зависят от симптоматики его болезни.
12. Способность пациента функционировать в окружении одного типа (например, в стационаре) позволяет предвидеть его функционирование в окружении другого типа (например, на работе).
13. Результат реабилитации может быть точно предсказан специалистом.
14. Результат реабилитации конкретного больного зависит от квалификации проводящих ее специалистов сферы психического здоровья.
15. Прогноз реабилитации положительно коррелирует со стоимостью вмешательства.

лет достигает 65–75% (обзоры Anthony, Buell, Sharratt, and Althoff, 1972; Anthony, Cohen, and Vitalo, 1978). Обзоры исследований последних 10 лет по трудоустройству больных предоставляют слабо обнадеживающие данные о трудовой занятости лиц, выписанных из психиатрических стационаров (Anthony et al., 1972, 1978, Anthony and Nemes, 1984). Более ранние анализы данных о трудоустройстве свидетельствовали, что в течение года, следующего за выпиской из стационара, около 20–30% больных или работают все это время, или трудоустраиваются. Более поздние исследования, касающиеся лиц с более тяжелыми психическими расстройствами, подтвердили: доля работающих составила менее 15%. Некоторые из последних катамнестических исследований содержат данные о 0% работающих среди выписанных из стационаров в связи с деинституционализацией (Farkas, Rogers, and Thurer, 1987).

Эти два критерия эффективности — частота рецидивов и фактическая трудоспособность — были почти единственными в ранних исследованиях результатов психиатрической реабилитации и имеют явные достоинства. Они объективны, имеют отношение непосредственно к больным, их экономические выгоды легко рассчитывать, они делают возможным сравнение исследований, использующих такие же критерии результативности. Несмотря на достоинства, эти два критерия имеют все же много недостатков. Для будущих исследований рекомендован более широкий спектр критериев эффективности (Anthony et al., 1972, 1978; Anthony and Farkas, 1982; Bachrach, 1976a; Ericson, 1975; Mosher and Keith, 1979). Подобные критерии фактически уже используются в настоящее время (см. главу 3).

Миф второй. *Повышение мотивации больного к медикаментозному лечению значительно улучшает результаты реабилитации.* Некоторые считали, что появление психофармакотерапии три десятка лет назад сделало ненужной реабилитацию. Неумный энтузиазм по отношению к медикаментозному лечению заставил многих поверить в то, что найдено окончательное решение проблемы.

«[Эти новые препараты] превозносились как решение проблем почти всех психических заболеваний — они были панацеей. А самые большие энтузиасты считали уже не нужными все или почти все применявшиеся ранее методы лечения, видя в новых препаратах метод искоренения психических болезней. Популярные издания были заполнены

яркими примерами излечения с помощью лекарств» (Felix, 1967, с. 86).

Сейчас стало понятным, что достижения психофармакотерапии гораздо более скромны, чем предполагалось ранее. Это редукция некоторых психопатологических симптомов, снижение необходимости физического стеснения больных, расширение возможностей применения различных других форм терапевтического воздействия и увеличение числа выписанных из психиатрических больниц (Anthony, 1979). Как указывалось в отношении первого мифа, большинство инвалидов от психических заболеваний не реабилитированы — даже с помощью психофармакотерапии. Через три десятилетия после открытия первого антипсихотического препарата все еще мало получено доказательств, что медикаментозная терапия увеличивает круг умений и возможностей пациента. Сама по себе фармакотерапия не может улучшить способность больного провести собеседование по поводу своего трудоустройства, общаться с друзьями, ответить на чувства ближнего или составить компьютерную программу (Euglehardt and Rosen, 1976). Более того, ряд исследований, проведенных в Соединенных Штатах Америки, Великобритании и Франции, подтвердил, что повышение мотивации к медикаментозному лечению не снижает в значительной степени риск рецидива болезни (Schooler and Severe, 1984).

Фармакотерапия и реабилитация до сих пор рассматриваются как вмешательства в течение болезни, дополняющие друг друга. Однако повышение мотивации больного к медикаментозному лечению вовсе не исключает необходимости психиатрической реабилитации.

Миф третий. *Традиционные методы лечения, применяемые в стационарах, такие как психотерапия, групповая терапия, фармакотерапия, положительно влияют на эффект реабилитации пациента.* Этот миф перекликается с двумя предыдущими. Считалось, что реабилитация больных осуществляется с использованием фармакотерапии и традиционных методов психотерапии. Однако сейчас мы знаем, что эти традиционные методы стационарного лечения не оказывают значительного влияния на результаты реабилитации (впервые отмечено Anthony et al., 1972). Они были разработаны только для редукции симптоматики или для обеспечения терапевтического инсайта, и существует слишком мало доказательств достичь с их помощью большего.

Несмотря на то, что некоторые техники стационарного лечения (например, терапия поощрением) приводят к разительному улучшению поведения больного в отделении, они не оказывают подобного эффекта на социальное его функционирование вне больницы. Поведение в стационаре просто мало соответствует поведению вне больницы (Erickson, 1975, Erickson and Huerstau, 1980). Поступки психически больных, подобно поступкам здоровых людей, в значительной степени определяются окружением, в котором человек находится, ситуацией, в которую он попадает.

Однако некоторые новые стационарные программы, всеобъемлющие по сути и связанные с внебольничными программами, доказали, что можно воздействовать на функционирование пациентов в обществе (Becker and Bayer, 1975, Carkhuff, 1974; Neop, Boblitt, Moore, and Hord, 1970; Jacobs and Trick, 1974; Paul and Lentz, 1977; Waldeck, Emerson, and Edelstein, 1979). Эти программы характеризуются наибольшим акцентом на развитии навыков пациентов, создании атмосферы, в которой обслуживающий персонал считает себя важным компонентом лечебной программы и работы с больными по месту их жительства.

Миф четвертый. *Новые методы стационарного лечения, такие как терапия средой (мильотерапия), терапия поощрением («талонная экономика») и терапия отношением, позитивно влияют на результаты реабилитации.* Раньше считали, что если традиционное стационарное лечение не давало эффекта, возможно, новые лечебные подходы помогут его добиться. Новые процедуры тотально-стимулирующей терапии предназначены структурировать всю больничную атмосферу таким образом, чтобы почти все время бодрствования больных использовалось в лечебных целях. Процедуры называются по-разному: терапия средой, терапия отношением, терапия социального обучения, терапия поощрением («талонная экономика»). Они отличаются своей теоретической базой и методами, используемыми для индукции изменений, однако схожи тем, что все терапевтически структурируют больничное окружение больного.

С точки зрения реабилитации эти программы совпадают по более существенным признакам. Хотя все указанные методы смогли продемонстрировать положительный эффект поведения пациента на внутрибольничном уровне, до сих пор не выявлено их воздействие на возможности приспособления больных в обществе. Исследование эффективности данных методов обычно ограничивалось анализом изменений поведения больных в стационаре (например, Foreyt and Felton, 1970).

К достоинствам этих методов следует отнести то, что их приверженцы изучали влияние на пациента при его внебольничном функционировании. Довольно многообещающие, но осуществляемые только в стационарах методы, не могут оказать выраженного воздействия на результаты реабилитации.

Миф пятый. *Трудотерапия в психиатрических стационарах позитивно влияет на трудовые возможности больных.* Два десятка лет назад Kuncе (1970) в обзоре литературы по трудотерапии сделал вывод: научные исследования не подтверждают идею, что трудовая терапия в стационарах может эффективно влиять на исход реабилитации. Автор пришел к заключению, что, независимо от применения трудотерапии, 33% больных смогут удержаться на работе после лечения. Эта оценка совпала с данными, полученными ранее. В одной работе (Walker, Winick, Frost, and Lieberman, 1969) сравнивались два типа трудотерапии, и 6-месячный катамнез выявил, что 36% больных из обеих групп имели постоянную работу в какие-то периоды срока наблюдения.

Некоторые исследователи (Barbee, Berry, and Micek, 1969) считают, что трудотерапия может благоприятствовать развитию госпитализма. Результаты, полученные авторами, подтверждают, что больные, подвергаемые трудотерапии, дольше оставались в больнице, чем те, которым этот вид лечения не назначался. По данным 2-летнего катамнеза, 46% пациентов из участвовавших в трудотерапии и 23% из неучаствовавших повторно госпитализировали в тот же стационар. Однако когда были изучены повторные поступления во все региональные психиатрические учреждения, между группами не выявили значительных различий. Последующие обзоры исследований по профессиональной реабилитации лиц с более тяжелыми психическими заболеваниями показали более низкий процент трудоустроенных больных, но не обнаружили данных, подтверждающих эффект внутрибольничной трудотерапии на показатели дальнейшего трудоустройства пациентов (Anthony et al., 1978; Anthony, Howell, and Danley, 1984).

Миф шестой. *Курс амбулаторного лечения по месту жительства позволяет достичь лучшего реабилитационного эффекта, чем курс стационарного лечения.* Этот миф нелегко развенчать. Сейчас довольно часто допускают, что больничные программы неэффективны, поэтому многие специалисты считают, что почти все осуществляемое в больницах даст больший эффект по месту жительства. В целом, однако, это не так.

Источники, посвященные сравнению эффективности больничных программ для психически больных с альтернативными программами, немногочисленны и иногда противоречивы. Test и Stein (1978) проанализировали ряд исследований (Davis, Dinitz, & Pasamanick, 1974; Herz, Spitzer, Gibbon, Greerspan, & Reibel, 1974; Langsley, Machotka, & Flomenhaft, 1971; Langsley & Kaplan, 1968; Michaux, Chelst, Foster, & Pruin, 1972; Mosher & Menn, 1978; Pasamanick, Scarpitti, & Dinitz, 1967; Polak, 1978; Rittenhouse, 1970; Stein & Test, 1978; Test & Stein, 1977, Wilder, Levin, & Zwerling, 1966), сравнивающих различные альтернативные терапевтические программы по месту жительства с больничным лечением. Изучались следующие показатели: время пребывания вне стационара и частота повторных госпитализаций, психопатологическая симптоматика, психосоциальное функционирование (например, ролевое, трудовое и социальное), степень удовлетворенности пациента. После обсуждения методологических проблем, касающихся сопоставимости дизайна исследований и качества критериев эффективности, отметив разнообразие типов программ, продолжительности лечения и показателей эффективности, Test и Stein (1978) отметили, что полученные результаты по некоторым показателям совпадали. Авторы пришли к заключению: лечение по месту жительства вначале уменьшает среднюю продолжительность пребывания в стационаре, но через год различия с группой лечившихся в больнице исчезают, а между обеими группами не существует разницы как в сокращении числа симптомов болезни, так и в изменении психосоциального функционирования.

Dellario и Anthony (1981) сделали обзор ряда других исследований, не вошедших в работу Test и Stein (1978). Они пришли к аналогичному заключению: после прекращения лечения отсутствуют существенные различия между двумя видами учреждений — в стационаре и по месту жительства — в воздействии на редукцию симптоматики, психосоциальное функционирование, работоспособность и приспособление инвалида по психическому заболеванию. Начальные различия, отмеченные в отношении числа повторных поступлений, продолжительности госпитализации и возможности трудоустройства, исчезают в течение 18 месяцев после окончания лечения. Однако существуют некоторые исключения, например, исследование Weinman, Kleiner, Ju и Tillson (1974) выявило существенные различия между показателями повторной госпитализации через 24 месяца (по данным катамнеза). Все же большинство исследований подтверждает вывод о том, что, несмотря на тип альтернативной программы, не существует долговременных преимуществ курса лечения по

месту жительства перед курсом лечения в психиатрической больнице. Очевидно также, что невозможно добиться стойкого улучшения показателей эффективности без вмешательств, непосредственно направленных на изменение этих показателей, вне зависимости от места реализации лечебных программ.

Интересно, что оба обзора (Dellario and Anthony, 1981; Test and Stein, 1978) не отмечают значительных различий в степени удовлетворенности клиентов, но программам по месту жительства в то же время оказано предпочтение. Пользователи напоминают нам о важности этого показателя эффективности. Однако различия могут свидетельствовать не о различии в программах, а скорее о том факте, что лечение по месту жительства предоставляет пациентам относительно большую свободу.

Наиболее часто цитируемый обзор исследований, в которых сравниваются программы лечения в больницах и по месту жительства, принадлежит Kiesler (1982). Автор проанализировал 10 работ, в которых лица с инвалидизирующими психическими расстройствами методом случайной выборки были разделены на 2 группы — для больничного лечения и лечения по месту жительства. Kiesler пришел к заключению, что ни в одном случае показатели эффективности больничного лечения не превышали таковых альтернативного лечения по месту жительства. Однако, в отличие от двух других обзоров, в работе Kiesler не отмечен эффект программ по месту жительства после их окончания (т.е. ограниченных по времени курсов лечения). Является очевидной потребность в долговременном обслуживании больных по месту жительства в противоположность ограниченному по времени вмешательству в стационаре. В психиатрической реабилитации принят в настоящее время принцип, в соответствии с которым лица с психическими расстройствами должны иметь возможность получать долговременные реабилитационные услуги, если они этого хотят и в этом нуждаются.

Миф седьмой. *Амбулаторные психиатрические учреждения по месту жительства пользуются большей популярностью среди психически больных, чем стационарные.* Хотя пациенты, охваченные программами по месту жительства, могут быть более чем довольны ими, усредненные показатели все же не свидетельствуют о популярности амбулаторного лечения. Отмечается неспособность сотрудников системы охраны психического здоровья убедить многих пациентов не только в необходимости лечения по месту жительства, но и не игнорировать такие программы. Wolkon (1970) сообщил об исследовании,

которое выявило, что около двух третей больных, направленных для лечения по амбулаторной программе, не явились для этого. Доля прервавших лечение (как современное психотерапевтическое, так и медикаментозное) достигла 42% через 6 месяцев наблюдения, 56% через год и 69% через 2 года (Stanton et al., 1984). Процент самовольно покинувших центры психосоциальной реабилитации колеблется в зависимости от продолжительности катамнеза. В работе Bond, Dincin, Setze и Whiteridge (1984) этот показатель превысил 25% при 3-месячном катамнезе и 50% при 9-месячном, даже с учетом большого числа пациентов, самостоятельно выбиравших программы. Wolkon and Tanaka (1966) получили данные о 60% пациентов, прервавших участие в программах Центра психосоциальной реабилитации в течение года. Так же обескураживающе выглядят статистические данные, представленные Sue, McKinney и Allen (1976) в отношении 13450 пациентов из 19 психиатрических учреждений: 40% прекратили участие в программах после первого же курса своего лечения.

Клиники по месту жительства не только должны подбирать определенную категорию больных, которые получают наибольшую пользу, обслуживаясь в этих учреждениях, но и обязаны определиться в том, как их привлечь и, самое главное, удержать в программах.

Вследствие неадекватного использования внебольничных учреждений на постгоспитальном этапе не всегда достигаются ожидаемые показатели эффективности лечения и реабилитации в том или ином регионе. McNees, Hannah, Schnelle и Bratton (1977) попытались определить, насколько изменилась частота рецидивов психических заболеваний с внедрением постгоспитальных программ в трех округах штата Теннесси. Хотя статистические данные в среднем по округам не свидетельствовали о достоверном снижении числа рецидивов, этот показатель оказался значительно ниже для больных, которые участвовали во внебольничных программах, чем для не участвовавших. Полное выполнение больным программы также положительно коррелировало с эффектом реабилитации.

Миф восьмой. *Более важно, где лечится больной, чем как он лечится.* Мифическая природа этого утверждения вытекает из предыдущих мифов. Постановка вопроса об эффективности лечения в психиатрических больницах по сравнению с лечением, которое проводится по месту жительства, подразумевает постулат, что место оказания помощи есть основной фактор, определяющий эффективность психиатрической реабилитации. Однако целый

ряд доказательств четко подтверждает: нет существенной разницы между пациентами, лечившимися в психиатрических больницах или же в альтернативных программах по месту жительства, то есть «где» оказывается помощь, не более важно, чем «что» и «как».

Проблема противопоставления «где» и «как» часто рассматривалась как спор сторонников психиатрических больниц и разработчиков программ по месту жительства. В своих крайних проявлениях этот спор предполагает либо вернуться к институционализации либо, напротив, закрыть все психиатрические больницы.

И хотя реабилитационные программы, начинаясь в больнице и поддерживая связь с учреждениями по месту жительства, могут существенно повысить эффективность реабилитации, основатели и сторонники психиатрической реабилитации всегда утверждали, что окружение пациента по месту жительства более предпочтительно для реабилитационных вмешательств. Объясняется этот факт тем, что лица с хроническими психическими расстройствами хотят жить и живут в привычном окружении (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989). Однако многие программы по месту жительства вызывают сомнение — как относительно поддержки их местной общественностью, так и по поводу реабилитационной ориентации (как и больничные палаты, которые они заменили). Данные исследований свидетельствуют, что многие эти программы, как и целый ряд больничных, имеют недостатки, касающиеся реабилитационной направленности, ведения медицинской документации, разработки стратегии вмешательств и специальной подготовки персонала (Farkas, Cohen, and Nemes, 1988).

Вопрос о сравнительной эффективности больничных и альтернативных форм лечения может рассматриваться на двух уровнях их эффективности — по отношению друг к другу и по достижению потенциально возможных результатов. Второй уровень может оказаться более предпочтительным: оба подхода к лечению — и больничный и альтернативный — не должны рассматриваться ни как взаимоисключающие, ни как обязательно антагонистические, а скорее как дополняющие друг друга, воздействующие на множество показателей эффективности психиатрической реабилитации (Dellario and Anthony, 1981).

Например, Waldek, Emerson и Edelstein (1979) описали программу, созданную для помощи инвалидам от психических заболеваний в период перехода от пребывания в больнице к жизни в обществе. В программе выделялись два лечебных момента: внутрибольничный тренинг и систематическая помощь в пост-

госпитальном периоде. Программа внебольничной ориентации и оценки (COPE) включала последовательный процесс внутрибольничного тренинга умений и навыков, а также интеграцию в сообществе по месту жительства. Основная цель программы — независимое функционирование пациента в обществе — основана на успешном и последовательном усвоении им навыков и умений, которые необходимы для удовлетворения основных потребностей. Первые данные об эффективности проекта подтвердили, что за 9 месяцев работы показатель снижения повторных госпитализаций составил 86%. Эта программа рассматривает больничное и внебольничное лечение как взаимодополняющие, а не взаимоисключающие формы.

Миф девятый. *Эффект реабилитации в высокой степени коррелирует с характером симптоматики психических расстройств.* Множество исследований говорят об отсутствии зависимости между различными психопатологическими характеристиками симптоматики и способностью больного работать и независимо проживать в будущем (Ellsworth, Foster, Childers, Arthur, and Kroeker, 1968; Gaebel and Pietzcker, 1987; Green, Miskimins, and Keil, 1968; Gurel and Lorei, 1972; Möller, von Zerksen, Werner-Eilert, and Wuschenr-Stockheim, 1982; Schwartz, Myers and Astrachan, 1975; Strauss and Carpenter, 1972, 1974; Wilson, Berry, and Miskimins, 1969). Хотя отдельные работы находят корреляции между типом симптоматики и эффектом реабилитации (McGlasten, 1987), подавляющее большинство фактов свидетельствует о малой степени обусловленности или полном отсутствии таковой. Например, не было обнаружено зависимости качества работы больных ни от одного симптома или синдрома, выделенных в DSM-III.

Некоторые исследователи получили неожиданные данные. Например, Wilson et al. (1969) обнаружили, что лучшее качество работы в будущем зависит от более высокого уровня агрессивности и депрессии. Анализ подобных исследований свидетельствует об отсутствии зависимости качества работы от состояния психического напряжения, дистресса с деперсонализацией, антисоциального поведения пациента (Lorei, 1967); депрессии, тревоги, паранояльности, расстройств мышления (Ellsworth et al., 1968); уровня сознания, ориентировки, психологической защиты (Green et al., 1968); тревоги, вербальной агрессии, депрессии (Gurel and Lorei, 1972); нарушений мышления, депрессии, эмоционального уплощения (Straus and Carpenter, 1974); спутанности, маниакальных и депрессивных состояний (Schwartz et al., 1975); а также от

общей психопатологической картины (Möller et al., 1982). Как заключил Turner (1977), «способность к труду не может целиком или даже в значительной степени объясняться наличием или выраженностью манифестной патологии» (с. 39).

В исследованиях, проводимых Центром психиатрической реабилитации, сделана попытка выяснить взаимосвязь между возможностью больных работать и психопатологической симптоматикой. Отсутствие какой-либо зависимости между этими факторами озадачивало многих специалистов сферы психиатрической реабилитации, потому что интуитивно такую связь они предполагали. В отличие от других исследователей, сотрудники Центра психиатрической реабилитации изучали только больных, имевших целью регулярную трудовую деятельность и активно участвовавших в программе психиатрической реабилитации (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989). Именно в Центре получены данные, что в выборке, состоящей из лиц, активно взаимодействующих с программой реабилитации, отмечается нерезко выраженная зависимость между психопатологической симптоматикой и способностью регулярно трудиться. Однако приведенные в цитате выводы Turner (1977), остаются справедливыми.

Миф десятый. *Нозологический диагноз дает важную информацию о прогнозе реабилитационных мероприятий.* Этот миф вытекает непосредственно из девятого мифа. В связи с предыдущими выводами об отсутствии значимой корреляции исходов реабилитации от психопатологической симптоматики естественно ожидать отсутствия обусловленности независимого проживания и профессионального функционирования психиатрическим диагнозом. Огромное число исследований подтвердило, что такой зависимости не существует (Distefano and Pryer, 1970; Douzinas and Carpenter, 1981; Ethridge, 1968; Freeman and Simmons, 1963; Goss and Pate, 1967; Hall, Smith, and Shimkunas, 1966; Holcomb and Ahr, 1986; Lorei, 1967; Möller et al., 1982; Pietzcker and Gaebel, 1987; Sturm and Lpton, 1967; Watts and Bennett, 1977; Wessler and Iven, 1970). Подвергся сомнению даже тезис о гораздо лучшем трудовом прогнозе при биполярном аффективном расстройстве (Dion, Cohen, Anthony, and Waternaux, 1988). Реабилитационные исходы для лиц со множественными госпитализациями по поводу биполярного аффективного расстройства приблизительно соответствуют таковым для больных шизофренией. Общим фактором, влияющим на результаты реабилитации, является скорее хроническая природа заболевания, чем его специфические симптомы.

С точки зрения реабилитации третья редакция *Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям* (DSM-III) и его версия *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1980, 1987) только немного совершеннее предшествующих вариантов. Включение Шкалы глобальной оценки (наивысший уровень адаптивного функционирования в течение последнего года, ось V) и Шкалы глобальной оценки окружения (выраженность психосоциальных стрессоров, ось IV) достойны одобрения, но их включение как необязательных — только «для использования в специальных клиниках и исследовательских центрах» — нельзя признать удачным. Не учитывается информация об умениях и навыках клиента, так же как не предлагаются и методы анализа окружения, в котором пациент нуждается или хочет пребывать. Как указывается во вступлении к Руководству, третью редакцию пытались сделать более описательной и пригодной к использованию в начальных стадиях планирования лечения. В то же время она предусматривает сбор информации, имеющей ограниченное прогностическое значение для специалистов сферы психиатрической реабилитации. Как инструмент, предназначенный для использования в реабилитации лиц с хроническими психическими расстройствами, *DSM-III* оставляет желать лучшего.

Имеется предостаточно данных, свидетельствующих об отсутствии зависимости между нозологическим диагнозом и результатами реабилитации. Как подтверждают изученные источники, психиатрический диагноз не представляет никакой уникальной информации о реабилитационном потенциале больного. Этот факт не является очень удивительным, так как психиатрическая диагностическая система была создана для классификации синдромов, а не для получения информации о перспективах реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств.

Проблематичной является также практика психиатрической диагностики в том виде, в каком она существует в настоящее время. Наиболее часто дискутируемая проблема — достоверность и валидность психиатрической диагностической системы, ведь диагностический «ярлык» принесит больше вреда, чем пользы для пациента. С учетом всех дискуссий, связанных с психиатрической диагностикой, научные исследования доказывают, что эта система мало чем может помочь реабилитационному подходу.

Это, однако, не означает, что специалисты сферы реабилитации не могут использовать информацию, полученную методами традиционной психиатрической диагностики, при реабилитацион-

ном диагнозе инвалидов вследствие психических расстройств. Профессионалы сферы реабилитации могут просветить специалистов, пользующихся традиционной диагностикой, предоставив информацию, необходимую для реабилитационных целей, в частности, сведения об устремлениях больных, их умениях и навыках (как о наличии, так и дефиците), интересах и взаимоотношениях с ближайшим окружением. Часть такой информации может быть собрана при психиатрическом диагностическом интервью. Специалист сферы реабилитации должен проявлять настойчивость при получении таких сведений и не удовлетворяться лишь информацией о симптомах и нозологических характеристиках (Anthony, 1979).

Миф одиннадцатый. *Умения и навыки больного в значительной степени зависят от симптоматики его болезни.* Основное внимание в реабилитационной практике уделяется оценке навыков и умений пациента. Эта процедура полностью отличается от диагностики психопатологической симптоматики, потому что критерии оценки социальных навыков и критерии диагностики симптомов имеют мало общего друг с другом. Это наиболее очевидно проявляется в исследованиях, направленных на коррекцию либо навыков, либо симптомов, но оценивающих при этом динамику и тех и других. Например, хорошо известно, что госпитализация и фармакотерапия воздействуют на симптомы расстройства, но мало влияют на профессиональные умения пациента (Anthony et al., 1978; Ellsworth et al., 1968; Englehardt and Rosen, 1976). В частности, исследования Ellsworth с соавторами (1968) выявили, что больничное лечение приводит к значительной редукции симптоматики, но не влияет на характеристики практических навыков и умений. Изучая эту проблему с разных сторон, Arthur, Ellsworth и Kroeker (1968) обнаружили, что именно психопатологическая симптоматика, а не практическая деятельность, вызывает повторную госпитализацию. Englehardt и Rosen (1976) в своем обзоре результатов фармакотерапии пришли к выводу, что в то время, как лекарственное лечение воздействует на симптоматику, «доказательства прямого влияния психофармакотерапии на продуктивность работы пациентов отсутствуют до настоящего времени» (с. 459). Dion et al. (1988) сообщили, что через 6 месяцев после выписки из больницы у 80% наблюдавшихся пациентов с биполярными аффективными расстройствами не было выявлено симптоматики, или таковая была мало выраженной, в то же время только 20% имели соответствующий уровень трудоустройства. Turner (1977) так

подводит итоги своих исследований: «они существенным образом противоречат предположению, что успех или неуспех в трудовой деятельности в основном или даже в значительной степени является следствием наличия или отсутствия симптоматики» (с. 36).

Таким образом, знание о психопатологической симптоматике больного не дает полной информации о его трудовых возможностях. Реабилитационный диагноз с его нацеленностью на умения и внешнюю поддержку в соответствии с целями конкретного больного должен предшествовать реабилитационному вмешательству, точно так, как психиатрический диагноз предшествует лечению.

Есть предположения, что будущие исследования, включающие разнообразные классификации симптомов (например, позитивные и негативные), могут выявить корреляции между симптомами и навыками (Dion and Dellario, 1988). Однако это не явится основанием для отказа от реабилитационного диагноза для назначения реабилитационных вмешательств.

Миф двенадцатый. *Способность пациента функционировать в окружении одного типа (например, в стационаре) позволяет предвидеть его функционирование в окружении другого типа (например, на работе).* Исследователи использовали разные оценки функционирования больных в их социальном окружении: глобальную шкалу социального приспособления, рейтинг приспособления к окружению по месту жительства и оценку частоты рецидивов. На основании многолетних исследований был сделан вывод, что функционирование в одних условиях не зависит или мало зависит от функционирования в другой обстановке (Avison and Speechley, 1987). Стало нормой в качестве гипотезы предполагать отсутствие взаимозависимости или показателей, или слабую их зависимость в двух различных сферах функционирования (Anthony and Farkas, 1982; Schwartz et al., 1975), и что лучшим прогностическим показателем в каждой из сфер функционирования пациента является предшествующее состояние этой сферы (Anthony, 1979; Möller et al., 1982).

Широкомасштабное исследование Ellsworth с соавторами (1968) подтвердило, что окружение само по себе является мощным фактором, определяющим способность к функционированию психически больного. В этом исследовании не обнаружено зависимости между степенью приспособления пациента в больничной среде и в сообществе по месту жительства (Ellsworth et al., 1968). Forsyth и Fairweather (1961) ранее обнаружили подобные

факты в отношении независимости критериев больничного и внебольничного приспособления.

Многие исследователи отмечали только слабую зависимость (Forsyth and Fairweather, 1961; Freeman and Simmons, 1963; Gregory and Downie, 1968; Lorei and Gurel, 1973) или отсутствие корреляции (Arthur et al., 1968; Wessler and Iven, 1978) между частотой рецидивов и трудовой деятельностью после выписки из больницы. Отсутствие такой корреляции несколько удивляет, ибо те лица, которые в состоянии продолжать работу в течение периода наблюдения, не могут считаться больными с рецидивирующим заболеванием. Однако значительный процент больных продолжает трудиться и переносить рецидивы болезни, в то время как другие не способны работать даже при отсутствии рецидивов.

Ряд исследователей отметил независимость критериев оценки профессионального функционирования от оценок в других сферах (Gaebel and Pietzcker, 1987). В работе Tessler и Manderscheid (1982) изучено более 1400 инвалидов от психических заболеваний; были выявлены очень слабые корреляции между оплачиваемой работой и социальной активностью (0,11) и основными бытовыми навыками (0,16). Сделан вывод, что «результаты подтвердили мнение о том, что приспособление вне больницы связано с относительно обособленными, однако независимыми друг от друга факторами» (Tessler and Manderscheid, 1982, с. 206). При исследованиях клиентов государственных реабилитационных центров (часть которых — инвалиды вследствие психических расстройств) еще раз было подтверждено: трудовые возможности не зависят от других форм приспособления. Результаты Bolton (1974), подтвержденные в исследованиях Bolton (1978) и Growick (1979), доказали, что успешная трудовая деятельность не зависит от психологических изменений, определяемых самим больным.

Strauss и Carpenter (1972, 1974) изучали предикторы исходов реабилитации, выделив среди них четыре: работа, симптоматика, социальные отношения, необходимость госпитализации. Авторы пришли к выводу, что каждая из этих сфер должна рассматриваться отдельно при оценке функционирования психически больных. Исследуя понятие ситуационной специфичности еще с одной точки зрения, некоторые исследователи (Lorei and Gurel, 1973; Walker and McCourt, 1965) не обнаружили корреляций между трудовой занятостью в больнице и работой после выписки. Walker и McCourt (1965) сообщили, что только 26% больных, участвовавших в трудотерапии в больнице, работали

после выписки, более того, 20% больных, не участвовавших в трудотерапии в больнице, впоследствии работали.

Таким образом, исследования ясно подтверждают, что невозможно предсказать способность больного к профессиональной деятельности на основании его функционирования вне работы и наоборот.

Миф тринадцатый. *Результат реабилитации может быть точно предсказан специалистом.* Хотя специалисты могут предусмотреть различные аспекты поведения больных, выделив ранги, статистически коррелирующие с занятостью больного после госпитализации, нет подтверждений того, что они знают, как использовать это ранжирование для точного прогноза (Miles, 1967). То есть специалисты не знают, на каких формах поведения основываться в своих клинических предсказаниях.

Точность долгосрочного прогноза (3–5 лет) может быть увеличена, если задаться просто предсказанием, что всякий, страдающий психическим заболеванием, перенесет рецидив или будет безработным! Взяв за базу основные цифры, упоминавшиеся при обсуждении второго мифа, этот прогноз подтвердится в 75% случаев или более. Очевидно, что диагностическая система в сфере психиатрической реабилитации должна достичь большего совершенства, чем просто пессимистический прогноз для каждого! Возможно, направлением совершенствования прогностических умений может стать выдвижение на первый план показателей имеющихся у больного навыков в соотношении с уровнем навыков, ожидаемых или самим пациентом, или другим значимым лицом (Anthony, 1979).

Таким образом, пользователи должны с осторожностью относиться к разговорам специалистов о шансах больных на реабилитацию. Считают ли специалисты, что они могут предсказать поведение пациента, перенося его в другую ситуацию (миф двенадцатый), или они оценивают уровень его функционирования, основываясь на симптоматике (миф одиннадцатый)? В любом случае они скорее имеют дело с мифами, чем с фактами.

Миф четырнадцатый. *Результат реабилитации конкретного больного зависит от квалификации проводящих ее специалистов сферы психического здоровья.* В практику психиатрической реабилитации вовлечены представители многих специальностей (например, медицинские сестры, психиатры, социальные работники, специалисты по трудотерапии, консультанты по реабилитации, психологи). Исход реабилитации пациентов не зависит от специализации профессионала (Anthony and Carkhuff, 1976). Медицинские сестры не лучше социальных работников, которые, в свою очередь, не лучше психологов... Хотя в некоторые программы необходимо нанимать сотрудников определенной специализации по юридическим причинам (связанным чаще всего с правом назначения определенных медикаментов и проведения психологического тестирования), нет смысла должности в программах распределять по специализации (например, определенное число трудотерапевтов, психологов, консультантов по реабилитации). Сотрудники программы должны подбираться на основании их умений достичь позитивных результатов реабилитации, вне зависимости специализации по диплому. Как нозологический диагноз мало скажет о навыках клиента, так и диплом специалиста (например, дипломированная медсестра, доктор философии и т.п.) мало говорит о его умениях.

Навыки и умения, необходимые для оказания помощи психически больным в процессе реабилитации, не относятся исключительно к какой-либо одной профессии, а значит, не принадлежат только специалистам. Carkhuff (1971) ввел в обиход термин «функциональные профессионалы» для обозначения тех лиц, которые ранее назывались непрофессионалами, волонтерами, профессионалами-практиками, субпрофессионалами. К этой группе относятся студенты, младший медицинский персонал, общественные активисты, пользователи, родители и технический персонал службы психического здоровья. Таким образом, «функциональный профессионал» психиатрической службы — это лицо, которое, не имея формальных свидетельств о соответствующем образовании, выполняет функции дипломированных специалистов сферы психического здоровья. В сфере психиатрической реабилитации эти функции включают обучение навыкам, программирование навыков, координацию ресурсов и индивидуальную поддержку.

Миф пятнадцатый. *Прогноз реабилитации положительно коррелирует со стоимостью вмешательства.* Даже если в программе работает высокооплачиваемый персонал и задейст-

вовано дорогостоящее оборудование, исход реабилитации не обязательно будет лучшим. Между стоимостью услуг и результатами реабилитации значимой корреляции не обнаружено (Dickey, Cannon, McGuire and Gudeman, 1986; Gorin, 1986; Grinspoon, Ewalt, and Shader, 1972; Walker, 1972).

Фактором, обуславливающим отсутствие зависимости между ценой и результатом, является следующее: комбинация фармакотерапии с дорогостоящими видами психотерапии не приводит к большей редукции симптоматики, чем лечение без психотерапии. Не доказано значительное воздействие на функционирование пользователя ни одного из видов лечения. Если психотерапия применяется к длительно текущим заболеваниям, это может увеличить стоимость лечения, но не обязательно улучшит его результат (Grinspoon et al., 1972). Например, изучение социального статуса больных из нескольких разных больниц через месяц после выписки не выявило зависимости социального приспособления пациента от расходов больницы на 1 койко-день. Более того, выписанные из больницы с самой высокой стоимостью койко-дня имели худшие показатели социального приспособления, чем бывшие пациенты больницы с самыми низкими расходами на 1 койко-день (Walker, 1972).

На основе экскурса в историю можно сделать вывод, что сторонники реабилитационного подхода в сфере психического здоровья не должны приводить снижение стоимости лечения в качестве причины для внедрения такого подхода. Всесторонний качественно осуществляемый реабилитационный подход должен дать дополнительную пользу пациентам, но он также может привести к дополнительным расходам.

Миф сегодняшний?

В *DSM-III* написано в отношении шизофрении: «Наиболее частым исходом является очередное обострение с нарастающим резидуальным дефектом между эпизодами» (American Psychiatric Association, 1980, p. 185). Почти за весь период 80-х годов и до официальной публикации очередной версии *DSM-III-R* продолжало господствовать представление, что шизофрения с годами приводит к нарастающему дефекту психики.

Возможно, что это предположение о нарастающем дефекте *может быть следствием не заболевания как такового, а отношения к больным их окружения* (Harding, Zubin, and Strauss, 1987). Факторы окружения, которые могут приводить к

хроническому течению болезни, включают госпитализацию, недостаток у пациента навыков и слабая поддержка окружения, ограниченные экономические возможности, снижение социального статуса, воздействие медикаментов, отношение персонала и утрата больным надежды. На многие из указанных факторов может весьма позитивно повлиять реабилитационный подход, и это объясняет, почему такой подход в состоянии воздействовать на хронический характер течения расстройства.

Harding, Zubin и Strauss (1987) ссылаются на ряд многолетних исследований, включая их собственные (Harding, Brooks, Ashekaga, Strauss, and Breier, 1987a; 1987b), утверждая, что течение болезни с нарастанием дефекта не является правилом. «Возможные причины хронических состояний могут иметь мало общего с самим расстройством и зависеть в основном от множества фактов окружающей среды и других социальных факторов, взаимодействующих с личностью и с болезнью» (Harding, Zubin, and Strauss, 1987, p. 483). Интересно отметить, что не так давно считалось, что лица с умственной отсталостью обречены проводить всю свою жизнь в специальных заведениях. Сейчас это скорее исключение, чем норма. Изменилась ли сама природа расстройства? Или же изменилось окружение (как терапевтическое, так и социальное)? Представляется, что подобные изменения в отношении хронического течения тяжелых психических заболеваний произойдут с внедрением интенсивных мер по реабилитации как личности, так и общества.

Заключение

По мере развития сферы психиатрической реабилитации развенчано множество мифов, которые тормозили прогресс в этой сфере. Не вызывает удивления, что большинство исследований, доказывающих мифический характер 15 утверждений, рассмотренных выше, были проведены 10–20 лет назад. Отставание во времени внедрения в практику новых знаний от их накопления в сфере психического здоровья является обычно значительным.

Отбросив этот груз мифов, мы можем взять курс на будущие нововведения, так как осталось еще много неизученного в сфере психиатрической реабилитации. Действуя на основании ложных предположений в прошлом, мы поступали так, как будто знаем намного больше, чем знали на самом деле! Например, действовали так, как если бы место, где оказывается помощь, было более важным, чем само вмешательство; как будто фармакотерапия

могла значительно повлиять на исход реабилитации; как будто диплом специалиста более важен, чем его умения и навыки; как будто психиатрический диагноз являлся полезным и обязательным инструментом реабилитации. Освобожденные от этих мифов, специалисты сферы реабилитации могут сосредоточиться на своей миссии: помогать лицам, которые страдают психическими расстройствами, успешно функционировать в избранном ими окружении, в котором они живут, учатся, работают, общаются — при условии минимального вмешательства профессионалов.

Следующая глава подтверждает, что пришло время психиатрической реабилитации занять свое место в качестве признанного, заслуживающего доверия подхода, интегрированного с существующими формами лечения. Психиатрическая реабилитация является дополнением к современному лечению и должна рассматриваться как дополнение к методам работы специалистов сферы психического здоровья.

Обзор исследований: реалии сегодняшнего дня

«Наука — это просто здравый смысл в полном смысле этого слова — то есть строгая точность наблюдений и безжалостная логика».

Т.Н.Хуклеу

Хотя предыдущие исследования помогли развенчать мифы о психиатрической реабилитации, более современные работы уточняют реалии сегодняшнего дня и будущность этой сферы. Источники, анализируемые в данной главе, посвящены обзору обслуживаемой группы населения, исходов и типов вмешательств, характеризующих сферу психиатрической реабилитации (например: Beard, Propst, and Malamud, 1982; Dincin, 1981; Grob, 1983; Lamb, 1982).

Фрагменты данной главы — это полученные с разрешения авторов выдержки из:

- Farkas, M. and Anthony, W.A. (1987). Outcome analysis in psychiatric rehabilitation. In M.J. Fuhrer (Ed.), *Rehabilitation outcome: Analysis and measurement* (pp. 43–56). Baltimore: Paul Brookes.
- Dion, G. and Anthony, W.A. (1987). Research in psychiatric rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 30, 177–203.

Исследования, включенные в обзор

Как упоминалось в главе 1, группой населения, которой адресована психиатрическая реабилитация, являются лица, которые стали инвалидами вследствие психических расстройств. Существует несколько определений тяжелой психической несостоятельности. Работы, анализируемые в этой главе, посвящены лицам, характеристики которых соответствуют определению, используемому в настоящее время Программой общественной поддержки (ПОП) Национального института психического здоровья США, Администрацией реабилитационных служб (RSA) и определению «хронический психически больной», данному Goldman et al., (1981) (обсуждалось в главе 1).

В исследованиях, рассматриваемых в данной главе, результатами считались либо изменения поведения пациентов, либо польза для общества, либо и то, и другое (Anthony, 1984; Anthony and Farcas, 1982). Оценка поведенческих изменений у пациентов выявляет, способны ли они действовать по-новому в результате психиатрических реабилитационных вмешательств. Например, определяется, как пациенты овладели навыками контроля проявлений гнева, которые они демонстрируют либо в условиях программы (отвечая на замечания инструкторов при трудотерапии) или вне ее (беседуя с родителями за обедом). Оценка полезности для больного и для общества полученных изменений служит характеристикой результатов психиатрической реабилитации. Такие простые показатели, как частота рецидивов и число дней, проведенных в стационаре или вне его, могут быть использованы для ориентировочной оценки выигрыша, получаемого пациентом и обществом. Для этого используются также определение степени удовлетворенности пользователей своим положением в жизни и, кроме этого, показатели микро-социальной адаптации, образовательного и профессионального статуса больных (например, трудоустройство, независимость в быту, учебные достижения).

Вмешательства, рассмотренные в анализируемых работах, направлены на изменение навыков пациентов, на усиление поддержки со стороны окружения, или же на оба эти элемента. Гипотеза, из которой исходит психиатрическая реабилитация, предполагает, что изменение навыков больного и ресурсов окружения увеличат выигрыш как пациента, так и общества. Исследования на эти темы включались в обзор, независимо от того, применялся ли термин «психиатрическая реабилитация» к осуществляемым вмешательствам.

Таким образом, в этой главе проанализированы научные работы, соответствующие критерию включения — направленности на определенную группу населения, оценки результатов и технологию вмешательств. Изучаемая популяция состояла из лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; результаты оценивались по показателям улучшения навыков больного, по достигаемому преимуществу для пациента и для общества; технология вмешательства предусматривала развитие навыков пользователей и поддержки со стороны окружения.

Основные экспериментальные исследования, не включенные в обзор

Некоторые виды исследований, включающие вмешательства по развитию навыков больных и увеличению поддержки со стороны окружения, здесь не рассматриваются. В частности, это работы по 1) тренингу социальных навыков; 2) семейной реабилитации и 3) инициативы по развитию общественной поддержки. Эти исследования представляют направление, несколько отличающееся от того, которому посвящены опубликованные нами обзоры. Данные этих обзоров уже вошли в литературу по психиатрической реабилитации (Anthony, 1979; Anthony, Cohen, and Cohen, 1984).

Тренинг социальных навыков

Есть множество теоретических и экспериментальных работ, посвященных тренингу социальных навыков (ТСН) у лиц с психическими расстройствами. При тренинге предварительно определяется степень нарушения взаимоотношений пациентов, устанавливается дефицит конкретных социальных навыков и определяется точная его природа, изучаются обстоятельства развития дисфункции. Тренинг социальных навыков базируется на высокоструктурированных дидактических приемах, направленных на коррекцию дефекта навыков, отдельных элементов поведения. При этом особое значение придается постепенному приближению к «норме» (Morrison and Bellack, 1984). В литературе периодически появляются обзоры, посвященные ТСН (Brody, 1984; Hersen and Bellack, 1976; Liberman et al., 1986; Morrison and Bellack, 1984; Wollace et al., 1980).

В целом большинство исследований ТСН подтверждают его эффективность. Однако действенность подобных вмешательств обычно измеряется путем оценки дефицита этих навыков у

психически больных перед началом тренинга, после его окончания и по катамнестическим данным (Morrison and Bellack, 1984). Как отметили Hersen and Bellack (1976), качество навыков, полученных посредством тренинга, оценивается по-разному. Ставилась под сомнение и стойкость приобретенных таким образом навыков, хотя многие исследования подтверждают на основе катамнеза, что навыки достаточно устойчивы (Monti et al., 1979). Возможно, наиболее важное наблюдение, сделанное Morrison и Bellack (1984), состоит в том, что ТСН сам по себе не оказывает существенного влияния на качество жизни больных. Некоторые исследователи сосредоточивались только на определенных поведенческих компонентах и соответствующих результатах вмешательств (Wallace et al., 1980). Результаты исследований убеждают, что ТСН может быть наиболее полезен в структуре «многокомпонентных, ориентированных на навыки тренинговых программ». Таким образом, представляется, что ТСН более перспективен как особый целенаправленный компонент многосторонних программ. Методология ТСН может быть объединена с обучающим компонентом психиатрической реабилитации (см. раздел о развитии навыков и умений в главе 7).

Семейный менеджмент

Как и тренинг социальных навыков, модель семейного менеджмента (часто называемая семейным воспитательным подходом) заняла важное место в специальной литературе. Концепция целенаправленных вмешательств в семьях с высоким уровнем «демонстрации эмоций» неоднократно изучалась исследователями (Falloon, Boyd, McGill, Strang, & Moss, 1982; Hogarty et al., 1986; Leff, Kupers, Berkowitz, Eberlein-Vries, & Sturgeon, 1982; Vaughn & Leff, 1976). Обычно в этих работах рассматривались вмешательства, включающие структурированные бихевиоральные методы, ориентированные на решение проблем в семьях пациентов. Большинство работ подтвердили эффективность такого подхода для снижения уровня рецидивов заболевания. Продолжающееся многоцентровое исследование семейного менеджмента, финансируемое Национальным институтом психического здоровья США, предпринято для исследования эффекта метода, сокращающего частоту рецидивов, влияющего на уровень необходимого применения нейролептической терапии и на улучшение социального функционирования пациента. (Schooler and Keith, 1983; Schooler, Keith, Severe and Matthews, in press). Сделано предположение,

что семейный менеджмент будет содействовать сокращению объема применения медикаментов, что приведет к уменьшению таких побочных эффектов, как поздняя дискинезия и акатизия. Гипотеза также предполагает, что пользователи, включенные в программу семейного менеджмента, смогут демонстрировать более низкий уровень депрессии и социальной отгороженности, а частота обострений симптоматики станет гораздо меньше.

Исторически сложилось, что идеология реабилитации делала акцент на необходимость включения семьи в систему все-стороннего реабилитационного подхода (Power and Dell Orto, 1980). Специалисты реабилитационной службы, работающие с лицами, ставшими инвалидами вследствие физических дефектов или пороков развития, используют семью как важный элемент реабилитации. Специалисты же сферы психического здоровья, обслуживающие лиц с психическими расстройствами, напротив, долгое время не воспринимали семью как помощника (Spaniol, Zpple, and Fitzgerald, 1984). Разработка методов структурированных семейных вмешательств расширила возможности вовлечения семьи в качестве элемента реабилитации инвалидов психиатрического профиля (см. раздел о проблемах семьи и реабилитации в главе 8).

Система общественной поддержки

Другое новшество, имеющее отношение к сфере психиатрической реабилитации — это финансируемая Федеральными органами инициатива по созданию системы общественной поддержки (СОП). Литература, посвященная системе общественной поддержки, освещена во многих обзорах, приведены как результаты программ (Test and Stein, 1978; Test, 1984; Braun et al., 1981; Bachrach, 1982a), так и сами программы (Hoult, 1986). Концепция системы общественной поддержки разработана с учетом потребностей лиц с хроническими психическими расстройствами по месту их жительства. В функции системы общественной поддержки входят выявление пациентов, нуждающихся в поддержке; помощь им в соответствии с основными нуждами; психиатрическое обслуживание; кризисные вмешательства; услуги по психосоциальной реабилитации; индивидуальный медицинский менеджмент; помощь в решении жилищных и семейных вопросов; юридические услуги; предоставление возможностей пользоваться системами государственной и негосударственной помощи (Stroul, 1989; Test, 1984).

Test (1984) в обзоре литературы по системе общественной поддержки отметил:

1. Чем более всеобъемлющей является система общественной поддержки, тем она эффективнее в предупреждении рецидивов.
2. Система общественной поддержки, которая оказывает интенсивную непосредственную помощь и проводит обучение в психосоциальной сфере, с большей вероятностью приведет к значительным положительным изменениям в социальном приспособлении пользователей;
3. Программы системы общественной поддержки, оказывающие всестороннюю интенсивную помощь и занимающиеся обучением, более перспективны в плане социального приспособления больных с психическими заболеваниями, но могут спровоцировать у некоторых пациентов рецидив.

Как система общественной поддержки, так и психиатрический реабилитационный подход ориентированы на лиц с выраженной психической несостоятельностью; система общественной поддержки и психиатрическая реабилитация разделяют реабилитационную идеологию и принципы, являющиеся основой помощи инвалидам. Содержание системы общественной поддержки с ее нацеленностью на системное функционирование совпадает с содержанием психиатрического реабилитационного подхода. Более того, компоненты психиатрических реабилитационных вмешательств рассматриваются как важнейшие составные системы общественной поддержки (Moshier, 1986). Технология психиатрической реабилитации, особенно стратегия вмешательств, полностью восприняла идеологию и функции системы общественной поддержки (Anthony and Stroul, 1986). Таким образом, инициатива системы общественной поддержки и психиатрический реабилитационный подход объединены группой населения, которой адресованы, идеологией, характером услуг и стратегией вмешательств (см. раздел, посвященный СОП в главе 10).

Характеристика местопребывания, образования и занятости лиц с тяжелыми психическими расстройствами

Перед тем как проанализировать результаты применения специальных психиатрических реабилитационных вмешательств в группе с хроническими психическими расстройствами, необходимо рассмотреть типичные характеристики местопребывания, образования и занятости лиц с психическими нарушениями.

Местопребывание

Исторически характеристика местопребывания лиц с психическими расстройствами оценивалась двумя способами: по частоте повторных госпитализаций и собственно по местопребыванию. Показатели повторной госпитализации продолжают учитывать на практике, хотя их неоднократно критиковали за подверженность влиянию множества факторов, а не только за зависимость от приспособления пациента к его жизненным обстоятельствам (Anthony et al., 1972, 1978; Wachrach, 1976). Обширные обзоры литературы свидетельствуют о постепенном росте показателя повторных госпитализаций с увеличением периода катамнестических наблюдений. Как упоминалось в главе 2, процент повторных поступлений в стационар через 6 месяцев после выписки пациента составляет приблизительно 30–40%, через 12 месяцев — 35–50% и через 5 лет — 65–75% (Anthony et al., 1972, 1978).

По поводу собственно местопребывания пациентов основную массу данных из разных работ, к сожалению, невозможно сравнивать — в связи с разными подходами исследователей к их характеристике. Каждое исследование по-разному определяет вид места пребывания (например, общежития, промежуточное жилье, заведения для ухода и т.п.). В связи с этим невозможно точно оценить степень бытовой независимости лиц с психическими расстройствами в каждой программе. Материалы выборки пользователей программы социальной поддержки (из разных штатов) свидетельствуют: 40% психически больных живут в собственных домах или квартирах; 12% находятся в пансионах; 10% — в семейных заведениях для ухода; у остальных местопребывание имеет другие категории — менее 10% в каждой (Tessler and Goldman, 1982). При более позднем исследовании аналогичной выборки было выявлено, что

57% имели собственное жилье, значительно снизилось число находящихся в специализированных заведениях по месту жительства (Mulkern and Mandercheid, 1989). Национальный план помощи больным с хроническими психическими заболеваниями (Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, 1980) содержит такие показатели: из пациентов, находящихся вне больниц, 30–50% жили в специальных пансионатах, 19–21% — со своими семьями. В различных штатах после опроса членов семей инвалидов вследствие психических расстройств, являющихся также членами Национального альянса в защиту психически больных (NAMI), выяснилось, что около 30% больных жили дома с семьями, 15% — в специальных учреждениях по месту жительства, и 18% находились в психиатрических больницах (Spaniol et al., 1984). Из приведенных примеров ясно, что вид местопребывания в разных исследованиях формулируется по-разному, не позволяя таким образом в целом оценить показатель независимого проживания больных в масштабах страны.

Образовательный статус

Образовательному статусу лиц с тяжелыми психическими расстройствами в литературе уделено недостаточное внимание. Однако ряд данных свидетельствует о высоком уровне образования многих пациентов с такими расстройствами. Согласно выборке, 52–92% таких лиц имели законченное среднее образование и 15–20% выпускников школ учились в колледжах. Например, по данным исследования NAMI (Spaniol et al., 1984) 92% пациентов закончили среднюю школу, 17% — колледж, 59% продолжали учебу в колледже. Можно предположить, что в выборку исследования NAMI вошли семьи среднего и выше среднего достатка, что и обусловило относительно высокий образовательный уровень. Однако при более широком изучении пациентов Программы промежуточного трудоустройства (ППТ) Нью-Йоркского центра Фаунтен Хаус получены следующие данные: около 70% имели законченное среднее образование, 48% также продолжали учебу в колледже и 17% окончили колледж (Fountain House, 1985). Эти цифры совпадают с показателями для общей популяции города Нью-Йорка. Обследование 505 лиц с хроническими психическими расстройствами, выписанных из больниц в Торонто (Канада) показало, что 72% окончили среднюю школу и 16% учились

в колледже (Goering, Wasylenki, Lancee and Freeman, 1984). Два исследования Программы общественной поддержки (ПОП) выявили среди пациентов 53–55% выпускников средней школы, и 19–23% с более высоким уровнем образования (Mulkern and Manderscheid, 1989; Tessler and Goldman, 1982).

Профессиональный статус

Научные работы, содержащие данные о трудовой деятельности в обычных условиях лиц, выписанных из психиатрических больниц, периодически анализировались Anthony и сотрудниками (Anthony et al., 1972, 1978; Anthony, Howell and Danley, 1984). Как упоминалось в главе 2, эти данные хорошо согласовались между собой, давая показатели полной трудовой занятости в обычных условиях 20–30% всех пациентов, выписанных из стационаров. Однако, если изучались только лица с длительно текущими психическими заболеваниями, показатели снижались до 15% и ниже. Например, исследование NAMI, охватившее лиц с хроническими психической расстройствами, которые имели высокий уровень образования и происходили из семей среднего и выше среднего достатка, выявило уровень полной трудовой занятости в обычных условиях, не превышающий 5% (Spaniol et al., 1984). Farcas, Rogers и Thurer (1987) наблюдали 54 пациентов, которые долгое время находились в психиатрических больницах и выписаны в 1979 г. в связи с деинституционализацией. По данным пятилетнего наблюдения, никто из больных не был трудоустроен на общих основаниях. Tessler and Goldman (1982) сообщают, что среди пользователей программы общественной поддержки 11% работали в режиме полной или частичной занятости. Более позднее исследование Mulkern и Manderscheid (1989) результатов подобной программы показало уровень трудоустройства на общих основаниях чуть меньше 10%. Wasylenki et al. (1985) отметили, что из выборки госпитализированных больных 11% работали перед поступлением в больницу. Dion, Cohen, Anthony и Waternaux (1988) наблюдали группу больных, госпитализированных по поводу биполярного аффективного расстройства, и обнаружили влияние тяжести заболевания на трудовой прогноз. Шестимесячный катамнез определил, что после первой в жизни госпитализации работали в режиме полной или частичной занятости 64% больных, а при наличии одного или более предшествующих поступлений — только 33%. Интересно отметить, что лишь 20% пациентов

изо всей выборки имели ожидаемый уровень трудоустройства, т.е. профессиональный, соответствующий трудовому анамнезу и образованию.

Обзор литературы

Научные работы, имеющие отношение к психиатрической реабилитации, которые опубликованы в различных психиатрических и реабилитационных журналах, были распределены в соответствии с ключевыми понятиями: местонахождение, критерии эффективности, тип вмешательства, дизайн исследования и исход. Естественно, некоторые исследования, относящиеся к теме, были недоступны во время составления обзора — они либо находились в печати, либо только были получены агентством, спонсирующим данные исследования. Были предприняты поиски в электронных базах данных, включающих рефераты по психологии (Psychological Abstracts), рефераты диссертаций по тематике (Dissertation Abstracts), рефераты по психиатрии (Mental Health Abstracts), а также электронные базы данных РЕНАВ DATA и ERIC; проработаны выпуски журналов, еще не зарегистрированные и не вышедшие в свет. Информация о последних завершенных исследованиях в сфере психиатрической реабилитации была получена из основных источников (Национальный институт психического здоровья, Национальный исследовательский институт инвалидности и реабилитации). Большинство анализированных работ опубликовано в последние 10 лет, потому что до середины 70-х годов XX века основательных аналитических исследований по психиатрической реабилитации было мало.

Локализация

Исследования в сфере психиатрической реабилитации проводились в различных учреждениях, наиболее часто — в психосоциальных реабилитационных центрах и в больницах, а также в центрах психического здоровья по месту жительства и в агентствах профессиональной реабилитации. Во многих работах уделялось внимание психиатрическим реабилитационным вмешательствам в комплексных программах — в больницах и по месту жительства (Paul and Lentz, 1977; Wasylenki et al., 1985) или в центрах психического здоровья и в центрах трудовой

реабилитации (Dellario, 1985; Rogers, Anthony, and Dauley, 1989). Многие из обособленных учреждений (например, центры психосоциальной реабилитации) обслуживают пациентов например, по месту работы (Fountain House, 1985). Тот факт, что реабилитационные вмешательства часто имеют место более чем в одном учреждении, подтверждает необходимость многостороннего и координированного подхода к планированию этой службы.

Как и следовало ожидать, большая часть публикаций в сфере исследований психиатрической реабилитации посвящена рабочему окружению больных. Отчасти это объясняется происхождением термина «реабилитация» из профессионального контекста, т.е. трудовая реабилитация лиц с физическими дефектами. Однако в рамках сферы психического здоровья реабилитация учитывает также охват бытового окружения; успехи и атмосфера в быту являются факторами, тесно связанными с улучшением или ухудшением психического состояния больного. Этот факт нашел подтверждение в ранее полученных и теперь общепризнанных данных о частоте рецидивов (Anthony et al., 1978). Исследования, вошедшие в обзор, иллюстрируют интерес сферы психиатрической реабилитации как к производственному, так и к бытовому окружению.

В то же время, как свидетельствуют используемые критерии (например, частота рецидивов), редко изучаются показатели повышения образовательного уровня больных. Один из новых проектов на базе университетской реабилитационной программы для молодежи подчеркнул необходимость таких исследований (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989; Unger, Danley, Kohn, and Hutchinson, 1987). После объявления об этой программе среди избранных психиатрических учреждений в регионе г. Бостона было подано 75 заявлений на первые 26 предлагавшихся мест.

Критерии эффективности

Сфера психиатрической реабилитации уже вышла из периода, когда опиралась только на данные о частоте рецидивов и показатели трудоустройства как критерии своей эффективности. В первом обширном обзоре этого направления Anthony et al. (1972) вынуждены были опираться исключительно на работы, сообщающие о частоте рецидивов и уровне трудоустройства. Однако уже и в этих ранних исследованиях отмечалось отсутствие взаимозависимости различных критериев эффективности (в данном случае — частота рецидивов и качество

трудоустройства), а также подчеркивалась необходимость в более корректных способах характеристики результатов (Anthony et al., 1972).

Сделав обширный обзор литературы, посвященной критериям эффективности в психиатрической реабилитации, Anthony и Farkas (1982) пришли к следующим выводам:

1. Изменение одного показателя эффективности не свидетельствует, что соответственно изменяются другие показатели (например, изменение трудовых возможностей может не сочетаться с изменением психосоциального функционирования).
2. Положительное изменение одного из показателей эффективности может ассоциироваться с отрицательным изменением другого (например, повышение в должности повышает уровень тревожности).

Таким образом, ученым следует изучить воздействие их вмешательств на более широкий круг показателей. При этом не должны делаться предположения относительно воздействия вмешательств на показатели, которые не включены в план исследования. В целом современные литературные источники говорят о соблюдении указанных принципов.

Типы показателей, используемых в анализируемой литературе, свидетельствуют о совершенствовании определения результативности вмешательств. В отношении трудовой занятости простая ее констатация по типу да/нет была дополнена оценками вида трудоустройства (например, неквалифицированный труд, промежуточные виды трудоустройства, работа в специально созданных условиях, неполный и полный рабочий день) (Fountain House, 1985), доходов (например, Bond, 1984), удовлетворенности работой (National Institute of Handicapped Research, 1980), производительности труда (Hoffman, 1980) и собственно работоспособности (Goering, Farkas, Wasylenki, Lancee, and Ballantyne, 1988). Что касается местопребывания пользователей, то показатель частоты рецидивов заменяется числом дней, проведенных вне стационара (например, Cannady, 1982), оценкой социального приспособления (например, Linn, Caffey, Klett, Hogarty, and Lamb, 1979), числом друзей и видов деятельности (например, National Institute of Handicapped Research, 1980; Vitalo, 1979), уровнем независимости в быту (например, Mosher and Menn, 1978), удовлетворенностью бытовым и социальным приспособлением (например, Katz-Garris, McCue, Garris, and Herring, 1983), оценкой социальных навыков (например, Aveni, and Upper, 1976).

Образовательный статус больных исследовался мало, хотя много способных молодых людей вынуждены были прервать учебу в связи с психическими расстройствами (Spaniol et al., 1984; Unger and Anthony, 1984). Unger и Anthony (1989) сообщили об образовательной программе на базе университета, рассчитанной на один год, — для юношей и девушек с тяжелыми психическими расстройствами. Около 75% пациентов завершили программу и трехлетний катамнез показал, что приблизительно 45–50% из них работали или учились. Результаты реабилитационных вмешательств, призванных улучшить функционирование в учебной сфере, могут оцениваться по таким показателям, как поступление на учебу, получение диплома, окончание учебных курсов, получение документов о профессии или повышении квалификации, приобретенные умения и навыки, оценки академической успеваемости, результаты тестирования знаний.

Типы вмешательств

Чтобы попасть в обзор вмешательства, описанные в литературном источнике, должны были включать либо развитие навыков и умений пациентов, либо развитие поддержки со стороны окружения, либо оба этих элемента. В то же время надо отметить ряд явных недостатков в том, как изучались вмешательства в сфере психиатрической реабилитации. Во-первых, многие вмешательства описаны недостаточно детально, чтобы их можно было использовать либо в будущих исследованиях, либо в клинической практике. Знание одного только места проведения исследования дает мало информации о самом вмешательстве. Нет сомнения, что краткость изложения частично связана с ограничениями объема, предусмотренного для журнальных статей, но даже литературные ссылки большинства анализируемых статей не указывают на материалы (например, учебники или видеопособия), которые могли бы облегчить воспроизведение предложенных вмешательств. Исключением являются исследования на основе модели психиатрических реабилитационных вмешательств, созданной Anthony и его коллегами (см., например, Cohen, Danley, & Nemes, 1985; Cohen, Farkas, & Cohen, 1986; Cohen, Nemes, Farkas, & Forbess, 1989; Cohen, Farkas, Cohen, & Unger, 1990; Goering, Wasylenki et al., 1988; National Institute of Handicapped Research, 1980; Vitalo, 1979; Wasylenki et al., 1985); системы промежуточного трудоустройства, предложенной программой Фаунтен Хаус (Fountain House, 1985); тренинга социальных на-

выков Liberman (Liberman, Mueser, and Wallace, 1986); подхода социального научения Paul (Paul and Lentz, 1977); и программы Azgin по развитию навыков поиска работы (Jacobs et al., 1984).

Вторая проблема состоит в сложности разделения вклада в исход реабилитационных вмешательств по развитию навыков, с одной стороны, и мероприятий по созданию поддержки — со стороны окружения. Последний вид вмешательств обычно предполагает поддерживающие программы (например, создание специальных мастерских), способствующие компенсации дефекта психики, или же наличие в окружении пациента лиц, оказывающих ему непосредственную помощь в адаптации к обычной среде (например, обеспечивают персональное консультирование, сопровождение, отстаивание интересов пациента, а также дают практические советы). Некоторые из этих программ и лиц, обеспечивающих поддержку со стороны окружения, также предоставляют психически больным возможности для овладения навыками и умениями. Часть программ могут способствовать усвоению необходимых навыков, создавая условия для обучения, другие программы имеют в своей структуре специальные курсы обучения умениям и навыкам. С точки зрения научных исследований, вмешательства по развитию навыков у больных и по созданию поддержки со стороны окружения неразрывно взаимосвязаны. Исследователям недоставало либо методики, либо поставленной цели, чтобы сравнить преимущества этих двух типов вмешательств. Современные исследования дают основание считать, что те реабилитационные вмешательства, которые помогают клиенту как осваивать умения и навыки, так и получать поддержку окружения, являются наиболее предпочтительными.

Дизайн исследований

Постепенно, по мере того как совершенствовались изучаемые виды исходов реабилитации, применялись более строгие подходы к дизайну исследований. Уже завершены и чаще проводятся в настоящее время исследования, использующие методы случайной выборки для экспериментальной и контрольной групп (Bond, 1984; Dinsin & Witheridge, 1982; Paul & Lentz, 1977; Wolkon, Karmen, & Tanaka, 1971; Ryan & Bell, 1985; Bond & Dincin, 1986) or matched experimental and control groups (Wasylenki et al., 1985; Goering, Wasylenki, et al., 1988; Vitalo, 1979; Beard, Malamud, & Rossman, 1978; Hoffman, 1980; Mosher & Menn, 1978; Matthews,

1979). Положительные результаты, полученные в указанных исследованиях, не отличаются от результатов работы с квази-экспериментальным дизайном.

Однако недостатки дизайна исследований в сфере психиатрической реабилитации являются очевидными. Дизайн лишь немногих работ позволяет сделать обоснованные выводы. Кроме того, дефектами дизайна многих исследований является неадекватный объем выборки, гетерогенность изучаемой популяции, отсутствие рандомизации при группировке, недостаточность специфичности и воспроизводимости подходов, применение неадекватных методов оценки эффективности вмешательств. Существенно также то, что значительное большинство исследований имеют дизайн с одной исследуемой группой и анализом данных, полученных только после вмешательства.

И все же эти неэкспериментальные работы тоже представляют ценность. Они заложили эмпирические и теоретические основы для последующих исследований. Результаты изучения доступных в то время данных были использованы для разработки более определенных вмешательств, которые сейчас могут исследоваться экспериментально. Большинство из ранних работ могут считаться поисковыми, изучавшими практическую значимость вмешательств перед их экспериментальной проверкой. С этой точки зрения сфера психиатрической реабилитации готова к последующему критическому и экспериментальному изучению, которое должно быть предпринято.

Результаты

К обсуждению результатов, естественно, относятся ограничения, связанные с дефектами дизайна, упомянутыми выше. Однако в целом исследования, рассматриваемые в комплексе, позволяют сделать вывод, что реабилитационные вмешательства приводят к положительным результатам для обслуживаемых клиентов. Эти работы могут быть сгруппированы в соответствии с конкретными типами изученных реабилитационных программ.

В нескольких статьях освещается положительный результат, полученный при реализации комплексных программ, включающих два различных учреждения или агентства. Например, психиатрическую больницу и соответствующие службы по месту жительства (Becker and Bayer, 1975; Jacobs and Trick, 1974; Paul and Lentz, 1977; Wasylenki et al., 1985); или же службы психического здоровья и агентства, занимающиеся професси-

ональной реабилитацией (Dellario, 1985; Rogers, Anthony, and Danley, 1989). Особенного внимания заслуживает вывод о том, что комплексные вмешательства, начавшиеся в больнице, могут впоследствии привести к реабилитационным результатам по месту жительства пациента. Как отмечалось в главе 2, Dellario and Anthony (1981) основываясь на своем обзоре литературы, а также на обзорах Kiesler (1982), Test и Stein (1978), пришли к заключению, что программы больниц и локальных служб здравоохранения должны сравниваться скорее по своим задачам, чем по местонахождению. Это, естественно, предполагает постановку целей, ориентированных на результаты, необходимые для каждой из сторон. Данное условие явно отсутствует во многих программах (Farkas, Cohen and Nemes, 1988). Однако при замене психиатрических больниц соответствующими службами по месту жительства необходимо на последние возложить функции по выполнению реабилитационных программ без произвольного ограничения их продолжительности. Определяющим фактором эффективности оказываемых услуг в пределах каждого отдельно взятого учреждения может являться его отношение ко всей системе долговременной общественной поддержки. Хотя использование государственных психиатрических больниц продолжает сокращаться (Wachgach, 1986a, 1986b) и подавляющее большинство специалистов сферы психического здоровья развивают обслуживание по месту жительства, стационар все же остается существенной частью системы общественной охраны психического здоровья. Наиболее значительные изменения в этой области заключаются в более широком использовании общесоматических больниц и в росте числа частных психиатрических стационаров. Такие тенденции могут представлять потенциальные проблемы при оказании соответствующей помощи, учитывая часто недостаточный опыт работы этих новых учреждений с пациентами, имеющими инвалидизирующие психические расстройства, используя подходы психиатрической реабилитации и систему общественной поддержки по месту жительства.

В то время как продолжают споры о роли больниц в системе охраны психического здоровья, многообещающим является поворот к реабилитационной ориентации по меньшей мере нескольких психиатрических стационаров. Технология перехода от традиционных лечебных программ к программам психиатрической реабилитации рассмотрена в литературе (Anthony, Cohen, and Farkas, 1987; Farkas, Cohen, and Nemes, 1988). Исследования свидетельствуют, что реабилитационный подход, помогающий

интегрированно развивать умения и поддержку окружения, применяемый в учреждении любого типа, может стать самым эффективным.

Успешная трудовая деятельность пользователей как результат сочетания психиатрических вмешательств и мер профессиональной реабилитации свидетельствуют в пользу улучшения координации действий обеих служб. В эпоху сокращения расходов такие данные дают импульс к увеличению эффективности уже действующих элементов системы. Более экономное обслуживание пациентов не приводит к ухудшению результатов, скорее наоборот, — улучшит их.

По мере увеличения числа центров психосоциальной реабилитации проводимые в них научные исследования приобретают все большее значение. Несколько работ, выполненных в этих центрах, проанализированы в рамках Программы промежуточного трудоустройства (ППТ). Программа промежуточного трудоустройства является новацией в профессиональной подготовке, используемой в настоящее время многими агентствами психосоциальной реабилитации по всей стране (Fountain House, 1985). Согласно традиционной ППТ, пациенту центра психосоциальной реабилитации предоставляется рабочее место на уровне, не требующем специальной подготовки в условиях обычного небольшого предприятия. Это трудоустройство временно (3–9 месяцев), обычно с неполным рабочим днем и под контролем центра психосоциальной реабилитации (Beard et al., 1982). Программа промежуточного трудоустройства предназначена для развития у больного уверенности в своих силах, трудовых навыков, необходимых для постоянного трудоустройства, а также для получения отзывов в рабочем коллективе.

До последнего времени существовало мало работ, изучавших эффективность ППТ. Чаще исследовались результаты трудового приспособления лиц, обслуживаемых центрами психосоциальной реабилитации, в структуру которых включались и программы промежуточного трудоустройства. В одной из самых своих первых работ Beard, Pitt, Tisher и Goertzel (1963) не отмечали серьезных различий между показателями трудоустройства в экспериментальной, включавшей ППТ, и контрольной группах. Также не нашли подобных различий по данным 9-месячного катамнеза Dincin и Witheridge (1982), дизайн их исследования включал рандомизацию контрольной группы.

Среди более поздних работ выделяется объемное исследование пациентов Фаунтен Хаус, которые хотя бы один день провели в программе промежуточного трудоустройства (Foun-

tain House, 1985). Анализ данных о 527 больных доказал, что показатели трудоспособности улучшались пропорционально интервалу времени после первой программы промежуточного трудоустройства. Среди пациентов, которые прошли первую программу промежуточного трудоустройства 42 месяца назад и более, 36% работали на общих основаниях. При интервале 12 или 24 месяца показатель трудоустройства составлял 11% и 19% соответственно.

В Центре психосоциальной реабилитации Пороги проведено исследование двух различных типов ППТ — ускоренного и традиционного. Пациенты традиционной программы должны были оставаться в переходной программе по крайней мере на 4 месяца дольше, чем пациенты ускоренной ППТ. По данным 15-месячного катамнеза, показатели трудоустройства 20% и 7% для соответственно ускоренной и традиционной программ промежуточного трудоустройства приближались по значению к цифрам, полученным в Фаунтен Хаус за такой же период времени (Bond and Dincin, 1986).

Результаты программы промежуточного трудоустройства, изученные в Фаунтен Хаус, подтверждают, что такие программы значительно улучшают показатели трудоспособности пациента по мере увеличения периода после первого вмешательства. Последние исследования, выполненные в центре Пороги, доказывают, что для лиц с имеющимся опытом работы включение в программу промежуточного трудоустройства может быть ускорено, а время, необходимое для постоянного трудоустройства, сокращено.

Научные исследования исходов психиатрической реабилитации не совсем типичны для сферы психического здоровья тем, что результаты, к которым стремятся, являются конкретными, явными, простыми для понимания и оценки обществом. Обнаружено, что разные методы выработки у больных умений и навыков наряду с поддержкой со стороны окружения оказывают влияние на такие, по-видимому, простые для оценки критерии результативности, как число дней, проведенных вне стационара (Cannady, 1982; Paul and Lentz, 1977); размер заработной платы (Bond, 1984); снижение пенсии по инвалидности (Jensen, Spangaard, Juel-Neilsen, and Voag, 1978); трудоустройство (Turkat and Buzzell, 1983). Другие показатели реабилитации, хотя и несколько более сложные для оценки, понятны и непрофессионалу — это независимое проживание (Bond, 1984; Mosher and Menn, 1978), производительность труда (Ryan and Bell, 1985), удовлетворенность работой (National Institute of Handicapped Research,

1980), расширение дружеских связей и сферы деятельности (Vitalo, 1979), ролевое функционирование (Goering, Farkas, et al., 1988, Jacobs and Trick, 1973), совершенствование навыков и умений (LaPaglia, 1981; Vitalo, 1979). Как подтверждают авторы анализируемых работ, психиатрические реабилитационные вмешательства являются, как правило, очень определенными в смысле ожидаемых результатов.

По мере того как в исследованиях в сфере психиатрической реабилитации совершенствовались методы измерения результатов, например, оценка различной степени прогресса больного в разных временных интервалах вместо одномоментной оценки по принципу «да или нет», достижения психиатрической реабилитации стали более заметными. Например, работы, в которых не получены ожидавшиеся изменения частоты рецидивов, подтвердили положительные результаты по продолжительности пребывания пациента вне больницы (Beard et al., 1978), и по практическому ролевому функционированию (Goering et al., 1988).

В некоторых исследованиях с увеличением периода наблюдений все значительнее изменялись полученные данные. Например, изменения в практическом ролевом функционировании и социальном приспособлении накапливались в течение периода наблюдений от 6 месяцев до 2 лет (Goering et al., 1988); изменения показателей трудоустройства отсутствуют через 9 месяцев и появляются через 15 месяцев наблюдений (Bond and Dincin, 1986); и чем дольше действует промежуточная программа занятости, тем выше качество трудового приспособления больного (Fountain House, 1985).

Заключение

Несмотря на очевидные ограничения в методах оценки результатов, дизайне и описании самих вмешательств, современные исследования свидетельствуют: психиатрический реабилитационный подход положительно воздействует на исход реабилитации. Почти во всех проанализированных работах используется комбинация вмешательств по совершенствованию навыков пациентов и поддержки их со стороны окружения. Это делает невозможным в настоящее время выделить и объяснить вклад в результат отдельных элементов. В 1974 г. Anthony и Margules в своем обзоре литературы высказали предположение, что лица с тяжелыми психическими расстройствами, несмотря на имеющуюся у них симптоматику, в состоянии овладеть многими

необходимыми навыками и умениями, которые в сочетании с соответствующей поддержкой со стороны окружения могут содействовать реабилитации. Через 10 лет этот вывод остался в силе, подтвержденный дополнительными данными и относительно более совершенно спроектированными исследованиями.

Проблемы будущих исследований

В психиатрических реабилитационных исследованиях все еще остается нерешенным ряд кардинальных вопросов. Наиболее важная проблема — потребность в экспериментальном изучении реабилитационных вмешательств, которые можно было бы воспроизвести. Mosher и Keith (1979), Goldberg (1980), Meyerson и Herman (1983), Keith и Matthews (1984) подчеркивали необходимость в тщательно контролируемых исследованиях процесса и исходов психиатрической реабилитации.

Дальнейшие научные разработки в сфере психиатрической реабилитации являются крайне важными в связи с тем, что локальные центры психического здоровья в настоящее время расширяют сферу своих услуг, предпринимая новые попытки лечения лиц с хроническими психическими расстройствами по месту их жительства. Larsen (1987) в исследовании, финансируемом Национальным институтом психического здоровья США, доказал, что бурно развивающиеся локальные психиатрические службы ориентированы, прежде всего, на проживающих в районе обслуживания лиц с хроническими психическими расстройствами — т.е. пациентов, которым показан психиатрический реабилитационный подход. Подтверждено, что значительная часть средств, предназначенных для лечения больных, используется для обслуживания лиц с хроническими психическими расстройствами, и все больше руководителей психиатрических служб создают центры психиатрической реабилитации для этой категории населения. Психиатрический реабилитационный подход получает всеобщее признание как имеющий отношение к нуждам лиц с тяжелыми психическими расстройствами (например, см. работы Lecklner and Greenberd, 1983; Spanol, Jung, Zpple, and Fitzgerald, 1987). Такие тенденции делают еще более важными стандартизированные, тщательно контролируемые психиатрические реабилитационные исследования.

Одной из наиболее трудно разрешимых проблем для будущих научных проектов в сфере психиатрической реабилитации является создание системы оценки результатов — практичной,

значимой, достоверной и валидной. Многие методы оценки, особенно заимствованные из литературы, посвященной тренингу социальных умений, отражают лишь биологический уровень поведения пациента. При переходе от таких показателей, как частота глазного контакта в течение 3-минутной беседы, к более сложной оценке социального поведения теряется четкость и специфичность оценки результатов. Используются два пути решения этой проблемы — или выражать признаки более сложного социального поведения через элементы биологического поведения (Wallau et al., 1980), или создавать особые оценочные инструменты для каждого нового исследовательского направления. В связи с ограничениями объема публикаций в профессиональных журналах такие инструменты часто описываются без существенных деталей. Поэтому воспроизведение методов оценки может быть столь же сложным, как и воспроизведение самого реабилитационного вмешательства, описание которого часто тоже дается не в полном объеме. Во многих работах даже отсутствуют ссылки на инструменты, которые были использованы, что затрудняет идентификацию потенциально стандартизованных оценок.

Другим недостатком, требующим исправления в будущих исследованиях, является частое отсутствие показателей надежности и валидности применяемых оценочных инструментов (Ciminiro, Calhoun, and Adams, 1977). Надежность характеризуется несколько чаще, чем валидность — что, очевидно, отражает проблему установления коррелирующей или конкурирующей валидности для нечетко определенного набора поведенческих признаков (Alevizos and Callahan, 1977). Действительно, вопрос о валидности измерения элементов поведения редко принимается во внимание (Wallace et al., 1980), а для оценки приспособления к окружению даже формальные тесты надежности приводятся редко (Waskow and Parloff, 1975). Многие методы, используемые в исследованиях, были разработаны для одномоментной оценки популяции, а применяются для долгосрочной оценки — из-за отсутствия специальных инструментов. Когда исследователь выходит за рамки измерения изменений (например, количество дней посещения мастерской) и применяет методы оценки, стандартизированные под другую популяцию, возникают проблемы надежности и валидности.

Исследователям необходимы научные методы для оценки генерализации результатов приобретения навыков и умений. Hersen и Bellack (1977, p. 510) отмечают, что «важность генерализации для бихевиоральных исследований признается больше на бумаге,

а не в реальной практике». Признается отсутствие системной структуры, в рамках которой создавались бы методы или показатели генерализации с учетом этических и естественных законов (Curran, 1980; Hersen and Bellack, 1977). Только 40% работ, посвященных навыкам инвалидов, обращаются к некоторым аспектам проблемы применения этих навыков (Wallace et al., 1980). В тех исследованиях, которые касаются генерализации, обычно используются такие методы оценки, как частотное распределение элементов поведения и опросники — структурированные или неструктурированные (Hollingsworth and Foreyt, 1975; Patterson and Teigen, 1973; Tracey, Briddell, and Wilson, 1974).

Кроме оценки того, насколько приобретенные при тренинге навыки больной может применить в планируемом окружении, существует насущная необходимость создания методов измерения навыков, которые бы коррелировали с показателями полезности для пациента. Методы оценки овладения навыками, созданные Paul and Lentz (1977) и Griffiths (1973), являются в этом отношении образцами. Power (1979) и Redfield (1979) сообщили о прогностической валидности оценок поведения в стационаре с использованием системы регистрации клинических проявлений и хронометрированного реестра поведения. Оба метода были созданы и стандартизированы в ходе десятилетнего исследования, проведенного Paul и соавторами. Шкальная оценка на основе этих методик при выписке пациента из стационара может достоверно предсказать его поведение в обществе (Paul, 1984).

Стандартизованная оценка поведения на рабочем месте, созданная для лиц с психическими расстройствами (Griffiths, 1973, 1974; Watts, 1978), учитывает ряд элементов поведения (например, использует инструменты и оборудование, вступает в контакт спонтанно, быстро усваивает инструкции). Рейтинговая шкала включает континуум от силы (например, стремится к дополнительной работе) до дефекта (например, ждет, пока дадут задание). Для этой шкалы имеются данные как по надежности, так и по прогностической валидности.

В последнее время усилился интерес к оценке общего уровня функционирования наряду с расширившимся использованием функциональных оценок в практике психиатрической реабилитации (Cohen and Anthony, 1984). Во многих штатах разработаны методические инструменты для оценки уровня функционирования пациентов Программ общественной поддержки. Эти инструменты часто включают рейтинг навыков и умений клиента. Так, шкала CSS-100 (New York

State Office of Mental Health, 1979) используется многими программами общественной поддержки. Отдельные шкалы измеряют степень приспособления больного к окружению (например, использование общественного транспорта, умение обращаться с деньгами, навыки адекватного ухода за собой) и его поведенческие проблемы или симптомы (например, госпитализация, службы трудоустройства, коммунальные жилищные программы, общественные мероприятия). Подобно методике штата Нью-Йорк, многофункциональная оценка потребностей (Angelini, Potthof, and Goldblatt, 1983), используемая в штатах Род-Айленд и Коннектикут, включает оценки функционирования, самообслуживания, взаимодействия с окружением, психопатологических симптомов и посещаемости программы. Другие методические инструменты подобного типа используются в штатах Нью-Джерси (New Jersey Division of Mental Health and Hospitals, 1980) и Мичиган (Cornhill Associates, 1980). Эти методы открывают перспективу для научных исследований с привлечением большого числа испытуемых (например, все пациенты больницы, все психически больные, обслуживаемые в штате). Перечисленные методы являются первым шагом в решении проблемы оценки изменений, наступающих вследствие психиатрических реабилитационных вмешательств, однако они еще далеки от совершенства. Ridgway (1988) проанализировал более 200 методов оценки функционирования с учетом потребностей, связанных с окружением, и пришел к выводу об отсутствии в них специфичности и отражения предпочтительного местопребывания клиента — это является основным недостатком валидности и самого смысла указанных методов.

Заключение

Широкомасштабные экспериментальные исследования в сфере психиатрической реабилитации крайне необходимы, кроме того, уже появились и расширяются возможности их осуществления. Вопросы количественной оценки результатов тоже начали разрабатываться. В настоящее время многие психиатрические реабилитационные вмешательства могут быть описаны в таких подробностях, которые позволяют с достаточной надежностью контролировать их внедрение. Так, ученые могут накапливать данные до стадии, на которой изучаемые вмешательства реализуются. На этой стадии вмешательства уже достаточно полно описаны и если результаты являются обнадеживающими, они

могут воспроизводиться в системе обслуживания пользователей или в клинических исследовательских программах.

Таким образом, проанализированные научные работы, посвященные новым реабилитационным программам, подтверждают: подготовлена почва для экспериментального изучения психиатрических реабилитационных вмешательств, воспроизводимых и доступных количественной оценке.

Идеология

«Суть метафоры — это понимание и восприятие одних вещей посредством других... Мы рассматриваем метафору как основу человеческого взаимопонимания и как способ образования нового смысла и нового содержания нашей жизни».

Lakoff и Johnson

Основную идеологию психиатрической реабилитации можно сделать более понятной посредством использования метафоры или сравнения. Реабилитация лиц с инвалидирующими соматическими заболеваниями может служить аналогией для реабилитации лиц с хроническими психическими расстройствами. Объяснение сути психиатрической реабилитации через сравнение с реабилитацией в соматической медицине (например, реабилитацией лиц с повреждением спинного мозга или заболеванием сердца) делает психиатрическую реабилитацию более доступной для понимания. Сравнение гораздо легче запоминается, чем определение или перечисление основных признаков. Образ создает понимание. Образ реабилитации при соматической патологии может быть использован для понимания

Фрагменты данной главы — это полученные с разрешения авторов выдержки из:

Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Cohen, B.F. (1984). Psychiatric rehabilitation. In J.A. Talbott (Ed.), *The chronic mental patient: Five years later* (pp. 137–157). Orlando, FL: Grune & Stratton.

Anthony, W.A., & Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542–559.

психиатрической реабилитации, помогая внушить к ней доверие. В нашем обществе очень ценится реабилитация лиц с инвалидирующими соматическими заболеваниями. Может ли общество иначе относиться к реабилитации инвалидов от психических расстройств? Эта аналогия должна быть доведена до сознания общественности и использована для более глубокого понимания психиатрической реабилитации в обществе.

Сравнение с соматической реабилитацией может также разъяснить суть психиатрической реабилитации для ряда различных дисциплин, связанных с ее практикой. Даже несмотря на то, что существуют явные различия между двумя видами нарушения функционирования — вследствие психических расстройств и в результате соматических заболеваний, — у них много сходных черт. Например, у лиц с тем или другим видом несостоятельности появляется дефектное ролевое функционирование; они нуждаются в широком спектре услуг, часто в течение долгого времени; и могут, хотя и не всегда, полностью восстановить утраченные способности.

Существуют и некоторые другие преимущества использования соматической реабилитации в качестве аналогии для объяснения сути психиатрической реабилитации. Несостоятельность вследствие соматических заболеваний считается менее стигматизирующей, чем таковая в результате психических расстройств. Более того, реабилитация лиц с последствиями соматических заболеваний или травм представляется неспециалистам более понятной и заслуживающей доверия. Поэтому сравнение при объяснении несостоятельности вследствие психических расстройств делает, сферу психиатрической реабилитации более приемлемой.

В последнее время профессионалы сферы психического здоровья начинают понимать, какое отношение идеология реабилитации может иметь к лицам с тяжелыми психическими расстройствами. И все же до сего времени и подготовленный персонал, и эффективные программы, необходимые для внедрения этой идеологии в практику, остаются недоступными на местах по всей стране.

Модель реабилитации

В течение последнего десятилетия консенсус во взглядах на основную идеологию реабилитации прогрессировал. В табл. 4.1 приведена модель реабилитации, на которой основана идеология психиатрической реабилитации.

Таблица 4.1. Модель реабилитации

Стадии	I. Повреждение	II. Дисфункция	III. Ограничения
Определения	Утрата или аномалия психологических, физиологических или анатомических структур либо процессов	Ограничение или утрата (в результате повреждения) способности действовать в соответствиях, которые или в рамках, которые считаются нормальными для человека	Невыгодное для данного лица положение в результате повреждения и/или недееспособности, которое создает ограничения или препятствия для выполнения роли, являющейся нормальной (в зависимости от возраста, пола, социальных и культурных факторов) для данного лица
Примеры	Галлюцинации, бред, депрессия	Недостаточность навыков приспособления к работе, социальных умений, бытовых навыков	Статус безработного, бездомного (бомж)
Типичные меры воздействия	Лечение, направленное на редуцицию или устранение патологии	Клиническая реабилитация, способствующая развитию умений и навыков клиентов и поддержке со стороны окружения	Реабилитация общества, направленная на изменение системы, в которой живет индивид

Из Center for Psychiatric Rehabilitation (1984) *Annual report for the National Institute of Handicapped Research*. Boston: Boston University (с изменениями).

Основные понятия: повреждение, несостоятельность и дефект в модели реабилитации описывались несколько по-разному в разные периоды времени. Однако обобщающие работы Wood (1980) и Frey (1984) придали этим терминам концептуальную ясность. Как отмечено в табл. 4.1, повреждение структуры или функции может привести к снижению способности больного применять некоторые навыки и выполнять действия, что, в свою очередь, может ограничивать его ролевое функционирование в определенных сферах.

Опыт подтверждает, что психиатрическое лечение начинает применяться на стадии повреждения. Биологическое лечение и психотерапия используются в целях редуцирования патологических симптомов. Как упоминалось в главе 2, Leitner и Drasgow (1972) при анализе различий между лечением и реабилитацией указывали, что обычно лечение направлено больше на минимизацию болезни, а реабилитация — на максимизацию здоровья. Устранение или локализация повреждения (например, лечение) не приводит автоматически к улучшению функционирования личности (например, снижению несостоятельности). Подобным же образом уменьшение степени несостоятельности не приводит автоматически к редукции повреждения, хотя такая возможность не исключается (Strauss, 1986). Важно отметить, что хроническое или тяжелое повреждение (например, диабет, инсульт) не всегда приводит к хронической дезадаптации и дефекту. Что следует из наличия повреждения — это повышенный риск хронической несостоятельности или дефекта.

Клиническая практика в сфере как психиатрической, так и соматической реабилитации включает две стратегии вмешательства: 1) развитие умений и навыков клиента и 2) организация поддержки со стороны окружения. Практика психиатрической реабилитации руководствуется основной идеологией реабилитации: инвалиды нуждаются в разработке умений и навыков, а также в поддержке со стороны окружения для выполнения своей роли в бытовом, учебном, социальном и рабочем окружении. Клиническая реабилитация предполагает, что при изменении их навыков и поддержки в непосредственном окружении лица с инвалидизирующими психическими расстройствами будут более способны к выполнению конкретных, избранных ими ролевых функций. Другими словами, вмешательства, нацеленные на снижение несостоятельности, предположительно приведут к уменьшению дефекта.

В дополнение к клиническим реабилитационным вмешательствам лицам с психическими инвалидизирующими

расстройствами помощь может быть оказана посредством мер, направленных на реабилитацию общества (Anthony, 1972). Реабилитация общества предусматривает изменение системы, в которой должны функционировать психически больные. В отличие от клинической, реабилитация общества направлена не на выработку определенных умений и навыков или на поддержку конкретных лиц, скорее, на индуцирование в обществе изменений, которые помогут целой категории лиц с психическими расстройствами удовлетворять свои потребности в избранном ими окружении. Примерами реабилитации общества являются Законодательство о специальном налогообложении отдельных видов труда, изменения регулирования трудовых отношений в рамках Программы социального страхования инвалидов и создание Системы квот наподобие Европейской для трудоустройства инвалидов. Эти общественные вмешательства напоминают: трудности адаптации больного в обществе могут больше зависеть от ригидной и дискриминационной социально-экономической системы, чем от нарушений и нетрудоспособности, отмечаемых у него (Rosen, 1985).

Вмешательства, относящиеся к реабилитации пациентов и реабилитации общества, не являются взаимно исключаящими (Stubbins, 1982). Поправки 1973 г. к Закону о профессиональной реабилитации, который регулирует клинические реабилитационные вмешательства, фактически тоже признают значение реабилитации общества. Поправки утверждают принципы взаимоотношений федерального правительства США с подрядчиками и представляют правительство как образцового работодателя, что касается создания удобств для инвалидов (Stubbins, 1982). Следует отметить, что как реабилитация пациентов и реабилитация общества дополняют друг друга, так и реабилитационные вмешательства могут быть дополнением к лечению. Лица, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, обычно нуждаются ведь как в лечебных, так и в реабилитационных мероприятиях.

Основные принципы психиатрической реабилитации

По мере того как концептуальная модель реабилитации приобретала признание, сформулировались ее основные принципы (Wright, 1981). Эти принципы действуют во многих типовых программах, созданных для реабилитации лиц с тяжелыми психическими расстройствами (Vachrach, 1989). Описания мо-

делей психиатрических реабилитационных программ все чаще появляются в литературе (например, см. Bachrach, 1980; 1980b). В связи с изобилием статей о психиатрической реабилитации стало возможным составить свод принципов, являющихся основой большинства реабилитационных программ. До настоящего времени было трудно выделить основные принципы психиатрической реабилитации, так как последняя проводилась в разных учреждениях специалистами разного профиля. Уточнение основных принципов может выявить общие черты деятельности разнообразных специализированных учреждений и объем и содержание используемых в них различных профессиональных подходов (Snaap, Blankertz, Messinger, and Gardner, 1988). В работах Beard (Beard et al., 1982), Lamb (1982), Dincin (1981), Grob (1983) и Anthony (1982), среди прочих отмечается согласие все большего числа ученых в отношении содержания девяти основных принципов психиатрической реабилитации (табл. 4.2), оказывающих влияние как на учреждения, в которых они используются, так и на профессиональную деятельность специалистов.

Рассмотрим эти девять принципов отдельно

Принцип 1. *Важнейшей задачей психиатрической реабилитации является совершенствование компетентности лиц с психическими расстройствами.* Как подчеркивалось выше, реабилитация направлена прежде всего на максимизацию здоровья, а не на минимизацию болезни, т.е. на индукцию здоровья, а не просто редукцию симптоматики. Акцент в сфере соматической реабилитации всегда делался на повышении компетентности, а не просто на смягчении патологической симптоматики. Общеизвестная аксиома реабилитации гласит: минимизация проявлений или ликвидация болезни не приводит автоматически к росту функциональных возможностей. Другими словами, важно делать акцент на преодолении, а не на поражении, бороться за существенную адаптацию, а не сдаваться трудностям и печали нетрудоспособности (Wright, 1980). Или, как указывал Beard, основной лозунг реабилитации — «верить в потенциальный возврат к активной жизни больного с самым тяжелым психическим расстройством» (Beard et al., 1982, p. 47). Dincin (1981) говорит о возможности увеличения потенциала пользователей при психиатрической реабилитации. Хотя конкретные слова, используемые для выражения этого принципа, отличаются (например, рост, производительность, здоровье, преодоление, навыки, компетентность, способности), смысл принципа ясен.

Таблица 4.2. *Основные принципы психиатрической реабилитации*

1. Важнейшей задачей психиатрической реабилитации является совершенствование компетентности лиц с психическими расстройствами.
2. Польза психиатрической реабилитации для пользователей выражается в оптимизации поведения в необходимом для них окружении.
3. Психиатрическая реабилитация является эклектичной в использовании различных методов.
4. Центральное место в психиатрической реабилитации занимает повышение трудоспособности лиц с инвалидизирующими психическими расстройствами.
5. Существенной составной частью процесса реабилитации является надежда.
6. Продуманное повышение зависимости пациента может привести в конечном счете к увеличению степени независимого его функционирования.
7. Желательным является активное включение пользователей в процесс их реабилитации.
8. Два основных типа вмешательств психиатрической реабилитации — это выработка умений и навыков пациента и организация поддержки со стороны окружения.
9. Продолжительное медикаментозное лечение часто является необходимым, но редко оказывается достаточным компонентом реабилитационного вмешательства.

Принцип 2. *Польза психиатрической реабилитации для пользователей выражается в оптимизации поведения в необходимом для них окружении.* Создание терапевтического инсайта не является главной целью (Anthony, 1982; Dincin, 1981). Акцент делается больше на факторах реальной жизни, а не на интрапсихических процессах (Lamb, 1982), на развитии способностей клиента что-нибудь делать в конкретном окружении. Несмотря на наличие остаточного снижения функционирования индивида, реабилитация имеет целью помочь ему приспособиться к требованиям конкретного окружения (Grob, 1983). Психиатрическая реабилитация подобно соматической реабилитации сосредоточивает внимание на восстановлении способности человека совершать определенные поступки в определенном окружении. Например, результат для слепого — не только научиться передвигаться без помощи зрения, а и применять эти умения в конкретной обстановке (например, дом, рабочее место). Таким

образом, результаты для пользователя неразрывно связаны с окружением. Поэтому специалист сферы психиатрической реабилитации должен не просто работать над совершенствованием навыков пациента (например, навык беседы), но должен делать это с учетом требований конкретного окружения, в котором клиент действует или будет действовать (например, местожиительство, место промежуточного трудоустройства).

Принцип 3. *Психиатрическая реабилитация является эклектической в использовании различных методов.* Практика психиатрической реабилитации руководствуется идеологией реабилитации и не связана с именем либо одного автора, либо определенной психотерапевтической теорией. Grob (1987, с. 278) охарактеризовал психиатрическую реабилитацию как «эклектическую в теории и прагматичную в приспособлении». Dincin (1981) указывал, что практика психиатрической реабилитации не зависит от какой-нибудь определенной теории этиологии психических расстройств, она готова использовать любые методы, эффективные в достижении поставленных целей.

Принцип 4. *Центральное место в психиатрической реабилитации занимает повышение трудоспособности лиц с инвалидизирующими психическими расстройствами.* Как указывал Brooks (1981), восстановление работоспособности является самой сутью реабилитации. Ведущая роль трудового функционирования в психиатрической реабилитации наиболее очевидна в подходе центра Фаунтен Хаус. Труд здесь является центральным элементом и лежит в основе всех аспектов подхода. Его создатели верят, «что работа, в особенности возможность надеяться и получить оплачиваемую должность — это большая движущая и мобилизующая сила в жизни каждого человека» (Beard et al., 1982, p. 47). Grob (1983) считает, что адекватное трудоустройство бывшего пациента, сохранившего способность работать, является существенной частью процесса выздоровления. Lamb (1982, с. 7) отмечает, что «трудотерапия, связанная со способностями конкретного больного, должна стать краеугольным камнем лечения хронически больных по месту жительства». Убеждение в решающем значении трудовой или подобной деятельности в реабилитации лиц с психическими расстройствами прочно укоренилось в сфере психиатрической реабилитации (Snaan et al., 1988; Connors, Graham, and Pulso, 1987; Harding, Strauss, Hafez, and Lieberman, 1987). Значение труда

отражено в принципах реабилитации, программы трудового обучения стали неотъемлемой частью ее процесса.

Принцип 5. *Существенной составной частью процесса реабилитации является надежда.* Реабилитация ориентирована на будущее, и ее сегодняшние задачи основываются на воскресшей надежде и вере в будущее. Dincin (1981) считает, что атмосфера учреждения психиатрической реабилитации должна быть проникнута надеждой на будущее. В Центре Фаунтен Хаус внедряется «полезный взгляд в будущее» (Beard et al., 1982, с. 49).

Специалисты соматической реабилитации (Wright, 1960) и психотерапии (Frank, 1981) признали значение надежды или ожиданий улучшения как решающего фактора процесса выздоровления (Deegan, 1988). Anthony, Cohen, and Cohen (1983) соглашались, что надежда на успехи пациента, какой бы ни была статистическая вероятность улучшения, является важным компонентом любого реабилитационного вмешательства. И, наоборот, отсутствие веры в улучшение делает исход психиатрической реабилитации сомнительным. Когда ощущение безнадежности проникает в учреждение, постоянные и сложные проблемы практики психиатрической реабилитации начинают казаться сотрудникам непреодолимыми, вследствие чего уменьшается польза реабилитации для пациентов.

Как упоминалось выше, хроническое или тяжелое повреждение (например, диабет, инсульт, артрит) не приводит автоматически к хронической несостоятельности больного. В таких случаях лишь повышается риск снижения функционирования личности в отдельных сферах. Например, пациент с параплегией несостоятелен, если дело касается ходьбы, и имеет ограничения в отношении, скажем, работы пожарным, но у него сохраняется умственная работоспособность, и он не будет иметь ограничений в отношении работы программистом. У лиц с психическими расстройствами функционирование нарушается не во всех сферах и не постоянно, а ограничения касаются не всех функциональных ролей. Специалисты сферы реабилитации верят, что восстановление возможно в некоторых, во многих или даже во всех сферах функционирования.

Надежда всегда необходима, но часто недостаточна. Она должна сочетаться с постоянно развивающейся технологией психиатрической реабилитации (как говорил Benjamin Franklin: «Если вы живете одной надеждой, вы, вероятно, умрете от голода»). Надежда и прогресс технологии реабилитации тесно

взаимосвязаны: надежда порождает новые технологии, а новые технологии, в свою очередь, порождают новую надежду.

Принцип 6. *Продуманное повышение зависимости пациента может привести, в конечном счете, к увеличению степени независимого его функционирования.* Традиционными местами проведения реабилитационных вмешательств являются специальные учреждения, где пациенты живут, обучаются, получают профессиональную помощь (Lamb, 1982). Хотя следует признать опасность появления излишней зависимости, идеология психиатрической реабилитации выделяет разные виды зависимости (Havens, 1967). Зависимость от некоторых сотрудников и учреждений психиатрической службы становится естественным первым шагом реабилитации, и сама по себе не деструктивна (Dincin, 1981).

Изредка в некоторых психиатрических программах настолько высоко ценится независимость потребителя, что недооценивается значение его зависимости. С точки зрения реабилитации зависимость не является негативным понятием (Anthony, 1982). Во вмешательствах, направленных на инвалидов от соматических заболеваний, часто даже поддерживается зависимость от определенных лиц или предметов в одном окружении (Kerr and Meyerson, 1987), чтобы сделать пациента независимым в другой сфере (Peters, 1985). Например, зависимость от обслуживающего лица, помогающего одеваться перед работой, может позволить больному с тетраплегией быть занятым полную рабочую неделю. Для зависимости в сфере соматической реабилитации главное — ее степень, различная, естественно, в разном окружении и в разное время.

Для лиц с соматическими нарушениями признается право на улучшающую функционирование зависимость от людей и вещей в их окружении. Например, пациентов с тетраплегией не осуждают за зависимость от кресла-коляски! Люди изобрели приспособления для коррекции распространенных видов соматической зависимости. Представьте себе ситуацию, когда только лицам со 100%-ным зрением (без коррекции) было бы разрешено управлять транспортными средствами, то есть зависимым от очков было бы запрещено иметь водительские права.

Технология психиатрической реабилитации ограничена в своих возможностях достижения полной независимости потребителя от профессионалов сферы психического здоровья. Более того, зависимость от определенных людей, мест, деятельности или вещей является нормой. Вмешательства, которые допуска-

ют определенную степень зависимости на определенное время, например использование вспомогательных приспособлений и услуг, могут улучшить функционирование пациента в другом окружении и в другое время (Weinman and Kleiner, 1978).

Принцип 7. *Желательным является активное включение пользователей в процесс их реабилитации.* Вовлечение пациентов в процесс психиатрической реабилитации — это их активное участие в нем (например, изложение их ценностей, жизненного опыта, чувств, мыслей и целей) на всех этапах реабилитации. В научной литературе часто отмечаются различия между пользователями и профессионалами в отношении целей и оценок реабилитации (Dellario, Goldfield, Farkas, and Cohen, 1984; Makas, 1980). Исследования также подтверждают, что оказание помощи (Carkhuff, 1969) и обучение (Aspy and Roebuck, 1977) затруднены при отсутствии вовлечения клиента или обучаемого в сам процесс. Психиатрическая реабилитация включает, наряду с взглядами специалистов, взгляды пациентов на фазы оценки и вмешательства (Anthony, Cohen, and Farkas, 1982).

Участие пользователей может также включать их вовлечение в планирование и оказание услуг другим пациентам (деятельность служб психического здоровья, осуществляемая пользователями, освещена в главе 8). Центр Фаунтен Хаус провел тренинговую программу для пользователей, созданную для усиления разных функций, включая помощь «равный — равному», обучение навыкам, защиту интересов и оценку результатов (Beard et al., 1982).

Вовлечение пациентов в процесс реабилитации требует создания процедур, которые были бы ему понятны и могли быть объяснены. Реабилитационные вмешательства не должны выглядеть для пользователей таинственными. Очень важна приверженность самого специалиста делу вовлечения пациента и его вера в то, что реабилитация проводится совместно, а не по схеме «процедура — пациенту». Люди не могут быть «подвергнутыми» реабилитации. Они должны быть «активными и решительными участниками своей собственной реабилитации» (Deegan, 1988, с. 12).

Принцип 8. *Два основных типа вмешательства психиатрической реабилитации — это выработка умений и навыков пациента и организация поддержки со стороны окружения.* Вмешательства по совершенствованию качеств индивида или его окружения — это проверенные временем два центральных эле-

мента реабилитации — как физической, так и психиатрической (Wright, 1980). Изменение качеств индивида обычно включает обучение его определенным навыкам и умениям, необходимым для более эффективного функционирования в конкретном окружении. Меры по совершенствованию окружения обычно предусматривают такие его изменения, чтобы клиент мог реализовать свои нужды и навыки.

Профессионалы физической реабилитации традиционно использовали оба вида вмешательств. Например, специалист лечебной физкультуры (ЛФК) обучает пациента с параплегией новым навыкам (например, как перемещаться с кресла-коляски на кровать) и заботится об изменениях в его окружении — для лучшей адаптации к существующему уровню навыков (например, сделать перила или оборудовать туалетную комнату, приспособив ее для доступа в кресле-коляске).

Подобно подходу физической реабилитации, реабилитационный подход к лицам с психическими расстройствами также сосредоточивается на выработке навыков и изменении окружения. Психиатрический реабилитационный подход основывается на данных литературы, которые свидетельствуют, что исход реабилитации достоверно зависит не от симптомов расстройства, а от навыков и умений индивида (Anthony and Margules, 1974). Исследования также неоднократно подтверждали, что лица с психическими расстройствами способны усвоить множество физических, эмоциональных и интеллектуальных умений и навыков, несмотря на симптоматику. Более того, эти умения и навыки при соответствующей поддержке окружения могут даже внести существенный вклад в результат реабилитации пациента (Anthony, 1979; Dion and Anthony, 1987).

Программы психиатрической реабилитации различаются по тому, насколько систематичны их подходы к выработке навыков и умений или к изменению окружения. Такие подходы могут быть неформальными и эмпирическими (Beard et al., 1982), или же планируемыми и систематическими (Cohen, Vitalo, Anthony, and Pierce, 1980; Cohen, Danley, and Nemes, 1985). Ряд программ делает акцент на организации поддержки клиентов со стороны их окружения (Beard et al., 1982), в то время как другие — на выработке умений и навыков у самих пациентов (Azrin and Philp, 1979).

Принцип 9. *Продолжительное медикаментозное лечение часто является необходимым, но редко оказывается достаточным компонентом реабилитационного вмешательства.*

В течение нескольких последних десятилетий фармакологические препараты получал почти каждый больной, нуждавшийся в продолжительном лечении психических расстройств. Aud (1974) указывал, что до 90% госпитализированных пациентов с хроническими расстройствами лечили хотя бы одним нейролептиком. Dion, Delario и Farcas (1982) обнаружили, что 96% из выборки лиц с тяжелыми психическими расстройствами, наблюдавшихся в стационарах и во внебольничных условиях (штат Массачусетс), получали минимум один нейролептик. Mattews, Roper, Mosher, and Menn (1979) также сообщили, что 100% больных шизофренией молодого возраста, лечившихся впервые в стационаре Центра психического здоровья, получали психофармакологические препараты. Выявлено, что в целом 90–100% пациентов, страдающих психозами и госпитализированных для лечения, принимают нейролептики.

Психофармакологическое лечение применяется повсеместно, несмотря на свидетельства, что некоторые лица не нуждаются в нем или не желают его принимать и что некоторые новые методы лечения приводят к таким же, как при лечении нейролептиками, или даже лучшим результатам. В 1976 г. Gardos и Cole пришли к выводу, что 50% пациентов, получающих амбулаторную поддерживающую терапию, могут обходиться без нее. Многие исследователи результатов нейролептической терапии получили аналогичные данные. Обычно у 20–30% пациентов, принимающих нейролептики, наблюдаются рецидивы заболевания, в то же время у 20–30% лиц, получающих плацебо, рецидивов не наблюдается. Эти данные означают, что основная часть пациентов, продолжающих принимать нейролептики, вполне может без них обходиться. Многие пользователи не нуждаются в нейролептиках либо потому, что и с лечением и без него они функционируют одинаково, либо потому, что активные реабилитационные программы снижают необходимость в медикаментах (Carpenter, Heinrichs, and Hanlon, 1987; Matthews et al., 1979; Paul, Tobias, and Holly, 1972). В дополнение к этим исследованиям лечебных вмешательств наиболее обширные обзоры литературы подтвердили, что лечение малыми дозами нейролептиков может быть таким же эффективным, как и применение более высоких доз тех же препаратов. Исследователями были предложены «нейролептические каникулы» — определенные периоды времени без лекарств (Task Force on Tardive Dyskinesia, 1979), регулярные проверки необходимости назначения нейролептиков, попытки снизить дозы нейролептиков, получаемых больными (Kane, 1987). Другим недавно исследованным подходом для некоторых

категорий больных стал метод прерывной нейролептической терапии — в отличие от непрерывного поддерживающего лечения (Carpenter, McGlashan, and Strauss, 1977; Carpenter, Heinrichs, and Haunlon, 1987; Herz, Szymanski, and Simon, 1982).

Несмотря на большое количество исследований нейролептической терапии, недостаточно внимания уделялось ее влиянию на результат реабилитации, т.е. на способность больного функционировать в конкретном окружении. Обзор литературы, посвященный нейролептической терапии, выявил, что только в 4 источниках из 31 эффективность препаратов измерялась по другим показателям, кроме симптоматики и повторных госпитализаций (Docherty, Sims, and Van Kammen, 1975). Engelehardt and Rosen (1976) доказали, что для воздействия на способность индивида функционировать в окружении по месту жительства или работы недостаточно только медикаментозной терапии.

Отсутствие доказательств влияния нейролептической терапии на реабилитацию не удивительно. Лекарства попросту не содействуют развитию умений, силы, а также поддержке окружения, необходимых для того, чтобы жить, учиться, общаться и работать в обществе. Хотя эффект психофармакологического лечения на поведенческие симптомы можно рассматривать как подготовку больного к реабилитации, взаимоотношения медикаментозной терапии и реабилитации могут быть также поняты несколько иначе. Реабилитационное вмешательство можно представить как способствующее отмене психотропных препаратов. То есть после того как лекарства подготовили пациента к реабилитации, успешное реабилитационное вмешательство может способствовать сокращению медикаментозного лечения.

Реабилитация может и по-другому помочь психофармакологической терапии — повышать вероятность согласия больного на такое лечение (Weiden, Shaw, and Mann, 1986). Анализ данных об отказе больных от лечения определенными препаратами выявил: 48% пациентов отказались от фенотиазиновых производных, 49% — от транквилизаторов и антидепрессантов и 32% — от препаратов лития (Barofsky and Connolly, 1983). Соблюдение порядка приема лекарств может рассматриваться как навык, которому психически больного можно научить. Специалисты, занимающиеся психофармакотерапией, могут также заинтересоваться: не даст ли реабилитационный диагноз дополнительной информации, имеющей отношение к медикаментозному лечению? Возможно, уровень навыков и умений пациента, а также поддержки окружения может отчасти предсказать реакцию больного на фармакотерапию.

Таким образом, медикаментозная терапия может рассматриваться как часто необходимый, но редко достаточный элемент реабилитации. С точки зрения реабилитации, лекарственная терапия является полезным вмешательством, но процесс восстановления редко может этим ограничиться. Подобным же образом специалисты, использующие медикаментозную терапию, могут считать, что реабилитация поможет получить согласие больного на лечение, определит изначальную необходимость в фармакотерапии и снизит дозировку препаратов.

Заключение

Идеология психиатрической реабилитации является основой ее процесса и технологии. Модель и принципы прочно объединяют и процесс и технологию в систему ценностей и убеждений. В следующей главе описаны процесс и технология психиатрической реабилитации.

Процесс и технология

«Честность без знания слаба и бесполезна, а знание без честности опасно и отвратительно».

Samuel Johnson

Сфера охраны психического здоровья готова считать психиатрический реабилитационный подход предпочтительным методом оказания помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами. Развенчаны мифы прошлого, начали проводиться исследования эффективности службы, сформулирована идеология психиатрической реабилитации. К сожалению, невозможно, однако, применять реабилитационный подход, если не развивать и не использовать технологии для внедрения реабилитационного процесса.

Эта глава посвящена технологиям, используемым в процессе психиатрической реабилитации. Рассмотрены приобретающие все большее признание характеристики основных фаз психи-

В эту главу вошли отрывки (с разрешения авторов) из

Anthony, W.A., Cohen, M.R., and Farkas, M. (1987). Training and technical assistance in rehabilitation. In A. Meyerson and T. Fine (Eds.), *Psychiatric disability: Clinical, legal, and administrative dimensions* (pp. 251–269). Washington DC: American Psychiatric Press.

Anthony, W.A., and Farkas, M.D. (1989). The future of psychiatric rehabilitation. In M.D. Farkas and W.A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 226–239). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

атрического реабилитационного процесса с описанием технологий, которые специалисты используют, чтобы помочь лицам с психическими расстройствами плодотворно участвовать в процессе реабилитации.

Процесс психиатрической реабилитации

Идеология реабилитации дает направление процессу психиатрической реабилитации, который исходит из того, что люди со сниженными возможностями нуждаются в навыках и поддержке для того, чтобы функционировать в избранном ими окружении, — где они живут, учатся, общаются и работают. Процесс психиатрической реабилитации состоит из трех фаз, предусматривающих выработку желаемых и необходимых навыков и видов поддержки: диагностической фазы, фазы планирования и фазы вмешательства.

Диагностическая фаза включает помощь профессионала в оценке сильных и слабых сторон навыков и видов поддержки пациента. В отличие от традиционного психиатрического диагноза, который характеризует симптоматику болезни, реабилитационный диагноз выявляет поведенческую характеристику, состояние навыков индивида, а также определяет существующий уровень поддержки избранного пользователем окружения, в котором он живет, обучается и работает. Получив диагностическую информацию, специалист сферы реабилитации может помочь пациенту разработать план реабилитации — это *фаза планирования*. План реабилитации уточняет, каким образом развивать навыки индивида и ресурсы окружения для того, чтобы достичь реабилитационных целей пользователя. План составляется подобно индивидуальному плану обслуживания, основное отличие состоит в определении приоритетных целей по развитию навыков и поддержке и конкретных вмешательствах по достижению каждой цели, а не только в перечислении организаций, оказывающих услуги. В *фазе вмешательства* план реабилитации выполняется, чтобы выработать у пациента навыки и создать ему поддержку со стороны окружения для лучшего функционирования.

Реабилитационный диагноз

Профессионал, устанавливающий реабилитационный диагноз, начинает с привлечения пациента к выбору окружения, в кото-

ром тот намерен функционировать в последующие 6–18 месяцев (то есть определение общих целей реабилитации). Например, Джон Грейс и работающий с ним профессионал могут прийти к соглашению, что Джон хочет посещать Клуб бывших пациентов вплоть до октября будущего года. Эта общая цель реабилитации становится основой для последующей оценки навыков и видов поддержки.

Посредством функциональной оценки специалист с пациентом находят взаимопонимание в отношении навыков, которые осуществимы или неосуществимы в аспекте достижения общей цели реабилитации. Совместно составляются перечень и описание необходимых пациенту конкретных навыков, учитывая поведенческие требования избранного окружения, а также элементы поведения, имеющие значение для личной удовлетворенности пациента. Например, одним из навыков, необходимых Джону в Клубе бывших пациентов, является демонстрация понимания собеседника. Джон и работающий с ним специалист фиксируют использование этого навыка в виде процентного соотношения наблюдавшихся в течение недели случаев, когда Джон сообщал о своих ощущениях и причинах их возникновения при общении с членами Клуба. После того как использование навыка детально описано, Джон и работающий с ним профессионал оценивают существующий и необходимый уровни применения этого навыка в Клубе.

Оценка возможностей окружения подтверждает наличие или отсутствие видов поддержки, важных для достижения общей цели реабилитации пользователя. В ходе такой оценки специалист привлекает пациента к составлению перечня и описанию лиц, мест, вещей и видов деятельности, необходимых для успешного функционирования больного в избранном окружении. К тому же учитываются как требования к окружению, так и потребности пациентов. Например, Клуб бывших пациентов может требовать, чтобы у новых участников программы был «наставник» из членов Клуба, прошедших подготовку. Джон и работающий с ним профессионал регистрируют эту форму поддержки как количество случаев в выходные дни, когда Джон, будучи дома, общается по телефону с «наставником». После того как способ описан, Джон вместе с профессионалом оценивают существующий и необходимый уровень поддержки, оказываемой этим способом. В табл. 5.1 и 5.2 приведены в качестве примеров отрывки функциональной характеристики и оценки возможностей из реабилитационной карты Джона.

Таблица 5.1. Карта функциональной характеристики
Обобщенная цель реабилитации: Джон посещает Клуб бывших пациентов до октября.

Наличие/не-достаточность	Необходимые навыки	Описание применения навыка	Оценка навыков *					
			Спонтанное использование		Стимулируемое использование		Способность выполнения	
			в наличии	необходимое	да	нет	да	нет
+	Предложение вида деятельности	Число случаев в неделю (в процентах), когда Джон при обсуждении с членами Клуба плана на следующий день подает идею какой-либо деятельности для себя и других клиентов	50%	50%				
-	Демонстрирование понимания	Число случаев в неделю (в процентах), когда Джон при общении с членами Клуба сообщил о своих ощущениях и причинах их возникновения	0	70%		x		x
-	Предложение помощи	Число случаев в месяц (в процентах), когда Джон делал успокаивающие замечания члену Клуба, переживающему огорчение	0	90%		x		x

* Уровень навыков пациента оценивается тремя разными способами. Колонка «Спонтанное использование» демонстрирует наивысший на момент оценки уровень спонтанного применения пациентом навыков в окружении по сравнению с необходимым уровнем использования навыков. Колонка «Стимулируемое использование» показывает: может (да) или не может (нет) пациент воспользоваться навыком хотя бы один раз в соответствующем окружении. Колонка «Способность выполнения» показывает: может (да) или не может (нет) пациент применить навыки в ситуации оценки или обучения. Если уровень спонтанного использования равен нулю, оценивается стимулируемое использование. Соответственно если оценка стимулируемого использования отрицательная (нет), оценивается способность выполнения навыка.

Таблица 5.2. Карта оценки ресурсов
 Общая реабилитационная цель: Джон посещает Клуб бывших пациентов до октября.

<i>Наличие / недостаточность</i>	<i>Необходимые ресурсы</i>	<i>Описание использования ресурсов</i>	<i>Имеющиеся</i>	<i>Необходимые</i>
-	Контакты с членами Клуба	Число случаев в неделю, когда избранный член Клуба звонит Джо- ну, пребывающему дома в выходные дни	0	2
+	Расходование денег	Число случаев в месяц, когда роди- тели Джона дают ему 100 долларов на личные расходы	4	4
-	Организованная деятельность	Число случаев в неделю, когда программа Клуба предоставляет минимум 2 часа структурированной деятельности в день персонально для Джона	4	5

Планирование реабилитации

На основе диагноза определяются цели по выработке важнейших навыков и по развитию ресурсов. Специалист определяет конкретные вмешательства по всем пунктам плана, касающимся навыков или ресурсов, и распределяет обязанности для осуществления каждого вмешательства. Пациент и специалист для подтверждения своего согласия подписывают план реабилитации. В табл. 5.3 приведен фрагмент примерного плана реабилитации из медицинской документации Джона.

Реабилитационные вмешательства

Специалист сферы реабилитации использует два основных вида вмешательств: выработка навыков и создание возможностей. Эти вмешательства совершенствуют использование пациентами своих умений и помощи окружения. Имеется два пути выработки навыков и умений.

Первый путь — прямое обучение навыкам — используется в случаях, когда функциональная оценка показывает, что у клиента отсутствуют навыки (например, не может выполнить навык в ситуации контроля). Прямое обучение навыкам включает систему обучающих действий, дающих пациенту возможность компетентно использовать новые формы поведения (Cohen, Danley, and Nemes, 1985). Прямое обучение навыкам является уникальной методикой всестороннего обучения, в результате которой клиент приобретает необходимые умения.

Второй путь выработки навыков — программирование — предполагает процесс постепенной подготовки пациента к использованию имеющихся навыков необходимым образом (Cohen, Danley, and Nemes, 1985). Программирование навыков призвано помочь клиентам преодолеть преграды к регулярному использованию тех навыков и умений, которыми они уже владеют. Программирование навыков готовит пациента к их использованию так часто, как это необходимо в соответствующем окружении.

Прямое обучение навыкам и программирование навыков дополняют друг друга. Например, после прямого обучения Джона навыкам демонстрирования понимания в моделируемой в ходе обучения ситуации, специалист вместе с пациентом на следующем этапе применяет программирование навыка для того, чтобы преодолеть барьеры, мешающие пациенту использовать этот навык вне занятий. Так, могут быть разработаны приемы,

Таблица 5.3. План реабилитации

Общая цель реабилитации: Джон посещает Клуб бывших пациентов до октября.

<i>Основные задачи по развитию навыков и ресурсов</i>	<i>Вмешательства</i>	<i>Ответственные</i>	<i>Дата начала</i>	<i>Дата окончания</i>
Джон в беседах с другими членами Клуба во время общих мероприятий демонстрирует понимание в 70% случаев	Прямое обучение навыкам / Программирование навыков	Специалист по трудотерапии, персонал программы	1 января 16 апреля	15 апреля 15 июня
Программа Клуба включает организованные мероприятия 5 раз в неделю	Изменение возможностей	Директор программы	1 февраля	15 апреля

Я участвовал в создании этого плана, и план отражает мои цели.

Подпись пациента _____

помогающие Джону не забывать демонстрировать понимание в Клубе бывших пациентов так часто, как это потребуется.

В отличие от вмешательств по выработке навыков, вмешательства по развитию внешних возможностей предназначены связать клиента с существующими возможностями (координация ресурсов) или изменить возможности, которые не используются надлежащим образом (модификация ресурсов). Координация ресурсов включает выбор предпочтительной внешней возможности, подготовку к ее использованию и поддержку пациента при использовании этой возможности. Например: чтобы посещать Клуб бывших пациентов, Джон должен пользоваться транспортом. В этом случае и он, и работающий с ним специалист должны учесть важность выбора вида транспорта (приняв во внимание стоимость, доступность, надежность). После сделанного выбора Джону оказывается помощь в установлении связи с источником возможности. Специалист работает как с транспортным агентством (например, компанией такси), так и с Джоном, помогая преодолевать барьеры для успешного пользования пациентом услугами перевозчика.

Модификация ресурсов — это техника адаптации существующих внешних возможностей к нуждам клиента для их удовлетворения наилучшим способом. Например, чтобы предоставить Джону возможность структурированной деятельности 5 дней в неделю, специалист вместе с ним может изыскать возможность посещения другой программы социальной помощи на добровольных началах. Навыки изменения возможностей включают переговоры с ответственными лицами и органами об изменениях, необходимых для удовлетворения нужд клиентов при использовании возможностей окружения. Координация и модификация ресурсов подобны практике индивидуального менеджмента в медицинском обслуживании (см. главу 10). Разница в том, что координация и модификация ресурсов являются главными вмешательствами в классическом индивидуальном менеджменте, будучи только частью более всеобъемлющего реабилитационного подхода.

Таким образом, реабилитационный процесс разворачивается по мере того, как специалист вовлекает пациента и его ближайшее окружение в диагностирование, планирование и развитие навыков и ресурсов, необходимых клиенту, чтобы успешно функционировать и быть удовлетворенным в конкретном окружении. Возможностям специалиста вовлечь пользователя в реабилитационный процесс способствует уровень его профессиональных навыков.

Технология психиатрической реабилитации

Процессам диагностики, планирования и вмешательства в рамках психиатрической реабилитации могут способствовать профессионалы, знакомые с технологией психиатрической реабилитации. Технологию здесь можно определить как приложение научных знаний к решению проблем, а также к достижению целей индивида или общества. В случае психиатрической реабилитации технология может определяться как гуманитарная (Carkhuff and Berenson, 1976) — в отличие от инженерной. Гуманитарная технология применяет научные знания, чтобы достичь цели развития человеческих возможностей, а не решить промышленные или торговые задачи. В сфере психиатрической реабилитации целями являются снижение уровня инвалидизации и создание равных со здоровыми людьми возможностей для лиц с хроническими психическими расстройствами.

Научные знания

Научную основу технологии психиатрической реабилитации составляют исследования, упоминаемые в этой книге. Представители различных дисциплин сферы психического здоровья и реабилитации изучали и оценивали реабилитационный процесс. Технология психиатрической реабилитации основывается, насколько это возможно, на том, что было разработано на сегодняшний день посредством научных методов.

Научный метод или подход к развитию знаний предоставляет «объективный свод правил сбора, обработки и представления информации» (Cozby, 1989, с. 5). «На протяжении всего пути научного знания заложены препятствия. Эти препятствия задуманы и используются таким образом, что контролируют и верифицируют деятельность и выводы ученого с целью достижения надежного и объективного знания» (Kerlinger, 1964, с. 7). Формирование технологии психиатрической реабилитации на основе результатов научных исследований вооружает специалиста-практика более надежными и достоверными методами.

Целью научного метода, по сути, являются открытия, изучение фактов и развитие научных знаний (Kerlinger, 1964). Методология исследований любого типа основывается на научном методе. Методология исследований в психиатрической реабилитации вынужденно является разнотипной в связи с разнотипностью вопросов, подлежащих исследованию. В резуль-

тате технология психиатрической реабилитации создавалась из того, что было заимствовано из множества методологических подходов. Последние включали методы, определяемые разными авторами как экспериментальные и квазиэкспериментальные исследования, эпидемиологические, клинические исследования, экспериментальный дизайн с одним объектом, исследования по оценке программ, мета-анализ. Все эти исследовательские стратегии представляют собой эффективные пути получения новых знаний, на которых может основываться новая технология. В иерархии методов научного исследования наивысшую ступень занимает экспериментальный метод как имеющий наибольшую точность. Однако до настоящего времени основная масса знаний, из которых исходит технология психиатрической реабилитации, получена с использованием менее точных методов.

Технология практической психиатрической реабилитации

Технология психиатрической реабилитации определяет знания и навыки, которые используются специалистом для помощи пользователю в реабилитационном процессе. Основными компонентами технологии психиатрической реабилитации являются четко определенные навыки специалиста и основополагающие знания о том, как эффективнее использовать эти навыки, чтобы помочь пациентам участвовать в психиатрическом реабилитационном процессе диагностики — планирования — вмешательства. В табл. 5.4 перечисляются виды деятельности специалиста на протяжении трех фаз процесса психиатрической реабилитации.

Специалисты Центра психиатрической реабилитации к настоящему времени выделили и описали более 70 навыков, используемых специалистом для помощи пациенту в процессе психиатрической реабилитации. Эти навыки, как и знания, необходимые для их эффективного применения, скомбинированы в уникальную технологию психиатрической реабилитации. Для того чтобы провести пациента через каждую фазу реабилитационного процесса, специалист должен хорошо знать технологию постановки общей реабилитационной цели, оценки функционирования, оценки ресурсов, реабилитационного планирования, прямого обучения навыкам, программирования навыков, координации и модификации ресурсов.

Таблица 5.4. Виды деятельности специалиста на протяжении трех фаз процесса психиатрической реабилитации

Фаза	Диагностики	Планирования	Вмешательства
<p>Виды деятельности</p>	<p><i>Постановка общей реабилитационной цели</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • оценка реабилитационной готовности • связь с пациентом • определение личных критериев • описание альтернативного окружения • выбор цели <p><i>Оценка функционирования</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • перечень важнейших навыков • описание использования навыков • оценка исполнения навыков • тренировка пациента <p><i>Оценка внешних возможностей</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • перечень основных возможностей • описание использования возможностей • оценка использования возможностей • тренировка пациента 	<p><i>Планирование развития навыков</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • определение приоритетов • определение задач • выбор вмешательства • формирование плана <p><i>Планирование развития поддержки</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • определение приоритетов • определение задач • выбор вмешательства • формирование плана 	<p><i>Прямое обучение навыкам</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • описание содержания навыков • планирование занятий • программирование использования навыков • тренировка пациента <p><i>Программирование навыков</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • определение препятствий • создание программы • поддержка действий пациента <p><i>Координация внешних возможностей</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • предложение клиенту различных видов поддержки • «Решение проблем» • использование возможностей программирования <p><i>Модификация ресурсов</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • оценка готовности к изменению • оценка внешних возможностей • предложения по изменению • консультирование лиц, оказывающих поддержку • тренинг лиц, оказывающих поддержку

В табл. 5.5 представлен пример применения методики постановки общей реабилитационной цели.

В Центре психиатрической реабилитации создан мультимедийный тренинговый набор, в который вошла большая часть указанных методов, чтобы помочь специалистам в овладении и применении различных навыков, составляющих эту технологию (M.R.Cohen et al., 1985, 1986, 1990). Научные исследования в течение последнего десятилетия подтвердили повышение уровня владения навыками у специалистов, проходивших подготовку по этой технологии (Farcas and Anthony, 1989; Farcas, O'Brien, and Nemes, 1988; Goering, Wasylenki, et al., 1988; National Institute of Handicapped Research, 1980; Cohen, Danley, Hutchinson, and Anthony, 1986).

Кроме технологии, созданной в Центре психиатрической реабилитации, к психиатрическому реабилитационному подходу относится ряд других методов. Их отличие от технологии Центра в том, что хотя они не предназначены для реабилитационного процесса, но могут быть вполне приспособлены для этой цели. Примеры таких методов: тренинг социальных навыков (Liberman, Mueser, and Wallace, 1986) и развитие способностей человека (Carkhuff and Berenson, 1976).

Другой вид технологии, который может быть полезным для специалиста сферы психиатрической реабилитации, — это технология индивидуального менеджмента (см. главу 10). Хотя этот метод не разрабатывался конкретно под психиатрическую реабилитацию, он может быть полезным для специалистов этой сферы (Goering, Wasylenki, et al., 1988).

Все технологии, повышающие мастерство специалиста, независимо от того, предназначены они или нет для реабилитационного процесса, могут помочь профессионалу более эффективно выполнять свою работу. Повышение качества работы специалиста является очевидным результатом освоения технологии. Кроме того, усовершенствованные навыки основываются на современных знаниях. Общая технология психиатрической реабилитации также включает знания, необходимые для применения навыков в нужное время и для преодоления препятствий в использовании этих навыков.

На первый взгляд, процессы диагностики, планирования и вмешательства в психиатрическую реабилитацию представляются настолько простыми и логичными, что можно подумать об отсутствии необходимости в специальной технологии. Однако это не так! В качестве аналогии рассмотрим процесс научного эксперимента, сравнительно простое исследование взаимоот-

Таблица 5.5. Методика постановки общей реабилитационной цели

Вид деятельности	Оценка реабилитационной готовности	Установление контакта с пациентом	Определение личных критериев	Описание альтернативного окружения	Выбор цели
Навыки	<ul style="list-style-type: none"> • предположение о потребностях пациента • подтверждение согласия на изменения • оценка информированности • выделение потребности в общении • суждение о готовности 	<ul style="list-style-type: none"> • ориентировка • демонстрирование понимания • самораскрытие • побуждение 	<ul style="list-style-type: none"> • выяснение ценностей • анализ жизненного опыта • предположение о личных критериях 	<ul style="list-style-type: none"> • определение альтернативного окружения • уточнение основных характеристик • изучение альтернативного окружения 	<ul style="list-style-type: none"> • определение критериев • оценка альтернативного окружения • формулировка цели

Из: Cohen, M., Farcas, M., Cohen, B., Unger, K. (1990) *Psychiatric rehabilitation technology: Setting an overall rehabilitation goal*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, MA.

ношений «причина — следствие». При этом одна или больше экспериментальных групп подвергаются определенным лечебным воздействиям и результаты сравниваются с показателями одной или нескольких контрольных групп, не получавших лечения. Большинству студентов высших учебных заведений знаком процесс научного эксперимента. Однако проведение экспериментальных исследований в определенной области науки требует соответствующей технологии, без которой работа становится неэффективной, а ее результаты недостоверными. Хотя разработку можно провести и при некачественной технологии, но в таком случае можно получить некачественные результаты. То же самое относится и к процессу психиатрической реабилитации.

Сопrotивление технологии психиатрической реабилитации

Некоторые исследователи противятся принятию технологии психиатрической реабилитации, потому что рассматривают эту технологию скорее как инженерную, а не гуманитарную. Они не оценивают межличностный элемент, который является сутью этой технологии, делая ее гуманистической. Они рассматривают психиатрическую реабилитацию так, как многие — медицину. Специалисты, преподающие медицину, не вкладывают в обучение гуманным аспектам медицинской практики столько же сил и мастерства, как в обучение медицинским технологиям. В результате, профессионалу, оказывающему медицинскую помощь, часто недостает человеческого отношения. В противоположность этому технология психиатрической реабилитации подчеркивает связь с пользователями и основывается на личностно-ориентированной идеологии.

Другая часть специалистов настроена против технологии психиатрической реабилитации из-за того, что они недооценивают технологию как таковую и убеждены: уж если профессионалы исповедуют соответствующие ценности и работают в рамках правильно структурированной реабилитационной программы, они смогут оказать помощь лицам с психическими расстройствами. Хотя иногда это и может соответствовать истине, возникает вопрос: не были бы действия этих специалистов более эффективными, будь они вооружены технологиями психиатрической реабилитации? не могли бы результаты реабилитации психически больных в бытовой, образовательной

и профессиональной сферах стать еще лучше? Если снова обратиться к аналогии с медициной, далеко ли мы ушли от врача XIX века, который руководствовался правильными ценностями, но владел очень ограниченными техническими возможностями, до сегодняшнего врача XXI века, ушедшего с головой в технологии и исповедующего те же ценности? Специалист XXI столетия может быть обучен основам гуманных принципов психиатрической реабилитации и вооружен набором приемов и инструментов, помогающих психически больным получать пользу от реабилитационного процесса.

Технология психиатрической реабилитации и культура психического здоровья

Усвоение технологии психиатрической реабилитации — это постепенный процесс. Специалисты и программы проходят ряд последовательных шагов в своих попытках внедрения навыков и техник психиатрической реабилитации в практику. Этот постепенно развивающийся процесс соответствует нормальному внедрению новой технологии в любой сфере человеческой деятельности. Технология редко принимается одномоментно, чаще процесс представляет собой неуклонные — год за годом — изменения.

Однако даже такое медленное, постепенное внедрение будет сомнительным, если культура психического здоровья не поддерживает психиатрический реабилитационный подход. Культура психического здоровья — это ценности и нормы членов общества в данной сфере. К счастью, ценностные установки таких лиц, как руководители различного ранга, потребители и профессионалы, все более приближаются к идеологии психиатрической реабилитации.

Культура оказывает сильное влияние на внедрение любой технологии. Причем такое внедрение происходит не обязательно из-за ценности самого нововведения, а скорее в связи с готовностью культуры его воспринять. Лучшим примером (не из сферы психического здоровья) является разное принятие западных технологий Японией и Китаем. Главной причиной различий стали разные тенденции культур этих стран и влияние культуры на внедрение технологий.

Как утверждают Anthony и Farkas (1989), некоторые изменения в культуре приводят к лучшему восприятию технологии психиатрической реабилитации. Одно из основных изменений — смена конечных целей, которые ставят департаменты

психического здоровья на местах и в администрации штатов. Например, приемлемыми целями психического здоровья теперь стали бытовые и профессиональные — специалисты сферы психического здоровья все больше включаются в помощь психически больным в сфере профессионального и бытового функционирования. Идеологи начинают понимать, что профессиональное и бытовое функционирование — это не просто проблема программы профессиональной реабилитации, или департамента социальной помощи, или управления домами, это также сфера действия профессионалов психического здоровья. Все больше руководителей отделов психического здоровья в администрациях штатов занимаются организацией профессионального и бытового функционирования лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Это большой сдвиг по сравнению с ситуацией десятилетней давности. Технологии психиатрической реабилитации в рамках этой новой культуры могут развиваться дальше.

Другое, относящееся к делу, изменение состоит в том, что культура психического здоровья теперь предусматривает взгляд на лиц с психическими расстройствами сначала как на людей, а затем как на инвалидов. Такое изменение произошло много лет назад, когда прозвучала фраза: «Послушайте, я не просто человек в инвалидном кресле, я — человек, который использует инвалидное кресло». Внезапно пациенты психиатрической службы заговорили: «Я не просто психически больной. Я — человек, который страдает психическим расстройством, или у которого есть какие-то психиатрические проблемы либо какие-то эмоциональные нарушения». Подчеркивается понятие человека, личности. Инвалид — это человек, как и другие, стремящийся иметь работу, дом, друзей, иметь к кому обратиться в трудную минуту. Окружающие поняли, что инвалиды вследствие психических расстройств не являются несостоятельными 24 часа в сутки, довольно часто в повседневной жизни они состоятельны. Это изменение в мышлении совпадает с идеологией и технологией психиатрической реабилитации.

Еще одно изменение в культуре психического здоровья состоит в том, что окружение пациента сейчас признается важнейшим фактором его выздоровления. Человек уже больше не оценивается и не лечится «в вакууме», исчезло мнение, что простое изменение здоровых свойств или дефекта личности могут привести к выздоровлению пациента. В культуре психического здоровья появилось понимание, что должны оцениваться как личность, так и окружение — как непосредственное, так и более

широкое (например, как дом человека, так и система социального обеспечения и система культурно-бытового обслуживания). Эти важные системы могут затормозить процесс реабилитации или даже ему препятствовать. Рассматривая окружение как возможный источник препятствий и потенциального посредника, культура психического здоровья становится открытой для идеологии и технологии реабилитации, адресуемой к препятствиям и возможностям окружения.

Культура психического здоровья также признает важность поддержки окружения по месту жительства пациентов. В сфере физической реабилитации поддержка всегда рассматривалась как крайне необходимый элемент. Формы поддержки в сфере физической реабилитации всегда конкретны: костыли и кресла-коляски, трости, пандусы и т.д. В психиатрической реабилитации, будь ее цель профессиональной, образовательной или направленной на независимое проживание, поддержка также жизненно необходима. Сегодня чаще, чем раньше, профессионалы сферы психического здоровья интересуются тем, какие виды поддержки предоставляются больному. Такие программы, как поддерживаемое трудоустройство, поддерживаемое жилье, поддерживаемое образование и созданные потребителями альтернативные программы, предоставляют помощь «равный — равному», сопровождение, профессиональное содействие и формируют целые сети поддержки. Поддержка принята как вид вмешательства. Необходимо еще многое изучить о том, как оказывать поддержку, но ее предоставление становится рутинным вмешательством в культуру психического здоровья. Это хорошее предзнаменование скорого внедрения технологии психиатрической реабилитации.

В последнее время больные и члены их семей требуют, чтобы профессионалы сферы психического здоровья рассказывали им об оказываемой помощи более понятными словами. Люди уже не так, как раньше, благоговеют перед специалистами, ушло в прошлое представление о лечении, как о чем-то мистическом и таинственном. К счастью, практика психиатрической реабилитации и сопутствующие ей технологии могут быть объяснены понятным для пользователей и их семей образом. Поскольку культура психического здоровья все шире использует понятный для широких слоев населения язык, она все более согласуется с идеологией и технологией психиатрической реабилитации. Информированное согласие пациента — яркий пример того, что процесс оказания помощи был изложен просто и доступно.

Для того чтобы психиатрическая реабилитация стала более эффективной, культура психического здоровья должна рассма-

тривать ее как гуманный, а не механический процесс, основанный на научных фактах, а не на слухах и впечатлениях. Культура психического здоровья, которая ценит как гуманность, так и эффективность, будет способствовать внедрению технологии психиатрической реабилитации.

Специалисты психиатрической реабилитации отличаются друг от друга степенью приверженности в своей практике технологии психиатрической реабилитации. В последнее время возникает консенсус на основе идеологии и результативности психиатрической реабилитации, процесс которой становится более понятным, и культура психического здоровья все больше воспринимает гуманитарные технологии. В связи с этим все большее число специалистов и администраторов будут ощущать воздействие технологии психиатрической реабилитации на свои убеждения в целях большего вовлечения пользователей в процесс реабилитации и, что наиболее важно, — для достижения лучших реабилитационных результатов.

Заключение

По своей сути процесс психиатрической реабилитации призван помочь лицам с психическими расстройствами определить жизненные цели, уяснить, что они должны сделать, чтобы достичь эти цели, планировать свои действия и затем развивать необходимые для достижения целей навыки и ресурсы. Каждый специалист и каждая программа психиатрической реабилитации вовлекают пользователей в некоторые или во все эти процессы. В условиях клуба или больницы, дневного стационара или программы поддерживаемого трудоустройства, жилого микрорайона или учебного заведения применение технологии всегда будет способствовать процессу психиатрической реабилитации и поможет оценить ее влияние на пользователя. В последующих двух главах излагаются и обсуждаются диагностика, планирование и вмешательства в рамках психиатрической реабилитации.

Диагностика

«Следует помнить, что трагедия жизни не в том, что ваша цель не достигнута. Трагедия — в отсутствии цели, к которой вы стремитесь»

Benjamin E. Mayes

Психиатрический реабилитационный диагноз помогает лицам с психическими расстройствами определить свои реабилитационные цели, а также то, что они должны делать для достижения этих целей. Психиатрический реабилитационный диагноз не следует путать с традиционным психиатрическим диагнозом. Цель, процесс и средства постановки этих двух видов диагноза различны. В то же время оба они дают полезную и существенную информацию, требуют подготовленных специалистов для их постановки, играют важную роль во всесторонних лечебных и реабилитационных вмешательствах.

Тема главы — психиатрический реабилитационный диагноз. Однако для того, чтобы осветить различие между реабилитационным диагнозом и традиционным — более известным — психи-

Фрагменты этой главы являются перепечаткой (с разрешения авторов) отрывков из следующих источников:

Anthony, W.A., Cohen, M.R., and Nemes, P. (1987). Assessment in psychiatric rehabilitation. In B.Bolton (Ed.), *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (pp. 229–312). Baltimore: Paul Brookes.

Cohen, B.F., and Anthony, W.A. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In A.Halpern and M.Fuhrer (Eds) *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 79–100) Baltimore: Paul Brookes.

атрическим диагнозом, будет приведен пример каждого из них. Сопоставление двух подходов к диагностике продемонстрирует уникальное значение психиатрического реабилитационного диагноза.

***Пример традиционного
психиатрического диагноза
и психиатрического реабилитационного
диагноза одного и того же больного***

*(приводятся выдержки из истории болезни пациента
с психическими расстройствами)*

Пациент Ричард, 25-летний одинокий белый мужчина, был направлен в клинику для обследования. Он жаловался на чувство тоски и отсутствие желая работать. Он был конторским служащим, занятым полный рабочий день. Живя в доме своих родителей, Ричард посещал вечерние программы в дневном стационаре. Приблизительно за месяц до поступления в клинику Ричард получил от своего начальника замечание о снижении производительности своей работы. В это же время Ричард начал проводить больше времени в постели по выходным, сотрудники дневного стационара отмечали его сонливый вид.

Ричард окончил среднюю школу и учился на вечернем отделении местного колледжа по специальности «бухгалтерия и бизнес». После окончания колледжа в начале трудовой деятельности Ричард перенес первый психотический приступ. Он уволился и периодически работал поденно на подсобных работах.

Ричард начал получать лечение по поводу психических расстройств в возрасте 22 лет. Частнопрактикующий психиатр обнаружил у него бредовые расстройства и добился стабилизации состояния при поддерживающем лечении галоперидолом (5 мг в сутки). Через несколько лет Ричард начал посещать дневную лечебную программу в местном центре психического здоровья, а через 6 месяцев получил свою нынешнюю работу с помощью Отдела профессиональной реабилитации администрации штата.

Традиционный психиатрический диагноз
(извлечение из истории болезни)

Ричард ориентирован в собственной личности, в месте и времени. Внешний вид аккуратный и соответствует ситуации. Поведение социально приемлемое. Интеллектуальный уровень в беседе несколько выше среднего, хотя по данным психологического тестирования показаны средние результаты. Выявлены некоторые нарушения мышления — своеобразное употребление слов, трудности концентрации, излишняя конкретизация и детализация. Несколько тревожен и подозрителен. Ричард отрицает наличие бредовых идей, галлюцинаций, суицидальных или агрессивных мыслей. Таким образом, у пациента явно выражены нарушения мышления и аффективные расстройства. С учетом психиатрического анамнеза и реакции на медикаментозное лечение сделан вывод о первичности расстройств мышления.

Аффективные нарушения представлены депрессией, являющейся, возможно, реакцией на снижение функционирования по сравнению с преморбидным уровнем. На момент обследования не выявлено симптомов маниакального или гипоманиакального состояния. На основании наличия зависимости от окружающих, склонности к непослушанию и откладыванию дел со дня на день сделан вывод о пассивно-агрессивном типе личности.

DSM III

Ось I	295.62 Шизофрения, резидуальный тип, хроническая
	296.82 Атипичная депрессия
Ось II	301.84 Пассивно-агрессивное расстройство личности (предварительный диагноз)
Ось III	Информация отсутствует
Ось IV	Психосоциальные стрессорные факторы: новая работа, новая подруга Выраженность: 4 — умеренная
Ось V	Наивысший уровень адаптивного функционирования за прошедший год: 4 — удовлетворительно

Психиатрическая реабилитационная оценка
(из истории болезни)

Обобщенная реабилитационная цель Ричарда — продолжать работать в режиме полного рабочего дня на своей нынешней должности конторского служащего по меньшей мере весь следующий год. Он отмечает необходимость улучшить качество своей работы, что согласуется с замечаниями его начальника.

На основании обсуждения и самооценки по месту работы были определены следующие имеющиеся и недостающие навыки и виды поддержки.

Навыки

Организация труда	Число дней в неделю, когда Ричард составляет список рабочих заданий дня, распределенных по степени важности. Имеющийся уровень: 0 Необходимый уровень: 5 (дефицит навыка)
-------------------	---

Требование заданий	Число дней в неделю, когда Ричард просит по утрам своего начальника дать ему задание на день. Имеющийся уровень: 3 Необходимый уровень: 5 (дефицит навыка)
--------------------	--

Укладка грузов	Количество эпизодов в день (в процентах), когда Ричард укладывает грузы, которые были затребованы на погрузочную площадку на утро, в конце рабочего дня. Имеющийся уровень: 100% Необходимый уровень: 100% (достаточность навыка)
----------------	---

Подготовка инвентаря	Число дней в неделю, когда Ричард составляет список с указанием количества и вида предметов, остающихся на полках перед тем, как уйти с работы. Имеющийся уровень: 3 Необходимый уровень: 5 (дефицит навыка)
----------------------	--

Беседы на отвлеченные темы	Количество эпизодов в день (в процентах), когда Ричард говорит на темы, не имеющие отношения к нему лично во время неформальных бесед с сотрудниками. Имеющийся уровень: 0% Необходимый уровень: 75% (дефицит навыка)
----------------------------	---

**Ресурсы
окружения**

Транспорт	Число дней в неделю, когда кто-нибудь подвозит Ричарда на работу и с работы в автомобиле. Имеющийся уровень: 5 Необходимый уровень: 5 (достаточность ресурса)
-----------	---

Социальное окружение	Число дней в неделю, когда Ричард может после работы посетить дневной стационар (или другую программу). Имеющийся уровень: 1 Необходимый уровень: 2 (дефицит ресурса)
Консультант по трудоустройству	Количество дней в месяц, когда Маргарет оказывает помощь Ричарду и обучает его навыкам, связанным с работой. Имеющийся уровень: 2 Необходимый уровень: 4 (дефицит ресурса)

Как видно из приведенного примера, реабилитационный диагноз и психиатрический диагноз характеризуют совершенно различные аспекты личности. В отличие от психиатрического диагноза, направленного на патологию и развитие симптоматики во времени, реабилитационный направлен на развитие навыков и внешних ресурсов, необходимых пациенту для достижения конечной реабилитационной цели. Не обозначая определенных диагностических категорий, реабилитационный диагноз скорее описывает навыки и внешние ресурсы пациента по отношению к его конечной цели (в случае Ричарда — продолжать работать в режиме полного рабочего дня на теперешней должности конторского служащего, по меньшей мере, весь следующий год).

Цель процедуры традиционного психиатрического диагноза — определить диагностический ярлык для описания патологической симптоматики больного на основании анамнеза, симптомов и синдромов. Цель же реабилитационной оценки — описать навыки и внешние ресурсы пациента с учетом их вклада в достижение конечной реабилитационной цели, обоснованной планами и объективной оценкой как самого пациента, так и его близких.

В связи с тем, что цели этих двух подходов значительно отличаются, логично ожидать, что будут отличаться и диагностические процедуры. Так же как знания психиатрии и специальных диагностических техник для постановки психиатрического диагноза, специалисту нужны так же специфические знания и техники для постановки психиатрического реабилитационного диагноза. Технология последнего должна быть хорошо освоена специалистом, желающим стать профессионалом сферы психиатрической реабилитации.

Эмпирические основы диагностического подхода в психиатрической реабилитации

Последние достижения диагностики в сфере психиатрической реабилитации, изложенные в этой главе, основаны на эмпирических исследованиях, проводившихся в течение нескольких последних десятилетий многими учеными в разных отраслях науки. В серии обзоров литературы на эту тему Anthony и соавторы пришли к выводу, что исход реабилитации при психических расстройствах зависит от навыков пациентов и ресурсов поддержки в обществе.

В упомянутом выше обзоре Anthony и Margules (1974) пришли к выводу о том, что лица с хроническими психическими расстройствами, невзирая на имеющуюся у них симптоматику, способны освоить множество навыков и что эти навыки, адекватно интегрированные в целостную реабилитационную программу, представляющую поддержку для их использования в обществе, могут внести значительный вклад в реабилитацию пациента. Кроме этого обзора литературы 1974 года, несколько других обзоров также подтвердили, что исход реабилитации зависит от навыков клиента и возможностей поддержки его в обществе по месту жительства (Anthony, 1980; Anthony, Cohen, and Vitallo, 1978; Anthony, Cohen, and Cohen, 1984; Anthony and Jansen, 1984; Cohen and Anthony, 1984; Dion and Anthony, 1987).

Исходя из того, что исход реабилитации зависит от навыков клиента и ресурсов, основными задачами реабилитационных вмешательств должны быть выработка таких навыков и развитие ресурсов поддержки в обществе. Отсюда следует: если реабилитационные вмешательства имеют целью помочь выработать навыки и развить ресурсы, то реабилитационный диагност оценивает навыки и ресурсы — как имеющиеся у пациента, так и те, в которых он нуждается.

Нам необходима технология психиатрической реабилитационной диагностики, потому что процедуры традиционного психиатрического диагноза не дают достаточной информации для назначения реабилитационных вмешательств. Большое количество обзоров научной литературы содержит подтверждение того факта, что зависимость исхода реабилитации от формулировки традиционного психиатрического диагноза и описания симптомов и синдромов является слабой или же полностью отсутствует (Anthony, 1979; Anthony and Jansen, 1984; Cohen

and Anthony, 1984). Отсутствие зависимости между традиционным психиатрическим диагнозом, отражающим симптоматику, и исходом реабилитации естественно вытекает из отсутствия зависимости между симптоматикой пациента и его навыками функционирования. Как отмечалось в главе 2, степень владения навыками мало зависит или совсем не зависит от выраженности симптоматики. Например, Towson с сотрудниками (1985) разделили изученных психически больных на 6 групп — по степени владения навыками — и обнаружили, что такая классификация существенно не зависела от симптоматики и диагноза психического расстройства. Аналогичные результаты получены Dellario, Goldfield, Farkas и Cohen (1984). Они сопоставили 16 различных характеристик симптоматики с 19 характеристиками функционирования у каждого обследованного в стационаре пациента. Только восемь из 304 корреляций оказались статистически значимыми, среди этих восьми не было выявлено закономерных сочетаний. Учитывая размеры корреляционной матрицы, можно ожидать, что эти восемь были образованы случайно.

Таким образом, изучение литературы позволяет сделать два вывода. Во-первых, традиционный психиатрический диагноз для целей реабилитации не подходит — ни для описания состояния пациента, ни для определения необходимых вмешательств, ни для прогноза. То есть для реабилитации нужна особая технология диагноза. Во-вторых, психиатрический реабилитационный диагноз должен описывать навыки клиента и ресурсы поддержки со стороны окружения.

Элементы психиатрического реабилитационного диагноза

Психиатрический реабилитационный диагноз применяется для оценки навыков пациента и видов поддержки в контексте окружения, которое пациент выбрал: жизни, учебы, поддержки социальных отношений и работы. Диагноз содержит три элемента: конечная цель реабилитации, оценка функционирования и оценка ресурсов поддержки.

Конечная цель реабилитации определяет конкретное окружение, которое пациент выбрал для своей жизнедеятельности в течение последующих 6–24 месяцев (Cohen, Farkas, Cohen, and Unger, 1990). Этим окружением может быть то, в котором пациент в настоящее время находится и хочет остаться, или же то, в которое пациент желает переместиться в течение последующего

года или двух. Конечная цель реабилитации определяется после нескольких интервью с пациентом, в ходе которых изучаются его личные запросы и альтернативное окружение. Конечная цель реабилитации — важнейший элемент диагноза, потому что надежда на ее достижение настраивает мотивацию пациента на сотрудничество при формулировании диагноза.

Постановка целей влияет на функционирование независимо от того, является человек инвалидом, или нет. Много экспериментальных исследований продемонстрировали положительное влияние постановки целей (Locke, Show, Saari, and Latham, 1981). «Цели влияют на функционирование, направляя внимание, стимулируя настойчивость и создавая мотивацию для стратегических решений» (Locke et al., 1981, с. 125). Кроме того, конечная цель реабилитации обуславливает последующую оценку пациента, ограничивая оцениваемые навыки и ресурсы теми, которые имеют отношение к удовлетворенности и успеху в избранном окружении. Примеры формулировок конечной цели реабилитации:

- Жить в Малберри Хаус до ноября 1992 года;
- Работать в специальном цехе для инвалидов в течение года;
- Учиться в специальной образовательной программе в Ворчестер колледже в течение следующих двух лет.

Необходимость постановки конечной цели реабилитации пациента соответствует идеологии психиатрической реабилитации (Anthony, 1982; Spaan et al., 1988) Уделить время работе с пациентом для постановки конечной цели важно также потому, что если игнорировать этот процесс, возникнет вероятность того, что профессионал и пользователь станут преследовать различные цели, даже сами не зная об этом. Данные исследований подтверждают: оценка пациента специалистом и самооценка пациента очень редко совпадают по таким показателям, как возможность выздоровления (Blackman, 1982), желаемые результаты (Berzinz, Bednar, and Severy, 1975), исход реабилитации (Leviton, 1973), взгляд на имеющиеся препятствия (Tichenor, Thomas, and Kravetz, 1975; Mitchel, Pile, and Hatsukami, 1983) и уровень навыков функционирования (Dellario, Anthony, and Rogers, 1983). Например, Dimsdale, Klerman, and Shershow (1979) изучили в стационаре группу пациентов, для которых персоналом была определена главная цель — развитие инсайта. Больные, однако, поставили эту цель на последнее место в своем списке. Dimsdale и его сотрудники пришли к выводу, что если одни и те же цели преследуются и специалистами и пациентами, последние

получат больше пользы, и при этом может быть снижен срок госпитализации. Другие исследователи указывают, что когда цели пользователей и профессионалов не совпадают, пациенты могут не получить пользы от лечения, разочароваться и не соглашаться на дальнейшее лечение (Goin, Yamamoto, and Silverman, 1965; Lazare, Eisenthal, and Wasserman, 1975; Mitchel et al., 1983).

Иногда причина отстранения пациентов от постановки цели проистекает из ложного убеждения в том, что они не способны принимать решение или делать выбор. Некоторые авторы считают, что неспособность людей делать выбор и ставить цели связана с лечебным окружением. Например, Ryan (1976) отмечает, что сама обстановка психиатрического лечения может лишить человека способности принимать важные жизненные решения и что процесс институционализации приводит к утрате инициативы, усвоению извращенных ценностей (Schmieding, 1968; Goffman, 1961).

Другие исследователи придерживаются взгляда, что утрата способности принимать решения и ставить цели является неотъемлемым элементом патоса при психическом заболевании. Так, три основных вида нарушений при шизофрении — это продуктивные симптомы (например, галлюцинации, бред), негативные симптомы (например, отгороженность, недостаточность целенаправленного поведения и мотивации) и нарушенная способность к общению (например, ослабление личной привязанности). Из этих трех групп расстройств наиболее важными считаются негативные симптомы, которые рассматриваются как причина или результат хронического течения заболевания (Keith and Matthews, 1984; Strauss, Carpenter, and Bartko, 1974; American Psychiatric Association, 1980). Эта точка зрения является преобладающей даже среди судей. В связи с тем, что лица с тяжелыми психическими расстройствами считаются неспособными принимать решения, суд может отказать таким больным в праве на информированное согласие, выбор лечения (Schwartz and Blank, 1986).

Не считая разногласий по вопросу о том, могут ли психически больные делать собственный выбор или определять свои потребности, большинство исследователей соглашается, что постановка целей лечения является очень важной (Carkhuff and Anthony, 1979). Некоторые исследования доказывают, что сама постановка целей влияет на исход (Smith, 1976) и что достижение целей способствует удовлетворенности пациента и влияет на частоту рецидивов (Willer and Miller, 1978). Профессионалы сферы психического здоровья, однако, все еще сопротивляются

принять постановку целей в качестве обязательного элемента в свою клиническую практику (Holroyd and Goldenberg, 1978) и, в частности, постановку таких целей, которые свидетельствуют о взглядах пользователей на желаемый исход реабилитации (Farkas, Cohen, and Nemes, 1988). Таким образом, специалист должен развивать свои навыки и умения в оказании помощи лицам с психическими расстройствами по определению конечной цели реабилитации.

После постановки конечной цели реабилитации профессионал может проводить функциональную оценку — определять состояние основных навыков пациента, необходимых для достижения этой цели. Функциональная оценка выявляет частоту использования больным важнейших навыков, описываемых таким образом, чтобы конкретно отмечались наблюдаемые элементы поведения и обстоятельства применения навыка (например, что, где, когда, с кем) (Cohen, Farkas, and Cohen, 1986). Функциональная оценка даст профессионалу и пользователю полную картину наличия или дефицита нужных навыков. Знание своей сильной стороны укрепит уверенность больного в успехе в условиях конкретного окружения. Знание дефицита навыков определяет потребность в определенных вмешательствах по развитию навыков. Ниже приводится пример функциональной оценки одного из важных навыков — характеристики негативных взаимодействий.

Характеристика негативных взаимодействий — это количество случаев в неделю (в процентах), когда Джоанна рассказывает о том, что и кем было сказано в ответ на вопросы персонала о причинах ссоры с ее участием.

Имеющийся уровень функционирования: 20%

Необходимый уровень функционирования: 75%

Так же как оценка навыков пациента важна для последующего их развития, оценка ресурсов окружения важна для организации поддержки. Оценка ресурсов — это оценка видов поддержки со стороны окружения, необходимых пациенту для достижения конечной цели реабилитации. Оценка ресурсов определяет использование крайне необходимых внешних возможностей (люди, местонахождение, виды деятельности и вещи). Важнейшие ресурсы описываются таким образом, чтобы конкретно отмечались их характеристики и обстоятельства применения. Знания об использовании возможностей окружения дает информацию о ресурсах, которые доступны пациенту для достижения успеха и соответствия конкретному окружению. Оценка ресурсов ориентирует на проведение вмешательств

по развитию определенных возможностей окружения. Ниже приводится пример оценки ресурсов по одному из важнейших видов поддержки — транспортным услугам.

Транспортные услуги — количество дней в неделю, когда Чарльза доставляют в микроавтобусе из дома к месту защищенного трудоустройства и обратно.

Имеющийся уровень функционирования: 3 дня

Необходимый уровень функционирования: 5 дней

Диагностическое интервью в практике психиатрической реабилитации

Психиатрический реабилитационный диагноз формулируется в ходе ряда интервью с пациентом. Диагностическое интервью основывается на двух основных принципах: (1) специалист пытается максимально вовлечь пользователя в процесс интервью; (2) полученная в ходе интервью информация регистрируется таким образом, чтобы максимально облегчить пациенту понимание результатов оценки.

Вовлечение пользователя

Вовлечение пользователя в процесс интервью — это содействие активному участию пациента в формулировании каждой из частей диагноза, что развивает у большого чувства причастности к постановке реабилитационного диагноза. Профессионал вовлекает пациента в диагностическое интервью с помощью трех видов навыков: (1) ориентирование; (2) опрос; (3) демонстрация понимания (Cohen, Farkas, and Cohen, 1986).

Ориентирование. Ориентирование пользователя включает объяснение ему целей, задач и роли как его самого, так и специалиста (Cohen, Farkas, and Cohen, 1986), дает пациенту ясную картину того, что будет происходить и как в этом участвовать. Например, специалист может таким образом ориентировать пациента на начальном этапе функциональной оценки:

Специалист: Первой задачей функциональной оценки является составление перечня необходимых навыков. Цель этой процедуры — создать список всех навыков, которые вам необходимы, чтобы благополучно жить дома со своей семьей. Во-первых, вы

и я перечислим те элементы вашего поведения, которые желательны для членов вашей семьи. Например, они могут хотеть, чтобы вы ежемесячно платили за свои междугородние телефонные переговоры. Во-вторых, вы расскажете мне о том, что вы хотели бы делать. Например, вы можете захотеть проводить больше времени в совместных мероприятиях с друзьями. Я буду задавать вам вопросы и подытоживать сказанное вами, чтобы убедиться, что я правильно вас понял. Я хочу, чтобы вы откровенно делились своими мыслями и чувствами и задавали вопросы, если вам что-то непонятно. Вопросы есть?

Пациент: Нет.

Специалист: Для того чтобы убедиться, что вы поняли наши последующие действия, расскажите мне, пожалуйста, своими словами, каким будет следующий шаг.

Пациент: Хорошо. Мы обсудим поступки, которых ждет от меня моя семья. Я скажу, чем я хотел бы заниматься. Я буду с вами откровенен.

Очень важно, каким образом профессионал ориентирует пользователя. Специалист должен использовать слова, которые знакомы пациенту, и постоянно проверять, понял ли собеседник сказанное ранее.

Опрос. Опрос включает вопросы пользователю о событиях, мнениях и чувствах (Cohen, Farkas, Cohen, 1986). Опрос стимулирует пациента к беседе на конкретную тему. Открытые вопросы лучше, чем прямые, содействуют вовлечению пациента. Например, специалист может задать больному следующий вопрос во время составления списка необходимых навыков: почему вы считаете, что открытое выражение недовольства является вашей сильной стороной?

Демонстрирование понимания. Демонстрирование понимания включает облечение в слова чувств и мыслей клиента (Cohen, Farkas, and Cohen, 1986). Демонстрирование понимания убеждает пользователя, что специалист его слушает и пытается понять его точку зрения. Например, профессионал может следующим образом продемонстрировать понимание пациента во время составления списка необходимых навыков.

Пациент: Я не могу заставить свою сестру понять, что она плохо ко мне относится. Я пытаюсь сказать ей,

- как жестоко она поступает,но она не слушает.
- Специалист: Вы расстроены в связи с тем,что она не понимает,как обижает вас?
- Пациент: Да,я постоянно пытаюсь сказать ей,но она просто не слушает. Может быть,ей безразлично?
- Специалист: Вы сомневаетесь,интересует ли ее,не обижает ли она вас?
- Пациент: Ну,я не знаю. Детьми мы были близки друг другу. Может быть,причина во мне?

Профессионал обязан демонстрировать своим пациентам понимание их точки зрения. Исследования показывают недостаточное согласование рейтингов навыков клиента, представленных специалистами и их пациентами (Cook, 1983; Dellario, Anthony, and Rogers, 1983). Поэтому реабилитационное диагностическое интервью включает методы, предназначенные проверять и максимизировать взаимное согласие профессионала и пользователя.

Три навыка,используемые для вовлечения клиента в процесс оценки, — ориентирование,опрос,демонстрирование понимания — сходны с навыками межличностного общения,такими как перефразирование,эмоциональный отклик и постановка вопросов. Многие пациенты не умеют принимать участие в подобном интервью. Они привыкли к психиатрическому интервью,которое направлено на выяснение симптомов,неадаптивного поведения, вероятных причин нарушений с минимальными попытками вовлечь пациента в беседу. Неспособность больного эффективно перерабатывать новую информацию может препятствовать такому вовлечению (Ohman,Nordby,& d'Elia,1986; Monti & Fingeret, 1987; Spaulding,Storms,Goodrich,& Sullivan,1986). Если пациент пассивен в ходе интервью,специалист должен применить методы активного вовлечения с использованием указанных навыков межличностного общения — всех сразу или некоторых из них.

Организация информации

Информация,собранная в ходе психиатрического реабилитационного диагностического интервью,обычно регистрируется в соответствии с правилами ведения документации в учреждении или организации. Записи часто отличаются по форме и по количеству регистрируемых деталей. Как минимум,записывается окончательный результат диагностического интервью — конечная реабилитационная цель,функциональная оценка и

оценка ресурсов. Каждая из этих трех частей диагноза имеет свои особенности. Диагнозы, внесенные в документы пациента, вне зависимости от правил ведения документации в конкретном учреждении, должны быть понятными, краткими и отражать специфику окружения.

Например, конечная реабилитационная цель определяет конкретное окружение (или тип окружения) и срок, в течение которого она должна быть достигнута. Обычно такая цель формулируется в виде простой, конкретной фразы и записывается в верхней части формы функциональной оценки и оценки ресурсов.

Функциональная оценка, кроме понятности, краткости и специфичности в отношении окружения, должна быть направленной на характеристику навыков и поведения, удобную для объективизации и количественного выражения. В документации функциональная оценка получит вид перечисления необходимых навыков, описания использования этих навыков в конкретном окружении и определения имеющегося и необходимого уровней использования навыков пациентом. В табл. 6.1 приведен пример, как можно записать конечную цель реабилитации и функциональную оценку в форме, включающей все важные для документации характеристики.

И, наконец, оценка ресурсов при документировании должна иметь в основном такие же характеристики, как и функциональная оценка, то есть быть доступной объективному и количественному выражению, ясной, краткой и соответствующей конкретному окружению. Оценка ресурсов отражается в виде перечисления внешних возможностей с описанием необходимого использования этих возможностей и определения имеющегося и необходимого уровней использования ресурсов пациентом. В табл. 6.2 приведен пример того, как можно отобразить оценку ресурсов в форме, включающей все важные для документации характеристики.

Таблица 6.1. Карта функциональной оценки

Конечная цель реабилитации: Бетти хочет жить в Ноттингем Хаус до февраля 1992 года.

Наличие/недостаточность	Необходимые навыки	Описание применения навыка	Оценка навыков *					
			Спонтанное использование		Стимулируемое использование		Способность выполнения	
			в наличии	необходимое	да	нет	да	нет
+	Одевание	Число случаев в неделю (в процентах), когда Бетти надевает подходящую одежду, идя в дневной Центр	3 дня	3 дня				
-	Соблюдение указаний	Число случаев в неделю (в процентах), когда Бетти выполняет все задания инструктора в соответствии с его указаниями	0%	90%	x			x
+	Соблюдение очередности при высказываниях	Число случаев в неделю (в процентах), когда Бетти высказывается после того, как другой человек окончил выступление на общем собрании программы	95%	85%				
-	Умение отказать	Число случаев в неделю, когда Бетти говорит «нет» на просьбы других пациентов одолжить ее вещи, и обосновывает свой отказ	7 дней	5 дней			x	x

* Уровень навыков клиента оценивается тремя разными способами. Колонка «Спонтанное использование» показывает наивысший на момент оценки уровень спонтанного применения пациентом навыков в окружении в сравнении с необходимым уровнем использования навыков. Колонка «Стимулируемое использование» показывает, может (да) или не может (нет) пациент выполнять навык хотя бы один раз в соответствующем окружении. Колонка «Способность выполнения» показывает: может (да) или не может (нет) пациент выполнять навыки в ситуации оценки или обучения. Если уровень спонтанного использования равен нулю, оценивается стимулируемое использование. Соответственно, если оценка стимулируемого использования отрицательная (нет), оценивается способность выполнения.

Таблица 6.2. Карта оценки ресурсов
 Конечная цель реабилитации: Бетти хочет жить в Ноттингем Хаус до февраля 1992 года.

<i>Наличие / дефицит</i>	<i>Необходимые ресурсы</i>	<i>Описание использования ресурсов</i>	<i>В наличии</i>	<i>Нужно</i>
+	Родительская поддержка	Количество раз в месяц (в процентах), когда родители посещают Бетти по просьбе персонала	100% в месяц	100% в месяц
-	Социальные контакты	Количество раз в неделю, когда друзья и родственники звонят Бетти, когда она дома по выходным	0 раз	2 раза
-	Деньги	Сумма в долларах, которую родители дают Бетти в неделю на повседневные расходы	5 долларов	25 долларов
-	Поддержка сотрудниками	Количество раз в неделю, когда сотрудники программы хвалят Бетти за выполнение своих обязанностей	1 раз	10 раз

Диагностические методы психиатрической реабилитации

Существуют сотни диагностических методов, разных по своей направленности, которые используются в работе с лицами, страдающими психическими расстройствами. Одни методы ориентированы на традиционную психиатрическую диагностику и symptomatology, другие — на дезадаптивное поведение, третьи — на уровень функционирования, а четвертые — на ресурсы (как необходимые, так и доступные пациенту). Многие методы охватывают разные диагностические категории.

В нескольких обзорах литературы проанализированы методы, потенциально полезные для диагностики в сфере психиатрической реабилитации. Anthony и Farkas (1982) описали стратегии и методы сбора данных и диагностики, позволяющие оценить широкий спектр характеристик пациентов. Авторы составили полезную справочную таблицу, которая информирует о направленности метода, о специалисте, его применяющем, о популяции, для изучения которой метод был разработан, а также о его надежности и валидности.

Anthony, Cohen и Nemes (1987) в своем обзоре делают вывод, что большинство существующих методов не имеют тех качеств, которые были бы полезны для диагностики в сфере психиатрической реабилитации. Хотя возрастающее число методов психиатрической диагностики направлено на оценку навыков и ресурсов, а не на симптоматику и патологию, методы эти все еще имеют ограниченное клиническое применение — вероятнее всего из-за недостаточной специфичности по отношению к окружению. Существующие методы, в связи с тем, что они стандартизованы, дают информацию об окружении вообще, а не о конкретном окружении, например о предприятии в целом, а не об отдельном рабочем месте.

В последнее время ряд исследователей предложили использовать для целей реабилитации психологические и нейропсихологические методы (Erickson & Binder, 1986). Вместо подтверждения психиатрических диагнозов, продуктивных симптомов и органического поражения мозга, нейропсихологические методы могут стать полезными при определении состояния когнитивных функций, например умение решить задачу, концентрация внимания, мышление, социальная компетентность, переработка информации. Полученные результаты могут быть использованы при планировании реабилитационных вмешательств. Erickson и

Binder, (1986) предложили экспериментальный протокол обследования на основе существующих методов. Вместо классификации индивидов по психиатрическим диагнозам (и независимо от них) нейропсихологические тесты помогут определить конкретные дефекты или навыки, что имеет большое значение для определения вида реабилитационного вмешательства (Townes et al., 1985).

Специалист должен с осторожностью использовать полученные такими методами данные. Информация является единственным источником сведений для постановки диагноза, учитывающего специфику окружения, как это показано в табл. 6.1 и 6.2. На сегодняшнем этапе методы диагностики, применяемые в сфере психиатрической реабилитации, более полезны для целей научных исследований и оценки программ, чем для клинической практики. Многие доступные в настоящее время методы, которые дают целостную оценку функционирования и ресурсов лиц с психическими расстройствами, оказались более подходящими для исследователей и специалистов, чем для профессионалов-практиков (Anthony, Cohen, & Nemes 1987).

Процесс клинической диагностики должен начинаться и заканчиваться работой с пациентом. Перед использованием любого метода специалисту следует сперва попытаться выяснить взгляды пользователя на его развитость и дефицит навыков, а также возможности окружения. После этого для целей диагностики надо получить информацию от родственников и близких пациента, протестировать уровень его навыков, которые затем понаблюдать в воспроизведенном окружении.

После того как данные получены, информация фиксируется и оформляется таким образом, чтобы диагноз стал понятен пациенту. Психиатрический реабилитационный диагноз не должен основываться только на отдельных методах. Он требует от специалиста способности развивать взаимоотношения с клиентом. Профессионал, который проводит диагностическое интервью, обязан владеть хорошо развитыми навыками межличностного общения (например, умение демонстрировать понимание), навыками вовлечения в диагностический процесс психиатрической реабилитации самого пользователя, который это тоже должен понимать.

Действительно, направленность и ведение диагностического интервью больше, чем диагностические приемы как таковые, является основой валидного диагноза. Frey (1984, с. 35) отметил недостатки методов оценки: «Любая попытка охарактеризовать статус индивида одним показателем, который бы отражал все

необходимое для реабилитационного процесса, будет, по меньшей мере, преувеличением». Или, как писали Spauding et al. (1986, с. 574): «Индивидуальное сочетание дефектов, имеющихся у пациента, вероятно, достаточно уникально, чтобы отказаться от лечебного подхода по типу «поваренной книги». Понятнейшая оценка и индивидуальный лечебный режим, очевидно, будут необходимы всегда».

Заключительные комментарии

Freu (1984) упоминает, что с начала 40-х годов XX века усилия в сфере реабилитации (в том числе психиатрической) стали мультidisциплинарными. Психиатрическая реабилитация, зародившаяся в недрах движения центров психосоциальной реабилитации (например, Фаунтен Хаус в Нью-Йорке, Центр Клуб в Бостоне, Хоризон Хаус в Филадельфии) по-настоящему не развивалась до 70-х годов, почти все ее первые лидеры не были врачами. Психиатрический диагноз в большинстве случаев рассматривался как не имеющий отношения к реабилитации — это предположение в дальнейшем было подтверждено многими эмпирическими исследованиями (Anthony, 1979). И хотя стали использоваться новые диагностические технологии в качестве альтернативы традиционным технологиям психиатрической диагностики, большинство реабилитационных центров с самого начала избрали свободно структурированный подход эмпирической диагностической оценки.

Внедрение психиатрической реабилитационной диагностики в программы охраны психического здоровья и реабилитации было замедлено в связи с заблуждением, что специфическая поведенческая оценка требует вмешательств по модификации поведения. В действительности же есть много преимуществ в использовании психиатрического реабилитационного диагноза в сфере, где работают представители многих профессий (например, консультанты по реабилитации, медицинские сестры, психологи, социальные работники, специалисты по трудоустройству, психиатры). Эта сфера охватывает множество видов учреждений и организаций (например, центры психосоциальной реабилитации, локальные центры психического здоровья, специальные мастерские, больницы штатов). Психиатрический реабилитационный диагноз, основанный на идеологии реабилитации, может расширить взаимодействие между разными профессиями, различными программами, а также между пациентами и их

семьями. Это взаимодействие, естественно, облегчается, если диагноз сформулирован просто и четко.

Другое уникальное преимущество психиатрического реабилитационного диагноза состоит в том, что сам диагностический процесс может изменить представления пациента о его возможностях контроля над своим окружением. Основатели метода обучения навыкам доказывали, что успехи в обучении не только развивают навыки пациента, но и изменяют его ожидания и оценку эффективности своих поступков. Таким образом, благодаря участию в постановке психиатрического реабилитационного диагноза пользователи начинают играть активную роль в процессе своего выздоровления.

Планы и вмешательства

«Если бы делать было бы так же легко, как знать, что нужно делать, часовни стали бы храмами, а дома бедняков — королевскими дворцами».

William Shakespeare

Постановка психиатрического диагноза — трудный процесс, но он легче, чем вмешательство, адресованное пользователю с таким диагнозом. В недалеком прошлом специалисты охраны психического здоровья тратили слишком много сил на постановку психиатрического диагноза и мало внимания уделяли разработке и планированию вмешательств, основанных на этом диагнозе. Психиатрический реабилитационный диагноз — это только начало процесса. Если мало сделано на основе того, что установили специалист и пациент, то малым будет и результат.

План психиатрической реабилитации связывает реабилитационный диагноз с реабилитационным вмешательством. У лиц с психическими расстройствами часто отмечается дефицит нескольких навыков наряду с дефицитом возможностей окружения. Целью вмешательства является коррекция этих видов дефицита. План реабилитации, по сути, определяет, кто за что отвечает, к какому сроку, в течение какого времени и где. Реабилитационный диагноз отвечает на вопрос: почему?

Основываясь на таких критериях, как срочность, мотивация и легкость достижения, профессионал и пациент устанавливают приоритетные задачи по развитию у последнего навыков и ресурсов окружения. Самые срочные задачи, которые можно

легко решить и к этому имеется высокий уровень мотивации клиента, становятся основным направлением вмешательства. Для решения каждой задачи плана специалист определяет конкретное вмешательство по развитию навыков или ресурсов и конкретного ответственного. Пациент подписывает план реабилитации, подтверждая этим свое согласие. В табл. 7.1 представлен образец плана реабилитации.

Как подтверждают данные табл. 7.1, в осуществлении реабилитационных вмешательств принимает участие много людей. План определяет действия всей реабилитационной бригады. Прежде проблемой бригадного подхода была неспособность одного члена бригады понять задачи, за которые конкретно отвечает другой ее член, что часто вводило в заблуждение пациента и приводило к конфликтам среди персонала. Бригадный подход в психиатрической реабилитации невыполним без плана действий.

Бригада должна быть таковой не только по названию. Перед каждым ее участником следует поставить объективные цели для осуществляемых им вмешательств. Является очевидным, что сложная структура плана обусловлена с количеством и видом навыков и ресурсов, требуемых пациенту, а также числом предполагаемых типов окружения. Для многих больных необходимы комплексные и детализированные планы.

В этой главе освещаются основные элементы, относящиеся к планированию и развитию навыков и вмешательств по поддержке. Во-первых, анализируются некоторые научные исследования, имеющие отношение к каждому из этих видов вмешательств; во-вторых, рассмотрены основные проблемы и принципы этих вмешательств.

Обзор исследований

Научные исследования, касающиеся основных вмешательств психиатрической реабилитации, освещаются во многих специальных журналах. Такие работы могут быть связаны, например, с направлениями развития гуманитарных ресурсов (Carkhuff & Berenson, 1976), тренинга социальных навыков (Hersen & Bellack, 1976), теории социального обучения (Paul & Lentz, 1977), профессиональной реабилитации (Anthony, Howell, & Danley, 1984) и общественной поддержки (Test, 1984). Объединение знаний исследователей из разных отраслей оказывает значительную поддержку двум основным видам реабилитационных вмеша-

Таблица 7.1. План реабилитации

Конечная цель реабилитации: Майк намерен жить в жилом комплексе Нортвест до января будущего года.

Приоритетные задачи по развитию навыков/ ресурсов	Вмешательства	Ответственные	Дата начала план/ факт	Дата окончания
Майк должен говорить в беседе с другими участникам программы о том, что он думает по поводу своего намерения, 4 раза в неделю	Прямое обучение навыкам	Исполнение: консультант программы. Контроль: Майк и персонал программы	14.04/ 20.04	29.05
Майк должен просить помощи у других участников программы 75% раз в неделю при выполнении домашней работы	Программирование навыков	Исполнение: Майк. Контроль: Майк и персонал программы	01.06/ 15.06	31.07
Отдел социальной помощи 1 раз в месяц должен выдавать Майку талоны на питание	Координация ресурсов	Исполнение: отделение социального обслуживания. Контроль: Майк и консультант программы	01.07/ 01.07	31.07

Я принял участие в составлении этого плана, который отражает мои цели.

Подпись пациента: _____

тельств. Четыре типа исследований имеют наибольшее отношение к этим вмешательствам:

1. Исследования, анализирующие способность лиц с психическими расстройствами овладевать навыками.
2. Исследования, изучающие взаимосвязь уровня навыков лиц с психическими расстройствами с реабилитационными исходами.
3. Исследования, изучающие взаимоотношения характера вмешательств по развитию навыков и реабилитационных исходов.
4. Исследования, изучающие взаимоотношения типа вмешательств по развитию поддержки окружения и реабилитационных исходов.

Способность лиц с психическими расстройствами овладевать навыками

На первый взгляд, научные исследования, касающиеся способности психически больных овладевать навыками, могут показаться излишними. Здравый смысл говорит нам, что они могут это делать. Однако до конца 60-х — начала 70-х годов XX века вмешательства по развитию навыков были далеки от широкого применения. С того времени множество работ на эту тему опубликовано в различных профессиональных изданиях.

В 1974 г. Anthony и Margules сделали обзор ряда статей и пришли к выводу о том, что лица с психическими расстройствами фактически способны овладевать полезными навыками. В частности, проанализированные исследования того периода подтвердили, что психически больные могут овладеть большим количеством мануальных, эмоционально-межличностных и интеллектуальных навыков. Например, в сфере физического функционирования программы по развитию навыков — навыками различного рода, включая личную гигиену (Harrand, 1967; Retchless, 1967; Scoles & Fine, 1971; Weinman, Sanders, Kleiner, & Wilson, 1970), приготовление пищи (Scoles & Fine, 1971; Weinman, Sanders, Kleiner, & Wilson, 1970), пользование общественным транспортом (Harrand, 1967), использование рекреационных заведений (Harrand, 1967), применение специальных рабочих инструментов (Shean, 1973) и физические упражнения (Dodson & Mullens, 1969): в сфере эмоционального и межличностного функционирования программы по развитию навыков — навыками межличностного взаимодействия (Ivey, 1973; Pierce & Drasgow, 1969; Vitalo, 1971);

общения (Bell, 1970; Weinman et al., 1970); самоконтроля (Cheek & Mendelson, 1973; Rutner & Bulge, 1969); избирательной поддержки (Swanson & Woolson, 1972); собеседования по вопросам трудоустройства (McClure, 1972; Prazak, 1969). И, наконец, в сфере интеллектуального функционирования программы по развитию навыков — навыками распоряжения деньгами (Weinman et al., 1970); трудоустройства (McClure, 1972); использования своих рабочих умений (McClure, 1972; Safieri, 1970).

В дизайн многих из этих ранних исследований включался тренинг психически больных, долгое время пребывавших в стационаре с выраженными нарушениями поведения. В настоящее время является общепризнанным, что лица с психическими расстройствами способны овладевать навыками и что ни хроническое течение, ни патологическая симптоматика не могут этому помешать. Таким образом, результаты упоминавшихся ранних исследований рассматриваются как данные, которые поддерживают подходы психиатрической реабилитации с акцентом на оценке и развитии навыков индивида.

Концепция навыков в психиатрической реабилитации гораздо шире, чем понятие о повседневных умениях. Так, например, можно овладеть навыком контроля своих симптомов. Brier и Strauss (1983) предложили схему этого навыка как трехэтапного процесса: выявление нежелательных элементов поведения или их предвестников; оценка таких признаков какстораживающих или аномальных; применение стратегии контроля (с. 1144). Больше всего проблем возникает при оценке навыков личностного и межличностного регулирования, а также при обучении этим навыкам. В то же время они представляют собой вид навыков, в развитии которых лицам с психическими расстройствами наиболее часто необходима помощь.

В обзоре, посвященном навыкам решения социальных проблем при шизофрении, Bellack, Morrison и Mueser, (1989) пришли к заключению, что у больных шизофренией серьезно страдает способность к общению и вразумительному изложению своих мыслей. Они пишут, что «гораздо больше существует доказательств этого нарушения, чем дефицита навыка решения проблем. Представляется, что нарушение способности общения играет более важную роль в межличностных затруднениях больных, чем слабое умение решения проблем. Неумение доступным образом выразить свои желания и мысли сильно снижает способность больных шизофренией применять стратегии, которым обучаются при тренинге по решению проблем» (с. 111–112). В Центре психиатрической реабилитации (The Center for Psy-

chiatric Rehabilitation, 1989) недавно изучалась эффективность метода прямого обучения навыкам — технологии тренинга навыков, направленной на приобретение и применение отдельных избранных навыков межличностного общения. Использовался экспериментальный дизайн исследования с одним испытуемым при изучении каждого случая. Было оценено и изучено большое количество отдельных навыков межличностного общения. Эти навыки включали (1) умение выражать собственные мысли; (2) умение отказывать в просьбах; (3) умение делиться неприятными переживаниями. Анализ подтвердил, что метод прямого обучения навыкам позитивно и достаточно существенно влиял на применение этих навыков межличностного общения.

Навыки влияют на исход реабилитации

Другие научные исследования, относящиеся к практике психиатрической реабилитации, показывают зависимость между уровнем навыков пациента и результатом реабилитации. Обычно в работах такого типа исследовалась зависимость профессионального исхода от трудовых установок и уровня навыков межличностного общения. Однако в одном исследовании (Dellarlo, Goldfield, Farkas, & Cohen, 1984) сообщается о выявленных статистически значимых корреляциях между уровнем бытовых навыков и выпиской из психиатрического стационара, то есть для больных с более развитыми навыками существует большая вероятность быть выписанными.

Исследования, изучающие зависимость между уровнем навыков пациента и профессиональным исходом, удивительно совпадают по результатам. В каждой работе, оценивающей навыки приспособления к труду, обнаруживается, что от этих навыков зависит продуктивность труда в будущем (Bond & Friedmeyer, 1987; Cheadle, Cushing, Drew, & Morgan, 1967; Cheadle & Morgan, 1972; Distefano & Pryer, 1970; Ethridge, 1968; Fortune & Eldredge, 1982; Green et al., 1968; Griffiths, 1973; Miskimins, Wilson, Berry, Oetting, & Cole, 1969; Watts, 1978; Wilson et al., 1969). Если оценивался общий количественный уровень навыков приспособления к труду, этот показатель всегда являлся прогностическим для продуктивности работы в будущем (Bond & Friedmeyer, 1987; Cheadle et al., 1967; Cheadle & Morgan, 1972; Distefano & Pryer, 1970; Ethridge, 1968; Griffiths, 1973). Уровень навыков приспособления к труду во всех исследованиях определялся профессиональными консультантами, специалистами по трудотерапии или непосред-

ственными руководителями на работе пациентов. Проводились такие исследования в различных программах защищенной или специальной лечебной трудовой занятости.

Было обнаружено также, что уровень навыков межличностного общения и социальных навыков является предиктором продуктивности работы (Green et al., 1968; Griffiths, 1973; Gurel & Lorei, 1972; Miskimins et al., 1969; Strauss & Carpenter, 1974; Sturm & Lpton, 1967). И в этих случаях данные закономерно подтверждают, что знания о социальном функционировании пациента могут быть использованы для прогноза его будущей продуктивности.

Идея социального функционирования по-разному излагается в каждой работе. Например, Green с сотрудниками (1968) относили к нему способность проявлять инициативу в социальных контактах с другими пациентами и персоналом. Miskimins с соавторами (1969) называли это социальными навыками, а Gurel и Lorei (1972) высказывали близкие взгляды в отношении ограниченного психосоциального функционирования. Griffiths (1973) оценивал такие элементы, как умение ладить с людьми и спонтанно вступать в контакт, в то время как Strauss и Carpenter (1974) рассматривали отношения личность — общество, то есть контакты с друзьями или участие в деятельности социальных групп. Таким образом, несмотря на широкий спектр элементов, используемых специалистами для оценки социального функционирования пациентов, исследования удивительно совпадали в том, что находили корреляции между социальными умениями и будущей трудовой адаптацией больного.

В связи с тем, что навыки, а не симптоматика пациента, находятся в центре психиатрического реабилитационного подхода, интересно сравнить проанализированные в данном разделе работы с исследованиями, посвященными взаимоотношениям между психопатологическими симптомами и исходом реабилитации. Как отмечалось в главе 2, многие научные разработки продемонстрировали низкий уровень корреляции между различными характеристиками симптоматики и трудовой адаптацией впоследствии.

Вмешательства, направленные на развитие навыков, влияют на исход реабилитации

Главным для психиатрического реабилитационного подхода является предположение, что вмешательства, направленные на развитие навыков, улучшают способность пациента учиться, об-

щаться и работать более независимо и эффективно. В одном из своих ранних обзоров литературы. Anthony и Margules (1974, с. 104) отмечали на основании анализа многих исследований, что «лица с психическими расстройствами могут овладеть навыками. Эти навыки, адекватно интегрированные в целостные реабилитационные программы, которые подкрепляют и поддерживают использование навыков в окружении, могут влиять на функционирование пациентов в обществе».

Литература на эту тему была снова проанализирована в последнее время (Anthony, Cohen & Cohen, 1984; Liberman et al., 1986). Хотя основная часть исследований вмешательств, направленных на развитие навыков, отражена в работах по психологии поведения и не касается непосредственно психически больных (Hersen, 1979), ряд разработок имеет к этому отношение, кроме того, регулярно появляются новые разработки (Liberman, Mueser, & Wallace, 1986; Wong et al., 1988). Anthony, Cohen и Cohen, (1984) выделили работы, относящиеся к лицам с тяжелыми психическими расстройствами. Кроме доказательств, что такие пациенты действительно могут приобретать навыки, многие из публикаций содержат анализ других видов исходов. Например, Vitalo (1979) сравнил тренинг навыков с медикаментозной терапией в двух группах больных с хроническими расстройствами: в первой отмечено значительное увеличение числа новых друзей и новых видов деятельности, в которую вовлекались только пациенты.

В некоторых исследованиях, посвященных трудовой адаптации, изучалось влияние тренинга навыков поиска работы (Azrin & Philp, 1979; Eisenberg & Cole, 1986; McClure, 1972; Stude & Pauls, 1977; Uglund, 1977), умений принимать решения (Kline & Hoisington, 1981) и навыков приспособления к профессии и к труду вообще (Rubin & Roessler, 1978). В каждой работе отмечались лучшие результаты трудоустройства в группах прошедших тренинг лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Например, Eisenberg и Cole (1986) сообщили о трудоустройстве 61% их пациентов, прошедших тренинг навыков поиска работы, по сравнению с 12% в контрольной группе, сформированной методом подбора пар.

Вмешательства поддержки влияют на результаты реабилитации

Кроме вмешательств по развитию навыков, другой основной тип вмешательств в психиатрической реабилитации направлен

на развитие ресурсов окружения индивида. Отношение к окружению имеют в основном два типа научных исследований. В работах первого типа рассмотрено развитие навыков пациента и ресурсов одновременно, при этом невозможно определить конкретный вклад каждого вмешательства в исход реабилитации. Исследования второго типа изучают стратегии вмешательств, направленных исключительно на развитие поддержки в окружении, в котором функционирует пациент. Разработки этого типа рассматриваются в первую очередь.

Вмешательства поддержки направлены на предоставление больному поддерживающих лиц, поддерживающих мест, поддерживающей деятельности и поддерживающих предметов. Поддерживающее лицо оказывает помощь путем осуществления необходимого поведения или выполнения разных ролей (например, адвоката, администратора, консультанта или советника). Развитие поддержки, получаемой через отдельных лиц, места, деятельности или предметов направлено на получение доступа к ресурсам окружения или же на изменение последних (например, специальные защищенные рабочие места и конкретное местожительство, специальный транспорт, материальная помощь, программы «после выписки»). Цель разграничения между поддерживающими лицами, поддерживающими местами, поддерживающей деятельностью и поддерживающими предметами состоит в том, чтобы просто подчеркнуть разные пути изменения окружения. На практике эти изменения часто происходят одновременно.

Основная определяющая черта вмешательств поддержки в отличие от развития навыков состоит в том, что они направлены не на изменение поведения пациента, скорее — на поддержку и приспособление существующего уровня функционирования пациента. Ранние исследования Katkin, Ginsburg, Rifkin и Scott (1971), Katkin, Zimmerman, Rosenthal и Ginsburg (1975), а также более поздние Cannady (1982) и Schoenfeld, Halvey, Hemley van der Velden и Ruhf (1986) ясно продемонстрировали положительное воздействие поддерживающих лиц на результаты реабилитации пользователей. Например, Cannady (1982) использовал в качестве помощников граждан из сельской местности, где проживали выписанные пациенты. В результате по данным 12-месячного катамнеза число дней госпитализации уменьшилось на 92%.

Witheridge, Dincin и Appleby (1982) сообщили об использовании бригады поддержки для психически больных с высоким риском повторной госпитализации. Работая вне места жительства пациентов, эта бригада пыталась создать индивидуализированную систему поддержки для каждого пациента. Удержались

в программе 41 из 50 наблюдавшихся лиц. Данные годовичного катамнеза свидетельствовали о снижении числа дней госпитализации с 87,1 до 36,6 на одного пациента.

В работе Stickney, Hall и Gardner (1980) исследовался эффект использования поддерживающего лица и окружения с усиленной поддержкой — как отдельно, так и в комбинации — после выписки пациента из стационара. Было изучено влияние 4 стратегий выписки, отличавшихся разным уровнем помощи со стороны поддерживающего лица и окружения. Целями плана выписки было активизировать использование местного центра охраны психического здоровья и снизить частоту рецидивов заболевания для 400 пациентов, выписанных из психиатрической больницы штата. Результаты исследования продемонстрировали положительное влияние повышения уровня помощи со стороны поддерживающего лица и окружения как на согласие пациента на такой вид обслуживания, так и на частоту обострений по данным 12-месячного катамнеза. При минимальной поддержке окружения удерживались в программе центра 22% пациента, рецидив возник у 68%; при повышении уровня помощи со стороны поддерживающего лица соответствующие показатели составили 36% и 39%; при повышении уровня помощи со стороны и поддерживающего лица и окружения одновременно — соответственно 75% и 28%. Таким образом, всякий раз, когда вводился дополнительный элемент поддержки, увеличивался процент больных, удерживающихся в программе, и снижался уровень рецидивов.

В других исследованиях (Valle, 1981; Weinman and Kleiner, 1978) изучалось влияние поддерживающих лиц на исход реабилитации. Однако в каждой из работ эффект поддержки не мог быть проанализирован отдельно от воздействия проводившегося одновременно тренинга навыков. Valle (1981) исследовал влияние уровня навыков межличностного общения, которыми владеет консультант пациента, на результат реабилитации. Сделан вывод, что частота рецидивов у лиц с алкогольной зависимостью достоверно зависела от уровня навыков межличностного общения их консультантов. Другими словами, лучшим предикатом отношения пациента к спиртным напиткам по данным наблюдения продолжительностью 6, 12, 18 и 24 месяца, был уровень навыков межличностного общения его консультанта.

Weinman и Kleiner (1978) не оценивали уровня навыков межличностного общения поддерживающих лиц. Они сравнили эффективность работы этих людей по месту жительства пациентов при оказании двух видов стационарной помощи: социосредо-

вой терапии и традиционного больничного лечения. Основными функциями помощников было обучение больных навыкам и сопровождение их в разные местные учреждения. В результате сочетание помощи поддерживающего лица и тренинга навыков оказалось более эффективным, чем каждый из видов стационарного лечения по таким показателям, как частота рецидивов, уровень самооценки и показатель общего функционирования.

Некоторые исследования индивидуального менеджмента сочли развитие навыков и вмешательства поддержки (см. раздел, посвященный индивидуальному менеджменту в главе 10). Ballantyne (1983), Wasylenki et al. (1985) и Goering, Wasylenki с сотрудниками (1988) опубликовали результаты изучения индивидуального менеджмента, основанного полностью на идеологии и технологии психиатрической реабилитации, рассмотренных в этой книге. Специалисты местной службы реабилитации обучались применению методов межличностной поддержки, тренинга навыков и индивидуального менеджмента для работы с группой пациентов, выписывающихся из психиатрического стационара. Контрольная группа формировалась методом подбора пар, и в ней традиционно вели больных в заключительной стадии госпитализации и после нее. Сравнение показало, что продолжительность пребывания в стационаре пациентов экспериментальной группы была в среднем на 21 день короче, и они приблизительно в два раза чаще пользовались услугами амбулаторной службы. Оценка программы пациентами показала их высокий уровень вовлечения и удовлетворенности. Через 6 месяцев наблюдения более 75% пользователей оставались в программе, 87% сообщали о том, что их понимают, и 88% ощущали себя партнерами в процессе реабилитационного планирования (Ballantyne, 1983). Катамнез продолжительностью 6 и 24 месяца выявил повышение с течением времени уровня функционирования пациентов. Через 24 месяца в экспериментальной группе получены гораздо лучшие, чем в контрольной, показатели общего функционирования, профессионального и жилищного статуса и социальной изоляции (Wasylenki et al., 1985; Goering, Wasylenki, 1988).

И, наконец, несколько исследований, выполненных в условиях стационара, отличались комбинацией вмешательств по развитию навыков с несколькими дополнительными элементами, включая поддержку по месту жительства после выписки из больницы. Несомненно, самой известной из таких работ является исследование Gordon Paul (1984), в котором сравнивался подход терапии средой в традиционной психиатрической больнице с подходом социального обучения. Среди многих показателей

результативности, использованных для оценки этих программ, была продолжительность пребывания в условиях сообщества по месту жительства. Результаты доказали, что подход социального обучения эффективнее терапии средой, которая, в свою очередь, эффективнее традиционных больничных программ. Другие исследования, не такие обширные и менее строго контролируемые, анализировали стационарные программы развития навыков, при этом были получены положительные результаты по показателям пребывания вне больницы и функционирования в обществе (Becker and Bayer, 1975; Heap et al., 1970; Jacobs and Trick, 1974; Waldeck, Emerson, and Edelstein, 1979).

Таким образом, множество эмпирических исследований, проводившихся специалистами различных направлений в сфере психического здоровья и реабилитации, подтвердили следующее:

- 1) лица с тяжелыми психическими расстройствами могут овладевать навыками;
- 2) навыки, приобретенные лицами с психическими расстройствами, положительно влияют на качество исхода реабилитации;
- 3) вмешательства, направленные на развитие навыков, улучшают результаты психиатрической реабилитации;
- 4) вмешательства поддержки делают эффективнее результаты психиатрической реабилитации.

Проблемы и принципы вмешательств

Согласно исследованиям, приобретение навыков не становится большой проблемой в реабилитации лиц с психическими расстройствами. Они могут овладевать навыками при эффективном обучении. Однако выработку или изучение навыков гораздо легче продемонстрировать, чем применить или реализовать их в соответствующем окружении. Обучение отвечает на вопрос: может ли пациент освоить навык? В то же время осуществление задает вопрос: станет ли пациент использовать этот навык? (Goldstein, 1981).

Осуществление, применение или генерализация навыка — это не единственный вопрос, касающийся вмешательств, направленных на развитие навыков. Предполагается, что средний показатель генерализации и сохранения результата при всех видах психотерапии составляет 14% (Goldstein and Kanfer, 1979). Однако этот вопрос нужно обязательно учитывать при вмешательствах по развитию навыков.

Основываясь на анализе литературы по использованию навыков, Cohen, Ridley и Cohen (1985) сформулировали 11 принципов, которые должны быть учтены при организации вмешательств по развитию навыков, для того чтобы добиться максимальной генерализации:

1. Использовать естественные элементы подкрепления, существующие в соответствующем реальном окружении, для поощрения адекватных реакций пациента в ситуации его обучения.
2. Предоставлять пациенту вспомогательные услуги в соответствующем реальном окружении.
3. Обучать пациента использованию навыков избирательного поощрения пациента в соответствующем реальном окружении.
4. Обучать определять внутреннюю мотивацию как замещение внешнего поощрения.
5. Постепенно увеличивать время между действием и поощрением.
6. Обучать пациента реализации навыков в различных ситуациях.
7. Обучать вариантам применения навыков в одной и той же ситуации.
8. Обучать самооценке и самопоощрению.
9. Обучать правилам или принципам, на которых основаны навыки.
10. Использовать постепенно усложняющиеся домашние задания.
11. Вовлекать пациента в постановку целей и выбор стратегии вмешательства.

Одна из технологий обучения, которая исходит из перечисленных принципов, — это прямое обучение навыкам (ПОН). ПОН является систематизированным методом, включающим краткое изложение знаний, которые необходимы для обучения навыкам, составление структурированного плана занятий для обучения отдельным элементам поведения и вовлечение пациента в исполнение каждого элемента в отдельности и всего навыка в целом (Cohen, Danley, and Nemes, 1985).

Оказание постоянной поддержки использования навыка — основной метод повышения его генерализации. Два типа вмешательств в сфере психиатрической реабилитации (развитие навыков и поддержка) неразрывно связаны между собой. Специалисты, обучающие навыкам, поддерживают их одновремен-

ное использование (Cohen, Danley, and Nemes, 1985). Применение навыков лицами с психическими расстройствами может быть улучшено путем простых видов социального подкрепления в отличие от сложной системы материального поощрения — «жетонной экономики» и подобных схем (Armstrong, Rainwater, and Smith, 1981). Лица с психическими расстройствами недостаточно реагируют на чисто материальное поощрение. Социальное подкрепление менее затратно, более приемлемо и может быть более эффективным в стимулировании желаемого использования навыков пациентом в соответствующем окружении.

Таким же образом специалист, осуществляющий вмешательство поддержки, может не просто ее оказывать, а помочь подопечному научиться находить естественные формы помощи в окружении. Mitchell (1982) опубликовал данные, подтверждающие, что уровень навыков индивида зависит от размеров сети его поддержки. Пациента можно научить играть активную роль в создании своей собственной сети поддержки. Mitchell (1982) также отметил, что уровень независимости человека взаимосвязан с поддержкой референтной группы. Чем сильнее мы чувствуем поддержку, тем более независимо можем действовать. Принцип состоит в том, что если человека научить получать желаемую поддержку, он сможет функционировать более независимо.

В других исследованиях рассмотрены взаимоотношения между уровнем поддержки и результатом (Greenblat, Bererra, and Serafetinides, 1982). Dozier, Harris и Bergman (1987) обнаружили, что умеренная степень связей в группе или пределов, до которых члены группы знают друг друга, ассоциировалась с более коротким сроком госпитализации. В работе, выполненной в учреждении типа Фаунтен Хаус Frazer, Frazer и Delewski (1985), пришли к выводу, что сокращение сроков госпитализации зависело от числа профессионалов сферы психического здоровья в группе взаимопомощи программы. Sommers (1988) отмечал, что отношение значимых близких, то есть высокие требования социально приемлемого поведения влияли на уровень функционирования больных. В исследовании Baker, Kazarian, Helmes, Ruckman и Tower (1987) пациенты при анкетировании оценивали вторых важнейших для них лиц из своего окружения. Повторно госпитализированные пациенты, в отличие от находившихся в ремиссии, более высокие оценки давали по шкалам гиперопеки и критики, а более низкие — по шкале заботы.

Важны все виды поддержки, но персональная поддержка лица с психическими расстройствами крайне необходима. Чувствовать поддержку других людей — естественное человече-

ское желание. Это желание особенно важно для инвалидов вследствие психических расстройств, потому что имеющиеся нарушения могут вынудить их оставить деятельность, связанную с обществом, — работу, учебу, семейную жизнь (Harris, Bergman, and Bachrach, 1987). Система поддержки лиц с психической несостоятельностью характеризуется малым охватом, недостатком взаимодействия, доминированием родственников больных (Weinberg and Marlowe, 1983), отсутствием гибкости и нестабильностью (Morin and Seidman, 1986).

Научные исследования, посвященные вмешательствам поддержки, страдают концептуальными и методологическими недостатками (Lieberman, 1986; Starker, 1986; Thoits, 1986). Понятия поддержки, сети поддержки, системы поддержки не имеют четких определений. Отсутствуют унифицированные и надежные методы исследования. Однако, несмотря на все эти недостатки, идея вмешательств поддержки как эффективных реабилитационных мероприятий все же постепенно пробивает себе дорогу.

Одно из наиболее рациональных определений поддержки дано Kahn and Quinn (1976), которые охарактеризовали ее как межличностную транзакцию, состоящую из выражения положительных эмоций, одобрения и помощи. Положительные эмоции включают симпатию, восхищение, уважение и другие виды положительной оценки; одобрение означает согласие с ощущениями, мыслями, ценностями, отношениями или действиями человека; помощь включает такие элементы, как материалы, информация, время и нормы права. Друзья, специалисты и члены семьи пациента оказывают ему персональную поддержку самых разных видов и уровней. Основной принцип: если целью пациента является более независимое функционирование, кто-то в его окружении должен поставлять ему позитивные эмоции, выказывать одобрение и оказывать помощь.

На основе анализа научной литературы выделены возможные варианты вмешательств для совершенствования поддержки пациентов (Harris and Bergman, 1985; Marlowe and Weinberg, 1983):

1. Изменение существовавшей ранее структуры (семья и друзья) с целью усиления их поддерживающих действий.
2. Создание дополнительной сети поддержки путем привлечения добровольцев.
3. Создание дополнительной сети поддержки путем оплаты работы добровольцев.

4. Более активное вовлечение пациентов в естественные структуры (например, церкви, клубы), уже существующие в сообществе по месту жительства.
5. Объединение групп людей со сходными проблемами в сеть поддержки.
6. Укрепление связей между имеющимися участниками сети поддержки.
7. Использование более широких сетей для целей кризисных вмешательств.
8. Расширение функций сети поддержки.

Одним из основных принципов любого вмешательства поддержки является то, что пациент, а не специалист должен воспринимать вмешательство как поддерживающее. Поддержка, как и красота — в глазах того, кто ее видит. Не все личные взаимоотношения могут быть поддерживающими и благотворными (George, Blazer, Hughes, and Fowler, 1989). Эмоции, подтверждение или помощь должны оцениваться как благотворные самим реципиентом поддержки. Точно так, как факторы, вызывающие стресс, у разных индивидов разные, так и с поддержкой.

Заключительные комментарии

Не вызывает удивления, что хотя процесс психиатрической реабилитации, состоящий из диагностики, планирования и вмешательства, может быть довольно просто описан, он далеко не прост для осуществления. Нужны опытные специалисты, эффективные программы и хорошо организованная система обслуживания для того, чтобы увеличить шансы пациентов достичь своих реабилитационных целей. Последующие главы книги посвящены описанию того, как эти люди, программы и системы могут продвигать процесс психиатрической реабилитации.

Персонал

«Я полагаю, что живу на этом свете только один раз. И поэтому, если я могу проявить свою доброжелательность или сделать хорошее дело кому-либо из людей, пусть я сделаю это сейчас, не отсрочивая и не пренебрегая, ибо больше такой возможности для меня не будет».

William Penn

Три направления — персонал, программы и системы — составляют концептуальную основу для понимания того, что работает на результат реабилитации. По существу, исход реабилитации лиц с тяжелыми психическими расстройствами зависит от эффективности персонала, программ и систем обслуживания, с которыми пациенты взаимодействуют. Посредством анализа функционирования персонала, программ и систем процесс реабилитации может детальнее изучаться более эффективно использоваться и изменяться. Анализируются три следующих элемента:

1. Навыки, знания и отношение персонала — различных людей, которые взаимодействуют с пациентом (например, консультанты, психиатры, члены семьи, другие пациенты).
2. Программы, используемые персоналом (например, программы общения «равный равному», программы поддерживаемого трудоустройства, программы навыков независимого проживания).
3. Системы обслуживания, которые поддерживают персонал, и программы (например, агентства профессиональной реабилитации, департаменты охраны психического здоровья администрации штата).

Эта глава посвящена роли персонала.

Инвалиды вследствие психических расстройств вступают во взаимодействие со многими людьми, которые могут оказывать существенное влияние на результаты их реабилитации. Специалисты (дипломированные и недипломированные), члены семей и другие пользователи (клиенты, бывшие больные) обычно вносят большой вклад в реабилитацию. Но самым существенным фактором является не их ролевая функция, а скорее их способность эффективно решать задачи при диагностике, планировании и вмешательствах. Независимо от должности, диплома или роли, лица, относящиеся к персоналу, должны обладать необходимыми навыками, знаниями и взглядами для выполнения следующих функций:

1. Устанавливать связь с пациентами для налаживания тесного взаимодействия.
2. Помогать пациентам в постановке личных целей реабилитации.
3. Помогать пациентам в оценке их навыков и ресурсов окружения, исходя из конечной цели реабилитации.
4. Помогать пациентам в планировании развития навыков и ресурсов, которые им необходимы.
5. Помогать пациентам овладевать новыми навыками, которые им необходимы.
6. Помогать пациентам использовать навыки, которыми они уже владеют.
7. Помогать пациентам устанавливать связи с ресурсами, которые им необходимы.
8. Помогать пациентам изменять ресурсы окружения для усиления оказываемой поддержки.
9. Оказывать пациентам постоянную личную поддержку, в которой они нуждаются.

Каждая из перечисленных функций должна включаться в процессы диагностики, планирования и вмешательства и обеспечивать пациентам навыки и ресурсы, необходимые для достижения целей реабилитации. Функции под номерами 2–3 осуществляются в диагностической фазе. Функция 4 используется в фазе планирования. Функции 5–8 являются элементами фазы вмешательства, а функции 1 и 9 применяются во всех фазах процесса психиатрической реабилитации.

Лица, относящиеся к персоналу, отличаются по тому, как систематически они выполняют свои функции, иногда даже не зная о таком выполнении. Однако лица с психическими расст-

ройствами нуждаются во взаимодействии с людьми, способными выполнить эти функции, когда это необходимо.

Значение владения персоналом навыками межличностного общения не может быть переоценено. Навыки межличностного общения, явно необходимые для функций 1 и 9, лежат в основе всех видов деятельности в процессе реабилитации. Такие навыки, как демонстрация понимания, способность к самораскрытию и воодушевлению (Cohen et al., 1989), положительно влияют на результаты в практике консультирования (Carkhuff and Anthony, 1979), обучения (Aspy, 1973) и реабилитации лиц, злоупотребляющих наркотиками (Valle, 1981). Навыки межличностного общения могут применяться профессионалами, членами семей и пользователями.

Goering и Stylianos, (1988) утверждают, что эффективность современных реабилитационных вмешательств частично связана со взаимоотношениями, которые возникают между пациентом и специалистом. Одна из наиболее продуктивных составляющих эффективной реабилитации — сила терапевтического союза (Goering and Stylianos, 1988). Этот вывод подтверждается акцентом на межличностных взаимоотношениях в большинстве видов деятельности в психиатрической реабилитации. Процесс диагностики — планирования — вмешательства в рамках реабилитации также выдвигает на первые места навыки межличностного общения и деятельность по постановке целей, оценке, планированию, а также по развитию навыков и ресурсов.

Дипломированные специалисты

Дипломированные профессионалы (например, специалисты с дипломами PhD, MSW, OTR, CRC, MS, MA, RN, или MD), работающие в сфере реабилитации, должны выполнять много функций, для которых они не были подготовлены традиционными образовательными программами (Anthony, 1979) и которые их могут не интересовать (Stern and Minkoff, 1979). Среди многих профессионалов психического здоровья преобладают взгляды, что реабилитация инвалидов вследствие хронических психических расстройств — неблагоприятная, непрестижная и безнадёжная работа (Minkoff, 1987).

Недостаток подготовки по вопросам технологии эффективной реабилитации психически больных (Minkoff, 1987) особенно проявляется, когда дипломированным специалистам требуются навыки оценки функционирования и ресурсов, создания плана

реабилитации, когда надо обучить навыкам, составить программу использования навыков, координировать и модифицировать ресурсы (Marshall, 1989). Профессионалы сферы психиатрической реабилитации должны осваивать эту технологию, чтобы быть способными вести пациентов через реабилитационный процесс (Anthony, 1979; Spaulding, Harig, and Schwab, 1987). В главе 5 рассмотрена эта технология и перечислены виды деятельности и навыки, которые может выполнять специалист, ее освоивший.

Выдвижение на первый план технологии преуменьшает значение дипломов и званий. Вместо того чтобы различать менеджеров, терапевтов, консультантов, врачей, социальных работников, дипломированных медицинских сестер и т.п., более существенно различать специалистов по тому, что они хорошо умеют делать. Следует обеспечить укомплектование реабилитационной бригады таким образом, чтобы каждый ее участник владел всеми необходимыми навыками для проведения пациента через процесс реабилитации. Не имеет смысла формировать бригаду, ориентируясь на дипломы или звания: например, чтобы в ней было 2 социальных работника, 3 специалиста психического здоровья, 1 психолог. За исключением случаев, когда оказание определенного вида помощи регламентировано законом (например, врачебное или сестринское обслуживание, психодиагностика), персонал функциональной бригады обязан уметь выполнять все необходимые виды деятельности.

Проанализировав ряд программ профессиональной подготовки, Anthony, Cohen и Farkas (1988) пришли к выводу, что четыре основные дисциплины — психология, социальная работа, сестринское дело и психиатрия — в лучшем случае вынужденно обучают специалистов своего профиля оказывать помощь лицам с хроническими психическими расстройствами (Friday, 1987). Bevlasqua (1984) критиковал социальную работу, психологию и сестринское дело за применение в медицине кабинетной модели частной практики, которая отодвигает эти виды деятельности от средовых и социальных проблем лиц с психическими расстройствами. В результате этого в учебных планах профессиональных учебных заведений уделяется мало внимания хроническим психическим расстройствам. Rapp (1985) и Gerhart (1985) выделили в подготовке специалистов три вида препятствий, общих для всех специальных дисциплин:

1. Недостаточное количество заинтересованных и имеющих соответствующий опыт преподавателей.

2. Нехватка подходящих баз и руководителей для проведения профессиональной практики.
3. Недостаточное количество студентов, заинтересованных в работе с этой группой населения.

В 1984 г. Talbott изучил пятилетнюю динамику подготовки специалистов для работы с лицами, страдающими хроническими психическими расстройствами и с удивлением обнаружил, что, несмотря на повышение интереса к этой группе пациентов в сфере социальной политики и обслуживания, образовательные программы на этот интерес не отреагировали. Talbott считает, что программы резидентуры по психиатрии уделяют слишком мало внимания таким разделам, как функциональная оценка, элементы системы общественной поддержки и продолжительное индивидуальное наблюдение в динамике за больными. Касаясь программ непрерывного последиplomного образования, автор рекомендует уделять больше внимания, наряду с другими темами, изучению успешных проектов психиатрической реабилитации в сообществах по месту жительства пациентов. Заметным исключением являются модель резидентуры по психиатрии, предложенная Culter (Culter, Bloom, and Shore, 1981), и несколько других, но большинство учебных программ не содержат необходимых теоретических и практических разделов. Stein, Factor и Diamond (1987), подобно Talbott, обнаружили только небольшое количество учебных программ стажировки психиатров, где предусмотрено достаточное число часов теоретической и практической подготовки по лечению лиц с хроническими психическими расстройствами. Молодые психиатры не считают психически больных с хроническим течением заболевания привлекательным контингентом для лечения.

Студенты, изучающие социальную работу, предпочитают осваивать психодинамическую модель, а не недавно появившийся подход психиатрической реабилитации. Будущим специалистам, как и их преподавателям, больше нравится модель частной практики в социальной работе. Rubin (1985) опубликовал данные исследования, подтверждающие, что инвалиды вследствие психических расстройств представляют для социальных работников наименее привлекательную группу.

Davis (1985) посвятил значительную часть своей аналитической статьи университетской подготовке специалистов охраны психического здоровья по вопросам работы с лицами, страдающими хроническими психическими расстройствами. Автор изучил характеристики пользователей в системе психиатриче-

ского обслуживания штата Виржиния и степень привлечения этих данных для профессиональной подготовки специалистов. Результат свидетельствует о недостаточности соответствующих программ обучения и практики, особенно по психологии и социальной работе (Davis 1985). Касаясь подготовки консультантов по реабилитации, Weinberger и Greenwald (1982) изучили 59 аккредитованных академических учебных программ по реабилитационному консультированию и только в 7 из них обнаружили специализацию по психиатрической реабилитации. McCue и Katz-Garris (1985) опросили 580 практикующих консультантов по реабилитации в отношении их потребностей в специальной подготовке. Первые места в ответах заняли такие темы: (1) трансформация психиатрического диагноза с применением функционально-диагностической и бихевиоральной терминологии; (2) консультирование по вопросам профессиональной ориентации и планирования реальных целей; (3) обучение пациентов навыкам поиска работы и адаптации к рабочему месту.

Несмотря на отсутствие соответствующего учебного курса подготовки, информационная и исследовательская база для такого курса активно развивалась в течение нескольких последних десятилетий (Anthony and Liberman, 1986). Таким образом, сейчас стало возможным создание учебного курса на базе данных эмпирических и экспериментальных исследований. Уже можно определить область специализации, для которой все 4 основные дисциплины могут предлагать обучение. Этот курс может основываться на известных на сегодняшний день лучших формах помощи лицам с хроническими психическими расстройствами для их более эффективного функционирования в избранном окружении (Anthony, Cohen, and Farkas 1988).

По существу, такой курс может основываться на знаниях о факторах, влияющих на успешный исход реабилитации. Эти эмпирические знания о взаимоотношениях и причинах исходов предполагают определенные действия специалиста для повышения эффективности получаемых результатов. Такие действия, в свою очередь, потребуют определенных навыков, необходимых специалисту для их выполнения. Имея основной целью улучшить результаты реабилитации больных, учебный курс сможет помочь специалисту в развитии навыков для решения задач достижения этой цели.

Объем учебного курса

Первичные тренинговые программы могут отличаться по объему профессиональной подготовки. Некоторые из них предусматривают обучение навыкам психиатрической реабилитации: объясняют этапы освоения навыков, демонстрируют их выполнение и предоставляют возможность в них поупражняться под наблюдением инструктора. Другие программы просто дают общие знания о психиатрической реабилитации без тренинга навыков. Ряд учебных курсов включают теоретические и практические занятия, но не предусматривает регулярного повышения квалификации.

Cohen (1985) предложил способ классификации программ обучения студентов методам реабилитации лиц с хроническими психическими расстройствами. Учебные планы этих программ могут быть дифференцированы в зависимости от их объема (см. табл. 8.1).

Первичные программы, отнесенные к подготовительному уровню, повышают уровень знаний студентов о психиатрической реабилитации посредством академических курсов или частей курсов. Программы практического уровня дополняют дидактический материал практической работой под руководством инструктора или интернатурой. К квалифицированному уровню отнесены учебные программы с курсами овладения навыками в дополнение к академическим занятиям и практической работе (Anthony, Cohen, and Farkas 1988).

Ясно, что сфера психиатрической реабилитации нуждается в большем количестве квалифицированных специалистов. Вводный курс в психиатрическую реабилитацию как специальность — это одно, а присоединение к теоретическим знаниям некоторых практических навыков — это другое. И совсем по-другому готовится квалифицированный специалист — он может демонстрировать уровень своих навыков посредством аудио- или видеозаписей сессий с клиентами (Rogers et al., 1986). Совершенствование навыков можно объективизировать, а полученные знания и новые умения — оценивать, сравнивая их уровень до и после обучения (Anthony, Cohen, and Farkas 1987). Квалифицированные профессионалы, в отличие от специалистов, владеющих только теоретическими знаниями и некоторым опытом, могут документально подтвердить свое владение определенными навыками. Учебные программы, готовящие квалифицированных специалистов, добавляют доверия сфере помощи лицам с психическими расстройствами (Minkoff, 1987).

Таблица 8.1. Уровни объема подготовки в первичных обучающих программах

Цель	Вводный уровень Формирование знакомого специалиста Овладение новыми знаниями	Практический уровень Формирование опытного специалиста Совершенствование подходов, овладение новыми знаниями	Квалификационный уровень Формирование квалифицированного специалиста Совершенствование навыков и подходов, овладение новыми знаниями
Задача	Овладение новыми знаниями	Совершенствование подходов, овладение новыми знаниями	Совершенствование навыков и подходов, овладение новыми знаниями
Метод	Академические занятия	Практика с инструктором; академические занятия	Курсы овладения навыками; практика с инструктором; академические занятия
Оценка	Письменные тесты и задания	Оценка инструктором; количество часов контакта с пациентами, типы контактов; письменные тесты и задания	Рейтинг по владению навыками; уровень удовлетворенности пациентов; оценка инструктором; количество часов контакта с пациентами, типы контактов; письменные тесты и задания

Из Anthony, Cohen, Farkas (1988)

Примером учебной программы квалифицированного уровня является академический курс по психиатрической реабилитации Бостонского университета (Farkas, O'Brien, and Nemes, 1988). Студенты изучают девять дисциплин по теории реабилитации, при этом их знания оцениваются тестами и письменными заданиями (вводный уровень). В клинических подразделениях они принимают участие в обслуживании нескольких больных с хроническими инвалидизирующими психическими расстройствами — эта работа оценивается инструкторами (практический уровень). Студенты также посещают шесть курсов, на которых изучаются и оцениваются практические навыки с использованием наборов мультимедийных тренинговых технологий (M.R. Cohen et al., 1985, 1986, 1989), которые включают руководства для инструкторов, справочные пособия для студентов и аудиовизуальные записи с наглядной демонстрацией навыков. Работа студентов с лицами, страдающими психическими нарушениями, во время практических занятий оценивается с помощью звукозаписи (квалифицированный уровень). Уровень владения навыками оценивается с помощью специальных шкал, надежность и валидность которых были предварительно подтверждены (Rogers et al., 1986). Текущая оценка программы Бостонского университета свидетельствует, что в течение 5 лет после окончания учебы около 90% выпускников работают с людьми, страдающими хроническими инвалидизирующими психическими расстройствами. Специальные опросы выпускников подтверждают, что 88% из них очень удовлетворены программой.

Изменения в учебных программах

Система образования в течение последних нескольких лет предлагает все больше курсов подготовки по психиатрической реабилитации. Существует несколько причин для появившегося интереса к учебным программам, имеющим отношение к лицам с длительно текущими психическими расстройствами. Во-первых, изменения в системе обслуживания начали подталкивать работников образования в этом направлении. Jerrel и Larsen (1985) отметили, что наибольшую прибавку в финансировании получили структуры, обслуживающие инвалидов вследствие психических расстройств. Отделы психического здоровья администрации штатов использовали практически неограниченные федеральные средства для обеспечения нужд расширившихся служб для лиц с хроническими психическими расстройствами.

Таким образом, изменения приоритетного финансирования повлияли и на систему подготовки специалистов. Во-вторых, пациенты и их семьи как преподавателей, так и специалистов стимулируют к совершенствованию знаний психиатрической реабилитации (Lecklitner and Greenberg, 1983; Zpple and Spaniol, 1987). В-третьих, руководители службы охраны психического здоровья призывают университеты в своих штатах приблизить учебные программы к нуждам этой категории больных. Как указывал Bevilacqua (1984), администрация штата может оказать давление на академические круги, чтобы сделать содержание учебных программ еще более соответствующим потребностям психиатрических пациентов. Bevilacqua (1984, с. 4) выразил эту мысль таким образом:

«С уменьшением федерального финансирования подготовки специалистов охраны психического здоровья значительные расходы на эти цели стали нести штаты. Если правительство штата начинает ставить трудные вопросы об отношении университетов к такой проблеме, как помощь больным с хроническими психическими расстройствами, и если законодателей штата будет возможно убедить принять меры для привлечения внимания к этой проблеме, будет сделан важный первый шаг».

Особенно заслуживают внимания усилия Образовательного совета по социальной работе. В 1982 г. Национальным институтом психического здоровья был основан и финансировался в течение 3 лет Проект развития учебных программ и ресурсов по проблеме хронических психических заболеваний. Проект улучшил качество и увеличил количество обучающихся курсов и дидактических материалов, относящихся к хроническим психическим расстройствам. Посредством научных исследований, конференций, публикаций, тренинга и технической помощи проект содействовал созданию и распространению соответствующих обучающих материалов (Bowker, 1985).

В исследовании Комиссии западных штатов по высшему образованию (WICHE) изучалась реакция системы образования на требования системы охраны психического здоровья штатов (Moore, Davis, and Mellon, 1985). В ходе этой работы собрана информация об учебных программах, относящихся к обслуживанию инвалидов вследствие психических расстройств. Авторы отметили, что вопрос расширения возможностей академических программ в области подготовки специалистов для обслуживания особых групп населения (включая лиц с хроническими пси-

хическими заболеваниями) стал приоритетным по инициативе администрации охраны психического здоровья. Эта тенденция, по мнению авторов, выглядит достаточно стойкой для того, чтобы стимулировать дальнейшее развитие учебных программ. Южный региональный комитет по образованию обследовал программы для подготовки и совершенствования специалистов сферы психиатрической реабилитации (Friday, 1987). В его отчете дана характеристика 27 академических учреждений, которые предлагают подготовку по специальностям, имеющим отношение к психиатрической реабилитации.

В 1986 г. Центр психиатрической реабилитации получил грант на разработку и апробацию стратегии внедрения методов обучения психиатрической реабилитации, созданных в Бостонском университете, в другие обучающие программы. Апробация стратегии проводилась на базе двух программ резидентуры по психиатрии, одной объединенной программы по социальной работе и психологии, одной программы подготовки медицинских сестер, одной программы по социальной работе и одной мультидисциплинарной программы. В общем было получено более 60 заявок от различных учебных программ, претендующих стать базой апробации.

Таким образом, литература свидетельствует об исторически возникшем упущении в содержании учебных планов большинства программ профессиональной подготовки — оно касается работы с лицами, страдающими инвалидизирующей психической патологией. Однако сегодняшняя ситуация демонстрирует всевозрастающий интерес к этой сфере, который стимулируется как работниками системы образования, так и изменениями в структуре службы психического здоровья, пожеланиями пользователей и их семей и решениями администрации штатов. По мере развития системы первичной подготовки по психиатрической реабилитации крепнет надежда, что больше внимания будет уделяться подготовке квалифицированных профессионалов — мастеров в этой сфере, а не просто знающих и имеющих опыт специалистов.

Функциональные профессионалы

Кроме общепринятого понятия о профессионале, появилось понятие о функциональном профессионале (Carkhuff, 1971). Таких людей часто называют непрофессионалами, парaproфессионалами, компаньонами, добровольцами, субпрофессионалами

(Brook, Fantopoulos, Johnston, and Goering, 1989). Функциональным профессионалом может быть назван человек, который, не имея формальных документов о специальности, выполняет функции дипломированных специалистов.

Согласно результатам исследований функциональные профессионалы могут быть полезны в сфере охраны психического здоровья. Carkhuff (1968) проанализировал более 80 статей, касающихся использования и эффективности функциональных профессионалов, и пришел к выводу, что они могут обучаться на факультативных краткосрочных курсах и работать результативно, содействуя значительным конструктивным изменениям в жизни их пациентов с таким же эффектом, как дипломированные персоналы, или даже лучше. Другой обзор литературы, десятилетием позже, подтвердил эти выводы (Anthony and Carkhuff, 1978). Исследования и случаи из практики, опубликованные в 1970-х годах (например, Katkin et al., 1971, 1975; Verinis, 1970; Weinman et al., 1970; Gelineau and Evans, 1970; Goldberg, Evans, and Cole, 1973; Koumans, 1969; Lewington, 1975) также подтверждают первый вывод Carkhuff (1968).

Чтобы наилучшим образом использовать функциональных профессионалов, необходимо учитывать следующее (Anthony, 1979):

1. Случайные и неподготовленные непрофессионалы оказываются неэффективными.
2. Функциональные профессионалы (или помощники) могут оказать положительное влияние на психически больных только при условии, что получают дополнительную подготовку и соответствующие полномочия.
3. Виды реабилитационной деятельности, к которой наиболее склонны функциональные профессионалы, — это установление связей с пациентами, персональная поддержка, обучение пациентов навыкам, необходимым для более продуктивного функционирования в обществе.

Семьи

Семьи относятся к основным факторам, влияющим на результаты реабилитации больного. Предположительно 50–60% всех пациентов, выписываемых из психиатрических стационаров, возвращается домой (Lamb and Olphant, 1979; Minkoff, 1979) и 50–90% сохраняют контакты со своими семьями (Fadden,

Bebbington, and Kupers, 1987; Lefley, 1987). В связи с важностью роли семей и домашнего окружения в реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств способы усиления позитивного влияния этого фактора нуждаются в особом внимании. Основатели системы охраны психического здоровья в сообществах по месту жительства призывали к перенесению услуг в семью, считая это приоритетом в работе (Davis et al., 1974; Weiner, Becker, and Friedman, 1967). В частности, семьи нуждаются в знаниях и умениях в отношении того, как ладить с психически больными своими членами в стадии адаптации к их заболеванию (Vaughn and Leff, 1981). Более того, в целях оказания семьям адекватной помощи и предоставления знаний персонал должен изучить методы эффективной деятельности, чтобы справляться с проблемами больного.

Проблемы, с которыми сталкиваются семьи, можно рассматривать с точки зрения психиатрической реабилитации, которая различает членов семьи по степени и объему владения необходимыми навыками и знаниями для оказания помощи своим больным и контроля над их влиянием на семейную жизнь. Это предполагает, что члены семьи могут проходить специальное обучение (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980; Miller, 1981).

Подходы к семьям, практикуемые в психиатрической реабилитации, следующие: обеспечить семьи информацией и повысить их способность адекватно решать возникающие проблемы. Этот вид семейных вмешательств согласуется с подходом к семьям, используемым в деле физической реабилитации. Психиатрическая реабилитация пытается выразить человеческие проблемы через наблюдаемые и измеримые элементы, которые могут подвергаться изменениям. Рассмотрим пример, когда один из членов семьи не способен справиться со стрессовой ситуацией, связанной с больным родственником. Реабилитационный подход не сосредоточивается на детских переживаниях, влияющих на сегодняшнее отношение к жизни, и не прибегает к назначению медикаментов больному или его родственнику, а дает понять, каким образом член семьи может приобрести знания или умения, помогающие эффективно разрешать стрессовую ситуацию.

Семьи отмечают необходимость в специальных программах, которые помогали бы им решать проблемы в отношениях с больными членами семьи. Первой и основной является возникающая у многих проблема недостаточности знаний о психических расстройствах, их лечении, доступности обслуживания и правилах обращения с пациентами (Creer and Wing, 1974; Doll, 1976; Evans, Bullard, and Solomon, 1961; Hatfield, 1978; Hibler, 1978). Особенно

подчеркивалась необходимость помощи в регулировании поведения и решении задач повседневной жизни (Creer and Wing, 1974; Hatfield, 1978), а также в эмоциональной поддержке (Creer and Wing, 1974; Doll, 1976; Hatfield, 1978; Lamb and Olphant, 1979).

Помощь и поддержка, оказываемые членам семьи, связаны с необходимостью обучения лиц, оказывающих услуги, тому, как принести семье наибольшую пользу (Starr, 1982). Семьи отмечают, что персонал не всегда оказывает реальную помощь и часто противится участию семей в процессе обслуживания больного (Appleton, 1974; Creer and Wing, 1974; Doll, 1976; Hatfield, 1978). Специалисты обязаны предложить семьям услуги поддержки, чтобы помочь родственникам оптимально функционировать после возвращения больного. Такие услуги могут включать знакомство с основами учения о психических расстройствах, обучение практической стратегии регулирования поведения и предоставление информации о ресурсах окружения.

По мнению Spaniol, Zpple и Fitzgerald (1984), семьи не считают, что психотерапия дает им то, что необходимо. То, чего от лечения ожидают семьи, отличается от того, что при лечении могут дать профессионалы (Hatfield, 1978, Fierstein and Johnson, 1982). Семьи хотят практических советов и информации, в то время как профессионалам нравится анализировать семейную динамику и эмоциональные проявления. Члены семей также понимают, что позиция и предположения специалистов склоняются к тому, чтобы обвинять семью в болезни ее члена и последствиях этой болезни. В связи с высокой степенью неудовлетворенности работой профессионалов у семей отмечается совпадающая тенденция оценивать лечение как фактор с низкой значимостью, что подтверждают данные многих исследований (Hatfield, 1978; Spaniol et al., 1984). Однако, хотя семьи разочарованы уровнем предоставляемых услуг, они по-прежнему ищут поддержки и практической помощи у специалистов. В результате высокий уровень неудовлетворенности и количеством контактов с профессионалами: 60% опрошенных семей отметили, что они хотели бы иметь больше таких контактов (Spaniol et al., 1984). Среднее количество контактов, по данным опросов, составило менее одного в месяц. Из-за крайне ограниченного количества контактов и невысокого их качества у семей создается впечатление, что специалисты о них попросту забывают, когда больной родственник возвращается домой. Grella и Grusky (1989) обнаружили, что степень удовлетворенности семьи уровнем обслуживания зависит от количества контактов членов семьи с закрепленным специалистом, и этот показатель

оказался даже более важным, чем качество и объем системы услуг.

Новые подходы к работе с семьями, неофициально называемые семейным менеджментом или психообразовательным подходом, приобрели возрастающую популярность в 1980-е годы (например, Anderson, Hogarty, and Reiss, 1981; Byalin, Jed, and Lehman, 1982; Falloon et al., 1982; Goldstein and Kopeiken, 1981; Leff et al., 1982; Shooler et al., in press). Некоторые из этих новых подходов принимают за основу проводимых вмешательств идею, что семьи с высоким уровнем выражения эмоций (ВЭ) особенно нуждаются в таких вмешательствах. Исследования выявили, что высокая степень ВЭ может вызвать рецидив у психически больного члена семьи (Brown, Birley, and Wind, 1972; Vaughn and Leff, 1976; Falloon et al., 1982). Уровень ВЭ определялся по показателям семейного интервью Camberwell, процедура в основном состояла из оценки числа критических замечаний, сделанных пациенту членами семьи, наличия чувства неприязни или излишней эмоциональной возбудимости членов семьи. Однако остается нерешенным вопрос, является ли идея ВЭ полезной или необходимой; очевидно, что семейные вмешательства могут быть успешными и без применения этой концепции (Hatfield, Spaniol, and Zpple, 1987). Исследователи все еще не знают, что в действительности оценивает ВЭ, почему у больных из семей с высоким, по данным оценки, ВЭ чаще отмечаются рецидивы (Mintz, Liberman, Miklowitz, and Minty, 1987) и имеется ли вообще причинная связь между ВЭ и рецидивом (Hogarty et al., 1988; McCreadie and Phillips, 1988; Parker, Johnston, and Hayward, 1988).

Zpple и Spaniol (1987) решили, что соответствуют всем потребностям семей или большинству важнейших из них четыре вида семейных вмешательств и классифицировали их следующим образом:

1. Обучающие вмешательства, призванные главным образом предоставлять информацию.
2. Вмешательства по тренингу навыков, предназначенные в основном для развития умений.
3. Поддерживающие вмешательства, разработанные преимущественно для усиления в семье способностей справляться со стрессом.
4. Всесторонние вмешательства, объединяющие информирование, тренинг навыков и поддержку.

Необходимо отметить, что большинство моделей используют элементы нескольких указанных подходов. Однако это принци-

пиальное разделение полезно тем, что дает ясное представление об основной цели вмешательства.

В своем обзоре исследований исходов реабилитации Zpple и Spaniol (1987), оценив различные семейные вмешательства, пришли к выводу, что каждый вид вмешательства представляется одинаково эффективным в отношении снижения частоты рецидивов у психически больного члена семьи. Они предлагают два варианта возможного объяснения одинаковой эффективности. Во-первых, такой обобщенный показатель результативности, как частота рецидивов, является слишком широким для выявления значимых различий между вмешательствами. Использование таких показателей исхода, как уровень неудовлетворенности семьи и удовлетворенности пациента, уровень функционирования больного и семьи, а также уровень стресса, может выявить некоторые различия между вмешательствами по качеству исходов. Во-вторых, все вмешательства содержат общие основные элементы, дающие одинаковые результаты. Каждое вмешательство имеет целью вовлечь семью в партнерские взаимоотношения и дает ей определенную возможность контроля над вмешательством. Тактика всех вмешательств — не обвинять членов семьи в психическом расстройстве их родственника. Каждое вмешательство обеспечивает навыки, информацию и поддержку — в отдельности или в комплексе этих услуг, предназначенных помогать семьям более эффективно ладить со своим родственником. Сравнимые результаты всех этих видов вмешательств могут быть объяснены доводами, что все они включают ряд стратегий, которые фактически могут не зависеть от конкретной причины семейного дистресса или рецидива расстройства, но каким-то образом зависят от того, что семьи считают необходимым получить от профессионалов. Специалистам желательно изучать и применять эти вмешательства в дополнение к более традиционным лечебным мероприятиям либо вместо них.

И все же наиболее серьезные изменения в отношении роли семьи связаны не с возникновением новых семейных вмешательств или новой теории, а с организацией Национального общества в защиту психически больных (NAMI), объединения для защиты семей и самопомощи. NAMI создан не профессионалами, чтобы отреагировать на потребности семей, а людьми, имеющими психически больных родственников как группа самопомощи и защиты (Hatfield, 1981). Со времени своего официального основания в 1979 г. NAMI быстро развивался и включает сегодня сотни местных отделений с более 80000 членов.

NAMI явно более успешно, чем многие профессионалы, удов-

летворяет разные потребности семей. Он дает семьям мощное средство отстаивания изменений в системе охраны психического здоровья. Члены семьи стали также находить комфорт во взаимной поддержке (Hatfield, 1981). Объединение в организации, чтобы поделиться опытом решения общих проблем, представляется полезным для многих людей и становится основой деятельности многих групп самопомощи (Killilea, 1976, 1982).

NAMI — большое, успешно функционирующее объединение с увеличивающимися численностью и влиянием. Hatfield (1979) исследовал 79 организаций NAMI и подобных групп самопомощи и обнаружил, что подавляющее большинство участников были удовлетворены своими группами. Многие отделения достаточно активно включаются в политическую деятельность (Straw and Young, 1982), а некоторые начинают оказывать услуги лицам с психическими расстройствами (Shifren-Levin and Spaniol, 1985). Однако основной деятельностью большинства групп является поддержка и защита своих членов.

Пользователи

Пациенты явно могут влиять друг на друга, что может послужить положительным фактором для психиатрической реабилитации. Постепенно получает признание воздействие на исход психиатрической реабилитации групп бывших больных, их центров и клубов. Бывшие пациенты отмечали полезность групп такого типа (Chamberlin, 1978; Peterson, 1979; Zinman, 1982). Специалисты сообщают о случаях из жизни, когда вмешательства поддержки со стороны пользователей приводили к успешной реабилитации (Dincin, 1975; Glasscote, Gudeman, and Elpers, 1971; Grob, 1970; Wechsler, 1960). Некоторые исследования подтвердили, что лица, участвующие в программах социальной реабилитации клубов больных (хотя и спонсируемых профессионалами), госпитализируются реже, чем пользователи, менее вовлеченные в такие программы (Beard et al., 1978; Webb, 1976; Wolkon et al., 1971; Wolkon and Tanaka, 1966). Альтернативное местоожительство и группы поддержки, управляемые исключительно пациентами, дают возможность самоопределения, позволяя жильцам или членам групп контролировать свою жизнь. Такие контролируемые большими организациями позволяют лицу, оказывающему помощь, быть одним из равных (Zinman, 1982).

Rappaport с соавторами (1985) предприняли лонгитудинальное исследование групп GROW. Согласно Anthony и Blanch (1989),

эта работа представляет собой первую оценку результатов работы групп самопомощи психически больных. Окончательные результаты исследования еще не готовы, однако первые данные говорят о том, что люди, активно участвующие в группах GROW на протяжении более 9 месяцев, значительно отличаются по объему социальных контактов, трудоустройству и психопатологическим показателям (Stein, 1984) от тех, кто был в группе менее 3 месяцев. Обнаружены существенные корреляции между посещаемостью собраний GROW и снижением негативных реакций общения, таких как уединение и обидчивость. Выявлены достоверно значимые корреляции также между поиском помощи на собраниях GROW и уменьшением реакций раздражительности в общении (Reischl and Rappaport, 1988).

В статье Chamberlin (1984) прослежено развитие движения пользователей, в частности инициатив самопомощи и защиты. Движение пользователей (или бывших больных, бывших обитателей больниц) выступает за развитие самоуправляемых альтернатив существующим программам психического здоровья. Как пишет Chamberlin (1984, с. 58), эти альтернативы развивают компетентность и обуславливают изменения.

«Люди, вовлеченные в эти группы, могут полностью не осознавать свои проблемы; но в окружении, которое стимулирует рост и перемены, они становятся способными участвовать в процессах принятия решений — это спасает их от погружения в пассивную зависимость от других. Хотя участники могут приходить в эти организации и службы с тем же ограниченным пониманием своих проблем, которое у них выработалось в условиях традиционного психиатрического обслуживания (и закреплялось там), но управляемые пользователями альтернативы дают им возможность познакомиться с примерами позитивных изменений бывших больных... Ключевое понятие — это выбор. Бывший пациент должен быть способен выбрать, где ему жить и как ему организовать свою жизнь. Люди, которые утратили навыки независимого проживания, должны снова заново ими овладеть, лучше всего от успешно реабилитированных бывших больных, которые послужат полезным примером. Люди, которые нуждаются в разного рода постоянной помощи и наблюдении, должны иметь возможность посетить соответствующие учреждения различного типа и выбрать то, которое им кажется наиболее гостеприимным».

Примечательными в приведенной цитате являются слова, согласующиеся с подходом психиатрической реабилитации: компетентность, изменения, выбор, научиться заново, руководство. Действительная разница между психиатрической реабилитацией и самопомощью не в ценностях или целях, а в жизненном опыте лица, оказывающего помощь. Сторонники самопомощи считают крайне важным, чтобы руководили организацией и оказывали помощь пользователи. Они также рассматривают в качестве источника помощи и поддержки квалифицированных специалистов. Как пишет дальше Chamberlin (1989, с. 215–216): «Между подходами психиатрической реабилитации и групп самопомощи бывших больных существует много общего (если не принимать во внимание то, что подход психиатрической реабилитации является и профессиональным и формальным). В отличие от многих вмешательств психиатрической реабилитации зависит от сотрудничества и активного вовлечения пациента. Акцент, который специалисты психиатрической реабилитации делают на работе вместе с пациентами (а не для пациентов), затронул чувствительные струны в людях, которые слишком часто подвергались патерналистским, недобровольным или принудительным вмешательствам. Таким же образом акцент на индивидуализации психиатрического реабилитационного подхода выигрывает при сравнении с обезличенным или обезличивающим подходом, слишком знакомым большинству пациентов. По этим причинам многие люди могут выбрать сочетание — быть членами групп самопомощи бывших больных, будучи одновременно клиентами профессионалов психиатрической реабилитации, и такое сочетание может работать хорошо».

Еще одна роль движения пользователей — политические акции и пропаганда. Местные, региональные и национальные организации пользователей проводят ежегодные конференции и регулярно выступают по таким вопросам, как информированное согласие, правила передачи полномочий, финансирование системы охраны психического здоровья и политика (например, Национальная ассоциация пользователей службы психического здоровья, Национальный альянс лиц, лечившихся в психиатрических больницах, Совет членов NAMI). Это действительно хорошие признаки, свидетельствующие о развитии программ психиатрической реабилитации, отвечающих потребностям и желаниям пользователей, независимо от того, управляются они бывшими пациентами или же профессионалами. Если голос пользователя звучит громче, он имеет больше шансов быть услышанным специалистами. Без соответствующего вклада

пользователей программы подвержены застою. В отличие от других дисциплин, в которых слишком много прислушиваются к мнению теоретиков или профессоров, которые учат и пишут о предмете, сфера психиатрической реабилитации должна оставаться в контакте с нуждами и желаниями своих пользователей. Этот контакт сохранится благодаря развитию движения самопомощи и защиты, организованного пользователями и их семьями.

Заключительные комментарии

Профессионалы, к сожалению, иногда проявляют недостаточно энтузиазма в желании услышать голос пользователей. Движение пользователей можно сравнить с огромным мощным поездом, «специальным экспрессом самопомощи и защиты», мчащимся по рельсам без тормозов и возможности заднего хода. Если мы, профессионалы, не остановимся, не рассмотрим и не выслушаем, поезд или раздавит нас, или проедет мимо. Мы обязаны найти поезд и рельсы, идущие в том же направлении, и двигаться по этому пути, не пытаясь прицепиться к «специальному экспрессу», ибо это только замедлит его движение. Мы можем учиться в дороге, убирая препятствия с рельсов, когда нас попросят, и не создавая новых препон процессу реабилитации.

Сильной стороной сферы психиатрической реабилитации должно оставаться стремление учиться у людей, которым она старается помогать. Мы должны постоянно заставлять себя прислушиваться к их голосам, независимо от того, насколько обидными для нас могут быть иногда их высказывания.

Весь персонал — специалисты, члены семей и пользователи — могут действовать более эффективно, если овладели умениями, знаниями и подходами, необходимыми для выполнения своих функций. Психиатрическая реабилитация старается обогатить всех, включая профессионалов, членов семьи и пользователей, навыками и ресурсами, необходимыми им в жизни.

Программы

«Постоянство — основа добродетелей».

Сэр Francis Bacon

Все больше и больше программ характеризуются как реабилитационно ориентированные. Эти программы включают общежития для пользователей по месту жительства, локальные центры психического здоровья, центры психосоциальной реабилитации, программы защищенного трудоустройства и программы для госпитализированных пациентов. Однако, несмотря на заявление о реабилитационной ориентации учреждения, часто недостаточно ясно, является ли оно действительно психиатрическим реабилитационным учреждением, или же просто вариантом традиционных лечебных программ, или все той же старой лечебной программой, только с новым именем. Например, некоторые программы называются реабилитационными потому, что обслуживают пациентов с хроническими психическими расстройствами (например, полустационарные или амбулаторные

Фрагменты этой главы являются перепечаткой (с разрешения авторов) из

Farkas, M.D., Anthony, W.A., and Cohen, M.R. (1989) Psychiatric rehabilitation: The approach and its programs. In M.D.Farkas and W.A.Anthony (Eds) *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 1–27). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

программы). Другие программы считаются реабилитационными, потому что предусматривают групповую терапию, ориентированную на функционирование пациента (например, дневные стационары с группами общения), или мероприятия, во время которых пациенты взаимодействуют (например, уроки ремесел, общения), или же оказывают пользователям интенсивную помощь, предотвращая госпитализацию. Хотя программы и их названия могут быть разными, они не являются в действительности психиатрическими реабилитационными программами, потому что не имеют последовательной реабилитационной ориентации.

Путаница в отношении того, что собой представляют самые существенные элементы реабилитационной программы, привела к необходимости выделить основные виды элементов, свойственных программам психиатрической реабилитации (Anthony, Cohen, and Farkas, 1982; Farkas, Cohen, and Nemes, 1988; Farkas, Anthony, and Cohen, 1989). Независимо от того, где осуществляется, психиатрическая реабилитационная программа состоит из трех основных элементов: реабилитационной миссии, структуры, которая движет процессом реабилитации, и реабилитационного окружения.

Реабилитационная миссия

Многие программы формулируют свою миссию, но зачастую последняя рассматривается, как бюрократическая необходимость, и к ней обращаются только при подготовке к официальным посещениям или проверке. В отличие от этого формулировка миссии программы психиатрической реабилитации дает общее направление деятельности программы, выделяя объекты основного внимания, критерии оценки программы и основные причины для ее пересмотра.

Миссия психиатрической реабилитации — помогать лицам с психическими расстройствами повышать уровень своего функционирования с тем, чтобы они имели успех и получали удовлетворение в выбранном ими окружении при минимально возможных профессиональных вмешательствах (Anthony, 1979). В табл. 9.1 приведены 8 ценностных критериев реабилитации, отраженных в этой формулировке миссии (Farkas, Anthony, and Cohen, 1989).

Первым из основных ценностных критериев, отраженных в формулировке миссии, является направленность программы реабилитации на повышение уровня функционирования, а не на

Таблица 9.1. Основные ценностные критерии реабилитации, отраженные в формулировке миссии

Функционирование	Направленность на продуктивность ежедневной деятельности
Успех	Направленность на соответствие потребностям других людей в окружении пациента
Удовлетворенность	Направленность на ощущение счастья у пациента
Конкретное окружение	Направленность на конкретную обстановку, в которой пациент живет,учится,общается или работает
Выбор	Направленность на цели, определенные пациентом
Ориентация на результат	Направленность на оценку реабилитации с точки зрения вклада в ее исход
Поддержка	Направленность на оказание поддержки так долго,как это необходимо или желательно
Потенциал роста	Направленность на повышение уровня функционирования и статуса пациента

Адаптировано из: Farkas,M.D.,Anthony,W.A.,and Cohen,M.R. (1989) Psychiatric rehabilitation: The approach and its programs. In M.D. Farkas and W.A. Anthony (Eds) *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (p. 8). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

редукцию симптоматики или развитие инсайта. Поэтому деятельность психиатрических реабилитационных программ сконцентрирована на вмешательствах,которые развивают позитивные элементы поведения,в отличие от вмешательств,которые контролируют негативное поведение. Преобладающими методами улучшения функционирования являются вмешательства,которые увеличивают объем навыков человека и поддержку со стороны окружения. Этот первый критерий также означает,что программа психиатрической реабилитации направлена не на лечение или достижение одинакового для всех уровня функционирования. Акцент делается на улучшении функционирования по сравнению с предшествующим его уровнем у данного индивида.

Вторым критерием является успех. Успех в реабилитации определяется с точки зрения требований окружения. Например, человек,который решил жить с товарищами в отдельной квар-

тире, обязан уметь ладить с друзьями, участвовать в ведении домашних дел и платить свою часть квартирной платы. Хотя соответствие требованиям других людей в избранном окружении и является важным, основное — это удовлетворенность пациента. Если человек несчастлив в своем окружении, он не захочет в нем оставаться.

Третий критерий — удовлетворенность пациента окружением.

Четвертый критерий — конкретное окружение. Как здоровые, так и больные склонны функционировать по-разному в разной обстановке. Например, человек способен улаживать разногласия на работе, но не может делать этого дома в спорах с родственниками. Психиатрическая реабилитация ставит в центр внимания оценку пациентов во взаимоотношениях с конкретным окружением, которое они избрали. Психиатрические реабилитационные программы связаны с оказанием помощи людям в улучшении их функционирования в конкретном окружении, где они живут, учатся, общаются и работают.

Пятый ценностный критерий — выбор. Пациенты в программе психиатрической реабилитации рассматриваются как имеющие право на выбор какого-либо окружения. Помимо соблюдения приличий, что присуще предоставлению свободы выбора, целесообразно, чтобы пациенты сделали открытый выбор, где им жить, учиться, общаться и работать. Независимо от того, выражается выбор прямо или только подразумевается, пациенты, как и все мы, заслуживают, чтобы находиться там, где они хотят быть.

Шестой критерий, отраженный в формулировке миссии, — ориентация на результат. Программа психиатрической реабилитации ориентирована не просто на предоставление услуг, а на конкретный осязаемый результат. Ее цель — не столько консультирование и поддержка клиента, сколько улучшение его функционирования и удовлетворенность в избранном окружении. Критерием оценки программы, которая только предоставляет услуги, будет количество часов обслуживания, а программы психиатрической реабилитации — уровень функционирования и удовлетворенность пациента в избранном окружении.

Седьмой критерий — это оказание поддержки. Большинство программ характеризуются как обеспечивающие поддержку своим пользователям. В программе психиатрической реабилитации помощь оказывается так долго, как это необходимо и желательно. Нужно отличать поддержку от патологической зависимости. Во многих традиционных программах зависимость часто рассма-

тривается как проявление болезни, а независимость — как своенравие. Существует убеждение, что здоровые люди действуют по своему усмотрению, а больные зависимы от других. Однако известно из опыта, что лица с психическими расстройствами такие же люди, как и все остальные: при получении поддержки в одной сфере они часто могут улучшить функционирование в другой. Например, пациент, получающий крепкую поддержку дома, может сократить свои опоздания на работу. Кроме того, уровень оказываемой поддержки зависит и от желания человека. Большинство пациентов предпочитает определенную интенсивность и длительность вмешательств, которые они оценивают как поддерживающие.

Последний критерий, отраженный в формулировке миссии, — вера в человеческий потенциал роста. Цель программы психиатрической реабилитации — не только удерживать людей на прежнем уровне функционирования. Нельзя отрицать важность помощи пациентам в стабилизации их положения. Людям часто необходимо сосредоточиться на поддержке определенного уровня функционирования в течение некоторого времени перед тем, как подумать о следующем шаге в своем росте. Сохранение уровня, однако, является недостаточным в качестве цели. Миссия реабилитации — помогать людям улучшать свое функционирование при сокращении числа профессиональных вмешательств. Согласно остальным принципам, принцип роста рассматривается как увеличивающееся доверие естественным системам поддержки, повышение способности осуществлять повседневную деятельность и уменьшение зависимости от профессионалов.

Структура, которая движет процессом реабилитации

Процесс выполнения программы психиатрической реабилитации имеет целью осуществление реабилитационной миссии. Структура программы организована на основе описанного в главе 5 реабилитационного процесса диагностики, планирования и вмешательства. Есть три вида средств структурирования программы для поддержания реабилитационного процесса: инструкции по проведению реабилитации, реабилитационная деятельность и документация по реабилитации (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989; Farkas, Anthony, and Cohen, 1989). Инструкции по реабилитации содержат стратегию программы

и процедуры надлежащего оказания реабилитационных услуг. Реабилитационная деятельность — это организованные взаимодействия разных людей в процессе повседневного выполнения программы. Документация по реабилитации — способ регистрации оказания реабилитационных услуг, включающий сбор и фиксацию всей информации, относящейся к реабилитации, в документах пациента. В программе психиатрической реабилитации каждый из этих структурных элементов поддерживает осуществление трех фаз реабилитационного процесса: диагностику, планирование и вмешательство.

Процесс психиатрической реабилитации был упрощенно описан как помощь пациентам в выборе места, где бы они хотели жить, учиться, общаться или работать, а затем оценка и развитие навыков и видов поддержки, необходимых для того, чтобы они имели успех и испытывали удовлетворенность в этом окружении. Поскольку ход психиатрической реабилитации подробно описан в главах 5, 6 и 7, здесь обсуждаются только некоторые особенности, имеющие отношение к процессу создания программы.

Диагноз в реабилитационных программах

Инструкции по диагностике. Служебные инструкции программы требуют, чтобы реабилитационный диагноз был установлен каждому пациенту. Например, формулировка стратегии программы может содержать такие положения: необходима оценка готовности пациента к выбору конечной цели реабилитации; пациент должен получать любую помощь для развития своих способностей постановки цели; оценка функционирования и ресурсов окружения должна проводиться для всех пациентов; программа должна максимально привлекать пациента к созданию его реабилитационного диагноза. Может уточняться состав лиц, выполняющих основную задачу по реабилитационной диагностике и их ответственность за наиболее полное вовлечение пациента. Например, для того чтобы определить готовность пациента к постановке цели реабилитации, сотрудник, занимающийся приемом пациентов, или же дежурный сотрудник могут изучить степень неудовлетворенности пациентов их настоящим окружением и людьми в этом окружении. Этот же сотрудник может также продолжать свою работу, оценивая знания пациентов об их ценностных критериях и о разных видах окружения.

Диагностическая деятельность. Диагностическая деятельность сосредоточена в пределах диагностических задач, определенных технологией реабилитационной диагностики (M.R.Cohen et al.,1986,1990). Например, чтобы сформулировать конечную цель реабилитации, пользователь и профессионал должны сначала изучить выбор окружения, сделанный пациентом. Эта программная деятельность может начинаться с оценки интересов, проводимой психологом (например, тестирование профессиональных или учебных интересов), и продолжаться путем интервью один на один со специалистом по реабилитации — чтобы трансформировать информацию об оценке в персональные критерии выбора. Второй этап программной активности включает исследование разных возможностей таким образом, что пациент узнает об альтернативных видах окружения. Используя эту информацию на третьем этапе диагностического процесса, специалист воспользуется вместе с пациентом методом принятия решений. Лица, которых пациент посчитает необходимым выслушать, выскажут свою точку зрения. Затем формулируется цель.

Процесс постановки целей предполагает, что некоторые виды деятельности лучше проводить в кабинете или в комнате групповых занятий. Пациент и специалист могут работать вдвоем или в группе для уточнения ценностных ориентиров, анализа прошлого опыта и заполнения таблицы метода решения проблем. Другие виды деятельности по постановке целей должны проводиться при посещении различных организаций и при встречах с разными людьми (например, изучение предлагаемого окружения, получение информации от близких пациента). Если стратегия и регламент программы требуют такой процедуры постановки целей, на каждый вид деятельности выделяется соответствующее количество времени. Отношение числа клиентов к числу штатных сотрудников (15:1) не так велико, чтобы позволить специалисту уделить много времени постановке целей. Недавно проведенное изучение стационарных, образовательных и профессиональных программ выявило, что количество времени, выделяемое на постановку реабилитационного диагноза, варьирует от 2–3 собеседований в течение 2 недель в профессиональной программе (Brown and Basel, 1989) до 12 собеседований в течение 4 недель на определение конечной цели реабилитации в больничной программе (Lang and Rio, 1989). Образовательная реабилитационная программа выделяет 72 занятия в течение 8 месяцев для проведения оценки функционирования (Hutchinson, Kohn, and Unger, 1989), тогда как программа специального обще-

жития регламентирует для этих целей 2 недели (Mynks and Graham, 1989). Очевидно, что даже если политика программ в отношении постановки реабилитационного диагноза выглядит удивительно похожей в разных типах программ, эта деятельность может быть расширена или сокращена в соответствии с временными рамками и распределением штатов программ — как в больницах, так и по месту жительства пациентов.

Документация диагноза. Регистрационные карты пациентов отражают важность постановки конечной цели реабилитации, требуя документирования всех этапов этого процесса и окончательного выбора пациента. Подлинные рабочие записи подлежат хранению в определенном месте в удобном для пользования виде. Форма записей должна соответствовать требованиям оценки навыков и ресурсов каждого пациента в соответствии с выбранным конкретным окружением. Примеры информации об оценке в удобной для регистрационных карт форме приведены в табл. 6.1 и 6.2 (глава 6).

Планирование в реабилитационных программах

Инструкции по планированию. В фазе планирования используется диагностическая информация для выбора и включения в план вопросов развития наиболее важных навыков и видов поддержки, каждый из которых обозначается как конкретная цель. Каждой такой цели соответствует конкретное вмешательство с лицом, ответственным за это вмешательство в определенный период времени. Стратегия программы требует, чтобы после постановки реабилитационного диагноза пациенты принимали участие в собраниях по созданию своих планов. Процедурные требования определяют, каким образом выделяются приоритетные задачи при планировании, назначают персонал, ответственный за выполнение каждого пункта плана, за пересмотр плана в случаях недостаточного успеха в достижении целей.

Деятельность по планированию. В ходе деятельности по планированию необходимо предусмотреть выделение достаточного количества времени для максимального вовлечения пациента и его близких в составление плана. Эта деятельность включает предварительные индивидуальные встречи с пациентом и его близкими, а затем общее совещание всех заинтересованных лиц для обсуждения плана. На практике такой процесс планирования обычно проводится сотрудниками разных специальностей. В одних случаях — это специалист по

индивидуальному менеджменту (Goering, Huddart, Wasylenki, and Ballantyne, 1989); в других — представитель психиатрической службы (Craig, Peeg, and Ross, 1989).

Документация по планированию. Документация по планированию содержит формулировку конечной цели реабилитации и наиболее приоритетных задач, определение вмешательств и ответственных лиц для решения каждой задачи, а также подписи пациента, его близких и профессионала, участвовавших в составлении плана и согласных с ним. В табл. 7.1 (глава 7) приведен пример плана реабилитации.

Вмешательства в реабилитационных программах

Инструкции по реализации вмешательств. В фазе реализации план осуществляется посредством вмешательств: либо по развитию навыков, либо по развитию ресурсов окружения. Вмешательства по развитию навыков непосредственно обучают пациентов навыкам, которых им недостает (непосредственное обучение навыкам) или совершенствует применение ими навыков, которые они неэффективно использовали (программирование навыков). Если план предписывает развитие ресурсов, применяемые вмешательства либо связывают пациента с существующими возможностями окружения (координация ресурсов), либо изменяют существующие возможности для повышения уровня поддержки (модификация ресурсов).

Пример формулировки стратегии вмешательства может выглядеть таким образом: вмешательства должны производиться по возможности в окружении, определенном конечной реабилитационной целью пациента. Инструкции уточняют задачи специалиста, пациента и его близких на протяжении вмешательства в указанном окружении и могут включать шаги, которые должен предпринять специалист, чтобы помочь людям из окружения поддерживать использование пациентом заново приобретенных навыков. Например, инструкция может содержать указание, что навыки общежития изучаются в учебном центре, и затем консультант проверяет применение пациентом этих навыков в реальной обстановке (Rice, Seibold, and Taylor, 1989).

Деятельность по реализации вмешательств. Деятельность в рамках программы реабилитации предназначена обеспечивать развитие навыков и ресурсов. В распорядке дня программы может быть выделено время для индивидуальных и групповых занятий по овладению навыками, или же могут

быть запланированы занятия по развитию комплекса умений, в которых часто нуждаются все пациенты. Процесс связывания пациента с возможностями окружения предусматривает выделение необходимого времени для персонала, а также организацию транспорта (например, легковые автомашины, микроавтобусы) для доставки пациентов к месту нахождения альтернативных ресурсов. После того как поддержка со стороны избранного ресурса начала оказываться, необходимо установить постоянное наблюдение и контроль.

Документация вмешательств. Документация реабилитационных вмешательств соответствует существующим правилам ведения документации. Регистрируется дата проведения вмешательства. Кроме этого, прилагаются экземпляры планов занятий, используемых для обучения навыкам, и конспекты программ, созданных в ходе программирования навыков. Фиксируются также контакты, связанные с ресурсами окружения. Наиболее важно регистрировать динамику — касается ли это улучшения использования навыков или совершенствования форм поддержки.

Программа психиатрической реабилитации организует свои операционные инструкции, деятельность и документацию таким образом, чтобы можно было проводить текущий контроль. Контрольная информация оценивает соответствие программы ценностным критериям, выраженным в формулировке миссии (например, число пациентов, помещенных в избранное ими окружение, количество дней, проведенных ими в этом окружении, или степень успеха и удовлетворенности пациента в этом окружении). В табл. 9.2 приведены показатели оценки программы по обеспечению и контролю качества. Результаты оценки могут свидетельствовать о необходимости изменений процесса осуществления программы или системы обслуживания. Например, если жилье такого типа, какой предпочитает пациент, является недоступным, возможно совместно с другими программами предложить администрации психического здоровья изменить жилищную политику. Если же пациент помещен в избранное им окружение, однако остается неудовлетворенным, может появиться необходимость в изменении инструкций, деятельности или документации программы. Или же может потребоваться изменение объема знаний, степени отношения и навыков специалистов, если они работают ниже своих возможностей. И, наконец, результаты оценки могут подтвердить, что система оказания помощи нуждается в изменении своей политики, например, в требовании поддержки сотрудниками выбора пациентом окружения для жизни, учебы, общения и работы.

Таблица 9.2. Оценка программы

Контроль качества

**Миссия
реабилитации**

Улучшить функционирование так, чтобы люди имели успех и получали удовлетворение в избранном ими окружении при минимально возможных профессиональных вмешательствах

**Примеры результатов,
относящихся к миссии**

Число пациентов (в процентах), остающихся в избранном ими окружении
 Количество дней в течение месяца, когда пациенты остаются в избранном ими окружении, по сравнению с предшествующим периодом времени
 Число пациентов (в процентах), которые удовлетворены избранным ими окружением
 Число пациентов (в процентах), которые функционируют при менее интенсивных, чем ранее, профессиональных вмешательствах

**Обеспечение
качества**

**Процесс
реабилитации**

Диагностика, планирование, вмешательство

**Примеры результатов,
относящихся к процессу
реабилитации**

Данные о выборе пациентами своего окружения
 Данные об оценке пациентов с точки зрения того, что они должны делать или получать для своего удовлетворения и/или оставаться в избранном ими окружении
 Данные, что вся деятельность программы приводит к тому, что пациенты делают и получают все необходимое для успеха и удовлетворения в избранном ими окружении
 Данные, что вся деятельность программы направлена на нужды и предпочтения пациентов
 Данные о том, что вся деятельность программы включает пациентов в качестве партнеров

Таким образом, операционные инструкции, программная деятельность и документация в психиатрической реабилитационной программе обеспечивают включение процесса психиатрической реабилитации в структуру программы. Весь процесс проходит в условиях окружения — одного или нескольких видов. В следующем разделе описываются типы окружения в психиатрических реабилитационных программах.

Реабилитационное окружение

В последние 15–20 лет реабилитационные программы часто определяются по месту их функционирования. В продолжающихся спорах о том, превосходят ли программы по месту жительства больничные программы, некоторые специалисты высказывают мнение, что в психиатрических больницах реабилитационная среда существовать не может. Считается, что реабилитация, исходя из ее названия, может происходить только вне больницы. Как бы не обновлялась больничная среда, как бы мало реабилитационных аспектов не содержала программа по месту жительства, только последняя рассматривалась как реабилитационная.

Конечно, идеология и технология психиатрической реабилитации сфокусированы на сообществах по месту жительства. Люди, больные или здоровые, обычно хотят жить, учиться, наладить социальные контакты и работать не в искусственно созданном окружении, а в реальной среде своего сообщества. Очень небольшое число инвалидов вследствие психических заболеваний предпочитают оставаться на длительное время в стационарах (Center for Psychiatric Rehabilitation Staff, 1989). Но, хотя психиатрическая реабилитация всегда ориентирована на сообщество по месту жительства, это не значит, что она всегда должна проводиться в этом сообществе.

Для объяснения существования до сих пор психиатрических больниц обычно приводится несколько причин. Во-первых, стационары предоставляют кров и безопасность на долгое время (Wachgach, 1976). Во-вторых, администрации штата и муниципальным органам легче финансировать, организовывать и контролировать больницы, чем множество организаций с разнообразными структурой, месторасположением и степенью ответственности. В-третьих, некоторые пациенты предпочитают пребывать в стационарах по возможности короткое время — когда испытывают необходимость в стабилизации своего состояния. Такая стабилизация может также происходить и вне психиатрической

больницы — этот факт широко известен, но недооценивался, по крайней мере, до настоящего времени. По этим причинам, хорошо это или плохо, похоже, что в обозримом будущем психиатрические больницы будут продолжать существовать и дальше.

Поскольку они есть, имеет смысл не игнорировать роль, которую они могут играть в области охраны психического здоровья, а поощрять их к использованию идеологии реабилитации, то есть помощи людям лучше функционировать в избранном ими окружении. И больничная и внебольничная помощь должны оцениваться с точки зрения их вклада в реализацию реабилитационной миссии.

Как подчеркивалось в этой главе, процесс психиатрической реабилитации формирует структуру программы. Таким же образом идеология психиатрической реабилитации формирует реабилитационную среду, включающую сеть учреждений и условия, в которых работает психиатрическая реабилитационная программа (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989; Farkas, Anthony, and Cohen, 1989).

Сеть учреждений

Совокупность учреждений, которые являются базой программы и напрямую ей подконтрольны, называется сетью. Учреждения, с которыми программа может быть связана и в которые может направлять больных, являются не частью сети программы, а компонентами общей системы помощи, в которой программа действует. Например, программа может арендовать несколько квартир в данном районе. Эти квартиры принадлежат программе и составляют часть ее сети. А программа поддерживаемого трудоустройства, которая оказывает помощь пациентам, работающим на общих основаниях, только связывает пациентов с местом их работы, но не имеет при этом административной власти в этих учреждениях и предприятиях. Последние являются частью общей системы помощи, в рамках которой действует программа, но не входят в ее сеть. Реабилитационная программа обычно связана с более обширной системой обслуживания посредством договоров о сотрудничестве, отдельных совместных проектов или через специалистов по индивидуальному менеджменту.

Разделы (соответственно, и учреждения) программы могут быть жилищными, образовательными, социальными и профессиональными. Хотя люди в состоянии общаться в любом окружении, иногда конкретное учреждение ставит своей основной

целью налаживание социальных контактов (например, клуб или другая общественная организация). Учреждения программы могут находиться в подчинении администрации охраны психического здоровья (такие как клиники или общежития для пациентов) или быть самостоятельно существующими компонентами в составе жилых комплексов, предприятий либо университетских курсов.

Размещение подразделений реабилитационных программ должно соответствовать различным потребностям пациентов. Например, программе профессиональной реабилитации лучше иметь несколько подразделений, чтобы включать типы рабочих мест, которые нравились бы группе пациентов, обслуживаемых в настоящее время, а не располагать только фиксированным набором профессий и рабочих мест, которые подходили предшествующей группе. Некоторым пациентам нравится физический труд, такой как уборка, уход за зелеными насаждениями, деревообрабатывающие работы, которые являются обычными для многих реабилитационных программ. Другие пациенты предпочитают работать в качестве бухгалтеров, программистов, адвокатов. В некоторых подразделениях специалисты службы психического здоровья могут осуществлять наблюдение, в других сохраняется обычный рабочий режим, одинаковый для всех. Образовательные программы могут предлагать обучение на базе дневных стационаров, курсов для взрослых в средней школе или оказывать помощь пациентам, желающим учиться в местном университете. При размещении подразделений программы должны также учитываться предпочтения больных. Психиатрические реабилитационные программы всегда интересуются тем, что предпочитают их клиенты. Программы, которые организуют свои структуры в соответствии с пожеланиями пациентов, имеют механизмы, позволяющие приспособлять эти структуры к требованиям новых групп.

Программа психиатрической реабилитации приспособливается и к уровню функционирования пациентов. Если программа имеет целый ряд жилищных, профессиональных, социальных и учебных структур, но критерии приема более высокие, чем уровень функционирования поступающих пациентов, то в таком случае не будет достигнуто соответствие нуждам пациентов. Некоторые группы пациентов могут быть объединены согласно уровню их способностей на данный момент. При таком варианте программа должна иметь несколько структур для развития одной и той же функции. Структурная сеть может быть интегрирована

таким образом, чтобы функциональные требования при завершении одного раздела программы совпадали с критериями приема в другую структуру той же программы. При такой организации реабилитационный процесс помогает пациенту продвигаться от начального уровня до заключительного. В отличие от системы поэтапной организации помощи лицам с психическими расстройствами, в интегрированной сети учреждений в рамках реабилитационной программы не требуется переводить пациента с одного функционального уровня на другой только потому, что это следующий этап. Пациент может функционировать очень успешно в какой-то одной структуре и предпочитать в ней оставаться. Кроме того, даже если уровень его функционирования повысился, пациента могут оставить на прежнем месте. Может только измениться уровень поддержки в той же структуре.

Такая тактика характерна для реабилитационных программ, обозначаемых как поддерживаемое трудоустройство, поддерживаемое жилье и поддерживаемое образование (Farkas and Anthony, 1989).

Атмосфера программы

Атмосфера программногo окружения определяется культурными и административными особенностями: внешним оформлением среды, деятельностью, не связанной прямо с реабилитационным процессом, административными правилами. Реабилитационное окружение отражает реабилитационные ценностные принципы во всех их аспектах: внешнем оформлении, специфической деятельности и административной практике. Например, критерий выбора предусматривает, что внешнее оформление должно соответствовать вкусу пациентов.

В реабилитационном окружении происходит много событий, не связанных прямо с диагностикой, планированием или вмешательствами. В некоторых программах соблюдают традиции отмечать дни рождения или важные личные события сотрудников и пациентов. Некоторые программы поощряют профессионалов и пользователей завязывать дружеские отношения и посещать друг друга в свободное время, в других программах это не приветствуют. Часть программ включает занятия спортом в качестве развлечения для пациентов, другие отдают предпочтение образовательным элементам. В программах психиатрической реабилитации эта фоновая деятельность также осуществляется в соответствии с реабилитационными принципами.

И, наконец, атмосфера реабилитационного окружения включает административное регулирование программы. Руководители, которые ценят вовлечение в процесс пациентов, могли бы определить часы работы программы таким образом, чтобы было удобно пациентам, а не персоналу. Например, программа может работать по вечерам и в выходные дни, а не с 9.00 до 17.00 ежедневно. Вовлечение пациентов могло бы выразиться в степени участия пользователей и бывших больных в планировании и организации работы программы. Совещательный комитет, включающий пациентов, не имеющих навыков или поддержки для того, чтобы быть услышанными, не является показателем реабилитационной направленности окружения. Скорее реабилитационное окружение воспитывает пользователей, желающих участвовать в работе комитета, в достаточной степени владея соответствующими навыками и ресурсами окружения. Программы, ориентированные на рост и результат, предоставляя своим сотрудникам возможность развивать знания и умения, а эффективность их работы оценивается с точки зрения ее результативности.

Таким образом, атмосфера окружения согласуется с ценностными принципами реабилитации. В табл. 9.3 представлены основные принципы миссии, структуры и окружения реабилитационных программ.

Современные учреждения психиатрической реабилитации — как их оценивать?

Перечисленные выше основные принципы миссии, структуры и окружения реабилитационных программ представляется возможным разработать более детально. Полученные таким образом определения могут быть использованы для всесторонней оценки деятельности учреждений психиатрической реабилитации. Таким образом, работа любого учреждения может быть проанализирована с точки зрения имеющихся возможностей применения реабилитационного подхода.

Центр психиатрической реабилитации Бостонского университета участвовал в проекте по оценке более 100 различных учреждений — как больничных, так и внебольничных. Процедура оценки обычно включала посещение проверяемого объекта в течение от 1 до 3 дней. Данные собирались посредством наблю-

Таблица 9.3. *Основные принципы психиатрических реабилитационных программ*

Миссия

1. Организация и оценка программы определяется формулировкой ее миссии.

Структура

1. Программа предоставляет возможности и оказывает помощь пациенту в выборе окружения, удовлетворении и сохранении этого выбора.
2. Программа создает максимально возможные условия для вовлечения пациентов в процесс их реабилитации.
3. Программа предоставляет пользователям выбор предпочтительного окружения, а не подбирает пациентов к характеру среды, основываясь на их уровне функционирования.
4. Программа предусматривает индивидуальные мероприятия для каждого конкретного пользователя по развитию его навыков и ресурсов окружения.
5. Программа помогает пациентам играть активную роль в развитии своих собственных видов поддержки.
6. Оценка достижения целей пациента указывает направления развития и изменения программы.

Окружение

1. Программа включает ряд подразделений в соответствии с выбором пациентов и уровнем их функционирования.
2. Программы работают в естественном окружении, в котором люди живут, учатся, работают и общаются, или в подобном ему.
3. Внешнее оформление, специфическая деятельность и административная практика программы согласуются с ценностными принципами реабилитации, такими как вовлечение, выбор, функционирование, ориентация на результат, потенциал роста, поддержка и удовлетворенность.

дения за деятельностью учреждения, интервью с пациентами и персоналом, выборочной проверки документации пользователей, оценки реакции сотрудников на типичные проблемы с пациентами, а иногда и аудиозаписей работы специалистов с подопечными в процессе диагностики, планирования и вмешательства. Затем все эти данные (как и брошюры с информацией о программе и другие печатные материалы) анализировались вне учреждения с целью выяснения сильных и слабых сторон программы в

использовании психиатрического реабилитационного подхода. Схема анализа включала характеристики персонала, программ и системы оказания помощи. Эти характеристики, влияющие на результат работы с пациентом, как упоминалось в главе 8, помогают понять суть психиатрической реабилитации. Другими словами, данные о персонале, программах и системе оказания помощи становятся объектами анализа при оценке реабилитационного агентства. Все эти три элемента представляют собой направления изучения любого учреждения такого типа.

Анализ работы персонала включает изучение навыков, знаний и отношения специалистов данного учреждения. Анализ программы предусматривает исследование характеристики миссии учреждения, его структуры и окружения. Анализ системы состоит в рассмотрении вопроса, повышают ли политика и функции системы оказания помощи производительность персонала, совершенствуются ли программы при проведении диагностики, планирования и вмешательств при реабилитации пользователей.

Одно из исследований по оценке, которое было фрагментом более широкого проекта технической помощи, включало изучение 54 учреждений частичной госпитализации (например, дневных стационаров), финансируемых Департаментом психического здоровья штата Нью Джерси (Fishbein, 1988). Анализ выявил наиболее серьезные недостатки реабилитационных агентств в таких разделах работы:

1. Документация дефицита навыков и, особенно, прочности навыков пациентов.
2. Документация и оценка существующего и необходимого уровней использования навыков пациентами.
3. Документация прочности и дефицита внешней поддержки пациентов.
4. Документация о сравнительной значимости или приоритетности различных целей пациента.
5. Осознание пациентом значения его подписи под планом реабилитации.
6. Стратегия агентства по конкретизации критериев успешного окончания пациентом программы.

Было также обращено внимание на большой объем функций агентств по проведению различных мероприятий — как внутренних, так и общих с другими агентствами. В основном, однако, учреждения частичной госпитализации в этом исследовании не уделяли особого внимания реабилитационной диагностике. Фиксировались общие проблемы и нужды пациентов, а не

конкретная оценка их навыков и ресурсов поддержки. Без постановки адекватного реабилитационного диагноза возможности агентства по развитию необходимых умений и ресурсов поддержки являются ограниченными. Реабилитационный диагноз приводит в движение реабилитационный план пациента и вмешательства по его осуществлению, формирует окружение программы. Без такого диагноза достижение позитивных результатов реабилитации в лучшем случае проблематично, а в худшем — невозможно.

Центр психиатрической реабилитации опубликовал результаты своего изучения на местах программ, действующих в психиатрических больницах и местных сообществах (Farkas, Cohen, and Nemes, 1988). Данные исследования предоставили информацию, на основании которой можно охарактеризовать возможности каждого агентства в деле применения психиатрического реабилитационного подхода. Агентства в этом конкретном исследовании представляли 40 центров, включавших 94 различных программы оказания помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами. Центры были расположены в 1 канадской провинции и в 12 американских штатах — от Орегона и Огайо до Виржинии и Мэн. 21 центр подал заявки в Бостонский университет на участие в проекте по подготовке из своих сотрудников инструкторов по психиатрической реабилитации. Чтобы выбрать наиболее подходящие для этого проекта агентства, каждое из них оценивали на степень соответствия идеальной практике психиатрической реабилитации. Остальные 19 центров специально просили провести их оценку, чтобы помочь в совершенствовании помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами. В обеих подгруппах, представлявших разные типы учреждений, выражалось стремление улучшить услуги по психиатрической реабилитации.

Среднее число сотрудников в 40 центрах составляло 54. Численность персонала варьировала от 3 до 731 человека. Отношение числа сотрудников к числу пациентов было в среднем 1:7 и широко варьировало (от 1:2 — в больницах до 1:44 — в локальных центрах психического здоровья).

Число пациентов, находившихся в центрах на момент обследования, составило в среднем 191, варьировало от 22 (программы типа общежития) до 1332 (больница штата). Возраст пациентов был от 11 до 90 лет, в среднем 33,6 года. Число предшествующих госпитализаций колебалось от 1 до 16 — в среднем 3,7. Таким образом, исследование охватывало учреждения, обслуживающие лиц с тяжелыми психическими расстройствами, из различных

регионов Соединенных Штатов. Очевидно, что наибольшая насыщенность кадрами отмечалась в больничных программах, а наименьшая — в центрах психосоциальной реабилитации и в центрах психического здоровья на местах.

Farkas, Cohen и Nemes (1988) детализировали компоненты каждой фазы психиатрического реабилитационного подхода и провели тщательный анализ. В целом результаты показали, что концепция и методы реабилитации больше обсуждаются, чем применяются в практике. Например, хотя агентства указывают, что они определенно ориентированы на обучение навыкам, только около 30% предоставили сведения о таком обучении или проводят тренинг умений в плане достижения конечной реабилитационной цели пациента. Более того, несмотря на то, что 75% агентств заявляют об акценте на вовлечении пользователей в процессы оценки и планирования, записи о такой работе обнаружены в менее 40% случаев. По сути, многие агентства, декларируя приверженность концепции реабилитации, слабо используют технологию для ее внедрения. Позитивный аспект упомянутого исследования заключается в том, что учреждения, пытающиеся внедрить реабилитационный подход, осознали свои недостатки и активно ищут пути улучшения использования реабилитационной технологии.

Заключительные замечания

С определенностью можно констатировать, что увеличилось число программ, оказывающих помощь инвалидам вследствие психических расстройств, а также число программ, которые стали ориентироваться на психиатрическую реабилитацию. Для того чтобы эти программы влияли на результаты реабилитации пациентов, их сотрудники, подобно их пользователям, должны владеть необходимыми навыками и ресурсами поддержки. В главах 5, 6, 7 и 8 описаны многие из навыков, необходимых профессионалам для эффективного выполнения реабилитационных программ. В главе 10 охарактеризованы функции системы обслуживания и способы, посредством которых система может поддерживать программы и персонал агентств. Персонал, программы и система обслуживания работают синергично (взаимно усиливая эффект друг друга). Для того чтобы программы были максимально эффективными, им необходимы квалифицированные сотрудники и системы поддерживающего обслуживания. С другой стороны, квалифицированный персонал должен работать в программах

и системах обслуживания, позволяющих им использовать свои навыки. Точно так же системы обслуживания нуждаются в квалифицированных сотрудниках и отличных программах, если их функционирование должно позитивно влиять на жизнь людей с психическими расстройствами.

Системы обслуживания **10**

«Любовь — наш принцип, порядок — наша опора,
прогресс — наша цель».

Auguste Comte

С точки зрения психиатрической реабилитации главнейшая миссия системы обслуживания — увеличить шансы психически больных на получение помощи от квалифицированного персонала в современных психиатрических реабилитационных программах. По сути, основная задача системы обслуживания — использование наиболее компетентного персонала в самых эффективных программах, чтобы пациенты смогли достичь своих реабилитационных целей. Другими словами, реабилитационную деятельность квалифицированного

Фрагменты этой главы являются перепечаткой (с разрешения авторов) из

Anthony, W.A., & Blanch, A. (1989). Research on community support services: What have we learned? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3), 55–81.

Cohen, M. (1989). Integrating psychiatric rehabilitation into mental health systems. In M.D. Farkas & W.A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 162–191). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Cohen, M., & Anthony, W.A. (1988). A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: Avoiding the pitfalls of the past. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(1), 69–72.

персонала, который помогает лицам с психическими расстройствами, поддерживают эффективные программы; эти программы и персонал, в свою очередь, получают поддержку от эффективных систем обслуживания.

Технология, которую использует персонал в психиатрической реабилитации, описана в главе 5. Миссия, структура и сеть окружения программы охарактеризованы в главе 9. В настоящей главе рассмотрено, как идеология, стратегия и административное функционирование системы обслуживания сферы психического здоровья могут содействовать интеграции специалистов и программ психиатрической реабилитации в системы помощи лицам с психическими расстройствами.

Потребность в поддерживающей системе для психиатрического реабилитационного подхода

Вероятно, наиболее простое вообще и более всего подходящее для системы психиатрического обслуживания в частности, определение таково: система обслуживания — это совокупность видов помощи, организованных для удовлетворения нужд особой категории населения (Sauber, 1983). Как хорошо известно, у лиц с хроническими психическими расстройствами имеется много потребностей — профессиональных, социальных, в жилье и образовании. Между 1800 г. и 1950 г. эти потребности обычно удовлетворялись в стенах государственных заведений (вначале называвшихся приютами, затем психиатрическими больницами, а сейчас центрами психического здоровья). Государственные заведения функционировали как места, где психически больные получали уход и лечение во время болезни или, если было необходимо, всю жизнь. Несмотря на то, что подчеркивалась необходимость активного лечения, основной миссией психиатрических учреждений в отношении таких больных оставалось фактически только попечение. Реабилитация была введена в больницах в качестве вспомогательной службы и рассматривалась главным образом как обеспечение занятости больных. Во многих отношениях система психиатрического обслуживания была организована для поддержки государственного учреждения, а не отдельно взятого больного.

После открытия психотропных препаратов предпочитаемым методом лечения психически больных в стационарах стала психофармакотерапия. Использование фармакотерапии для редукции

симптоматики наряду с другими факторами, включая изменение федеральной политики оплаты лечения, привело к изменению общественного мнения: признали права больных и осознали высокую стоимость больничного лечения. Это помогло сделать возможным реформы деинституционализации (Brown, 1982; Rose, 1979; Williams, Bellis, and Wellington, 1980). К концу 1970-х годов количество больных в государственных психиатрических больницах резко уменьшилось (Bassuk and Gerson, 1978).

Деинституционализация радикально изменила характер обслуживания лиц с тяжелыми психическими расстройствами в системе охраны психического здоровья. Как упоминалось в предыдущих главах, люди с долготекущими психическими расстройствами сейчас получают фармакотерапевтическое лечение, оставаясь в специальных учреждениях по месту жительства, где они живут, работают, общаются и учатся. Однако много среди них и таких, что отказались от помощи этих учреждений и вообще не пользуются услугами системы охраны психического здоровья. По существу, ни больничная система, ни лечение по месту жительства не достигли больших успехов в помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами достичь их реабилитационных целей (Anthony et al., 1972; Anthony and Nemes, 1984).

Кроме того, перемена места оказания помощи — от больницы к локальному центру — привела к созданию децентрализованной и многопрофильной службы. Разнообразие услуг, однако, осложнило их организацию в рамках системы психического здоровья. Раньше система психиатрической помощи строилась вокруг государственной больницы, а сегодняшнее разнообразие видов услуг требует взаимозависимой организации многих коммунальных служб (Gittleman, 1974).

Другая сложность в создании системы охраны психического здоровья для лиц с нарушениями психики связана с разнообразными и многочисленными потребностями самих пациентов (Scott and Black, 1986). Много разных систем обслуживания можно назвать ответственными за удовлетворение личных потребностей лиц с инвалидирующими психическими расстройствами (например, профессиональная реабилитация, социальная защита). Нужды пользователей в поддержке по проблемам жилья, здравоохранения, образования, а также в материальной, профессиональной и социальной помощи требуют координации действий многих ныне действующих систем обслуживания. Однако система охраны психического здоровья является основной, она ответственна за то, чтобы больной не стал отверженным от общества или потерпел крах. Проблема состоит в создании

такой системы охраны психического здоровья, которая могла бы постоянно удовлетворять самые разные потребности каждого своего пользователя (Reinke and Greenley, 1986). Важно не только создать такое действенное и адекватное обслуживание, но и сделать так, чтобы оно координировалось с другими службами, было легкодоступным для больных и эффективным.

Исследования систем обслуживания

Хотя во многих работах отмечалось, что многочисленные и разрозненные системы обслуживания могут служить препятствием эффективному оказанию помощи лицам с психическими расстройствами, исследований на системном уровне проведено мало (Anthony and Blanch, 1989). В 1977 г. Armstrong изучил данные о 135 федеральных программах, осуществлявшихся в 11 крупных департаментах и агентствах, непосредственно обслуживающих лиц с психическими расстройствами. Автор пришел к выводу, что многие неудачи деинституционализации могут быть отнесены на счет финансирования и недостаточной координации между программами. Другие основания необходимости развития и интеграции системы включают: проблему взаимоотношений между службами здравоохранения и психического здоровья, обостряющуюся частыми конфликтами между врачами первичной медицинской помощи и специалистами охраны психического здоровья (Burns, Burke, and Kessler, 1981); существующую систему финансирования с противоречивыми критериями распределения и соответствия (Dickey and Goldman, 1986); данные, говорящие о том, что пациенты и семьи знают меньше, чем профессионалы, об имеющихся видах помощи (Grusky and Tierney, 1989). Более того, отсутствие координации вредит интересам самих пользователей. Tessler (1987) выяснил, что если пациенты после выписки из стационара не передаются во внебольничную систему, они тяжелее приспосабливаются к окружению, увеличивается количество их жалоб.

С другой стороны, иногда обвиняют качество координации там, где неудачи на самом деле связаны с недостатком ресурсов или низким качеством услуг (Solomon, Gordon, and Davis, 1986). Зависимость результата реабилитации от количества, вида и координации услуг еще не подтверждена научными исследованиями.

В последние годы предпринималось много попыток заняться вопросами координации обслуживания. Локальные центры психического здоровья (ЛЦПЗ) стали попыткой создать комплекс

взаимосвязанных видов услуг в рамках одной организации и обеспечить доступность помощи путем обозначения районов обслуживания. Другой пример — инициатива Национального института психического здоровья (NIMH) в конце 1970-х годов: наладить связующие звенья между ЛЦПЗ и агентствами первичной медицинской помощи. Каждый проект приводил к определенным успехам, в частности увеличивал процент населения, получавшего психиатрическую помощь. Однако эти программы были менее успешны в деле координации помощи инвалидам вследствие психических расстройств (Dowell and Ciaro, 1983; Goldman, Burns, and Burke, 1980; Tischler, Henisz, Myers, and Garrison, 1972).

Anthony и Blanch (1989) разделили попытки интеграции помощи на четыре группы — в зависимости от того, на чем они основаны: (1) законодательное регулирование взаимоотношений и моделей программ, (2) финансовые механизмы, (3) стратегии для улучшения связей между агентствами, и (4) распределение обязанностей. Многие инициативы, естественно, включали несколько из перечисленных элементов.

Законодательное регулирование взаимоотношений и моделей программ

Модель сбалансированной системы обслуживания (штат Джорджия), единое законодательство об услугах (Нью-Йорк) и Калифорнийские стандарты моделей программ были первыми попытками законодательного урегулирования взаимоотношений между администрациями штата и округа и местными агентствами обслуживания, а также создания специфического комплекса видов помощи. Изучение результатов этих инициатив выявило как их успехи, так и неудачи. В Нью-Йорке программа была необязательной и не получила широкого распространения. Однако она оказалась вполне успешной в пяти округах, где была внедрена (Pepper and Ryglevicz, 1982, 1983). В Калифорнии помешали трудности с финансированием (Barter, 1983), а в Джорджии смена в политическом руководстве привела к меньшей, чем предполагалось, результативности модели (Gay, 1983; Miles, 1983).

Предпринималось также несколько попыток оценить результаты внедрения узаконенных и финансируемых администрацией штата программ общественной поддержки по месту жительства. Анализ показателей госпитализации в штате Орегон (Hamaker, 1983) продемонстрировал период отката назад и недостаточности

координации помощи в конце 1970-х годов, отсутствие реальных изменений в период широкого планирования ПОП — программ общественной поддержки (1977–1979) и резкое снижение показателей использования больничной койки со времени начала финансирования и мониторинга ПОП (1980–1982). Lannon, Banks и Morrissy (1988) подтвердили факты повышения или сохранения высокого уровня приспособления к окружению у пожилых клиентов СОП (системы общественной поддержки) в штате Нью-Йорк, но отметили при этом отсутствие улучшения у молодых пользователей.

Финансовые механизмы

В последнее время предприняты попытки стабилизировать интеграцию помощи посредством новых финансовых механизмов. Многие инициативы основаны на концепции единой производственной и финансовой ответственности в рамках одной и той же административной структуры, концепции, внедрение которой дало хорошие результаты в округе Мэйн штата Висконсин (Dickey and Goldman, 1986). Например, Фонд Роберта Вуда Джонсона финансировал несколько пилотных проектов, используя проводку всех средств через одну административную структуру службы психического здоровья (Rubin, 1987). Были сделаны подобные попытки с показательными проектами программ медицинского страхования Medicaid и Medicare, с отделениями Всеобщей системы организации оздоровительной помощи (Health Maintenance Organization) и местными администрациями здравоохранения (Dickey and Goldman, 1986). Окончательные выводы о влиянии этих программ на повышение эффективности помощи и результаты ее для больных пока не опубликованы.

Стратегии для улучшения связи между агентствами

Pincus (1980) описал шесть разных моделей связи между агентствами, основанных на контрактных, функциональных и учебных взаимоотношениях. Другие исследователи изучали вопросы активизации сотрудничества между различными организациями, оказывающими помощь лицам с психическими расстройствами (например, Woy and Dellario, 1985). Однако количество эмпирических исследований ограничено. Dellario (1985) обнаружил тенденцию к повышению трудоспособности пациентов, обслужи-

ваемых агентствами психического здоровья и профессиональной реабилитации, имеющими хорошие связи друг с другом, но эта тенденция мало достоверна. Rogers, Anthony и Danley (1989) также подтвердили факт повышения трудоспособности пользователей в двух экспериментальных регионах в штате Вермонт, где проводилась совместная подготовка специалистов разных агентств и была создана общая стратегия помощи. В других регионах штата такого улучшения не отмечалось еще в течение двух лет. В некоторых работах описываются различные способы организации систем общественной поддержки для улучшения сотрудничества между агентствами, но данные о результатах не опубликованы (Grusky et al., 1985; Morrissey, Tausig, and Lindsey, 1985).

Распределение обязанностей

Четвертый тип стратегии по улучшению интеграции помощи (часто используемый наряду с другими) — выделение определенной группы пользователей и закрепление за ними — профессионала, бригады специалистов или организации — для оказания помощи и лечения. Недавний пример такого подхода — концепция ведущего агентства с различными моделями индивидуального менеджмента, которые выделяют для обслуживания особые группы больных с высоким риском или высокими требованиями. Исследования этих подходов, многие из которых оказались успешными, отражены в разделе этой главы, посвященном индивидуальному менеджменту.

Реакция на дефекты системы в 1980-х годах

В 1980-е годы преобладали два типа реакций на проблемы, вызванные отсутствием важных видов помощи и раздробленностью тех немногих учреждений, которые существовали. Этими двумя инициативами стали разработка и внедрение модели Системы общественной поддержки (СОП) и признание на новом уровне значения услуг индивидуального менеджмента.

Система общественной поддержки

В середине 1970-х годов в Национальном институте психического здоровья (NIMH) после многочисленных обсуждений

родилась идея Системы общественной поддержки (СОП) — концепция оказания помощи лицам с хроническими психическими расстройствами (Turner and TenHoog, 1978). Констатируя, что существующее положение вещей недопустимо, СОП предложила ряд видов помощи, в которых нуждалась система охраны психического здоровья (Stroul, 1989). Идея СОП заполнила концептуальный вакуум, появившийся как следствие деинституционализации (Test, 1984). СОП была определена как: «совокупность заботливых и ответственных людей, посвятивших себя делу помощи уязвимой группе населения в удовлетворении нужд этой группы и в развитии ее возможностей без ненужной изоляции или исключения из общественной жизни» (Turner and Chifren, 1979, с. 2).

Идея СОП определяет основные элементы, необходимые обществу, чтобы осуществлять адекватное обслуживание и поддерживать психически больных людей (рис. 10.1).

Инициатива СОП начала претворяться в жизнь в 1977 г. — чтобы помочь администрации штатов и муниципальным властям создать всесторонний и целостный комплекс услуг, которые входят в СОП. Эта инициатива стала известна как Программа общественной поддержки (ПОП) Национального института психического здоровья. На начальном этапе агентства психического здоровья штатов получали федеральные гранты для развития ПОП на местах. Средства получили все штаты, Округ Колумбия и две территории. Дополнительно оказывалась техническая помощь. В 1986 г. ПОП также выделяла средства на демонстрационные проекты по созданию и оценке внебольничных подходов к психически больным пожилого возраста, а также к бездомным, к молодым пациентам, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками. В 1989 г. ПОП финансировала исследовательские проекты по оценке основных видов помощи ПОП: индивидуального менеджмента, кризисных вмешательств и психиатрической реабилитации.

Со времени начала ПОП ее основные элементы были продемонстрированы наглядными примерами и оценены специалистами. Как упоминалось в главе 3, Test (1984) пришла к выводу, сделав обзор литературы, что программы с большим количеством элементов ПОП представляются более эффективными (снижение показателя повторных госпитализаций и повышение уровня социального приспособления больных в ряде случаев), чем программы, использующие меньше функций ПОП. Несколько позже Anthony и Blanch (1989) проанализировали данные, имеющие отношение к ПОП, и выяснили, что исследования 1980-х



Рис. 10.1. Основные элементы, необходимые обществу, чтобы осуществлять адекватное обслуживание и поддерживать психически больных людей

Из Stroul, B. (1989). Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 9–26.

годов подтверждают необходимость разнообразных видов обслуживания и поддержки, изначально положенных в основу концепции ПОП в 1975–1977 гг. Оказалось, что необходимость элементов ПОП в обслуживании имеет как теоретическое, так и эмпирическое обоснование.

Кроме того, Anthony и Blanch (1989) пришли к выводу, что в ближайшее время исследования ПОП обогатятся новыми значительными работами, способными изменить стратегию, структуру и само оказание помощи лицам с инвалидизирующими психическими расстройствами. Некоторые данные дают основания для разработки новых направлений в исследованиях каждого элемента ПОП. Важно, что вмешательства в рамках большинства компонентов ПОП сегодня могут быть описаны на уровне деталей, что позволяет наблюдать, надежно измерять и

контролировать их применение. Было предпринято значительное количество квази-экспериментальных и небольших экспериментальных исследований, которые подтвердили, что научные разработки проблем ПОП в будущем не только необходимы, но и вполне осуществимы. Открылось поле деятельности для обширных многолетних работ по изучению измеримых и воспроизводимых вмешательств ПОП.

Индивидуальный менеджмент

Одним из основных видов помощи в ПОП является индивидуальный менеджмент. В отличие от системных инициатив, которые пытаются создать систему помощи для всех лиц с тяжелыми психическими расстройствами, живущих в конкретном географическом регионе, индивидуальный менеджмент пытается построить наилучшую систему обслуживания отдельного пользователя — каждый раз единственного.

Индивидуальный менеджмент помогает людям с хроническими психическими расстройствами получить поддержку — такая помощь для них желательна и необходима (Anthony, Cohen, Farkas, and Cohen, 1988). Помощь в данном случае оказывают не просто официальные психиатрические учреждения, а любой компетентный профессионал, агентство или организация — по выбору пациента.

Как отмечалось выше в данной главе, индивидуальный менеджмент рассматривался как реакция на несоответствие системы, в частности ее ригидность, раздробленность, недостаточное использование возможностей и недоступность (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1976). Однако, Anthony, Cohen, Farkas, и Cohen, (1988) считают индивидуальный менеджмент не только ответом на плохое функционирование системы, но и необходимым результатом этой системы, независимо от того, как она координировалась и интегрировалась. Индивидуальный менеджмент — это персональный ответ на потребности пациента в конкретной помощи и на конечные реабилитационные цели. С этой точки зрения индивидуальный менеджмент привносит в жизнь гуманные аспекты гуманной системы обслуживания (Anthony, Cohen, Farkas, and Cohen, 1988).

Модели индивидуального менеджмента. Модели индивидуального менеджмента значительно различаются по своей идеологии, направленности и видам деятельности. Основные ценностные критерии разных моделей отличаются по ориен-

тации — на пациента или на болезнь, и по роли пользователей в управлении программой. В некоторых моделях программы индивидуального менеджмента только координируют услуги, в других — включают кризисные вмешательства, реабилитацию и лечение.

Направленность индивидуального менеджмента значительно варьирует в зависимости от модели. Ресурсный центр политики в сфере психического здоровья выделил четыре основные модели индивидуального менеджмента: модель личных достижений, модель Программы интенсивного внебольничного лечения (ПИВЛ), брокерская модель и реабилитационная модель (Mental Health Policy Resource Center, 1988). Модель личных достижений сосредоточена на обеспечении естественных ресурсов окружения, которые должны поддерживать имеющиеся у пациента сильные стороны (Mental Health Policy Resource Center, 1988; Modrcin, Rapp, and Chamberlain, 1985). Модель ПИВЛ использует выездные бригады для интенсивного лечения с целью удержания больного по месту жительства (Brekke and Test, 1987). Брокерская модель устанавливает связь пользователя со службой охраны психического здоровья (Mental Health Policy Resource Center, 1988), а реабилитационная направлена на развитие навыков и ресурсов пациентов для достижения ими успеха и удовлетворенности в избранном окружении (Anthony, Cohen, and Cohen, 1983).

Кроме моделей, описанных Mental Health Policy Resource Center (1988), существуют по крайней мере две другие хорошо известные модели: модель клинического индивидуального менеджмента (Harris and Bergman, 1987a, 1988b, 1988c), которая оказывает помощь пользователям путем индивидуального консультирования и модификации окружения; и защитная модель, предусматривающая расширение компетенции пациентов (Rose, 1988). Хотя идеология и направленность различных моделей индивидуального менеджмента значительно различаются, существует консенсус в отношении определенных основных видов деятельности. Levin и Fleming (1984) выделили шесть основных видов деятельности в рамках индивидуального менеджмента: выявление и контакт, оценка, планирование, установление связей, мониторинг и защита. Основные виды деятельности осуществляются в окружении программы — она может отличаться количеством обслуживаемых пользователей, местом оказания помощи, интенсивностью и продолжительностью контактов, квалификацией и заработной платой менеджеров, штатной структурой, модусом управления, культурой учреждения, стоимостью программы и качеством смежных систем обслуживания. Такие

отличия, как и разнообразие окружения программ и систем обслуживания, создает трудности при сравнении результативности различных моделей индивидуального менеджмента.

Исследования результативности индивидуального менеджмента. Большинство научных работ в области индивидуального менеджмента носили описательный характер и касались особенностей окружения, в котором работали программы такого типа. В научной литературе дается характеристика специалистов индивидуального менеджмента (Intagliata and Baker, 1983; Caragonne, 1981; Goldstrom and Manderscheid, 1983) видов деятельности в рамках индивидуального менеджмента (Baker and Weiss, 1984; Berzon and Lowenstein, 1984; Caragonne, 1983; Intagliata, 1982; Kurtz, Bagarozzi, and Pollane, 1984; Levine and Fleming, 1984; Marlowe, Marlowe, and Willets, 1983), идеального количества пользователей в программе (Intagliata and Baker, 1983; Schwartz, Goldman, and Churgin, 1982) и относительных преимуществ индивидуального менеджмента по сравнению с бригадным (Turner and TenHoor, 1978).

В 1980-х годах начали появляться исследования результативности индивидуального менеджмента (Anthony, Cohen, Farkas, and Cohen, 1988). Результаты были противоречивыми: некоторые работы свидетельствовали о выраженном положительном влиянии на функционирование пациентов (Curry, 1981; Goering, Wasylenki, Farkas, Lancee, and Ballantyne, 1988; Modrcin, Rapp, and Poertner, 1988; Muller, 1981; Rapp, and Chamberlain, 1985; Rapp and Wintersteen, 1989) другие — о минимальном эффекте (Cutler, Tatum, and Shore, 1987; Franklin, Solovitz, Mason, Clemons, and Miller, 1987). Несколько научных разработок продемонстрировали эффективность основанных на модели ПИВЛ бригад индивидуального менеджмента, которые не только координировали все виды помощи определенной группе пользователей, но и непосредственно оказывали услуги (Bond, Miller, Krumwied, and Ward, 1988; Bond, Witheridge, Wasmer, Dincin, McRae, Mayes, and Ward, 1989; Borland, McRae, and Lycan, 1989; Brekke and Test, 1987; Field and Yegge, 1982, Test, Knoedler, and Allness, 1985). Эти исследования подтверждают, что полная ответственность бригады индивидуального менеджмента за определенную группу больных может существенно сократить число самовольно покинувших программу, предоставлять больше услуг наиболее инвалидизированным пациентам, снизить случаи их госпитализации, повысить уровень трудоустройства и социальную активность. Однако конкретные факторы, приводящие к успеху, все еще не определены. Некоторые авторы выделяют фактор непрерыв-

ности во времени, другие — степень доверия к специалисту индивидуального менеджмента и к программе вообще (Grusky et al., 1987; Test et al., 1985).

Проблемы, отрицательно сказывающиеся на качестве исследований результативности вообще, также снижают качество работ по вопросам индивидуального менеджмента: отсутствуют стандартизованные показатели результативности с установленной валидностью (Bachrach, 1982a; Farkas and Anthony, 1987; Anthony and Farkas, 1982; Fiske, 1983), недостаточно контролируются исследования, в которых не рассматривается и не оценивается степень обобщения. Серьезной проблемой является отсутствие специфичности в описании вмешательства (Strube and Hartmann, 1983). С учетом этого фактора Cohen с сотрудниками (1989) начали трехлетний проект, в результате которого разработана технология углубленного тренинга по индивидуальному менеджменту для обучения специалистов личностно-ориентированному подходу к координации помощи. Эта технология помогает обучать навыкам индивидуального менеджмента, необходимым для осуществления четырех важнейших для таких программ видов деятельности: устанавливать контакт с пользователем, планировать помощь, налаживать связь пациента с обслуживающими агентствами, развивать услуги по защите больных. Широкое апробирование технологии тренинга показало, что навыкам индивидуального менеджмента можно научить, а их использование возможно измерять и контролировать (Cohen et al., 1989).

Особенно важное значение для психиатрического реабилитационного подхода имеет контролируемое исследование, в котором использовано четко охарактеризованное вмешательство из реабилитационной модели индивидуального менеджмента (Goering, Wasylenki, et al., 1988). В результате повысились ролевое функционирование, способность независимого проживания, трудовой статус, удовлетворенность обслуживанием и социальное функционирование у пациентов, подвергнутых вмешательству, по сравнению с контрольной группой. Другое недавнее исследование (Rapp and Wintersteen, 1989) выявило положительные результаты по достижению цели при использовании модели личных достижений. В работе оценивались результаты применения конкретного, ясно описанного вмешательства в условиях различных агентств. Fisher, Landis и Clark (1988) изучили программу, близкую к брокерской модели, и обнаружили, что ни связь с агентствами или направление на обслуживание, ни защита интересов клиентов не способствовали снижению числа их проблем, как и не стали вкладом в общий прогресс пациентов.

Мало научных разработок посвящено сравнению индивидуального менеджмента с другими видами вмешательств. Franklin et al. (1987) оценили подход индивидуального менеджмента по сравнению с обычной практикой локального центра психического здоровья (т.е. лечение, консультации, обеспечение медикаментами и т.п.). Дизайн исследования включал оценочные тесты до и после проведения вмешательства. В экспериментальную и контрольную группы, сформированные по принципу случайного распределения, вошло более 400 пациентов. Через 12 месяцев взято интервью у 138 пациентов экспериментальной группы и 126 пациентов контрольной. Выяснилось, что пользователи программы индивидуального менеджмента получали больше услуг, их пребывание в обществе стоило дороже, частота рецидивов у них была выше, не отмечалось улучшение показателей качества жизни. Bond, Miller, Krumwold и Ward (1988) также провели сравнительное исследование, определив отсутствие существенных различий между контрольной группой, получавшей обычную амбулаторную помощь, и экспериментальной группой из программы индивидуального менеджмента, основанной на модели ПИВЛ. Сравнились показатели качества жизни, степень согласия пациента с лечением, участие в программах локального центра психического здоровья и контакты с правовой системой. У пациентов ПИВЛ оказалось меньшим число дней повторной госпитализации и несколько ниже расходы на участие в программе.

Критерии оценки результативности, используемые в исследованиях индивидуального менеджмента и других программ общественной поддержки, остаются многочисленными, разнообразными и совершенно не стандартизированными (Bachrach, 1982a). Эти критерии включают психопатологическую симптоматику; психосоциальное функционирование, определяемое стабильным местожительством, социальной автономией, ролевым функционированием, трудовой деятельностью и социальным функционированием; степенью удовлетворенности пациента. Goering, Farkas et al. (1988) использовали критерии ролевого функционирования, независимого проживания, профессиональный статус и социальную изоляцию. Rapp and Wintersteen, (1989) оценивали количество достигнутых пациентом целей. Bond et al. (1988), Franklin et al. (1987), Bigelow и Young (1983), Field и Yegge (1982) и другие применяли оценку частоты рецидивов и качества жизни.

При сборе данных о результативности необходимо уточнять период, в течение которого предполагается получить оцениваемое

мый результат. Carpenter (1979) считает, что период для оценки результата должен считаться как начальная точка во времени до вмешательства, начало вмешательства, окончание и точка во времени после вмешательства. Franklin et al. (1987), Goering, Wasylenki et al. (1988) предполагают, что обычный период наблюдения в катamnестических исследованиях (от 6 месяцев до 1 года) может быть недостаточным для оценки вклада в результат индивидуального менеджмента. Они также оговаривают, что хотя связующая функция индивидуального менеджмента является решающей, количество и вид ресурсов окружения, с которыми специалист может связать пациента, оказывает влияние на результат.

Внедрение психиатрического реабилитационного подхода в систему охраны психического здоровья

Развитие в 1980-х годах таких систем, как СОП и акцент на услугах индивидуального менеджмента, должно было проложить путь для дальнейшего развития психиатрической реабилитации в 1990-х годах. Как упоминалось в главе 3, концепции СОП и психиатрического реабилитационного подхода направлены на одну и ту же группу населения и совместимы с точки зрения их идеологических основ. Стратегии вмешательств психиатрической реабилитации помогают внедрять идеологию СОП. Концепция систем обслуживания СОП определяет окружение, в котором должен внедряться психиатрический реабилитационный подход. Однако эта концепция не указывает, каким же образом внедрить психиатрический реабилитационный подход в систему охраны психического здоровья.

Администрация охраны психического здоровья, решив внедрить психиатрическую реабилитацию в свою систему обслуживания, должна определить прежде идеологию и политику в отношении помощи людям с тяжелыми психическими расстройствами. Кроме того, администрация должна учесть идеологию и стратегию психиатрической реабилитации в своей управленческой деятельности.

Основание системы обслуживания — четкая формулировка ее идеологии и политики. Департаменты психического здоровья могут начать внедрять психиатрический реабилитационный подход в свои системы помощи с формулировки идеологии, поддерживающей психиатрическую реабилитацию и утвержда-

ющей веру в будущее этого подхода. Формулировка миссии и целей должна содержать тезис о том, что лица с хроническими психическими расстройствами будут удовлетворены помощью и станут успешно функционировать в избранном ими бытовом, образовательном, производственном и социальном окружении. При формулировке идеологии следует руководствоваться такими ценностными критериями реабилитации, как независимость, компетенция, свобода выбора, право на поддержку, право на личную удовлетворенность, нормализация, обретение полномочий, индивидуализация и ответственность.

Политические положения переводят идеологические постулаты в инструкции для практической деятельности. Формально политические идеи отражаются в законодательстве, регулировании, правилах и процедурных требованиях, а осуществляются через предоставление услуг. Политика поддержки реабилитации заявляет об избранном направлении действий, и это оказывает влияние на практику реабилитации (Erlanger and Roth, 1985). Направленность политики на приоритетные группы населения (например, инвалидов), предоставление льгот (например, на пристойное жилище), текущая поддержка (например, помощь необходимой длительности), вовлечение в необходимые программы с учетом приоритетности (например, профессиональная реабилитация, обучение навыкам) и обязательное документирование (например, функциональная оценка) — все это крайне важно для реабилитационного подхода (Cohen, 1989).

Система охраны психического здоровья управляется соответствующей администрацией (например, департамент психического здоровья штата), которая несет ответственность за организацию оказания помощи (Barton and Barton, 1983). Администрация охраны психического здоровья, которая внедряет реабилитационную программу в руководимую систему обслуживания, выполняет свои функции по поддержке психиатрической реабилитации. Cohen (1989) выделил и охарактеризовал восемь функций администрации. Эти функции включают планирование, финансирование, менеджмент, совершенствование программ, подготовку специалистов, координацию, оценку деятельности и защиту (табл. 10.1). Каждая функция может осуществляться в соответствии с идеологическими и политическими положениями, которые поддерживают психиатрическую реабилитацию больного.

Функция *планирования* администрации психического здоровья включает проектирование системы помощи. Оценка пользователей и проектирование новых и усовершенствованных

Таблица 10.1. *Восемь руководящих функций администрации психического здоровья*

- Планирование
- Финансирование
- Менеджмент
- Совершенствование программ
- Подготовка специалистов
- Координация
- Оценка деятельности
- Защита

Перепечатка из: Cohen M.R. (1989) Integrating psychiatric rehabilitation into mental health systems. In M.D.Farkas and W.A.Anthony (Eds) *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (p. 8). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

видов обслуживания является частью функций планирования. План системы, который поддерживает психиатрическую реабилитацию, определяет общие цели, которых хотели бы достичь люди в избранном ими окружении (например, учиться, работать, независимо проживать), учитывает умения и предпочтения пациента, и предусматривает услуги по развитию навыков пациента и ресурсов окружения.

Финансовая функция администрации психического здоровья включает получение и распределение денежных средств для поддержания функционирования системы. Администрация психического здоровья, поддерживающая реабилитационный подход, добивается получения средств на создание служб реабилитации (например, получает дополнительное финансирование, перераспределяет опекунские средства для финансирования реабилитационных служб и находит средства для реабилитации у законодателей или из других источников). Деньги распределяются таким образом, чтобы реабилитационная деятельность успешно развивалась (например, расчет и выделение достаточной суммы на одного пациента).

Функция *менеджмента* администрации психического здоровья включает управление деятельностью службы (White, 1981). Заключение контрактов, текущий контроль и обеспечение качества — составные элементы функции менеджмента. Администрация психического здоровья, поддерживающая реабилитационный подход, заключает и контролирует контракты, основанные на таких критериях реабилитации, как выбор самим

пользователем конечной реабилитационной цели и его участие в процессе реабилитационной диагностики, реабилитационного планирования и вмешательства (Miller and Wilson, 1981).

Функция администрации психического здоровья по *совершенствованию программ* включает консультирование руководителей программ. Администрация психического здоровья, поддерживающая реабилитационный подход, дает консультации по вопросам дизайна реабилитационного окружения, структурирования программы на основе процесса реабилитации и создания инструктивных материалов, согласующихся с идеологией психиатрической реабилитации.

Функция администрации психического здоровья по *подготовке специалистов* включает отбор и обучение персонала. Администрация психического здоровья, поддерживающая реабилитационный подход, принимает решение о приеме на работу в службы реабилитации на основе знаний и навыков, необходимых в реабилитационной работе. Составляются также характеристики функциональных обязанностей сотрудников, основанные на задачах реабилитации больных, организуются курсы подготовки и повышения квалификации специалистов для развития у них знаний и навыков, необходимых в реабилитационной работе (Field, Allness, and Knoedler, 1980; Jegger and McClure, 1980).

Координирующая функция администрации психического здоровья включает обеспечение взаимодействия между агентствами. Заключение договоров между различными учреждениями, создание возможностей совместного обучения и подготовка инструкций по установлению связей между агентствами входят в функцию координации системы обслуживания. Эта функция облегчает взаимодействие разных компонентов самой системы, а также системы в целом и других учреждений, обслуживающих тех же пациентов. Например, система охраны психического здоровья, поддерживающая реабилитационный подход, работает совместно с сетью профессиональной реабилитации в деле помощи инвалидам вследствие психических заболеваний в достижении их реабилитационных целей (Cohen, 1981).

Функция администрации психического здоровья по *оценке* включает анализ управленческой информации и изучение результатов реабилитации пациентов. В эту функцию входят: уточнение характера данных, необходимых для анализа, и процедуры самой оценки, а также подведение итогов анализа полученных данных (Shulberg, 1981). Система, поддерживающая реабилитационный подход, оценивает процесс достижения пациентом цели реабилитации, уровень повышения компетент-

ности пользователей (например, степень владения навыками), расширения ресурсов окружения и степень осуществления процесса реабилитации. Сбор данных охватывает множество аспектов (например, аспекты пациента, персонала и членов семьи). Выводы из этих данных должны увязывать показатели, относящиеся к потребителям, программе и результатам.

Функция администрации психического здоровья по *защите* включает отстаивание прав пациентов (Willets,1980). Примерами осуществления этой функции могут являться обсуждение и достижение более благоприятных условий предоставления льгот и воспитание толерантности к инвалидам в обществе. Система, поддерживающая реабилитационный подход, отстаивает полноценное лечение; жилищные, образовательные, профессиональные и социальные права людей с хроническими психическими расстройствами.

Окружение, в котором функционирует система охраны психического здоровья

Система охраны психического здоровья функционирует в окружении, в котором действуют другие обслуживающие системы, а также политические и экономические факторы (Cohen, 1989; Scott, 1985). На рис. 10.2 изображена система охраны психического здоровья: в ее центре находятся пользователи, а также персонал и программы, поддерживается она администрацией психического здоровья, взаимодействует с другими обслуживающими системами и подвергается влиянию окружения. Содержание окружения либо поддерживает психиатрическую реабилитацию, либо создает ей препятствия. В Соединенных Штатах Америки содержание окружения включает национальные ценности, такие как демократия (в отличие от авторитарного правления) и права штатов, что поощряет создание нестандартных систем обслуживания как на уровне штатов, так и на местах — в соответствии с нуждами и пожеланиями населения. На доступность средств для поддержки системы помощи оказывают влияние политическая обстановка и состояние экономики. На уровне штатов и на федеральном уровне политика и экономика влияют на суммы денежных средств и на их распределение. Значительное влияние на окружение, в котором функционирует обслуживающая система, оказывает общественное мнение.

В Соединенных Штатах Америки содержание окружения зачастую по-разному влияет на отношение общества к психиат-

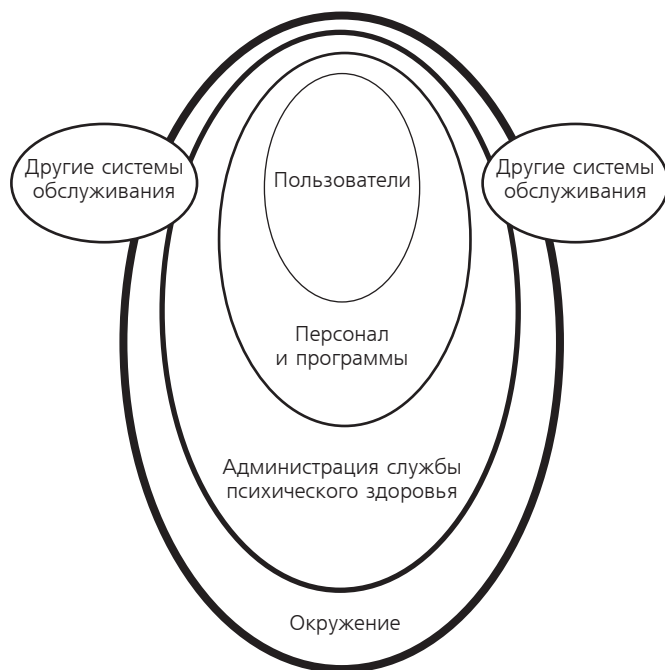


Рис. 10.2. *Схема системы охраны психического здоровья*

Адаптировано из: Cohen, M.R. (1989). Integrating psychiatric rehabilitation into mental health systems. In M.D.Farkas and W.A.Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 162–191). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

рической реабилитации. Такие экономические проблемы, как значительный дефицит федерального бюджета, вынуждают экономно расходовать средства на реабилитацию инвалидов. Общественное мнение, основанное на очевидном тяжелом положении и бездомности больных с хроническими психическими расстройствами, может оказывать давление на политиков и впоследствии на систему психического здоровья. Выдвигаются требования либо госпитализировать всех бездомных, страдающих психическими заболеваниями, независимо от их личных потребностей и целей, либо создать более совершенные виды обслуживания. В некоторых случаях система психического здоровья вынуждена доказывать свою социальную и экономическую эффективность.

Служба психиатрической реабилитации должна быть способна подтвердить свое огромное значение, основываясь на экономической выгоде и соответствии потребностям пациентов. Например, продуктивный труд и нормализация жилищных условий — это две реабилитационные цели, которые соответствуют критериям как эффективности, так и благопристойности.

Атмосфера 1990-х годов была изменена законодательной инициативой, которая стимулировала продолжающуюся экспансию психиатрической реабилитации. Государственным Законом 99–660 были предусмотрены средства на планирование службы психического здоровья в каждом штате с организацией на местах всесторонней системы обслуживания лиц, которые страдают тяжелыми психическими расстройствами (NIMH, 1987). Этот закон предписывал привлекать к процессу планирования пользователей и их семьи как участников и консультантов. Неспособность администрации штата разработать такой план влекла наказание в виде 10% снижения суммы гранта (Kennedy, 1989). В Законе особо упомянуто, что план службы штата должен предусматривать конкретную реабилитационную помощь, которая будет оказываться пользователям. Кроме этого, типовой план, разработанный Национальным институтом психического здоровья в качестве документа технической помощи для штатов, весь проникнут идеологией и принципами психиатрической реабилитации (NIMH, 1987).

Совместное воздействие Закона 99–660, постепенного усвоения концептуальной модели СОП и непрерывных требований лиц с психическими расстройствами и их родственников стимулировало процесс планирования в службах психического здоровья штатов в отношении улучшения помощи инвалидам вследствие психических расстройств. Стратегическое планирование стало ключевым термином для руководителей системы охраны психического здоровья. Регионализация против централизации, альтернативные модели индивидуального менеджмента, изменения требований отбора в программы, новые стратегии финансирования, оценка потребностей и улучшение систем информации стали основой планов системы.

Планирование создания новых и совершенствования существовавших систем помощи проводилось, естественно, и раньше. Наиболее известными были превращение учреждений для призрения психически больных в психиатрические больницы штатов и последующая их деинституционализация с развитием внебольничных служб психического здоровья. В течение многих лет в планировании психиатрической службы преоб-

ладала тенденция на первое место ставить такие вопросы: где будет расположена служба? кто будет управлять службой и ее финансировать? как будет осуществляться координация?

Хотя эти вопросы действительно необходимо решать, среди них нет самого важного: чего хотят пользователи и как им лучше всего помочь получить желаемое? Данные исследований подтверждают, что люди с тяжелыми психическими расстройствами похожи на всех нас в своих желаниях. В сотнях записанных на магнитофон интервью специалистам пациенты говорят о таких целях, как работа, приносящая удовлетворение, современное жилье, дружеские взаимоотношения (Rogers, Cohen, Danley, Hutchinson, and Anthony, 1986). К сожалению, ни больничная система, ни помощь по месту жительства не достигли больших успехов в предоставлении лицам с тяжелыми психическими расстройствами возможности получить то, чего они хотят (Anthony, Cohen, and Vitalo, 1978; Bachrach, 1983; Talbott, 1983).

Ловушки из прошлого в планировании службы психического здоровья

Настоящий этап в развитии планирования служб психического здоровья представляет возможности создавать системы, более соответствующие современным требованиям, но на этом пути встречаются ловушки из прошлого. Следующие шесть видов таких ловушек могут встретиться на пути планирования системы, призванной помочь пациентам получить то, чего они хотят (Cohen and Anthony, 1988).

1. Дефицит ценностных принципов. Планирование систем было почти лишено ценностных принципов. Время от времени люди говорили о ценностях и их значении, но редко уточнялся характер этих ценностей. Однако четко обозначенные или нет, ценностные критерии лежат в основе всего планирования систем помощи. Возможно, нерешительность администрации при констатации ценностных принципов, лежащих в основе планирования службы психического здоровья, связана со стремлением уйти от полемики. Действительно, такое планирование может выиграть от единогласной поддержки, но при составлении проекта службы основополагающие ценности (какова бы ни была их природа) должны быть четко обозначены. Например, ведущими при планировании могут быть такие ценностные принципы: максимальная возможность выбора, расширение компетенции и предоставление поддержки окружения (Anthony, Cohen, and

Cohen, 1984). В зависимости от того, эти или другие ценностные принципы избраны основой планирования системы, последняя будет настолько полезна, насколько полезны ее ценности (Cohen and Anthony, 1988).

2. Дефицит внимания к целям пациента. Планирование систем психического здоровья традиционно сосредоточивалось на достижении целей по изменению системы помощи. Обслуживание по месту жительства и улучшение использования помощи — известные цели системы. Однако, хотя они и представляют собой важные задачи по совершенствованию службы, ведущими при составлении планов не могут быть. Планирование систем должно руководствоваться целями, диктуемыми непосредственно пользователями (например, работа, приносящая удовлетворение).

Обычно возражают, что сосредоточиваться на целях больных нерационально, так как они немотивированны, нереалистичны для выбора конструктивных целей или в связи с ограниченностью ресурсов окружения. Однако, внимательно выслушав обсуждение пользователями своих целей, специалисты поймут, что большинство психически больных вполне в состоянии сформулировать конструктивные цели и делают это. Другое возражение против чрезмерного внимания к целям пациента связано с необходимостью соответствия целям других слоев общества (профессионалов, соседей, профсоюзов и законодателей). Хотя необходимость принимать во внимание мнение этих кругов затрудняет сосредоточение специалистов на целях пользователей, разработчики планов должны иметь смелость это делать (Cohen and Anthony, 1988).

3. Дефицит внимания к осознанным нуждам пациентов. Планирование систем прежде не было основано на осознанных нуждах пациентов. Обычно при оценке потребностей специалисты оценивают необходимость в заранее определенных услугах, как, например, лечение в дневном стационаре, или же выясняют потребность в определенных видах помощи, оценивая уровень функционирования пациентов. В клиент-ориентированной системе все по-другому: пациенты оценивают свои осознанные нужды в получении конкретных видов помощи для снижения уровня стресса, который они испытывают, например необходимость помощи в поисках возможности независимого проживания с совместимыми людьми (Cohen and Anthony, 1988). Системы обслуживания могут быть функционально спроектированы только в случаях, когда осознанные потребности пациентов в помощи известны и используются при планировании систем.

4. Дефицит внимания к желаемому объему вмешательства. Одни пациенты в соответствии со своими пожеланиями пользуются многими видами помощи (например, медикаментозное лечение, психотерапия, психосоциальная реабилитация), другие вообще отказываются от помощи или пользуются ею крайне редко. При планировании систем обслуживания мы не уделяли достаточного внимания уровню вмешательства, предпочитаемому пользователями, не задумывались о том, в каком объеме они хотят получать такую помощь. Системы обслуживания могут предлагать различные объемы помощи для удовлетворения потребностей своих пациентов, а не требовать, чтобы они брали все или ничего (Cohen and Anthony, 1988).

5. Дефицит внимания к содержанию. Планирование систем было сосредоточено на форме обслуживания, оставляя без особого внимания содержание помощи. Особая форма организации услуг рассматривается как важный шаг в создании улучшенной системы помощи. При этом содержание оказываемых услуг — какого рода вмешательства производятся, кем, в каком окружении и для какой цели — оставалось без внимания (Cohen and Anthony, 1988). Как указывалось в главах 8 и 9, описать миссию, структуру программы и требуемые качества персонала, необходимые для улучшения помощи, то есть содержание системы обслуживания, возможно (Cohen, 1989; Farkas, Cohen, and Nemes, 1988).

6. Дефицит надежды. До сего времени наши взгляды на планирование систем были ограниченными. Проблемой, которая находилась в центре внимания при планировании, было местонахождение пользователя. Задача заключалась в выписке пациента из больницы и удерживании его в сообществе по месту жительства. Ранее в планировании систем не отражалась вера в реабилитационный потенциал лиц с хроническими психическими расстройствами. Сегодняшнее планирование систем может это отражать, проектируя реабилитационные услуги, которые дают пользователям возможность развивать необходимые в жизни навыки и ресурсы окружения. Целью планирования должно быть не просто оказание помощи пациенту и содержание его вне больницы, а вовлечение и развитие больного в избранном им окружении.

Таким образом, системы охраны психического здоровья находятся на перепутье. Администрации штатов планируют совершенствование системы помощи на местах. Больницы сейчас рассматриваются как часть этой системы. Есть возможность планирования не столько систем помощи в сообществах по

месту жительства, сколько систем, соответствующих целям их пользователей. В каждом штате могут быть созданы системы, которые смогут избежать ловушек прошлого, если специалисты по планированию глубоко проникнутся нуждами пациентов.

Новые системы охраны психического здоровья могут оказаться не лучше предшествующих, если при их планировании не будут сформулированы основополагающие ценностные критерии, если в планах цели пользователей не будут ведущими, не будет заложена оценка потребностей пациентов, не будет уточнено содержание программ и планы не будут основываться на оптимистических взглядах на возможности реабилитации (Cohen and Anthony, 1988). Пользователи и их семьи станут задавать вопрос: какая польза от этих новых видов помощи? Ловушек прошлого при сегодняшнем планировании необходимо избежать.

Заключительные комментарии

Независимо от того, как хорошо ни сформулирован план, как ни наполнен стратегическим содержанием, как ни пронизан соответствующей идеологией, как ни современны знания специалистов по планированию, успех планирования определяется тем, что оно даст пользователям. План сам по себе ничего не значит, если специалисты и администраторы, которые его выполняют, не знакомы с технологией, необходимой для его успешной реализации (Anthony, Cohen, and Kennard, 1989).

Как указывалось в данной главе, современное планирование систем помощи в основном сосредоточено на процессе планирования, а не на сути планируемых мероприятий. Во многих штатах стал применяться процесс стратегического планирования (Goodrick, 1988). Следующий важный шаг — изменение содержания планируемых услуг (Cohen, 1989). Прогресс технологии в сфере реабилитации дал знания, которые могут быть использованы при совершенствовании структуры программы и квалификации персонала (Anthony, Cohen, and Farkas, 1987).

Способы помощи людям с тяжелыми психическими расстройствами уже широко известны. Развивающиеся знания и технологии позволяют легко воспроизводить изменения в структуре программ и в навыках персонала с тем, чтобы редуцировать симптоматику пациента и развивать его умения, ресурсы окружения и ролевое функционирование (Anthony, Cohen, and Kennard, 1989).

Значительно отличаясь друг от друга деталями, большинство качественных технологий разработаны на таком уровне, что инструкторы могут обучать их применению, специалисты могут их применять, администраторы могут контролировать их использование, исследователи могут их оценивать, консультанты по информации могут их распространять, пользователи и члены семей могут следить за их применением. Разработаны сервисные модели, программы обучения персонала и стратегии информационного обслуживания. Эти технологии, например, позволяют создать центр психосоциальной реабилитации, организовать программу самопомощи, руководимую пользователями, обучать необходимым жизненным навыкам и навыкам контроля медикаментозной терапии, формулировать цели, проводить функциональную оценку, устанавливать контакт с пациентами, заниматься индивидуальным менеджментом (Anthony, Cohen, and Kennard, 1989).

Усвоение и использование технологии в определенной степени зависит от того, как она описана и представлена (Muthard, 1980). Некоторые из новейших технологий, полезных в деле совершенствования помощи лицам с хроническими психическими расстройствами, разработаны до мельчайших деталей и представлены в форме, удобной для пользования. В других случаях применение новых технологий требует участия в этом процессе посредников — специалистов по внедрению. Важна для процесса внедрения технологии также характеристика ее пользователей (Gomogy, 1983). Чем более знающий и квалифицированный ее пользователь, тем в меньшей детализации нуждается технология.

Попытки внедрения планирования систем, основанных на идеологии реабилитации, приведут либо к усвоению новой технологии, либо к развенчанию идеологии реабилитации (Anthony, Cohen, and Kennard, 1989). Если новые технологии будут внедрены, изменится не только планирование службы, но и, что более важно, — оказание помощи лицам с психическими заболеваниями.

Технология изменений

«Большинство перемен, которые, как нам кажется, мы видим в жизни — всего лишь истина, которой доверяют или же не доверяют».

Robert Frost

Если психиатрическая реабилитация стремится остаться истиной, которой доверяют, должны постоянно совершенствоваться подготовка персонала, разработка программ и планирование систем обслуживания. Практика психиатрической реабилитации требует уникальных профессиональных навыков, знаний и отношения, новаторских программ и системы помощи. В последнее время разрабатываются технологии информационного сервиса и подготовки специалистов (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989) — чтобы обеспечить агентства квалифицированными кадрами по вопросам реабилитации и соответствующими программами. Эти технологии

Фрагменты этой главы являются перепечаткой (с разрешения авторов) отрывков из следующих источников:

Anthony, W.A., Cohen, M.R., and Farkas, M.D. (1987). Training and technical assistance in psychiatric rehabilitation. In: A. Meyerson and T. Fine (Eds.) *Psychiatric disability: clinical, legal and administrative dimensions*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cohen M.R. (1989) Integrating psychiatric rehabilitation into mental health systems. In M.D. Farkas and W.A. Anthony (Eds.) *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 162–191). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

дают возможность сфере психиатрической реабилитации более эффективно повышать квалификацию своих специалистов, совершенствовать свои программы и систему помощи.

Опыт изменений

Специалистом сферы психиатрической реабилитации нельзя стать за одну ночь. Квалификация не приобретает автоматически при привлечению на работу в реабилитационную программу. Чтобы стать опытным специалистом психиатрической реабилитации, необходимо затратить много времени и усилий. Слушатель курсов подготовки по психиатрической реабилитации так описывает свои впечатления:

«Моя солидная подготовка по психосоциальным вопросам внушала уверенность, что учиться мне будет легко. Но вот пришло время тренинга навыков психиатрической реабилитации! Это оказалось гораздо более сложной задачей, чем я предполагал! Скоро мне стало понятно, что простое не обязательно означает легкое. Три недели тренировок до изнеможения: магнитофонные записи моих занятий с пациентами, критика этих занятий нашими преподавателями; учебные занятия с моими конспектами, которые я все еще прорабатываю (52 часа по учебному плану, начиная с апреля), групповые обсуждения с изучением и разбором моих магнитофонных записей и т.д. и т.п.! Результат всего этого я считаю потрясающим.

Психиатрическая реабилитация предоставляет важные ценностные ориентиры нашим пациентам и помогает нам осуществить то, что мы знаем, во что мы верим или даже считаем, что делаем, а на самом деле только скользим по поверхности. Модель психиатрической реабилитации заставляет нас наиболее полно применять нашу психосоциальную идеологию...

Внедрять эту модель очень трудно, но интересно. Работа включает всестороннюю подготовку персонала и разработку методов для воплощения модели в индивидуализированных программах. Единственный наиболее важный для меня фактор — поддержка администрации. Внедрение модели психиатрической реабилитации в агентстве, где я работаю, практически невозможно без согласия руководства на то, что результаты внедрения будут отдаленными...

Следующим шагом должно быть обеспечение последовательного идеологического и программного подхода к пользователям в рамках прежней системы обслуживания. Это кажется мне хорошей идеей, но какая огромная работа! И все же мы сможем ее сделать!» (Hillhouse-Jones, 1984, с. 1, 8).

Как упоминалось в главе 8, большинство профессионалов овладевали своими знаниями и приобретали навыки в области психиатрической реабилитации не путем формального образования или специальной подготовки (Friday, 1987). Вместо этого они изучали реабилитацию с помощью своего непосредственного опыта работы в психосоциальных и реабилитационных агентствах, кроме того, учились у научных лидеров, таких как Beard, Grob, Dincin, Rutman и другие. По мере того как популярность концепции психиатрической реабилитации росла и все больше людей вовлекались в эту работу, все более очевидной становилась необходимость в технической помощи (например, подготовка персонала, информация о программах и системах помощи). В 1977 г. Anthony не без иронии охарактеризовал нынешнее состояние психиатрической реабилитации как «создание нетрадиционных психиатрических учреждений в целях использования традиционных психиатрических технологий традиционно подготовленными специалистами» (Anthony, 1977, с. 660). Стало ясно, что подготовка специалистов и консультирование по вопросам психиатрической реабилитации крайне необходимы.

Пониманию этой необходимости предшествовали одобрение концепции психиатрической реабилитации и начало работы реабилитационных программ. Был достигнут консенсус в отношении основополагающей идеологии и принципов данной сферы. Кроме того, некоторые научные исследования подтвердили, что два основных вида психиатрической реабилитации — обучение пациентов навыкам и развитие ресурсов окружения — взаимосвязаны с различными ее результатами (например, более высокий уровень независимого проживания пациентов и трудового их функционирования). Таким образом, провозглашение идеологии психиатрической реабилитации, эмпирические исследования реабилитации и развитие центров психосоциальной реабилитации по всей стране помогли более четко определить психиатрический реабилитационный подход. Формирование его, как и определение практических навыков и элементов программ, необходимых для его внедрения, сделали возможным предоставление технической помощи, которая предназначена для повышения квалификации профессионалов, совершенствования программ и систем помощи.

Технология подготовки специалистов

В настоящее время основные навыки специалиста сферы психиатрической реабилитации могут объективно регистрироваться и измеряться, в результате совершенствовалась технология обучения специалистов. Как указывалось в главе 8, большинство работающих сейчас профессионалов психиатрической реабилитации не обучались навыкам этой специальности, будучи студентами, и в большинстве университетов до сих пор отсутствуют такие курсы. Поэтому специалисты часто проходят подготовку по психиатрической реабилитации после того, как начинают работать в агентствах, которые обслуживают людей с тяжелыми психическими расстройствами.

Определенные навыки нужны специалисту вне зависимости от конкретного вида учреждения, в котором он работает (например, клуб пациентов, локальный центр психического здоровья, больничная программа, офис профессиональной реабилитации штата). Anthony, Cohen, and Pierce (1980) написали шесть учебных пособий для обучения специалистов некоторым известным к тому времени навыкам психиатрической реабилитации. Метод оценивался в ходе 150-часовой экспериментальной учебной программы для студентов, изучающих реабилитационное консультирование, и для специалистов сферы психического здоровья и профессиональной реабилитации. Обучение предусматривало освоение навыков, представленных в шести учебных пособиях. Оценка результатов учебной программы доказала, что навыки психиатрической реабилитации могут быть успешно освоены и измерены, и что слушатели считают эти навыки важными для своей работы. Более того, пациенты специалистов, получивших высокие оценки при письменном экзамене по практическим навыкам, оказались способными определить наличие этих новых навыков, понятых, освоенных и применяемых в работе с ними (National Institute of Handicapped Research, 1980). С тех пор Центр психиатрической реабилитации оценил результаты обучения навыкам психиатрической реабилитации сотен специалистов (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1984; Goering, Wasylenki, et al., 1988; Rogers et al., 1986) и включил тренинг навыков в программы подготовки магистров и докторов философии в Бостонском университете (Farkas, O'Brien, and Nemes, 1988).

Создание стратегии распространения программ подготовки по психиатрической реабилитации

Хотя необходимость и ценность подготовки специалистов были доказаны, на местах отсутствовал механизм для широкого внедрения тренинга специалистов сферы психического здоровья. Нужна была и стратегия распространения программ обучения.

Обзоры исследований по распространению и использованию новых технологий положили начало действенной стратегии (например, Caplan, 1980; Fairweather, 1971; Glaser and Taylor, 1969; Hamilton and Muthard, 1975; Havelock, 1971; Havelock and Benn, 1969; Muthard, 1980; Pelz and Munson, 1980; Soloff, 1972; Switzer, 1965). Данные исследований говорят о том, что идеальная система подготовки — это непрерывный процесс, включенный в деятельность организации, так как в него с самого начала вовлекаются все, кто занимает ключевые позиции в жизни организации (Muthard, 1980). Такое инициальное вовлечение способствует успеху стратегии. Это положение становится еще более благоприятным, если указанные лица испытывают потребность в подготовке (Glaser and Taylor, 1969; Pelz and Munson, 1980).

На основе результатов этих исследований, а также с учетом опыта подготовки специалистов для распространения методов обучения навыкам психиатрической реабилитации создана стратегия тренинга инструкторов. Особенность этой стратегии в том, что она включает три ключевых элемента, основанных на результатах исследований:

1. Тщательный отбор организаций для внедрения тренинга и серьезный подход к отбору специалистов на должности инструкторов.
2. Подготовка инструкторов как по применению ими навыков психиатрической реабилитации в клинической практике, так и по обучению других этим навыкам.
3. Помощь на местах инструкторам в планировании и осуществлении подготовки специалистов в их организациях.

В финансируемом Национальным институтом психического здоровья исследовании стратегии распространения программ подготовки специалистов в системе охраны психического здоровья 100 учреждений по всей стране выразили желание стать центрами подготовки. Было отобрано 9. Представителей этих учреждений обучили навыкам психиатрической реабилитации и методике обучения других этим навыкам. Каждый инструктор, в свою очередь, обучил персонал своего учреждения навыкам

психиатрической реабилитации, и подготовленные специалисты использовали эти навыки в работе с пациентами. Анализ полученных данных подтвердил реальность осуществления предложенной стратегии для обеспечения процесса подготовки специалистов и использования навыков психиатрической реабилитации (Rogers et al., 1986). Со времени создания и исследования стратегии тренинга инструкторов Центром психиатрической реабилитации подготовлено более 100 инструкторов, представляющих свыше 50 учреждений, включая департаменты психического здоровья администраций штатов, локальные центры психического здоровья, психиатрические больницы штатов, центры психосоциальной реабилитации и частные больницы.

Технология подготовки специалистов, которая содействует стратегии внедрения обучения

Подготовка инструкторов, как и обучение специалистов, требует специальных знаний и технологии. Технология подготовки специалистов, которая содействует стратегии внедрения обучения, включает различные руководства для специалистов, набор методических разработок для инструкторов и учебные пособия для преподавателей, готовящих инструкторов. Руководства для специалистов (Anthony, Cohen, and Pierce, 1980; Cohen, Danley, and Nemes, 1985; Cohen, Farkas, and Cohen, 1986; Cohen, Farkas, Cohen, and Unger, 1990) знакомят профессионалов с навыками психиатрической реабилитации. Методические разработки для инструкторов (M.R. Cohen et al., 1985, 1986, 1990) содержат подробные планы занятий и вспомогательные демонстрационные материалы (видеозаписи, магнитофонные записи, слайды) для использования во время занятий. Эти материалы полезны тем, что экономят время инструктора при подготовке к занятиям. Отдельные пособия предназначены для преподавателей, которые обучают инструкторов, и содержат информацию об особенностях этой работы.

Таким образом, технология подготовки специалистов основывается на прочном фундаменте психиатрического реабилитационного подхода. Программы предусматривают обучение основным навыкам психиатрической реабилитации, которые необходимо иметь специалистам этой сферы; предлагают разработанную стратегию тренинга инструкторов по вопросам методики обучения.

Технология консультирования для изменения программ

Внедрение психиатрической реабилитации зависит от способностей специалистов постоянно и эффективно использовать свои знания и умения. Программа реабилитации может оказать организационную поддержку профессионалам при диагностике, планировании и вмешательствах при работе с пациентами.

Основные характеристики программы, основанной на психиатрическом реабилитационном подходе, определены (см. главу 9). Однако, несмотря на то, что об этих характеристиках стало известно гораздо больше, создать новую программу реабилитации или трансформировать традиционную в реабилитационную очень трудно (Carling and Broskowski, 1986). Многие реабилитационно ориентированные программы все еще не учитывают новые знания (Farkas, Cohen, and Nemes, 1988). Создание программы психиатрической реабилитации обычно требует изменений в финансировании, функционировании, комплектовании персонала, миссии и структуре самой программы, ведении документации, а также создания новой реабилитационной среды (Marlowe, Spector, and Bedell, 1983). Часто у специалистов, которым поручено создание программы, недостает знаний и умений выполнить такие изменения.

В прежние времена в развитии программы ее изменениях организациям помогало оказание технической помощи, предусматривающей передачу конкретных знаний и умений (Domergue, 1968; Navary, 1974; Sufrip, 1966) от донора (например, технического эксперта) к реципиенту (например, лицу, не являющемуся экспертом). Nemes (1983) изучал разницу между технической и другими видами помощи (например, финансовая помощь, техническое сотрудничество). По своей сути техническое сотрудничество включает как консультирование, так и подготовку персонала.

Консультирование определяется как передача специальных знаний, касающихся психиатрической реабилитации, создания программ и планирования систем; подготовка персонала (тренинг) — как обучение знаниям и навыкам психиатрической реабилитации в целях повышения квалификации работников. Процедуру консультирования проводят обычно на местах при общении один на один, в то время как подготовку персонала — чаще на групповых занятиях в специальных учреждениях. В системе охраны психического здоровья существует множест-

во примеров консультаций на местах. Например, Национальный институт психического здоровья часто консультирует по вопросам создания новых программ (например, организация локальных центров психического здоровья и программ общественной поддержки). Двумя официальными агентствами технической помощи являются Феарветер Лодж (Fairweather, 1980; Fergus, 1980) и Фаунтен Хаус (Propst, 1985). Агентство Феарветер Лодж изучило влияние своих консультативных программ и подготовило ряд рекомендаций в отношении оказания технической помощи, предусматривающих привлечение к обсуждению изменений в программе большого числа сотрудников и представителей администрации, а также формирование рабочей группы, которая будет заниматься разработкой необходимых конкретных шагов (Fairweather, 1980).

Фаунтен Хаус с 1977 г. проводил для всех штатов консультации по подготовке персонала и программ для создания новых клубов пациентов и совершенствования деятельности существующих клубов. Было рассмотрено много программ дневных стационаров в структуре локальных центров психического здоровья. После посещения учреждения специалистами Фаунтен Хаус персонал программы проходил трехнедельную подготовку в этом агентстве, работая в основном в качестве стажеров. После такой подготовки проводилось по мере необходимости консультирование на местах или в Фаунтен Хаус (Propst, 1985). Как заявил один из преподавателей программы, «во время занятий коллеги обретали способность воспроизводить, индивидуализировать и совершенствовать модель помощи, которая сможет улучшить качество жизни пользователей» (Shoultz, 1985, с. 2).

Приведение программы в соответствие с психиатрическим реабилитационным подходом

Консультанту программы психиатрической реабилитации необходимы специальные знания (например, об элементах программы) и навыки консультирования (например, объяснить, как создавать программу). Центр психиатрической реабилитации выделил в этом процессе консультирования четыре вида деятельности: (1) определение готовности программы, (2) оценка программы, (3) предложения по изменениям программы и (4) изменения программы (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989). Процесс консультирования делает акцент на тщательной оценке программы (например, миссия, структура и элементы окружения)

для определения ее соответствия психиатрическому реабилитационному подходу и возможностям изменения.

Основываясь на оценке готовности и на определении сильных сторон и погрешностей программы, консультант предлагает план изменений, где уточняется вмешательство консультирующей стороны и указываются временные рамки достижения целей. На следующем этапе выполняются вмешательства по изменению программы: это может быть новая формулировка миссии и политики программы, проектирование новой структуры программы, пересмотр модуса ведения документации, изменение функциональных обязанностей персонала и создание нового окружения для жизни, учебы, общения и работы пациентов.

Составные элементы консультирования по вопросам программ психиатрической реабилитации были исследованы в ходе выполнения Проекта технической помощи, финансируемого Отделом психического здоровья и больниц администрации штата Нью-Джерси. Целью Проекта было помочь 54 учреждениям частичной госпитализации справиться со множеством проблем обслуживания лиц с хроническими психическими расстройствами. Четыре консультанта и руководитель Проекта были отобраны с учетом из их опыта работы в программах психиатрической реабилитации, специальных знаний и навыков консультирования (Kelner, 1984). Консультанты работали в Центре психосоциальной реабилитации, который также финансировался администрацией штата. Руководитель Проекта получал из Центра психиатрической реабилитации техническую помощь по организации процесса консультирования программ. Этот процесс включал три фазы: (1) оценка программ частичной госпитализации, (2) создание плана индивидуализированной технической помощи и (3) осуществление интервенций технической помощи, таких как подготовка по общим вопросам и консультирование на местах. Материалы Проекта технической помощи программам частичной госпитализации штата Нью-Джерси приведены также в работах Borgys и Fishbein (1983), Kelner (1984) и Fishbein (1988). В результате внедрения Проекта получены позитивные результаты: например, отмечены существенные изменения (при сравнении показателей до вмешательства и после него) в документации программ, касающейся сильных сторон и дефектов навыков пациентов, а также назначения конкретных вмешательств по достижению целей пользователей. Кроме того, чаще документировалось вовлечение пациентов и чаще оценивались ресурсы их окружения.

В течение последних 5 лет все больше самых разных программ использовали стратегии подготовки специалистов и консультирования для совершенствования реабилитационных услуг нуждающейся в них группе населения. Анализ деятельности некоторых из этих жилищных, профессиональных, образовательных и социальных программ свидетельствует о настоятельной необходимости долгосрочных стратегий интенсивного их распространения для внедрения инноваций в ежедневную практику специализированных учреждений (Farkas and Anthony, 1989). Учитывая недостаточное количество консультантов, обладающих специфическими навыками, необходима разработка новых технологий подготовки специалистов для увеличения фонда ресурсов, способствующих совершенствованию программ (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1984).

В связи с этим была создана программа обучения специальным знаниям и умениям для консультантов программ психиатрической реабилитации (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989), оценена результативность демонстрационного варианта проекта (Nemes et al., 1990). Четыре местных агентства в штате Западная Виргиния прошли процедуру предварительной оценки соответствия своих программ психиатрическому реабилитационному подходу с использованием процедур, описанных в главе 9. Затем была внедрена двухэтапная стратегия обучения консультантов по программам. На первом этапе 10 человек обучили практическим навыкам и дали им возможность применить эти навыки в работе с реальными пациентами. По завершении практического тренинга 4 специалиста из 10 были допущены ко второму этапу подготовки — обучению навыкам консультирования по программам. Эта 18-дневная учебная подготовка включала такие темы, как проведение аттестации программ, планирование изменений в программе, создание программ психиатрической реабилитации на базе существующих подразделений учреждения.

После завершения подготовки консультантов 4 агентствам были разрешены различные виды консультирования. Два агентства получали формальное консультирование (8 дней консультаций в течение 10 месяцев), одно — неформальное консультирование (5 дней в течение 10 месяцев), еще одно агентство получило только результаты своей предварительной оценки. Консультирование проводили вновь подготовленные консультанты, работая с руководителем агентства, который, в свою очередь, взаимодействовал с комитетом по внедрению. Консультации были посвящены задачам агентств и тому, как агентства

организовали свою структуру для проведения психиатрического реабилитационного процесса диагностики, планирования и вмешательства. После периода консультирования повторно оценили 3 программы, которые получали формальное и неформальное консультирование. Кроме того, выявленные изменения были разбиты на группы — в зависимости от консультанта, агентства и администрации психического здоровья штата (см. табл. 11.1).

Окончательная оценка после вмешательства, как и предварительная, производилась опытными специалистами по аттестации из Центра психиатрической реабилитации. Инструменты оценки программ подтвердили положительные изменения во всех трех агентствах, получавших консультирование. Миссии программ не изменились, а структура в каждом случае изменилась с явным улучшением диагностики. Выраженность субъективно воспринятых изменений колебалась от незначительных или их

Таблица 11.1. Оценка изменений в агентствах

<i>Агентство</i>	<i>Объективные изменения</i>	<i>Субъективная оценка изменений</i>		
		<i>инструменты</i>	<i>консультант</i>	<i>агентство штат</i>
<i>Агентство 1</i>				
Миссия:	0	++	+	0
диагностика —	+	0	+	0
планирование —	0	+	+	+
вмешательства	+	+	+	+
<i>Агентство 2</i>				
Миссия:	0	++	+	+
диагностика —	+	++	+	+
планирование —	0	++	0	+
вмешательства	0	++	0	+
<i>Агентство 3</i>				
Миссия:	0	+	+	+
диагностика —	+	+	++	+
планирование —	++	+	++	++
вмешательства	0	+	++	++

Объяснения оценок: ++ — значительные изменения,
+ — умеренно выраженные изменения,
0 — незначительные изменения или их отсутствие

отсутствия до значительных изменений — в зависимости от источника оценки. Оценка процедуры консультирования была наиболее высокой с точки зрения самих консультантов, далее шла оценка руководителей программ, а затем администрации центра психического здоровья штата.

Отклонения субъективной оценки изменений и разница между объективной и субъективной оценками свидетельствуют о важности более объективных методов измерения изменений. Этот вывод согласуется с результатами более раннего исследования 40 агентств, которое продемонстрировало расхождение между определенным объективно соответствием психиатрическому реабилитационному подходу и мнением о реабилитационной ориентации программ их руководителей (Farkas, Cohen, and Nemes, 1988). Администраторы программ заявляли, что оценка навыков была частью общей оценки функционирования пациентов, хотя в действительности только 30% программ оценивали элементы поведения, которые могут называться навыками. Кроме того, 61% руководителей программ отчитывались о том, что они проводят структурированные сессии тренинга навыков, хотя в действительности это были групповые дискуссии и сеансы групповой терапии.

Результаты изучения подготовки консультантов программ в Западной Виргинии аналогичны данным более раннего исследования Fishbein (1988), который обнаружил самые большие изменения в процессе реабилитационной диагностики. Эта работа доказала, что меньше всего подвергалось изменениям реабилитационное планирование, но при начальной оценке оно было самой сильной частью программ. Реабилитационные планы агентств Западной Виргинии были так же высоко оценены в начале исследования, как и планы 40 агентств в работе, упомянутой выше (Farkas, Cohen, and Nemes, 1988). И во всех трех исследованиях при начальной оценке самым слабым элементом программ оказывались реабилитационные вмешательства.

Планирование могло оказаться закономерно более сильным элементом изученных программ по нескольким причинам. Правила распределения фондов штата и страхового возмещения требуют четкой формулировки целей и постоянного контроля планов и часто настаивают на индивидуализации планов, что требует согласия пациента. Все эти характеристики желательны для программ психиатрической реабилитации (Farkas, Cohen, and Nemes, 1988).

В отличие от планирования, реабилитационный диагноз и вмешательства наиболее подвержены влиянию традиционной

психотерапевтической ориентации. Диагноз часто берется из классификации *DSM-III* или *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1980, 1987) диагностической системы, весьма неподходящей для психиатрической реабилитации (Anthony and Nemes, 1984). Вмешательства, основанные на клинических терапевтических техниках, которым до сих пор обучают в большинстве профессий сферы психического здоровья, можно сравнить с круглыми отверстиями, в которые безуспешно пытаются вбить квадратные колышки — лиц с психическими расстройствами (Mowbray and Freddolino, 1986). Изменение техники вмешательств может представлять трудности при ее внедрении из-за негативного отношения персонала к работе с такими пациентами (Mowbray and Freddolino, 1986; Stern and Minkoff, 1979). Мичиганское исследование (Mowbray and Freddolino, 1986) выявило еще одну причину затруднений при попытках внести изменения во вмешательства: персонал стремится оказывать пациентам помощь таким образом, чтобы удовлетворить свои профессиональные потребности, но не обязательно нужды страждущих. И, наконец, трудности изменения вмешательств могут быть связаны с тем, что эти процедуры не в полном объеме регистрируются в документах программ. От специалистов редко требуется детально документировать и обосновывать выполняемые ими вмешательства. В отличие от этого и диагностика и планирование детально отражаются в документах, что позволяет контролировать деятельность специалиста.

Позитивные изменения, отмеченные при объективной и при субъективной оценке в ходе исследования в Западной Виргинии, доказали, что даже минимальное консультирование программ может быть весьма действенным. Время, затраченное на консультирование, составило не больше 8 дней на каждое агентство, а оценка программы занимала еще 2 дня. Консультации, проводившиеся в течение 8 дней, включали постановку целей консультирования на основе результатов оценки. По меньшей мере 25% всего времени консультирования уделялось проведению и обсуждению оценки программы. И хотя невозможно выделить влияющие процессы оценки программы от влияния других факторов, стимулирующих изменения, одно только предоставление агентству информации о результатах такой оценки может привести к изменениям (Nadler, 1977).

Запрос на оказание технической помощи должен исходить от агентства и основываться на убеждении персонала в необходимости такой помощи. Поддержка системы обслуживания не менее важна для успеха технической помощи. Слабость лю-

бого из этих звеньев может служить препятствием успешному консультированию.

Наряду с технической помощью должны быть обеспечены условия для постоянного анализа эффективности используемой стратегии, а также выявления и преодоления непредвиденных обстоятельств. По окончании оказания технической помощи необходимо объективно оценить, насколько успешно достигнуты поставленные цели и задачи, а также изучить субъективную оценку воздействия технической помощи (Nemes et al., 1990).

Технология консультирования для изменения систем обслуживания

Как упоминалось выше, психиатрический реабилитационный подход должен стать неотъемлемым элементом работы персонала, программ, которые структурируют различные виды окружения и систем обслуживания, предоставляющих помощь в конкретном регионе. Консультирование систем имеет больше шансов изменить в лучшую сторону исход реабилитации пациента — в связи с прогрессом в подготовке специалистов и в консультировании программ.

Консультирование систем может быть более эффективным потому, что отношение, знания и навыки персонала, участвующего в психиатрической реабилитации, детально описаны и включены в технологию подготовки специалистов; миссия, структура и окружение программы, которые являются опорой реабилитационного процесса, могут быть преобразованы в технологию консультирования программ. Таким образом, консультирование систем получит независимое направление. Состав обслуживаемых групп населения, идеология, политика и функции администрации центров психического здоровья могут быть изменены таким образом, чтобы персонал и программы в системах обслуживания получали эффективную поддержку в осуществлении психиатрической реабилитации.

Администрации центров психического здоровья, внедряющие психиатрическую реабилитацию в систему помощи, определяют состав обслуживаемых групп населения, идеологию, политику и свои функции по обслуживанию психически больных с тем, чтобы это соответствовало психиатрическому реабилитационному подходу. Система общественной поддержки, описанная в главе 10, является хорошим примером проекта, соответствующего принципам психиатрической реабилитации (Cohen, 1989). Все

больше появляется работ, посвященных изменениям различных элементов системы, таких как финансирование, планирование программ и комплектование персонала (например, Carling, Miller, Daniels, and Randolph, 1987; COSMOS, 1988; Harris and Bergman, 1988a; Jerrell and Larsen, 1985; Lehman, 1987; Mosher, 1983; Santiago, 1987; Balbott, Bachrach, and Ross, 1986; Telles and Carling, 1986). Знание о том, как изменяются системы, помогает составить план включения в систему психиатрическую реабилитацию. Поскольку администрации штатов начали проводить в жизнь Закон 99-660, который требует учитывать идеологию реабилитации при составлении планов штатов (NIMH, 1987), специалисты получают больше возможностей изучать изменения систем, связанные с психиатрической реабилитацией (Anthony, Cohen, and Kennard, 1989).

Система начинает внедрять психиатрическую реабилитацию с определения группы населения, подлежащей реабилитации. В широком смысле слова такой группой являются люди, которые выздоравливают после нарушений психики и не достигли пока желаемого уровня функционирования (Cohen, 1989). Конкретные системы психического здоровья могут дифференцировать группы населения, подлежащие обслуживанию, уточняя демографические критерии, такие как место проживания, возраст или годовой доход. Кроме того, в периоды финансовых затруднений при формировании группы населения, подлежащей обслуживанию, может вводиться критерий тяжести расстройства (Bachrach, 1980). Однако в идеальной системе все люди, которым требуются услуги по реабилитации и которые получают от них пользу, должны входить в группу, подлежащую реабилитации, — независимо от тяжести нарушения.

Процесс изменения систем

Pierce и Blanch (1989) сформулировали шесть положений о процессе изменения систем на основании своих попыток внедрить психиатрическую реабилитацию в систему охраны психического здоровья штата Вермонт. Эти положения свидетельствуют: процесс изменения медленный, многовариантный и непредсказуемый, он требует наличия в штате агентства хотя бы одного активного сторонника реабилитации, гибкости при выборе стратегии, финансовой поддержки, изменяющейся в зависимости от результатов. Мнение цитированных авторов совпадает с данными литературных источников о распространении

и применении новых технологий (Caplan, 1980; Hamilton and Muthard, 1975; Havelock and Benn, 1969; Soloff, 1972; Zaltman and Duncan, 1977).

Наиболее важным для изменения системы является то, что в основе этого процесса должна лежать общесистемная миссия, ориентированная на пациента и его реабилитацию (например, миссия достижения успешного функционирования пользователя, его удовлетворенности в избранном окружении при возросшем уровне независимости). Процесс изменения систем обслуживающих состоит из пяти основных этапов (Cohen, 1989):

1. Формулировка реабилитационной миссии для четко определенной группы населения.
2. Формулировка реабилитационной политики, которая воплощает задачи миссии в практических инструкциях.
3. Создание правил, устава и методик в соответствии с этой реабилитационной политикой.
4. Результаты реабилитации на основе миссии и политики становятся целями, которых стремится достичь система.
5. Все основные функции системы (например, планирование, финансирование, управление, подготовка персонала, координация, оценка и защита) направлены на достижение целей реабилитации.

Принципы изменения системы

Как и в большинстве случаев изменений, ожидается значительное отставание во времени между появлением новых знаний о реабилитационной службе и использованием этих знаний в системе охраны психического здоровья. Muthard (1980) и Glaser с Ross (1971) считают, что одной информированности заинтересованных лиц недостаточно для осуществления изменений на практике. Jung и Spaniol (1981) подытожили данные всестороннего анализа литературы по распространению и использованию реабилитационных программ и выделили 15 принципов изменения систем. Эти принципы ориентированы на идеальный результат (например, надежный, осязаемый, необходимый, полезный, простой в использовании и подходящий), идеальный процесс (например, текущая оценка процесса, вовлечение пользователей, создание стратегии, поддержка пациентов) и идеальную атмосферу (например, готовность к изменениям, адекватные ресурсы и осознанная необходимость со стороны

окружения). На основе анализа опыта по изменению систем, накопленного в Нью-Джерси (Fishbein and Cassidy, 1989), в Вермонте (Pierce and Blanch, 1989), и в Западной Виргинии (Nemes et al., 1990), а также данных литературы, Cohen (1989) выделил следующие 10 принципов изменения системы охраны психического здоровья для внедрения программ психиатрической реабилитации:

1. Изменение системы ориентировано на нужды и выбор обслуживаемых пользователей.
2. Изменению системы способствует оценка совместимости и готовности к изменениям (например, осознанная необходимость в изменениях) в учреждении.
3. Изменению системы способствует обучение персонала новым навыкам или создание в учреждении условий для использования сотрудниками имеющихся навыков.
4. Изменению системы способствует применение модели работы агентства с вовлечением пользователей.
5. Изменению системы способствует создание в учреждении атмосферы поддержки, включая выбор вида менеджмента, ориентированного на реабилитацию и развитие соответствующей структуры программы.
6. Изменению системы способствует поддержка со стороны департамента психического здоровья администрации штата, включая планирование, разработку программ, подготовку персонала, менеджмент, координацию, финансирование, оценку и защиту.
7. Изменению системы способствует усвоение технологии реабилитации — надежной, контролируемой, необходимой, подходящей, понятной и доступной.
8. Изменению системы способствуют позитивные межличностные взаимоотношения между сотрудниками департамента психического здоровья администрации штата и персоналом агентства, ориентированные на нужды агентства и разделении ответственности.
9. Изменению системы способствует взаимодействие со смежными обслуживающими системами для обеспечения поддержки реабилитационной миссии.
10. Изменение системы является эволюционным процессом и требует времени (обычно 3 года или более).

Таким образом, внедрение реабилитации в систему охраны психического здоровья представляет собой трудную задачу. Процесс изменений трудоемок и требует тщательного выбора

группы населения, подлежащей обслуживанию, задач четкой формулировки системы в отношении этой группы, а также политики и технологии, способствующих реабилитации. Все функции системы нуждаются в изменении для поддержки психиатрического реабилитационного подхода.

Заключительные комментарии

Объем знаний о психиатрической реабилитации непрерывно расширяется. Специалисты уже не должны осваивать практику реабилитации методом проб и ошибок — часто за счет больного. Развивается также технология психиатрической реабилитации, которой могут овладевать специалисты, а это способствует развитию программ и систем. Развиваются технологии подготовки специалистов и консультирования программ, необходимые для распространения методов психиатрической реабилитации. Все это, наряду с расширением знаний об изменении систем обслуживания, придаст действенность прогрессивным намерениям профессионалов сферы психиатрической реабилитации и делает обоснованными их надежды добиться эффективных результатов в лечении психических больных.

Взгляд в будущее

«Счастлив тот, кто имеет мечту и готов нести жертвы для ее осуществления».

Suenes

Научные и практические работники сферы психиатрической реабилитации не любят обсуждать будущее этой дисциплины. В отличие от них, специалисты по лечению психических расстройств — как теоретики, так и клиницисты — часто говорят о будущем, предсказывая возможный прорыв в этой области в связи с применением таких новых технологий, как позитронная эмиссионная томография и компьютерная томография, или с прогрессом профилактики, медикаментозного лечения, других лечебных методов. Они говорят о препятствиях, о трудностях, о необходимом времени и средствах — но у них есть надежда.

А специалисты психиатрической реабилитации часто говорят о том, как много ими достигнуто, какие у них имеются ресурсы и возможности и насколько далеко следует продвигаться вперед. Но где же предвидение, где надежды, где мечты о будущем? Мы можем быть настолько озабочены тем, чтобы не давать невыполнимых обещаний, что безосновательно ограничиваем наши предвидения и смиряем полет мечты. Есть существенная разница между внушением ложных надежд и предвидением. Если мы продолжаем работать в этом направлении и отстаиваем это предвидение, оно не вводит нас в заблуждение, наоборот — стимулирует! Предвидение не вызывает неоправданных обе-

щаний, а служит источником энтузиазма в достижении мечты.

Последняя глава написана скорее сердцем, чем разумом. В ней нет ссылок на литературу. Мы, авторы, как и другие участники процесса психиатрической реабилитации (например, пользователи, их семьи, специалисты, педагоги, администраторы и исследователи), заслужили право на мечту. Мы надеемся, что эта мечта не только наша.

Готовимся мечтать

Чтобы открыть наше сознание для будущего, мы должны оставить в покое заботы прошлого. Как говорил Уинстон Черчилль: «Если мы начинаем ссору между прошлым и настоящим, мы обнаружим, что проиграли будущее». Чтобы без помех предвидеть будущее, изложенные нами ниже шесть проблем должны рассматриваться как проблемы прошлого.

Проблемы прошлого

Необходимо прекратить задавать вопрос, должны ли пользователи играть активную роль в реабилитации и начать спрашивать пациентов, какие роли им по душе. К счастью, благодаря руководству и стимулированию со стороны Программы общественной поддержки Национального института психического здоровья, все больше специалистов сферы психического здоровья и реабилитации понимают, что у каждого пользователя есть своя роль, и в конце концов она будет определена. Все больше объединений пользователей берут на себя функции самопомощи и защиты. Профессионалам необходимо учитывать все, что считают полезным для себя лица с психическими расстройствами и члены их семей. В будущем не будет редкостью участие пользователей в работе руководящих органов, выполнение ими функций специалистов или преподавателей. Дверь открыта — пользователи вошли. Нам следует прекратить беспокоиться, задавать вопросы и приказывать — приготовьтесь слушать.

Важно воздержаться от споров о преимуществах больничного лечения перед лечением по месту жительства и определить функции, которые при каждом из этих видов помощи выполняются лучше. На споры о месте вместо споров о сути уже ушло много сил и времени. Пользо-

ватели служб психического здоровья, как и пользователи других служб здравоохранения, предпочитают находиться там, где они проживают. Вопрос в том, как больничные и местные службы могут помочь им испытать удовлетворенность и добиться успеха в сообществе по месту жительства?

В конечном счете больница тоже является частью сообщества. Ее функция — помогать людям оставаться в сообществе, а не в изоляции. Однако специалисты местных служб часто смотрят на больницу, как на другую планету. Больных, которые госпитализированы, забывают: их никто не посещает, не звонит, не пишет писем, как будто они действительно попали на другую планету! Профессионалам из местных служб не следует оставлять своих пациентов без наблюдения и в больнице, а работники больницы должны прилагать все усилия, чтобы люди могли выписаться с достаточным уровнем функционирования. Собственно говоря, и больничные и локальные программы ориентированы на жизнь в обществе. Эти оба вида обслуживания призваны обеспечить пациентам возможность жить, учиться, общаться и работать там, где они хотят.

Раньше специалисты местных служб, учитывая их локализацию, считали свои программы лучше больничных. Это суждение всегда было ошибочным. Больничные программы тоже могут работать с реабилитационной ориентацией и, сотрудничая с программами местных центров, положительно влиять на исход реабилитации пациента. Независимо от того, где расположено агентство, его специалистам важно сосредоточиться на том, что они в силах сделать, чтобы помочь пользователям достичь своих конечных целей реабилитации.

Необходимо сконцентрировать усилия на интеграции пользователей в общество, а не на поддержании их существования в обществе. Уже разработаны стратегии снижения сроков пребывания лиц с психическими расстройствами в больницах. Люди с инвалидизирующими психическими заболеваниями могут пребывать вне стационаров при поддержке со стороны своего окружения и при таких реабилитационных вмешательствах, как услуги оплачиваемых компаньонов или добровольцев.

Однако, хотя такие действия и возможны, это не значит, что они действительно качественны и достаточно часто выполняются. Почти каждого пациента можно удерживать вне стационара большую часть времени — это задача вчерашнего дня. Задача будущего — интеграция больного в общество. Отсюда вопрос: можно ли помочь пользователям, которые удерживаются во

внебольничных условиях, более успешно и с большей степенью удовлетворенности функционировать в обществе?

Приведем пример: инвалиду с тяжелыми соматическими расстройствами предоставили современную инвалидную коляску, чтобы облегчить ему жизнь в обществе. Он может задать вопрос: сейчас, когда я живу дома, куда я могу попасть в этой коляске? Если сложные дорожные условия ограничивают ему доступ к месту работы, учебы или отдыха, использование общественного транспорта становится проблематичным, как инвалидная коляска поможет человеку интегрироваться в общество?

Инвалид вследствие психических заболеваний, живущий вне больницы, может попасть в такое же затруднительное положение. Только барьеры в этом случае становятся барьерами взаимоотношений и программ. Вопросы, однако, остаются те же: когда я живу дома, куда я могу попасть? Где программы по редукции стигматизации? Где программы, которые помогают развивать навыки и ресурсы окружения, необходимые человеку для большей интеграции в жизнь избранного им предприятия, учебного заведения, микрорайона? Проблема будущего: как помочь пациентам лучше функционировать в избранном ими окружении? Прежняя цель — удержание вне стационара — всего лишь цель вчерашнего дня.

Необходимо рассматривать психиатрическое лечение и психиатрическую реабилитацию не как конкурирующие, а как взаимодополняющие модели. Сторонников психиатрической реабилитации иногда считают противниками медицинского подхода к лечению. Эта позиция нам непонятна, так как мы считаем, что хорошее лечение и хорошая реабилитация идут рука об руку. Однако нам доводилось слышать от специалистов по лечению мнение, что реабилитационный подход вынуждает делать выбор между реабилитацией и лечением.

Представляется, что этот кажущийся антагонизм мог быть вызван неодобрительным отношением специалистов по реабилитации к лечению, которое они считают плохим: это лечение, назначаемое без осознанного согласия пациента, это длительное использование медикаментов без достаточного информирования больных, это отрицание необходимости реабилитации инвалидов с тяжелыми психическими расстройствами, а также игнорирование недостатков медикаментозного лечения (например, побочные действия и тот очевидный факт, что лекарства не помогут выработать навыки, не смогут организовать поддержку окружения). Профессионалы сферы реабилитации не против лечения как такового.

Хорошее лечение, проводимое в сотрудничестве с больными, когда им помогают понять смысл назначений, когда лечение признает и поддерживает пользу реабилитации, дополняет психиатрический реабилитационный подход. Хорошее лечение и хорошая психиатрическая реабилитация представляют собой мощную комбинацию.

Взгляд в будущее

Глядя в будущее с позиций реабилитации, можно представить возникающий консенсус в отношении идеологии реабилитации, расширение сети центров психосоциальной реабилитации, интеграцию реабилитационного подхода в существующую систему охраны психического здоровья, развитие технологии и научной базы, все большее признание необходимости вовлечения пользователей. Можно отметить также несколько особых обстоятельств.

Мы представляем себе систему психического здоровья, в подразделения которой нанимают на работу значительное число людей, являющихся или бывших пациентами службы. Представьте себе банкет по поводу вручения ежегодных наград в департаменте психического здоровья штата. Представьте себе столы, за которыми сидят сотрудники: бывшие пациенты — рядом с кадровыми специалистами, и все объединены общей целью — улучшить качество жизни лиц с психическими расстройствами. Представьте себе одного из руководителей службы, который прежде сам был пациентом или родственник нынешнего пользователя.

Такие картины из будущего можно уже увидеть в некоторых отделах профессиональной реабилитации администрации штатов. Руководители и многие сотрудники отделов являются лицами с психическими расстройствами. О том, что сегодня стало реальностью в ряде штатов, 30 лет назад можно было только мечтать.

Сфера психиатрической реабилитации может приблизить эту картину, поощряя университетские программы находить студентов, выздоравливающих от психических заболеваний, и отдавать им предпочтение при подготовке специалистов по реабилитации. Департаменты психического здоровья администрации штатов могут предоставлять преимущество лицам с психическими расстройствами при приеме на работу любого уровня — профессиональную, техническую, канцелярскую или

вспомогательную. Департаменты штатов могли бы активно создавать подходящие рабочие места в учреждениях системы. Агентства психического здоровья, такие как локальные центры психического здоровья, программы общежитий для пациентов и больницы штатов, могли бы поступать таким же образом. Картина нереальна? Только в том смысле, что сегодня просто ничего не делается в этом направлении.

Мы представляем себе систему психического здоровья, сотрудники которой убеждены, что лица с психическими расстройствами имеют такие же надежды и ставят перед собой такие же цели, как и здоровые люди. Пользователи служб психического здоровья, у которых специалисты по планированию редко выясняют их жизненные цели, в действительности могут эти цели сформулировать. При этом, как и можно ожидать, они называют такие же цели, что и здоровые люди: работа, приносящая удовлетворение, соответствующее жилище, возможность вернуться к учебе, установление дружеских взаимоотношений и снижение психологического стресса.

В течение последних 5 лет мы пытались выяснять цели пользователей. По всей стране проводилась систематическая оценка различных программ в рамках системы психического здоровья (например, больницы, учреждения частичной госпитализации, дневные программы). Такое обследование обычно включало интервью с пользователями. Кроме того, мы провели обучение сотен специалистов из стран Северной Америки, проанализировав во время занятий сотни записанных на магнитную ленту бесед, в которых лица с психическими расстройствами обсуждают свои жизненные цели со специалистами. По ответам пользователей при обследовании и магнитофонным записям клинических интервью становится понятно: цели пациентов очень похожи на цели любого человека — инвалид он или нет.

Выражалась озабоченность, что лица с тяжелыми психическими расстройствами будут неспособны сформулировать свои цели, или же эти цели будут носить деструктивный характер (например, нанести ущерб кому-нибудь), будут нереальными (например, стать дирижером симфонического оркестра). Наш опыт доказывает, что при предоставлении определенных возможностей большинству пользователей можно помочь сформулировать вполне достижимые и разумные цели. По мере того, как они вовлекаются в процесс осмысления, чего они хотят от жизни, их симптоматика меньше влияет на их цели.

Большинство пользователей системы охраны психического здоровья могут быть привлечены к определению своих жизненных, образовательных, социальных и профессиональных целей. Необходимо соблюдать общий принцип: дать людям возможность самим это сделать. Если специалист уделяет время установлению доверительных отношений с пациентом, это может содействовать выяснению желаний пациента. Профессионалу необходимо быть так же внимательным к выслушиванию целей человека с психическими расстройствами, как специалисту по психофармакотерапии к оценке симптоматики.

Мы представляем себе систему психического здоровья, в которой пользователи играют важную роль при принятии решения о необходимых новых программах. Если это представление станет реальностью, концепции наименее ограничивающего окружения придет на смену концепция предпочитаемого окружения. Если бы пациенты играли более значительную роль в принятии такого типа решений, было бы, очевидно, создано больше разнообразных программ: программ самопомощи, руководимых пользователями, новых образовательных и профессиональных программ для людей с нормальным интеллектом, чем традиционных дневных стационаров, программ поддерживаемого трудоустройства, чем специальных предприятий для инвалидов, больше квартирных программ, чем общежитий.

Изложенное выше — это наши предположения, основанные на информации от пользователей. Необходимо, чтобы это были не только предположения. Нужна политика, в соответствии с которой никаких важных изменений в системе не будет производиться без предварительного опроса пользователей о том, что они предпочитают. Мы предполагаем, что нам это известно, но мы редко спрашиваем. Задавать вопросы пользователям услуг о том, что им необходимо и желательно, должно стать обязательным требованием.

Мы представляем себе систему психического здоровья, которая руководствуется целями пациента, а не своими целями. Не только мнение пользователей о желаемых изменениях обслуживания игнорируется, но даже их цели не служат основой системы. Как упоминалось выше, часть проблем, связанных с реализацией этого представления, связана с тем, что многие не верят в возможность определения пациентами значимых для себя и реальных целей. Если же такие цели сформулированы, специалисты по планированию систем не включают их в свои управленческие проекты. Вместо этого на первое

место выдвигаются цели агентства и системы в целом (например, предоставлять всестороннее обслуживание, сдерживать рост цен). Мы еще не видели пациента, который бы заявлял, что его цель — получать всестороннее обслуживание!

Эти цели и им подобные, например, увеличить число центров психосоциальной реабилитации или принять на работу больше специалистов по индивидуальному менеджменту, являются просто перечислением задач, а не формулировкой желаемого результата. Мы надеемся, что исход реабилитации для пациента изменится при решении этих задач, но не можем быть в этом полностью уверены. Система должна руководствоваться в своей деятельности и отчитываться о результатах достижением целей пользователей, а не решением задач службы.

Мы представляем себе систему психического здоровья, которая занимается решением вопросов необходимого и предпочтительного местожительства лиц с психическими расстройствами. В результате изменились бы некоторые распространенные суждения, например о том, что пациент может и должен перемещаться в пределах континуума жилищных возможностей. Эта идея недостаточно приемлема, особенно если человека просят перейти в другую программу, когда он только начал успевать и получать удовлетворение в прежнем окружении! Связывать определенные жилищные условия с получением конкретного вида помощи — тоже устаревшая практика. Услуги должны быть связаны с людьми, а не с местом их проживания! Разве лица, страдающие диабетом, могут получать инсулин, только если проживают в общежитиях? Разве незрячим предоставляется собака-поводырь, только если они живут в сельской местности? Разве лицам с тетрапарезом назначается персональный уход специалиста, только если они находятся в Центре независимого проживания?

Здравый смысл, как это ни парадоксально звучит по отношению к сфере психического здоровья, должен побеждать по мере того, как происходит положительный сдвиг к новым жилищным альтернативам. Концепция поддерживаемого местожительства развивалась вне психиатрического реабилитационного подхода. Наше представление о будущем: лицам с психическими расстройствами станут оказывать помощь для того, чтобы они проживали там, где они хотят. Будут планироваться поддержка и услуги для помощи пациентам в выборе, получении и содержании предпочитаемого вида жилища. Объем, продолжительность и тип услуг обусловят потребностями и желаниями человека, не зависимыми от места его жительства.

Мы представляем себе систему психического здоровья, в которой специалисты испытывают волнение по поводу постепенных поэтапных изменений состояния пациентов и вознаграждаются за помощь в их достижении. У людей с психическими расстройствами улучшение состояния часто происходит медленно, в течение долгого времени. Небольшие с виду достижения — приобретение нового навыка, включение в новый вид деятельности, возвращение улыбки — могут быть важными признаками улучшения.

Специалиста необходимо обучать распознавать эти небольшие изменения, точно так как исследователя обучают искать определенные объекты с помощью микроскопа. Тренированный глаз видит и воспринимает под микроскопом такие детали, которые обычный глаз не воспринимает. Так и с подготовкой профессионала сферы психиатрической реабилитации.

Системы обеспечения качества и управленческой информации должны быть способными улавливать малейшие изменения. Новые критерии результативности начали отражать важность промежуточных результатов, таких как частичная занятость, поддерживаемое трудоустройство и повышение уровня функционирования. Оценка эффективности не ограничивается подходом «все или ничего».

Мы предвидим день, когда диагноз в соответствии с классификацией DSM будет характеризовать шизофрению не как заболевание, обычное течение которого — «нарастание дефекта между эпизодами», а как нарушение, типичное течение которого — повышение со временем уровня функционирования. Как указывалось в главе 2, поучительно проанализировать, как менялся со временем прогноз при умственной отсталости (например, синдроме Дауна). Раньше считалось, что большинство людей с такими расстройствами обречены проводить жизнь в специальных учреждениях — определенно вне общества. А в настоящее время прогноз для большинства лиц с синдромом Дауна не предусматривает пожизненную институционализацию или полную изоляцию от общества. Изменились ли люди, страдающие синдромом Дауна? Или изменилось отношение общества к ним? Не может ли такое произойти и в отношении лиц с психическими расстройствами? Насколько их долгосрочный прогноз связан с нарушением, а насколько — со слабым развитием реабилитационно ориентированных систем обслуживания, недостаточной верой в выздоровление и отношением общества к психически больным?

Это представление о будущем будет реализовано, если мы начнем приспособляться к болезненным нарушениям (в разумных пределах) не только путем воздействия на симптоматику, но в основном через программы интенсивной реабилитации. Необходимо создать поддерживающую среду, которая поможет пользователям адаптироваться, несмотря на расстройство, и верить, что состояние пациента может улучшаться на протяжении длительного периода времени.

Мы представляем себе систему психического здоровья, которая не навешивает на лиц, пользующихся ее услугами, диагностические ярлыки, а видит в них прежде всего людей. Приклеивание диагностических ярлыков иногда приводит к тому, что пациенты оценивают свою личность как шизофреническую, параноидную, маниакальную, плохо функционирующую, или, что еще хуже, считают себя хроническими психически больными. Они рассматривают все свои реакции как проявление аномальности и теряют понятие о нормальном, типичном реагировании на ту или иную ситуацию.

Система, которая обслуживает людей с психическими нарушениями и без них, должна использовать терминологию, которая подчеркивает статус личности. Реабилитационные программы могут называть пользователей своих услуг учащимися, курсантами, участниками, членами клуба и т.п. «Лица с шизофренией» — более предпочтительный термин, чем «шизофреники». Обществу, как и профессионалам, необходимо использовать термины, которые не акцентируют внимание на патологии. Нарушения у людей не проявляются все 24 часа в сутки, все 365 дней в году. Во многих отношениях пациенты более состоятельны, чем несостоятельны. Если рассматривать человека в целом — физический, интеллектуальный, духовный и эмоциональный аспекты — мы поймем: лицо с психическими расстройствами характеризуется своими идеями, опытом и убеждениями.

Мы представляем себе систему психического здоровья, которая приняла тезис о том, что результаты реабилитации, ожидаемые пользователем, зависят от навыков, знаний и отношения специалистов, а не от их дипломов. Лица с психическими расстройствами заслуживают того, чтобы получать помощь от людей, которые могут оказывать эту помощь квалифицированно. Причем самые квалифицированные профессионалы не обязательно имеют наибольшее количество дипломов. В основе их квалификации — навыки, знания и твердая позиция психиатрической реабилитации.

Когда выздоравливающих пациентов спрашивают, что и почему им больше всего помогло, они обычно называют качества сотрудников, которые ими занимались. Наиболее важными для пользователей являются навыки профессионалов, их способность устанавливать контакт, обучать и оказывать поддержку. Отношение персонала должно быть заботливым, уважительным и убежденным в способности личности изменяться. Эти человеческие качества представляются гораздо более важными, чем дипломы.

Системе охраны психического здоровья необходимо также усвоить истину, что в сфере психиатрической реабилитации ни ярлыки профессионалов, ни ярлыки пользователей не имеют первостепенного значения. Необходимо, чтобы продвижение специалиста по служебной лестнице зависело от того, что он умеет делать, а не от его дипломов. Университеты должны добиваться, чтобы выпускники учебных программ, кроме овладения профессиональными знаниями, научились устанавливать контакты с пациентами, обучать их и поддерживать. Специалисты с такими характеристиками, независимо от своих дипломов, являются, по сути, самыми подходящими для работы в сфере обслуживания.

Мы представляем себе систему психического здоровья, которая создает новые программы, а не новые ярлыки для пользователей и их семей. Такие термины, как молодой хроник, хронический психически больной, пациент из группы риска, член отягощенной семьи, немотивированный клиент, определяют людей по их дефектам. Хотя сторонники ярлыков стремились привлечь внимание к особой группе населения, требующей соответствующей помощи, использование ярлыков приобрело со временем отрицательный оттенок, часто приводя к снижению оценки людей: что можно сделать, если они хроники и немотивированные личности? Пациентов упрекают и считают хрониками или немотивированными личностями, тогда как проблема может быть лишь в том, что доступная им программа непривлекательна и неэффективна. Пациентов упрекают: они, мол, не извлекают для себя пользу из программ в связи с тем, что слишком отгорожены, заторможены и непредсказуемы. Это все равно, что обвинять слепого в том, что его трудно реабилитировать потому, что он не видит!

Появление новых ярлыков служит знаком того, что необходимо развивать новые виды услуг. Направление изменения системы помощи — больше никаких стигматизирующих ярлыков.

Мы представляем себе систему, в которой получение услуг отдела профессиональной реабилитации (ПР) станет для лиц с психическими расстройствами правом, а не помощью, которой следует добиваться. Тяжелые психические нарушения сами по себе дают людям право на услуги ПР. Исследования четко свидетельствуют, насколько трудно предсказать, будут ли результативными эти услуги для каждого конкретного пользователя. Возможно, что пациент, в первый раз не достигший положительного результата, получит его во второй или в третий раз. Заранее определить, может ли курс профессиональной реабилитации принести пользу инвалиду вследствие психического расстройства, практически невозможно, и системе ПР важно признать этот факт. Предубеждение общества — значительное препятствие для профессиональной реабилитации лиц с психическими расстройствами. Система ПР ни в коем случае не должна создавать новых барьеров.

Мы представляем систему психического здоровья, посвящающую себя помощи лицам с психическими расстройствами в достижении их житейских и профессиональных целей, применяя технологию психиатрической реабилитации. До настоящего времени некоторые ошибочно полагали, что лица с психическими расстройствами не достигают больших успехов потому, что не могут сделать реальный выбор, или потому, что их симптоматика будет всегда мешать им в жизни. На самом же деле эти люди, если они получают больше опыта, могут, на него опираясь, выработать свои цели. Например, профессиональная сфера — промежуточное трудоустройство, работа в качестве волонтера, участие в организации клубной работы, стажировка и работа учеником специалиста — дает лицам с психическими расстройствами жизненный опыт, на основании которого они принимают решения о своей трудовой деятельности.

Лицам с психическими расстройствами недостает опыта, который есть у других людей. Их молодость часто «съедало» психическое расстройство и его лечение. Они не могли получить образования и профессии, как их сверстники. То есть их можно рассматривать как незрелых и неопытных.

Для того чтобы получить новую профессию, лицам с психическими расстройствами необходимо приобрести или освоить заново различные навыки и получить доступ к новым ресурсам окружения. Навыки пациента и поддержка окружения, а не симптоматика, влияют на исход реабилитации. Технологий вчерашнего дня уже недостаточно. Необходимо использовать

новые технологии (например, функциональная оценка, обучение навыкам, индивидуальный менеджмент).

Только в минувшем десятилетии система охраны психического здоровья признала улучшение функционирования пользователя в быту и на работе важной его целью. Для развития этого направления должна появиться постоянно совершенствующаяся технология оказания помощи все большему числу лиц с психическими расстройствами вновь обрести свои повседневные и профессиональные цели и достигать их.

Мы представляем себе систему психического здоровья, которая никому не отказывает в получении реабилитационных услуг так часто и так долго, как это необходимо и желательно для пользователя. Элементы поддержки в реабилитационных вмешательствах часто необходимы в течение продолжительного периода. Разве просят возвратить инвалидные кресла-коляски после года их использования? Разве существуют произвольные ограничения во времени, на которое предоставляется незрячему собака-поводырь? В психиатрической реабилитации необходимо, чтобы элементы поддержки были доступны пользователям так долго, как они того желают и нуждаются для сохранения или повышения уровня своего функционирования. Для вмешательств поддержки не должно устанавливаться произвольных ограничений во времени. Часто поддержка может быть необходима только на короткий период, может быть — во время кризисов или появления новых возможностей. Лицо с психическими расстройствами должно быть уверено, что в случае необходимости поддержка ему всегда доступна.

Концепции поддерживаемого жилища, поддерживаемого образования и поддерживаемого трудоустройства признают необходимость длительной поддержки. Инициатива Системы общественной поддержки подчеркивает ценность предоставления пользователям такой поддержки. В соматической медицине и реабилитации необходимость в ней очевидна, и ее произвольная отмена граничила бы с преступлением. Сторонникам психиатрической реабилитации следует добиваться того, чтобы лица, нуждающиеся в их помощи, получали реабилитационные вмешательства так часто и так долго, как это требуется и желательно.

Мы представляем себе систему психического здоровья, в которой лица с психическими расстройствами могут получить необходимую и желательную помощь, не уронив при этом своего человеческого достоинства в качестве самой дорогой платы за услуги. С какой силой некоторые пользователи сопротивляются получению помощи от так назы-

ваемых специалистов, которые не уважают их человеческое достоинство, просто удивительно! Примером этого феномена могут послужить некоторые бездомные с психическими расстройствами, или пациенты с резистентностью к лечению, или самовольно покидающие программы. Возникает вопрос: надо ли унижать людей, или относиться к ним, как к детям, или попираť их человеческое достоинство в процессе оказания помощи? Люди, которые осознают, что они нуждаются в помощи, будут от нее отказываться, если в процессе обслуживания они подвергнутся унижению.

Лица с психическими расстройствами, нуждающиеся в помощи, которой они активно сопротивляются, могут многое рассказать о качестве этой помощи, которое они обсуждают между собой. Пользователи, бывает, отказываются от помощи не из-за своей «ненормальности», а именно из-за своей человечности. Поэтому крайне важно анализировать процесс оказания помощи. Не унижают ли условия этой помощи человеческое достоинство пользователей? Сколько пациентов, отказавшихся от помощи, возвратились бы в программы, сколько случаев недобровольной помощи стали бы добровольными, если бы система обслуживания уважала достоинство человека!

Мы представляем себе систему психического здоровья, которая признает и ценит положительные качества лиц с психическими расстройствами. В сфере психического здоровья существовала тенденция сосредотачиваться на негативных особенностях пользователей. В частности, молодые люди с психическими расстройствами характеризовались как неупорядоченные, несостоятельные, одурманенные, или молодые хроники. Многие их позитивные качества оставались незамеченными.

Другая группа лиц с инвалидирующими расстройствами сейчас привлекает более пристальное внимание как средств массовой информации, так профессионалов сферы обслуживания. Для примера рассмотрим следующую характеристику группы инвалидов:

«Большинство из них безработные; среди них повышен уровень самоубийств; многие живут на средства социального страхования; они часто госпитализируются, они представляют бремя для общества и дорого ему обходятся; некоторые даже пренебрегают уходом за собой; возмущаются барьерами, которыми общество от них отгораживается».

Кто эти люди? Это инвалиды вследствие соматических заболеваний. К счастью, общество и специалисты, которые им

помогают, не акцентируют указанных особенностей. Наоборот, они подчеркивают то, как люди преодолевают препятствия, пересиливают несправедливое к себе отношение и налаживают свою жизнь. Нам необходимо начать акцентировать положительные качества лиц с психическими расстройствами. Они могут иметь интеллект выше обычного, или получить образование высокого уровня и качества; кто-то может быть творческой натурой и иметь талант; кто-то — стремление к карьере или редкое чувство юмора. В общем, им часто есть, чем похвалиться.

Стигматизация в обществе не может снижаться, если она исходит от профессионалов, которые должны помогать ее искоренению. Не пора ли специалистам сферы психического здоровья показать пример отношения, которое общество пыталось бы превзойти? И начать следует с подчеркивания позитивных сторон пользователей, и тогда средства массовой информации, политики, руководители разных рангов и бизнесмены последуют такому примеру.

Мы представляем себе общество, которое предпочитает беспокоиться об улучшении качества жизни лиц с психическими расстройствами, а не об экономии средств на помощь им. Оказание помощи инвалидам вследствие психических нарушений не должно приносить прибыль. Разве обслуживающие их реабилитационные программы разработаны, чтобы возвращать в казну больше денег, чем стоят услуги? Мы так не думаем. Возможность большей независимости для всех инвалидов должна стать правом, а не привилегией.

Общество не кажется столь озабоченным, сколько средств уйдет на помощь лицам с соматическими заболеваниями, которые нуждаются в дорогостоящих методах лечения, особенно детям, на лечение которых порой идут огромные суммы. Эти примеры милосердия являются одними из лучших моментов в жизни человеческого общества.

Однако когда поступают предложения о новых и эффективных вмешательствах для лиц с психическими расстройствами, часто первым вопросом является: сколько это будет стоить? Часто этот вопрос звучит из уст людей, которые, как ожидалось бы, должны сами отстаивать более эффективные программы — членов семей и профессионалов! Неужели мы не верим в то, что вмешательство будет действенным, или в то, что пациенты заслуживают попытки реабилитации? Если те, кому следует быть заинтересованными в повышении качества жизни психически больных, первым делом беспокоятся об экономии средств, тогда кто же будет отстаивать интересы пользователей?

Закон об образовании для всех детей-инвалидов и Закон о реабилитации были поддержаны, исходя из принципа повышения качества жизни. Ликвидация на основе этих законов архитектурных и образовательных барьеров была выдающимся достижением. Разве кто-нибудь из тех, кто отстаивал эти законы, оправдывается в отношении расходов? Мы так не думаем. Вместо этого они добиваются дальнейшей разработки и совершенствования Законов.

Существует естественный порядок в отношении качества жизни и экономии средств. Сначала создаются и внедряются программы, которые включают усовершенствованные методы повышения качества жизни лиц с психическими расстройствами. Затем эти программы делаются по возможности менее дорогими. Улучшение качества жизни предшествует сокращению расходов.

Мы представляем себе мир, в котором людям ничто не мешает общаться. Одним из самых труднопреодолимых барьеров для пользователей при достижении их целей является общество, в котором им необходимо реализовывать свои задумки. Часто получению подходящей работы или приличных жилищных условий препятствует отсутствие доступа не к зданию, а к человеку! Работодатели, владельцы жилых помещений, преподаватели и соседи, если только избавятся от своих предрассудков, помогут развернуться способностям лиц с психическими расстройствами. Насколько больше пользователей могли бы быть трудоустроены, возвратились бы к учебе, жили бы более независимо — даже в своем нынешнем положении — лишь при условии изменения отношения в обществе.

Для того чтобы это когда-нибудь стало реальностью, необходимо постоянно настаивать на необходимости относиться к потребителям точно так, как к другим людям. А это начинается с отношения профессионалов к своим пациентам. Потому что, если специалисты относятся к людям как к шизофреникам, маниакальным или бредовым больным, как можно ожидать от общества стремления к сотрудничеству, а не стереотипного устойчивого представления о болезни?

Заключительные комментарии

Размышления об идеальном устройстве мира стимулируют: как легко мечтать, как легко надеяться! Но, как писал Бенжамин Франклин: «Если жить одной надеждой, можно умереть от голода». Итак, куда мы приходим с нашим предвидением? Это не просто упражнение ума, это характеристика более обширной и более идеальной миссии, для которой мы работаем. Слегка изменив выражение Честертона, можно сказать: «Дело не в том, что идеал был испробован и оказался недостаточным, а в том, что идеал оказался труднодостижимым и остался не испробованным».

Ключ к мечте — это действие. Цена предвидения, плата за мечту — это труд по осуществлению своих надежд и мечтаний. Необходимо быть последовательными и проделать тяжелую работу, которая и стимулируется и облегчается нашими мечтами. Мечты без действия могут быть разочаровывающими, а действия без мечты — беспорядочными и бессмысленными.

Достижение мечты о психиатрической реабилитации зависит от развития ее научной базы, идеологии и высокого качества ее технологии, а также от людей, работающих в этой сфере, программ, в которых они участвуют, и систем, которые поддерживают их деятельность.

И если реальность на самом деле приближается к мечте, жизнь людей, перенесших психические расстройства, улучшится. Такая работа действительно имеет смысл.

Литература

- Adler, D. A., Drake, R. E., Berlant, J., Ellison, J. M., & Carson, D. (1987). Treatment of the nonpsychotic chronic patient: A problem of interactive fit. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 579–586.
- Alevizos, P., & Callahan, E. (1977). The assessment of psychotic behavior. In A. Ciminero, K. Calhoun, & H. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment* (pp. 683–721). New York: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, *6*, 490–505.
- Anderson, C. M., Hogarty, G., & Reiss, D. J. (1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. In M. Goldstein (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics* (New Directions for Mental Health Services, No. 12). San Francisco: Jossey-Bass.
- Angelini, D., Potthof, P., & Goldblatt, R. (1980). *Multi-Functional Assessment Instrument*. Unpublished manuscript, Rhode Island Division of Mental Health, Cranston, RI.
- Anthony, W. A. (1972). Societal rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled. *Rehabilitation Psychology*, *19*, 117–126.

- Anthony, W. A. (1977). Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32, 658–662.
- Anthony, W. A. (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A. (Ed.). (1980). Rehabilitating the person with a psychiatric disability: The state of the art [Special issue]. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 24.
- Anthony, W. A. (1982). Explaining «psychiatric rehabilitation» by an analogy to «physical rehabilitation.» *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 61–65.
- Anthony, W. A. (1984). The one-two-three of client evaluation in psychiatric rehabilitation settings. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), 85–87.
- Anthony, W. A., & Blanch, A. K. (1989). Research on community support services: What have we learned? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3), 55–81.
- Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S., & Althoff, M. E. (1972). Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 78, 447–456.
- Anthony, W. A., & Carkhuff, R. R. (1976). *The art of health care: A handbook of psychological first aid skills*. Amherst, MA: Human Resource Development Press.
- Anthony, W. A., & Carkhuff, R. R. (1978). The functional professional therapeutic agent. In A. Gurman & A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy* (pp. 84–119). London: Pergamon Press.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Cohen, B. F. (1983). Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. In L. L. Bachrach (Ed.), *Deinstitutionalization* (New Directions for Mental Health Services, No. 17, pp. 67–69). San Francisco: Jossey-Bass.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Cohen, B. F. (1984). Psychiatric rehabilitation. In J. A. Talbott (Ed.), *The chronic mental patient: Five years later* (pp. 137–157). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. D. (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83–96.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. D. (1987). Training and technical assistance in psychiatric rehabilitation. In A. T. Meyerson & T. Fine (Eds.), *Psychiatric disability: Clinical, legal, and administrative dimensions* (pp. 251–269). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. D. (1988). Professional pre-service training for working with the long-term mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 24, 258–269.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Cohen, B. F. (1988). Clinical care update: Case management—more than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal*, 24, 219–228.

- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Kennard, W. A. (1989). *Understanding the current facts and principles of mental health system planning*. Unpublished manuscript, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Nemeck, P. B. (1987): Assessment in psychiatric rehabilitation. In B. Bolton (Ed.), *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (pp. 299–312). Baltimore: Paul Brookes.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Pierce, R. M. (1980). *Instructor's guide to the psychiatric rehabilitation practice series*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Vitalo, R. L. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365–383.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (1982). A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 13–38.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (1989). The future of psychiatric rehabilitation. In M. D. Farkas & W. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 226–239). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Anthony, W. A., Howell, J., & Danley, K. S. (1984). Vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 215–237). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *American Psychologist*, 39, 537–544.
- Anthony, W. A., Kennard, W. A., O'Brien, W., & Forbess, R. (1986). Psychiatric rehabilitation: Past myths and current realities. *Community Mental Health Journal*, 22, 249–264.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542–559.
- Anthony, W. A., & Margules, A. (1974). Toward improving the efficacy of psychiatric rehabilitation: A skills training approach. *Rehabilitation Psychology*, 21, 101–105.
- Anthony, W. A., & Nemeck, P. B. (1984). Psychiatric rehabilitation. In A. S. Bellack (Ed.), *Schizophrenia: Treatment, management, and rehabilitation* (pp. 375–413). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Anthony, W. A., & Stroul, B. (1986). *The community support system: An idea whose time has come—and stayed*. Unpublished manuscript, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Appleton, W. (1974). Mistreatment of patients' families by psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 131, 655–657.

- Armstrong, B. (1977) A federal study of deinstitutionalization: How the government impedes its goal. *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 417,425.
- Armstrong, H. E., Rainwater, G., & Smith, W. R. (1981). Student-like behavior as a function of contingent social interaction in a psychiatric day treatment program. *Psychological Reports*, 48, 495–500.
- Arthur, G., Ellsworth, R. B., & Kroeker, D. (1968). Schizophrenic patient post-hospital community adjustment and readmission. *Social Work*, 13, 78–84.
- Aspy, D. (1973). *Toward a technology for humanizing education*. Champaign, IL: Research Press.
- Aspy, D., & Roebuck, F. (1977). *Kids don't learn from people they don't like*. Amherst, MA: Human Resource Development Press.
- Aveni, C. A., & Upper, D. (1976, May). *Training psychiatric patients for community living*. Paper presented at the meeting of the Midwestern Association of Behavior Analysis, Chicago.
- Avison, W. R., & Speechley, K. N. (1987). The discharged psychiatric patient: A review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of *outcome*. *American Journal of Psychiatry*, 144, 10–18.
- Ayd, F. (1974). Treatment resistant patients: A moral, legal and therapeutic challenge. In F. Ayd (Ed.), *Rational psychopharmacotherapy and the right to treatment*. Baltimore: Ayd Medical Communications.
- Azrin, N., & Philip, R. (1979). The job club method for the job handicapped: A comparative outcome study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, December, 144–156.
- Bachrach, L. L. (1976a). A note on some recent studies of mental hospital patients released into the community. *American Journal of Psychiatry*, 133, 73–75.
- Bachrach, L. L. (1976b). *Deinstitutionalization: An analytical review and socio-logical perspective*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Bachrach, L. L. (1980). Overview: Model programs for chronic mental patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1023–1036.
- Bachrach, L. L. (1982a). Assessment of outcomes in community support systems: Results, problems, and limitations. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 39–60.
- Bachrach, L. L. (1982b). Program planning for young adult chronic patients. In B. Pepper & H. Ryglewicz (Eds.), *The young adult chronic patient* (New Directions for Mental Health Services, No. 14, p. 254). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bachrach, L. L. (1983). New directions in deinstitutionalization planning. *Deinstitutionalization* (New Directions for Mental Health Services, No. 17, pp. 3–106). San Francisco: Jossey-Bass.

- Bachrach, L. L. (1986a). Deinstitutionalization: What do the numbers mean? *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 118–121.
- Bachrach, L. L. (1986b). The future of the state mental hospital. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 467–474.
- Bachrach, L. L. (1988a). Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 383–388.
- Bachrach, L. L. (1988b). On exporting and importing model programs. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 1257–1258.
- Bachrach, L. L. (1989). The legacy of model programs. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 234–235.
- Bachrach, L. L. (in press). The context of care for the chronic mental patient with substance abuse problems. *Psychiatric Quarterly*.
- Baker, F., Kazarian, S. S., Helmes, E., Ruckman, M., & Tower, N. (1987). Perceived attitudes of schizophrenic inpatients in relation to rehospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 775–777.
- Baker, F., & Weiss, R. S. (1984). The nature of case manager support. *Hospital and Community Psychiatry, 35*, 925–928.
- Ballantyne, R. (1983). Community rehabilitation services: A new approach to aftercare. *Network, 3*, 4–6.
- Barbee, M. S., Berry, K. L., & Micek, L. A. (1969). Relationship of work therapy to psychiatric length of stay and readmission. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 735–738.
- Barofsky, I., & Connelly, C. E. (1983). Problems in providing effective care for the chronic psychiatric patient. In I. Barofsky & R. D. Budson (Eds.), *The chronic psychiatric patient in the community* (pp. 83–129). New York: SP Medical and Scientific Books.
- Barter, J. T. (1983). California: Transformation of mental health care: 1957–1982. In J. A. Talbott (Ed.), *Unified health services: Utopia unrealized* (New Directions in Mental Health Services, No. 18, pp. 7–18). San Francisco: Jossey-Bass.
- Barton, W. E., & Barton, G. M. (1983). *Mental health administration: Principles and practices* (Vols. 1 & 2). New York: Human Sciences Press.
- Bassuk, E. L., & Gerson, S. (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American, 238*(2), 46–53.
- Beard, J. H., Malamud, T. J., & Rossman, E. (1978). Psychiatric rehabilitation and long term rehospitalization rates: The findings of two research studies. *Schizophrenia Bulletin, 4*, 622–635.
- Beard, J. H., Pitt, R. B., Fisher, S. H., & Goertzel, V. (1963). Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. *American Journal of Orthopsychiatry, 33*, 701–712.
- Beard, J. H., Propst, R. N., & Malamud, T. J. (1982). The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 5*(1), 47–53.

- Becker, P., & Bayer, C. (1975). Preparing chronic patients for community placement: A four-stage treatment program. *Hospital and Community Psychiatry, 26*, 448–450.
- Bell, R. L. (1970). Practical applications of psychodrama: Systematic role playing teaches social skills. *Hospital and Community Psychiatry, 21*, 189–191.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., & Mueser, K. T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 15*, 101–116.
- Berzins, J. I., Bednar, R. L., & Severy, L. J. (1975). The problem of inter-source consensus in measuring therapeutic outcomes: New data and multivariate perspectives. *Journal of Clinical Psychology, 84*(1), 10–19.
- Berzon, P., & Lowenstein, B. (1984). A flexible model of case management. In B. Pepper & H. Rylewicz (Eds.), *Advances in treating the young adult chronic patient* (New Directions for Mental Health Services, No. 21, pp. 49–57). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bevilacqua, J. J. (1984). *Chronic mental illness, a problem in politics*. Paper presented at the National Conference on the Chronic Mental Patient, Kansas City, KS, August 3.
- Bigelow, D., & Young, D. (1983). *Effectiveness of a case management program*. Unpublished manuscript, University of Washington, Graduate School of Nursing, Seattle.
- Blackman, S. (1982). Paraprofessional and patient assessment criteria of patient's recovery: Why the discrepancy? *Journal of Clinical Psychology, 37*(4), 903–907.
- Bolton, B. A. (1974). A factor analysis of personal adjustment and vocational measures of client change. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 18*, 99–104.
- Bolton, B. (1978). Dimensions of client change: A replication. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 22*, 8–14.
- Bond, G. R. (1984). An economic analysis of psychosocial rehabilitation. *Hospital and Community Psychiatry, 35*, 356–362.
- Bond, G. R., & Dincin, J. (1986). Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabilitation Psychology, 31*, 143–154.
- Bond, G. R., Dincin, J., Setze, P. J., & Witheridge, T. F. (1984). The effectiveness of psychiatric rehabilitation: A summary of research at Thresholds. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 7*(4), 6–22.
- Bond, G. R., & Friedmeyer, M. H. (1987). Predictive validity of situational assessment at a psychiatric rehabilitation center. *Rehabilitation Psychology, 32*, 99–112.
- Bond, G. R., Miller, L. D., Krumwied, R. D., & Ward, R. S. (1988). Assertive case management in three CMHCs: A controlled study. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 411–418.

- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Wasmer, D., Dincin, J., McRae, S. A., Mayes, J., & Ward, R. S. (1989). Short-term assertive, outreach and service coordination: A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 177–183.
- Borland, A., McRae, J., & Lycan, C. (1989). Outcomes of five years of continuous intensive case management. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 369–376.
- Borys, S., & Fishbein, S. M. (1983). *Partial care technical assistance project: Pretest results* (Research and Evaluation Report). Trenton: New Jersey Division of Mental Health and Hospitals.
- Bowker, J. P. (Ed.). (1985). *Education for practice with the chronically mentally ill: What works?* Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Brady, J. P. (1984). Social skills training for psychiatric patients: II. Clinical outcome studies. *American Journal of Psychiatry, 141*, 491–498.
- Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J. E., Johnson, S., & Shore, M. F. (1981). Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients: A critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry, 138*, 736–749.
- Breier, A., & Strauss, J. S. (1983). Self-control in psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 40*, 1141–1145.
- Brekke, J. S., & Test, M. A. (1987). An empirical analysis of services delivered in a model community support program. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 10*(4), 51–61.
- Brook, S., Fantopoulos, I., Johnston, F., & Goering, P. (1989). Training volunteers to work with the chronically mentally ill in the community. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 853–855.
- Brooks, G. W. (1981). Vocational rehabilitation. In J. A. Talbott (Ed.), *The chronic mentally ill* (pp. 96–100). New York: Human Sciences Press.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry, 121*, 241–258.
- Brown, M. A., & Basel, D. (1989). A five-stage vocational rehabilitation program: Laurel Hill Center, Eugene, Oregon. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 108–116). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Brown, P. (1982). Approaches to evaluating the outcome of deinstitutionalization: A reply to Christenfeld. *Journal of Psychology, 10*, 276–281.
- Burns, B. J., Burke, J. D., & Kessler, L. G. (1981). Promoting health-mental health coordination: Federal efforts. In A. Broskowski, E. Marks, & S. H. Budman (Eds.), *Linking health and mental health*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

- Byalin, K., Jed, J., & Lehman, S. (1982). *Family intervention with treatment-refractory chronic schizophrenics*. Paper presented at 20th International Congress of Applied Psychology, Edinburgh, Scotland.
- Cannady, D. (1982). Chronics and cleaning ladies. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 13-16.
- Caplan, N. (1980). What do we know about knowledge utilization? In L. A. Braskamp & R. D. Brown (Eds.), *New directions for program education* (No. 5). San Francisco: Jossey-Bass.
- Caragonne, P. (1981). An analysis of the function of the case manager in four mental health social service settings (Doctoral dissertation. University of Michigan, 1981). *Dissertation Abstracts International*, 41(7), 3262A.
- Caragonne, P. (1983). *A comparison of case management work activity and current models of work activity within the Texas Department of Mental Health and Mental Retardation* (Report for the Texas Department of Mental Health and Mental Retardation). Austin, TX: Texas Department of Mental Health and Mental Retardation.
- Carkhuff, R. R. (1968). The differential functioning of lay and professional helpers. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 117-126.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations* (Vols. 1 & 2). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Carkhuff, R. R. (1971). *The development of human resources*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Carkhuff, R. R. (1974). *The art of problem-solving*. Amherst, MA: Human Resource Development Press.
- Carkhuff, R. R., & Anthony, W. A. (1979). *The skills of helping: An introduction to counseling skills*. Amherst, MA: Human Resource Development Press.
- Carkhuff, R. R., & Berenson, B. G. (1976). *Teaching as treatment: An introduction to counseling and psychotherapy*. Amherst, MA: Human Resource Development Press.
- Carling, P. J., & Broskowski, A. (1986). Psychosocial rehabilitation programs as a challenge and an opportunity for community mental health centers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 70(1), 39-48.
- Carling, P. J., Miller, S., Daniels, L. V., & Randolph, F. L. (1987). A state mental health system with no state hospital: The Vermont feasibility study. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 617-624.
- Carpenter, W. T. (1979). Clinical research methods applicable to the study of treatment effects in chronic schizophrenic patients. In C. F. Bate & T. Melnechuk (Eds.), *Perspectives in schizophrenia research: Presentations and sessions of the VA Advisory Conference on Chronic Schizophrenia* (pp. 297-311). New York: Raven Press.

- Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Hanlon, T. E. (1987). A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1466–1470.
- Carpenter, W. T., McGlashan, T. H., & Strauss, J. S. (1977). The treatment of acute schizophrenia without drugs: An investigation of some current assumptions. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 14–20.
- Castaneda, D., & Sommer, R. (1986). Patient housing options as viewed by parents of the mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, *37*, 1238–1242.
- Center for Psychiatric Rehabilitation (1984). *Annual report for the National Institute of Handicapped Research*. Boston: Boston University.
- Center for Psychiatric Rehabilitation (1989). *Research and training center final report (1984–1989)*. Boston: Boston University.
- Center for Psychiatric Rehabilitation Staff (1989). Refocusing on locus. *Hospital and Community Psychiatry*, *40*, 418.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: Hawthorn Books.
- Chamberlin, J. (1984). Speaking for ourselves. An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *8*(2), 56–63.
- Chamberlin, J. (1989). Ex-patient groups and psychiatric rehabilitation. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 207–216). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cheadle, A. J., Cushing, D., Drew, C., & Morgan, R. (1967). The measurement of the work performance of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, *113*, 841–846.
- Cheadle, A. J., & Morgan, R. (1972). The measurement of work performance of psychiatric patients: A reappraisal. *British Journal of Psychiatry*, *120*, 437–441.
- Cheek, F. E., & Mendelson, M. (1973). Developing behavior modification programs with an emphasis on self control. *Hospital and Community Psychiatry*, *24*, 410–416.
- Ciminero, A., Calhoun, K., & Adams, H. (1977). *Handbook of behavioral assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *11*(4), 61–77.
- Cohen, B. F., & Anthony, W. A. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 79–100). Baltimore: Paul Brookes.

- Cohen, B. F., Ridley, D. E., & Cohen, M. R. (1985). Teaching skills to severely psychiatrically disabled persons. In H. A. Marlowe & R. B. Weinberg (Eds.), *Competence development: Theory and practice in special populations* (pp. 118–145). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Cohen, M. R. (1981). *Improving interagency collaboration between vocational rehabilitation and mental health agencies: A conference summary report* (Report). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M. R. (1985). *Training professionals for work with persons with long-term mental illness*. Presentation at the CSP Project Director's meeting, Oct. 16–18, Chicago. IL.
- Cohen, M. R. (1989). Integrating psychiatric rehabilitation into mental health systems. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 162–170, 188–191). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cohen, M. R., & Anthony, W. A. (1988). A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: Avoiding the pitfalls of the past. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 2(1), 69–72.
- Cohen, M. R., Danley, K. S., & Nemeč, P. B. (1985). *Psychiatric rehabilitation training technology: Direct skills teaching* (Trainer package). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Cohen, B. F. (1986). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment* (Trainer package). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M. R., Farkas, M. D., Cohen, B. F., & Unger, K. V. (1990). *Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal* (Trainer package). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M. R., Nemeč, P. B., Farkas, M. D., & Forbess, R. (1989). *Psychiatric rehabilitation training technology: Case management* (Trainer package). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M. R., Vitalo, R. L., Anthony, W. A., & Pierce, R. M. (1980). *The psychiatric rehabilitation practice series: Book 6. The skills of community service coordination*. Baltimore: University Park Press.
- Connors, K. A., Graham, R. S., & Pulso, R. (1987). Playing store: Where is the vocational in psychiatric rehabilitation? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(3), 21–33.
- Connors, K. A., Graham, R. S., & Pulso, R. (1987). Playing store: Where is the vocational in psychiatric rehabilitation? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 35–39.
- Cook, D. W. (1983, April). The accuracy of work evaluator and client predictions of client vocational competency and rehabilitation outcome. *Journal of Rehabilitation*, 46–48.
- Cornhill Associates. (1980). *Needs Assessment Instrument*. Unpublished manuscript. Newton, MA.

- COSMOS (1988). *Mental health planning news*, 3(1). Washington,DC: National Technical Assistance Center for Mental Health Planning.
- Cozby,P. C. (1989). *Methods in behavioral research* (4th ed.). Mountain View,CA: Mayfield.
- Craig,T. J. H.,Peer,S. M.,& Ross,M. D. (1989). Psychiatric rehabilitation in a state hospital transitional residence: The Cottage Program at Greystone Park Psychiatric Hospital, Greystone Park, New Jersey. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.),*Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 57–69). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Creer,C.,& Wing,J. K. (1974). *Schizophrenia at home*. London: Institute of Psychiatry.
- Curran,T. (1980). A procedure for the assessment of social skills: The simulated social interaction test. In T. Curran & P. Monti (Eds.),*Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Curry, J. (1981). A study in case management. *Community Support Service Journal*, 2, 15–17.
- Cutler,D. L.,Bloom,J. D.,& Shore,J. H. (1981). Training psychiatrists to work with community support systems for chronically mentally ill persons. *American Journal of Psychiatry*, 138, 98–102.
- Cutler,D. L.,Tatum,E.,& Shore,J. H. (1987). A comparison of schizophrenic patients in different community support treatment approaches. *Community Mental Health Journal*, 23, 103–113.
- Davis, A. E.,Dinitz, S., & Pasamanick, B. (1974). *Schizophrenics in the new custodial care community: Five years after the experiment*. Columbus: Ohio State University Press.
- Davis,K. E. (1985). Presentation at state of the art training conference, July 11–12, Richmond,VA.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4),11–19.
- Dellario,D. J. (1985). The relationship between mental health,vocational rehabilitation,interagency functioning,and outcome of psychiatrically disabled persons. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 28, 167–170.
- Dellario,D. J.,& Anthony,W. A. (1981). On the relative effectiveness of institutional and alternative placement for the psychiatrically disabled. *Journal of Social Issues*, 37(3), 21–33.
- Dellario,D. J.,Anthony,W. A.,& Rogers,E. S. (1983). Client-practitioner agreement in the assessment of severely psychiatrically disabled persons' functional skills. *Rehabilitation Psychology*, 28, 243–248.
- Dellario,D. J.,Goldfield,E.,Farkas,M. D.,& Cohen,M. R. (1984). Functional assessment of psychiatrically disabled adults: Implications of research findings for functional skills training. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 239–252). Baltimore: Paul Brookes.

- Dickey, B., Cannon, N. L., McGuire, T. G., & Gudeman, J. E. (1986). The quarterway house: A two-year cost study of an experimental residential program. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 1136–1143.
- Dickey, B., & Goldman, H. H. (1986). Public health care for the chronically mentally ill: Financing operation costs: Issues and options for local leadership. *Administration in Mental Health, 14*, 63–77.
- Dimsdale, J., Klerman, G., & Shershow, J. (1979). Conflict in treatment goals between patients and staff. *Social Psychiatry, 14*, 1–4.
- Dincin, J. (1975). Psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 131–147.
- Dincin, J. (1981). A community agency model. In J. A. Talbott (Ed.), *The chronic mentally ill* (pp. 212–226). New York: Human Sciences Press.
- Dincin, J., & Witheridge, T. F. (1982). Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hospital and Community Psychiatry, 33*, 645–650.
- Dion, G. L., & Anthony, W. A. (1987). Research in psychiatric rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 30*, 177–203.
- Dion, G. L., & Cohen, M. R., Anthony, W. A., & Waternaux, C. S. (1988). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 652–657.
- Dion, G. L., & Dellario, D. J. (1988). Symptom subtypes in persons institutionalized with schizophrenia: Comparison of demographics, outcome and functional skills. *Rehabilitation Psychology, 33*, 95–104.
- Dion, G. L., Dellario, D. J., & Farkas, M. D. (1982). The relationship of maintenance neuroleptic dosage levels to vocational functioning in severely psychiatrically disabled clients: Implications for rehabilitation practitioners. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 6*(2), 29–35.
- Distefano, M. K., & Pryer, M. W. (1970). Vocational evaluation and successful placement of psychiatric clients in a vocational rehabilitation program. *American Journal of Occupational Therapy, 24*, 205–207.
- Docherty, J. P., Sims, S. G., & van Kammen, D. P. (1975). *Maintenance phenothiazine treatment in schizophrenia: A review*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Dodson, L. C., & Mullens, W. R. (1969). Some effects of jogging on psychiatric hospital patients. *American Corrective Therapy Journal, 23*, 130–134.
- Doll, W. (1976). Family coping with the mentally ill: An unanticipated problem of deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry, 27*, 183–185.
- Domergue, M. (1968). *Technical assistance: Theory, practice, and policies*. New York: Praeger.
- Douzinis, N., & Carpenter, M. (1981). Predicting the community performance of vocational rehabilitation clients. *Hospital and Community Psychiatry, 32*, 309–412.

- Dowell, D. A., & Ciarlo, J. A. (1983). Overview of the Community Mental Health Center's Program from an evaluation perspective. *Community Mental Health Journal, 19*, 95–128.
- Dozier, M., Harris, M., & Bergman, H. C. (1987). Social network density and rehospitalization among young adult patients. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 61–65.
- Eaton, L. F., & Menolascino, F. J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems, challenges. *American Journal of Psychiatry, 139*, 1297–1303.
- Eisenberg, M. G., & Cole, H. W. (1986). A behavioral approach to job seeking for psychiatrically impaired persons. *Journal of Rehabilitation, April/ May/ June*, 46–49.
- Ellsworth, R. B., Foster, L., Childers, B., Arthur, G., & Kroeker, D. (1968). Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families, and staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 1–41.
- Englehardt, D. M., & Rosen, B. (1976). Implications of doing treatment for the social rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin, 2*, 454–462.
- Erickson, R. C. (1975). Outcome studies in mental hospitals: A review. *Psychological Bulletin, 82*, 519–540.
- Erickson, R. C., & Binder, L. M. (1986). Cognitive deficits among functionally psychotic patients: A rehabilitative perspective. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 8*, 257–274.
- Erickson, R. C., & Hyerstay, B. J. (1980). Historical perspectives on treatment of the mentally ill. In M. S. Gibbs, J. Lachermeyer, & J. Sigal (Eds.), *Community psychology: Theoretical and empirical approaches* (pp. 29–63). New York: Gardner Press.
- Erianger, H. S., & Roth, W. (1985). Disability policy. *American Behavioral Scientist, 28*, 319–346.
- Ethridge, D. A. (1968). Pre-vocational assessment of the rehabilitation potential of psychiatric patients. *American Journal of Occupational Therapy, 22*, 161–167.
- Evans, A. S., Bullard, D. M., & Solomon, M. H. (1961). The family as a potential resource in the rehabilitation of the chronic schizophrenic patient: A study of 60 patients and their families. *American Journal of Psychiatry, 117*, 1075–1082.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry, 150*, 285–292.
- Fairweather, G. W. (1971). *Methods of changing mental hospital programs*. (Progress Report to the National Institute of Mental Health No. R12–178887). East Lansing: Michigan State University.

- Fairweather,G. W. (Ed.). (1980). *The Fairweather Lodge: A twenty-five year retrospective* (New Directions for Mental Health Service, No. 7). San Francisco: Jossey-Bass.
- Falloon,I. R. H.,Boyd,J. L.,McGill,C. W.,Strang,J. S.,& Moss,H. B. (1982). Family management training in the community care of schizophrenia. In M. J. Goldstein (Ed.),*New developments in interventions with families of schizophrenics* (New Directions for Mental Health Services, No. 12,pp. 61–77). San Francisco: Jossey-Bass.
- Farkas, M. D., & Anthony, W. A. (1981). *The development of the rehabilitation model as a response to the shortcomings of the deinstitutionalization movement* (Monograph 1). Boston: Boston University,Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Farkas,M. D.,& Anthony,W. A. (1987). Outcome analysis in psychiatric rehabilitation. In M. J. Fuhrer (Ed.),*Rehabilitation outcomes: Analysis and measurement* (pp. 43–56). Baltimore: Paul Brookes.
- Farkas,M. D.,& Anthony,W. A. (Eds.). (1989). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Farkas, M. D., Anthony, W. A., & Cohen, M. R. (1989). An overview of psychiatric rehabilitation: The approach and its programs. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 1–27). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Farkas,M. D.,Cohen,M. R.,& Nemeč,P. B. (1988). Psychiatric rehabilitation programs: Putting concepts into practice. *Community Mental Health Journal, 24*, 7–21.
- Farkas, M. D., O'Brien, W. F., & Nemeč, P. B. (1988). A graduate level curriculum in psychiatric rehabilitation: Filling a need. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 72*(2),53–66.
- Farkas, M. D., Rogers, E. S., & Thurer, S. (1987). Rehabilitation outcome of long-term hospital patients left behind by deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 864–870.
- Farr, R. K. (1984). The Los Angeles Skid Row Mental Health Project. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*(2), 64–76.
- Felix,R. H. (1967). *Mental illness: Progress and prospect*. New York: Columbia University Press.
- Fergus,E. O. (1980). Maintaining and advancing the lodge effort. In G. W. Fairweather (Ed.),*The Fairweather Lodge: A twenty-five year retrospective* (New Directions for Mental Health Service, No. 7, pp. 43–56). San Francisco: Jossey-Bass.
- Field,G.,Allness,D. J.,& Knoedler,W. H. (1980). Application of the training in community living program to rural areas. *Journal of Community Psychology, 8*, 9–15.

- Field, G., & Yegge, L. (1982). A client outcome study of a community support demonstration project. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(2), 15-22.
- Fishbein, S. M. (1988). Partial care as a vehicle for rehabilitation of individuals with severe Psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33, 57-64.
- Fishbein, S. M., & Cassidy, K. (1989). A system perspective on psychiatric rehabilitation: New Jersey. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 179-188). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fisher, G., Landis, D., & Clark, K. (1988). Case management service provisions and client change. *Community Mental Health Journal*, 24, 134-142.
- Fiske, D. W. (1983). The meta-analytic revolution in outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 65-70.
- Foreyt, J. P., & Felton, G. S. (1970). Changes in behavior of hospitalized psychiatric patients in a milieu therapy setting. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 7, 139-141.
- Forsyth, R. P., & Fairweather, G. W. (1961). Psychotherapeutic and other hospital treatment criteria: The dilemma. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 598-604.
- Fortune, J., & Eldredge, G. (1982). Predictive validation of the McCarron-Dial Evaluation System for psychiatrically disabled sheltered workshop workers. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin*, 15, 136-141.
- Fountain House. (1976). *Rehabilitation of the mental patient in the community*. Grant # 5T24MH14471. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Fountain House (1985). *Evaluation of clubhouse model community based psychiatric rehabilitation: Final report for the National Institute of Handicapped Research* (Contract No. 300-84-0124). Washington, DC: National Institute of Handicapped Research.
- Foy, D. W. (1984). Chronic alcoholism: Broad-spectrum clinical programming. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 273-280). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Frank, J. D. (1981). Reply to Telch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 476-477.
- Franklin, J. L., Solovitz, B., Mason, M., Clemons, J. R., & Miller, G. E. (1987). An evaluation of case management. *American Journal of Public Health*, 77, 674-678.
- Fraser, M. W., Fraser, M. E., & Delewski, C. H. (1985). The community treatment of the chronically mentally ill: An exploratory social network analysis. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(2), 35-41.
- Freeman, H. E., & Simmons, O. G. (1963). *The mental patient comes home*. New York: John Wiley & Sons.

- Frey, W. D. (1984). Functional assessment in the 80s: A conceptual enigma, a technical challenge In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 11–43). Baltimore: Paul Brookes.
- Friday, J. C. (1987). *What is available in psychosocial rehabilitation training?* Atlanta: Southern Regional Education Board.
- Gaebel, W., & Pietzcker, A. (1987). Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part II: Prediction of outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 299–306.
- Gaitz, L. M. (1984). Chronic mental illness in aged patients. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 281–290). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Gardos, G., & Cole, J. O. (1976). Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease? *American Journal of Psychiatry*, 133, 32–36.
- Gay, R. D. (1983). The Georgia experience: Another perspective. *New Directions in Mental Health Services*, 18, 67–71.
- Gelineau, U. A., & Evans, A. S. (1970). Volunteer case aides rehabilitate chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 21(3), 34–37.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478–485.
- Gerhart, U. C. (1985). Teaching social workers to work with the chronically mentally ill. In J. P. Bowker (Ed.), *Education for practice with the chronically mentally ill: What works?* Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Gittleman, M. (1974). Coordinating mental health systems. *American Journal of Public Health*, 64, 496–500.
- Glaser, E. M., & Ross, U. L. (1971). *Increasing the utilization of applied research results* (NIMH Grant No. 5R12MHO925–2). Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Glaser, E. M., & Taylor, S. (1969). *Factors influencing the success of applied research*. Final Report on Contract #43–67–1365, National Institute of Mental Health, Department of Health, Education & Welfare, Washington, DC.
- Glasscote, R. M., Gudeman, J. E., & Elpers, R. (1971). *Halfway houses for the mentally ill: A study of programs and problems*. Washington, DC: Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health.
- Goering, P. N., Farkas, M. D., Wasylenki, D. A., Lancee, W. J., & Ballantyne, R. (1988). Improved functioning for case management clients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(1), 3–17.
- Goering, P. N., Huddart, C., Wasylenki, D. A., & Ballantyne, R. (1989). The use of rehabilitation case management to develop necessary supports: Community Rehabilitation Services, Toronto, Ontario. In M. D. Farkas

- & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 197–207). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Goering, P. N., & Stylianos, S. K. (1988). Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist. *American Journal of Orthopsychiatry*, *58*(2), 271–280.
- Goering, P. N., Wasylenki, D. A., Farkas, M. D., Lancee, W. J., & Ballantyne, R. (1988). What difference does case management make? *Hospital and Community Psychiatry*, *39*, 272–276.
- Goering, P. N., Wasylenki, D. A., Lancee, W. J., & Freeman, S. J. J. (1984). From hospital to community: Six-month and two-year outcomes for 505 patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*, 667–673.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, NJ: Doubleday-Anchor.
- Goin, M., Yamamoto, J., & Silverman, J. (1965). Therapy congruent with class linked expectations. *Archives of General Psychiatry*, *133*, 455–470.
- Goldberg, M. F., Evans, A. S., & Cole, K. H. (1973). The utilization and training of volunteers in a psychiatric setting. *British Journal of Social Work*, *3*(1), 55–63.
- Goldberg, S. C. (1980). Drug and psychosocial therapy in schizophrenia: Current status and research needs. *Schizophrenia Bulletin*, *6*, 117–122.
- Goldman, H. H., Burns, B. J., & Burke, J. D. (1980). Integrating primary health care and mental health services: a preliminary report. *Public Health Reports*, *95*, 535–539.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, *32*, 21–27.
- Goldstein, A. P. (1981). *Psychological skill training*. New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A. P., & Kanfer, F. H. (Eds.). (1979). *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press.
- Goldstein, M. J., & Kopeiken, H. S. (1981). Short- and long-term effects of combining drug and family therapy. In M. J. Goldstein (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics* (New Directions for Mental Health Services, No. 12, pp. 5–26). San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldstrom, I. D., & Manderscheid, R. W. (1982). The chronically mentally ill: A descriptive analysis from the Uniform Client Data Instrument. *Community Support Service Journal*, *2*(3), 4–9.
- Goldstrom, I. D., & Manderscheid, R. W. (1983). A descriptive analysis of community support program case managers serving the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal*, *19*, 17–26.

- Gomory, R. E. (1983). Technology development. *Science*, 230, 576–580.
- Goodrick, P. (1988). *Strategies for state and local mental health system planning*. Washington, DC: COSMOS Corporation.
- Gorin, S. S. (1986). Cost-outcome analysis and service planning in a CMHC. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 697–701.
- Goss, A. M., & Pate, K. D. (1967). Predicting vocational rehabilitation success for psychiatric patients with psychological tests. *Psychological Reports*, 21, 725–730.
- Green, H. J., Miskimins, R. W., & Keil, E. C. (1968). Selection of psychiatric patients for vocational rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 11, 297–302.
- Greenblatt, M., Bererra, R. M., & Serafetinides, E. A. (1982). Social networks and mental health: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 977–984.
- Gregory, C. C., & Downie, M. N. (1968). Prognostic study of patients who left, returned, and stayed in a psychiatric hospital. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 232–236.
- Grella, C. E., & Grusky, O. (1989). Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 831–835.
- Griffiths, R. D. (1973). A standardized assessment of the work behavior of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 123, 403–408.
- Griffiths, R. (1974). Rehabilitation of chronic psychotic patients. *Psychological Medicine*, 4, 316–325.
- Grinspoon, L., Ewalt, J. R., & Shader, R. I. (1972). *Schizophrenia: Pharmacotherapy and psychotherapy*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Grob, S. (1970). Psychiatric social clubs come of age. *Mental Hygiene*, 54, 129–136.
- Grob, S. (1983). Psychosocial rehabilitation centers: Old wine in a new bottle. In I. Barofsky & R. D. Budson (Eds.), *The chronic psychiatric patient in the community: Principles of treatment* (pp. 265–280). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Growick, B. (1979). Another look at the relationship between vocational and nonvocational client change. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 23, 136–139.
- Grusky, O., & Tiemey, K. (1989). Evaluating the effectiveness of countywide mental health care systems. *Community Mental Health Journal*, 25, 3–19.
- Grusky, O., Tiemey, K., Anspach, R., Dans, D., Holstein, J., Unruh, D., & Vandewater, S. (1987) Descriptive evaluation of community support programs. *International Journal of Mental Health*, 15(4), 26–43.
- Grusky, O., Tiemey, K., Holstein, J., Anspach, R., Dans, D., Unruh, D., Webster, S., Vandewater, S., & Alien, H. (1985). Models of local mental health delivery systems. *American Behavioral Scientist*, 28(5), 685–703.

- Gurel, L., & Lorei, T. W. (1972). Hospital and community ratings of psychopathology as predictors of employment and readmission. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 34*, 286–291.
- Hall, J. D., Smith, K., & Shimkunas, A. (1966). Employment problems of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 123*, 536–540.
- Hamilton, L. S., & Muthard, J. E. (1975). *Research utilization specialists in vocational rehabilitation* (Monograph). Gainesville, FL: Rehabilitation Research Institute.
- Hammaker, R. (1983). A client outcome evaluation of the statewide implementation of community support services. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 7*(1), 2–10.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry, 144*, 718–726.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met *DSM-III* criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 144*, 727–735.
- Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H., & Lieberman, P. B. (1987). Work and mental illness: I. Toward an integration of the rehabilitation process. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 317–326.
- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 477–486.
- Harrand, G. (1967). Rehabilitation program for chronic patients: Testing the potential for independence. *Hospital and Community Psychiatry, 18*, 376–377.
- Harris, M., & Bergman, H. C. (1985). Networking with young adult chronic patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*(3), 28–35.
- Harris, M., & Bergman, H. C. (1987a). Case management with the chronically mentally ill: A clinical perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 296–302.
- Harris, M., & Bergman, H. C. (1987b). Differential treatment planning for young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 638–643.
- Harris, M., & Bergman, H. C. (1988a). Capitation financing for the chronic mentally ill: A case management approach. *Hospital and Community Psychology, 39*, 68–72.
- Harris, M., & Bergman, H. C. (1988b). Clinical case management for the chronically mentally ill: A conceptual analysis. In M. Harris & L. L. Bachrach (Eds.), *Clinical case management* (New Directions for Mental Health Services, No. 40, pp. 5–13). San Francisco: Jossey-Bass.

- Harris, M., & Bergman, H. C. (1988c). Misconceptions about the use of case management services by the chronic mentally ill: A utilization analysis. *Hospital and Community Psychology, 39*, 1276–1280.
- Harris, M., Bergman, H. C., & Bachrach, L. L. (1987). Individualized network planning for Chronic psychiatric patients. *Psychiatry Quarterly, 55*(1), 51–56.
- Hatfield, A. B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work, 23*, 355–359.
- Hatfield, A. B. (1979). The family as partner in the treatment of mental illness. *Hospital and Community Psychiatry, 30*, 338–340.
- Hatfield, A. B. (1981). Self-help groups for families of the mentally ill. *Social Work, 26*, 408–413.
- Hatfield, A. B. (1983). What families want of family therapists. In W. McFarlane (Ed.), *Family therapy in schizophrenia*. New York: Guilford.
- Hatfield, A. B., Fierstein, R., & Johnson, D. M. (1982). Meeting the needs of families of the psychiatrically disabled. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 6*(1), 27–40.
- Hatfield, A. B., Spaniol, L. J., & Zipple, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 221–226.
- Havari, D. (1974). *The role of the technical assistance expert*. Organization for Economic Cooperation and Development, Paris.
- Havelock, R. G. (1971). *Planning for innovation through dissemination and utilization of knowledge*. Ann Arbor: University of Michigan, Institute for Social Research.
- Havelock, R. G., & Benne, K. D. (1969). An exploratory study of knowledge utilization. In W. G. Bennis, K. D. Benne, & R. Chien (Eds.), *The planning of change* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Havens, L. L. (1967). Dependence: Definitions and strategies. *Rehabilitation Record, March/April*, 23–28.
- Heap, F. R., Boblitt, E. W., Moore, H., & Hord, E. J. (1970). Behavior milieu therapy with chronic neuropsychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology, 76*, 349–354.
- Hersen, M. (1979). Limitations and problems in the clinical applications of behavioral techniques in psychiatric settings. *Behavioral Therapy, 10*, 65–80.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients: Rationale, research, findings and further directions. *Comprehensive Psychiatry, 17*, 559–580.
- Hersen, M., & Bellack, A. (1977). The assessment of social skills. In A. Ciminero, K. Calhoun, & H. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment* (pp. 509–554). New York: John Wiley & Sons.
- Herz, M. I., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Greenspan, K., & Reibel, S. (1974). Individual versus group aftercare treatment. *American Journal of Psychiatry, 303*, 808–812.

- Herz, M. I., Szymanski, H. V., Simon, J. C. (1982). Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: An alternative to maintenance medication. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 918–922.
- Hibler, M. (1978). The problems as seen by the patient's family. *Hospital and Community Psychiatry*, *29*(1), 32–33.
- Hillhouse-Jones, L. (1984, August). Psychiatric rehabilitation training: A trainee's perspective. *Florida Community Support Network Newsletter*, *1*, 8.
- Hoffman, D. A. (1980). *The differential effects of self-monitoring, self-reinforcement and performance standards on the production output, job satisfaction and attendance of vocational rehabilitation clients*. Unpublished doctoral dissertation, Catholic University of America, Washington, DC.
- Hogarty, G. E., McEvoy, J. P., Munetz, M., Di Barry, A. L., Bartone, P., Gather, R., Cooley, S. J., Ulrich, R. F., Carter, M., & Madonia, M. J. (1988). Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia: Results of a two-year controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 797–805.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Komblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 633–642.
- Holcomb, W. R., & Ahr, P. R. (1986). Clinician's assessments of the service needs of young adult patients in public mental health care. *Hospital and Community Psychiatry*, *37*, 908–913.
- Hollingsworth, R., & Foreyt, J. (1975). Community adjustment of released token economy patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *6*, 271–274.
- Holroyd, J., & Goldenberg, I. (1978). The use of goal attainment scaling to evaluate a ward-treatment program for disturbed children. *Journal of Clinical Psychology*, *34*, 732–739.
- Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 137–144.
- Hutchinson, D. S., Kohn, L., & Unger, K. V. (1989). A university-based psychiatric rehabilitation program for young adults: Boston University. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 147–157). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Intagliata, J. (1982). Improving the quality of care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, *8*, 655–674.
- Intagliata, J., & Baker, F. (1983). Factors affecting case management services for the chronically mentally ill. *Administration in Mental Health*, *11*, 75–91.

- Ivey, A. E. (1973). Media therapy: Education change planning for psychiatric patients. *Journal of Counseling Psychology, 20*, 338–343.
- Jacobs, H. E., Kardashian, S., Kreinbring, R. K., Ponder, R., & Simpson, A. R. (1984). A skills oriented model for facilitating employment among psychiatrically disabled persons. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 28*, 87–96.
- Jacobs, M., & Trick, O. (1974). Successful psychiatric rehabilitation using an inpatient teaching laboratory: A one-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 131*, 145–148.
- Jeger, A. M., & McClure, G. (1980). The effects of a behavioral training program on nonprofessional endorsement of the «psychosocial» model. *Journal of Community Psychology, 8*, 49–53.
- Jensen, K., Spangaard, P., Juel-Neilsen, N., & Voag, V. H. (1978). Experimental psychiatric rehabilitation unity. *International Journal of Social Psychiatry, 24*, 53–57.
- Jerrell, J. M., & Larsen, J. K. (1985). How community mental health centers deal with cutbacks and competition. *Hospital and Community Psychiatry, 36*, 1169–1174.
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals. (1976). *Accreditation of community mental health service programs*. Chicago: Author.
- Jung, H. F., & Spaniol, L. J. (1981). *Planning the utilization of new knowledge and skills: Some basic principles for researchers, administrators and practitioners*. Unpublished manuscript, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Kahn, R. L., & Quinn, R. P. (1977). *Mental health, social adjustment, and metropolitan problems*. Research proposal, University of Michigan, Ann Arbor.
- Kane, J. M. (1987). Low-dose and intermittent neuroleptic treatment strategies for schizophrenia: An interview with John Kane. *Psychiatric Annals, 17*, 125–130.
- Katkin, S., Ginsburg, M., Rifkin, J. J., & Scott, J. T. (1971). Effectiveness of female volunteers in the treatment of out-patients. *Journal of Counseling Psychology, 18*, 97–100.
- Katkin, S., Zimmerman, V., Rosenthal, J., & Ginsburg, M. (1975). Using volunteer therapists to reduce hospital readmissions. *Hospital and Community Psychiatry, 26*, 151–153.
- Katz-Garris, L., McCue, M., Garris, R. P., & Herring, J. (1983). Psychiatric rehabilitation: An outcome study. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 26*, 329–335.
- Keith, S. J., & Matthews, S. M. (1984). Research overview. In J. A. Talbott (Ed.), *The chronic mental patient: Five years later* (pp. 7–13). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Kelner, F. B. (1984). A rehabilitation approach to program diagnosis in technical assistance consultation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 7*(3), 32–43.

- Kennedy, E. M. (1989). *Community based care for the mentally ill: Simple justice*. Unpublished manuscript, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Kerlinger, F. M. (1964). *Foundations of behavioral research*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kerr, N., & Meyerson, L. (1987). Independence as a goal and a value of people with physical disabilities: Some caveats. *Rehabilitation Psychology, 12*, 173–180.
- Kiesler, C. A. (1982). Mental hospitals and alternative care. *American Psychologist, 37*, 349–360.
- Killilea, M. (1976). Mutual help organizations: Interpretations in the literature. In G. Kaplan & M. Killilea (Eds.), *Support systems and mutual help*. New York: Grune & Stratton.
- Killilea, M. (1982). Interaction of crisis theory, coping strategies, and social support systems. In H. C. Schulberg & M. Killilea (Eds.), *The modern practice of community mental health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kline, M. N., & Hoisington, V. (1981). Placing the psychiatrically disabled: A look at work values. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 24*, 366–369.
- Koumans, A. J. (1969). Reaching the unmotivated patient. *Menial Hygiene, 53*(2), 298–300.
- Kunce, J. T. (1970). Is work therapy really therapeutic? *Rehabilitation Literature, 31*, 297–299.
- Kunz, L., Bagarozzi, D., & Pollane, L. (1984). Case management in mental health. *Health and Social Work, 9*, 201–211.
- Lamb, H. R. (1982). *Treating the long term mentally ill*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lamb, H. R., & Oliphant, E. (1979). Parents of schizophrenics: Advocates for the mentally ill. In L. I. Stein (Ed.), *Community support systems for the long-term patient* (New Directions for Mental Health Services, No. 2, pp. 85–92). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lang, E., & Rio, J. (1989). A psychiatric rehabilitation vocational program in a private psychiatric hospital: The New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division, White Plains, NY. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 86–98). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Langsley, D. G., & Kaplan, D. M. (1968). *The treatment of families in crisis*. New York: Grune & Stratton.
- Langsley, D. G., Machotka, P., & Flomenhaft, K. (1971). Avoiding mental hospital admission: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 129*, 1391–1394.
- Lannon, P. B., Banks, S. M., & Morrissey, J. P. (1988). Community tenure patterns of the New York State CSS population: A longitudinal impact assessment. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 47–60.

- LaPaglia, J. E. (1981). *The use of role-play strategies to teach vocationally related social skills to mentally handicapped persons: Three studies of training and generalization*. Unpublished doctoral dissertation, Vanderbilt University, Nashville, TN.
- Larsen, J. K. (1987). Community mental health services in transition. *Community Mental Health Journal*, 23, 16–25.
- Lazare, A., Eisenthal, S., & Wassennan, L. (1975). The customer approach to patienthood: Attending to patient requests in a walk-in clinic. *Archives of General Psychiatry*, 32, 553–558.
- Lecklitner, G. L., & Greenberg, P. D. (1983). Promoting the rights of the chronically mentally ill in the community: A report on the Patient Rights Policy Research Project. *Mental Disability Law Reporter*, 7, 422–430.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R., & Sturgeon, D. A. (1982). Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121–134.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1063–1069.
- Lehman, A. F. (1987). Capitation payment and mental health care: A review of the opportunities and risks. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 31–38.
- Leitner, L. & Drasgow, J. (1972). Battling recidivism. *Journal of Rehabilitation*, July/August, 29–31.
- Levine, I. S., & Fleming, M. (1984). *Human resource development: Issues in case management*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Leviton, G. (1973). Professional and client viewpoints on rehabilitation issues. *Rehabilitation Psychology*, 20, 1–80.
- Lewington, J. (1975). Volunteer case aides in the U.S.A. *International Journal of Social Psychiatry*, 21(3), 205–213.
- Liberman, R. P., & Foy, D. W. (1983). Psychiatric rehabilitation for chronic mental patients. *Psychiatric Annals*, 13, 539–545.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., & Wallace, C. J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 523–526.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631–647.
- Lieberman, M. A. (1986). Social supports: The consequences of psychologizing: A commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 461–465.
- Linn, M. W., Caffey, E. M., Klett, J., Hogarty, G. E., & Lamb, H. R. (1979). Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1055–1066.

- Locke, E. A., Shaw, K. N., & Saari, L. M., & Latham, G. P. (1981). Goal setting and task performance: 1969–1980. *Psychological Bulletin*, *90*, 125–152.
- Lorei, T. W. (1967). Prediction of community stay and employment for released psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, *31*, 349–357.
- Lorei, T. W., & Gurel, L. (1973). Demographic characteristics as predictors of post-hospital employment and readmission. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *40*, 426–430.
- Makas, E. (1980). Increasing counselor-client communication. *Rehabilitation Literature*. September/October, 235–238.
- Marlowe, H. A., Marlowe, J. L., & Willets, R. (1983). The mental health counselor as a case manager: Implications for working with the chronically mentally ill. *American Mental Health Counselors Association Journal*, *5*, 184–191.
- Marlowe, H. A., Spector, P. E., & Bedell, J. R. (1983). Implementing a psychosocial rehabilitation program in a state mental hospital: A case study of organization change. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *6*(3), 2–11.
- Marlowe, H. A., & Weinberg, R. (1983). (Eds.). *Proceedings of the 1982 CSP Region 4 conference*. Tampa: University of South Florida.
- Marshall, C. (1989). Skill teaching as training in rehabilitation counselor education. *Rehabilitation Education*, *3*, 19–26.
- Martin, H. R. (1959). A philosophy of rehabilitation. In M. Greenblatt & B. Simon (Eds.), *Rehabilitation of the mentally ill*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science.
- Matthews, S. M., Roper, M. T., Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1979). A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: Analysis of the two-year post-discharge risk of relapse. *Schizophrenia Bulletin*, *5*, 322–332.
- Matthews, W. C. (1979). Effects of a work activity program on the self-concept of chronic schizophrenics. *Dissertations Abstracts International*, *41*, 358B. (University Microfilms No. 8816281, 98).
- McClure, D. P. (1972). Placement through improvement of client's job-seeking skills. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, *3*, 188–196.
- McCreadie, R. G., & Phillips, K. (1988). The Nittsdale Schizophrenic Survey VII. Does relatives' high expressed emotion predict relapse? *British Journal of Psychiatry*, *152*, 477–481.
- McCue, M., Katz-Garris, L. (1985). A survey of psychiatric rehabilitation counseling training needs. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *28*, 291–297.
- McGlashan, T. H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *175*, 681–685.

- McNees, M. P., Hannah, J. T., Schnelle, J. F., & Bratton, K. M. (1977). The effects of aftercare programs on institutional recidivism. *Journal of Community Psychology, 5*, 128–133.
- Mental Health Policy Resource Center. (1988). A typology for mental health case management for persons with severe mental illness. In *Report on the state-of-the-art of case management programs*. Washington, DC: Author.
- Meyerson, A., & Herman, G. (1983). What's new in aftercare? A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry, 34*, 333–342.
- Michaux, M. H., Chelst, M. R., Foster, S. A., & Pruin, R. (1972). Day and full-time psychiatric treatment: A controlled comparison. *Current Therapy Research, 14*, 279–292.
- Miles, D. G. (1983). The Georgia experience: Unifying state and local services around the Balanced Service System Model. In J. A. Talbott (Ed.), *Unified mental health systems: Utopia unrealized* (New Directions for Mental Health Services, No. 18, pp. 53–65). San Francisco: Jossey-Bass.
- Miles, P. G. (1967). A research-based approach to psychiatric rehabilitation. In L. M. Roberts (Ed.), *The role of vocational rehabilitation in community mental health*. Washington, DC: Rehabilitation Services Administration.
- Miller, S., & Wilson, N. (1981). The case for performance contracting. *Administration in Mental Health, 8*, 185–193.
- Miller, T. W. (1981). A model for training schizophrenics and families to communicate more effectively. *Hospital and Community Psychiatry, 32*, 870–871.
- Minkoff, K. (1979). A map of chronic patients. In J. Talbott (Ed.), *The chronic mental patient*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Minkoff, K. (1987). Resistance of mental health professionals to working with the chronic mentally ill. In A. T. Meyerson (Ed.), *Barriers to treating the chronic mentally ill* (New Directions for Mental Health Services, No. 33, pp. 3–20). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mintz, L. I., Liberman, R. P., Miklowitz, D. J., & Minty, J. (1987). Expressed emotion: A call for partnership among relatives, patients, and professionals. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 227–235.
- Miskimins, R., Wilson, T., Berry, K., Oetting, E., & Cole, C. (1969). Person-placement congruence: A framework for vocational counselors. *Personnel and Guidance Journal, April*, 789–793.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., & Hatsukami, D. (1983). A comparative analysis of psychiatric problems listed by patients and physicians. *Hospital and Community Psychiatry, 34*(9), 848–849.
- Mitchell, R. E. (1982). Social networks and psychiatric clients: The personal and environmental context. *American Journal of Community Psychology, 4*, 387–401.

- Modrcin, M., Rapp, C. A., & Chamberlain, R. (1985). *Case management and psychiatrically disabled individuals: Curriculum and training program*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare.
- Modrcin, M., Rapp, C. A., Poertner, J. (1988). The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning, 11*, 307-314.
- Moller, H., von Zerssen, D., Werner-Eilert, K., & Wuschenr-Stockheim, M. (1982). Outcome in schizophrenic and similar paranoid psychoses. *Schizophrenic Bulletin, 8*, 99-108.
- Monti, P. M., & Fingeret, A. L. (1987). Social perception and communication skills among schizophrenics and nonschizophrenics. *Journal of Clinical Psychology, 43*, 197-205.
- Monti, P. M., Fink, E., Norman, W., Curran, J. P., Hayes, S., & Caldwell, A. (1979). The effects of social skills training groups and social skills bibliotherapy with psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 189-191.
- Moore, D. J., Davis, M., & Mellon, J. (1985). *Academia's response to state mental health system needs*. Boulder, CO: Western Interstate Commission for Higher Education.
- Morin, R. C., & Seidman, E. (1986). A social network approach and the revolving door patient. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 262-273.
- Morrison, R. L., & Bellack, A. S. (1984). Social skills training. In A. S. Bellack (Ed.), *Schizophrenia: Treatment, management, and rehabilitation* (pp. 247-279). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Morrissey, J. P., Tausig, M., & Lindsey, M. L. (1985). Community mental health delivery systems. *American Behavioral Scientist, 28*(5), 704-720.
- Mosher, L. R. (1983). Alternatives to psychiatric hospitalization: Why has research failed to be translated into practice? *New England Journal of Medicine, 309*(25), 1579-1580.
- Mosher, L. R. (1986). The current status of the community support program: A personal assessment. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 9*(3), 3-14.
- Mosher, L. R., & Keith, S. J. (1979). Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: Summary report. *American Journal of Psychiatry, 136*, 623-631.
- Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1978). Community residential treatment for schizophrenia: Two year follow-up. *Hospital and Community Psychiatry, 29*, 715-723.
- Mowbray, C. T., & Freddolino, P. (1986). Consulting to implement non-traditional community programs for the long-term mentally disabled. *Administration in Mental Health, 14*, 122-134.
- Mulkern, V. M., & Manderscheid, R. W. (1989). Characteristics of community support program clients in 1980 and 1984. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 165-172.

- Muller, J. B. (1981). Alabama community support project evaluation of the implementation and initial outcome of a model case manager system. *Community Support Service Journal*, 6, 1-4.
- Muthard, J. E. (1980). *Putting rehabilitation knowledge to use*. (Rehabilitation Monograph Number 11.) Gainesville, FL: Rehabilitation Research Institute.
- Mynks, D. A., & Graham, R. S. (1989). Starting a new psychiatric rehabilitation residential program: Revisions, Inc., Catonsville, Maryland. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 47-57). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Nadler, D. A. (1977). How information changes behavior. *Feedback and organization development using data based methods*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- National Institute of Handicapped Research (1980). A skills training approach in psychiatric rehabilitation. *Rehabilitation Research Brief*, 4(1). Washington, DC.
- National Institute of Mental Health. (1980). *Announcement of community support system strategy development and implementation grants*. Rockville, MD: Author.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Toward a model plan for a comprehensive, community-based mental health system*. Rockville, MD: Division of Education and Service Systems Liaison.
- Nemec, P. B. (1983). *Technical assistance*. Unpublished manuscript, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Nemec, P. B., Forbess, R., Cohen, M. R., Farkas, M. D., Rogers, E. S., & Anthony, W. A. (1990). *Technical assistance to psychiatric rehabilitation programs*. Manuscript submitted for publication.
- Nemec, P. B., & Furlong-Norman, K. (1989). Supports for psychiatrically disabled persons. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 192-197, 223-225). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- New Jersey Division of Mental Health and Hospitals. (1980). *Rules and regulations governing community mental health services and state aid*.
- New York State Office of Mental Health. (1979). *CSS-100. Community support systems. NIMH client assessment*. Unpublished manuscript, Albany.
- Ohman, A., Nordby, H., & d'Elia, G. (1986). Orienting and schizophrenia: Stimulus significance, attention, and distraction in a signaled reaction time task. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 326-334.
- Parker, G., Johnston, P., & Hayward, L. (1988). Parental «expressed emotion» as a predictor of schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 45, 806-813.

- Pasamanick, B., Scarpitti, F., & Dinitz, S. (1967). *Schizophrenics in the community*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Patterson, R., & Teigen, J. (1973). Conditional and post-hospital generalization of non-delusional responses in chronic psychotic patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 65–70.
- Paul, G. L. (1984). Residential treatment programs and aftercare for the chronically institutionalized. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 239–269). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Paul, G. L., & Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Paul, G. L., Tobias, L. L., & Holly, B. L. (1972). Maintenance psychotropic drugs in the presence of active treatment programs. *Archives of General Psychiatry*, 27, 106–115.
- Pelletier, J. R., Rogers, E. S., & Thurer, S. (1985). The mental health needs of individuals with severe physical disability: A consumer advocate perspective. *Rehabilitation Literature*, 46, 186–193.
- Pelz, D. C., & Munson, R. C. (1980, January). *A framework for organizational innovating*. Unpublished manuscript. University of Michigan, Ann Arbor.
- Pepper, B., & Ryglewicz, H. (1982). The young adult chronic patient. In B. Pepper & H. Ryglewicz (Eds.), *The young adult chronic patient* (New Directions for Mental Health Services, No. 14, pp. 121–124). San Francisco: Jossey-Bass.
- Pepper, B., & Ryglewicz, H. (1983). Unified services: A New York state perspective. In J. A. Talbott (Ed.), *Unified mental health systems: Utopia unrealized* (New Directions for Mental Health Services, No. 18, pp. 39–47). San Francisco: Jossey-Bass.
- Pepper, B., & Ryglewicz, H. (Eds.). (1984). *Advances in treating the young adult chronic patient* (New Directions for Mental Health Services, No. 21). San Francisco: Jossey-Bass.
- Pepper, B., & Ryglewicz, H. (1988). Taking issue: What's in a diagnosis — and what isn't. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 7.
- Peters, B. (1985, Fall). Labels. *The Disability Rag*, Fall, 33.
- Peterson, R. (1979). What are the needs of the chronic mental patient? In J. A. Talbott (Ed.), *The chronic mental patient: Problems, solutions, and recommendation for a public policy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pierce, J., & Blanch, A. K. (1989). A statewide psychosocial rehabilitation system: Vermont. In M. D. Farkas and W. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 170–179). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Pierce, R. M., & Drasgow, J. (1969). Teaching facilitative interpersonal functioning to psychiatric patients. *Journal of Counseling Psychology, 16*, 295–298.
- Pietzcker, A., & Gaebel, W. (1987). Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part I. Outcome at 1 year. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 287–297.
- Pincus, H. A. (1980). Linking general health and mental health systems of care: Conceptual model of implementation. *American Journal of Psychiatry, 137*, 315–320.
- Polak, P. R. (1978). A comprehensive system of alternatives to psychiatric hospitalization. In L. I. Stein & M. A. Test (Eds.), *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press.
- Power, C. (1979). The time-sample behavior checklist: Observational assessment of patient functioning. *Journal of Behavior Assessment, 1*(3), 199–210.
- Power, P. W., & Dell Orto, A. E. (Eds.). (1980). *The role of the family in the rehabilitation of the physically disabled*. Austin, TX: PRO-ED.
- Prazak, J. A. (1969). Learning job seeking interview skills. In J. Krumboltz & C. Thoreson (Eds.), *Behavioral Counseling* (pp. 414–428). New York: Rinehart & Winston.
- Propst, R. N. (1985). The Fountain House national training program. *Community Support Network News 2*(2), 2.
- Rapp, C. A. (1985). Research on the chronically mentally ill: Curriculum implications. In J. P. Bowker (Ed.), *Education for practice with the chronically mentally ill: What works?* (pp. 19–49). Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Rapp, C. A., & Chamberlain, R. (1985). Case management services for the chronically mentally ill. *Social Work, 26*, 417–422.
- Rapp, C. A., & Wintersteen, R. T. (1989). The strengths model of case management: Results from twelve demonstrations. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 13*(1), 23–32.
- Rappaport, J., Seidman, E., Toro, P. A., McFadden, L. S., Reischl, T. M., Roberts, L. J., Salem, D. A., Stein, C. H., & Zimmerman, M. A. (1985, Winter). Collaborative research with a mutual help organization. *Social Policy, 12*–24.
- Redfield, J. (1979). Clinical frequencies recording systems: Standardizing staff observations by event recording. *Journal of Behavior Assessment, 1*(3), 199–210.
- Reinke, B., & Greenley, J. R. (1986). Organizational analysis of three community support program models. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 624–629.
- Reischl, T. M., & Rappaport, J. (1988, August). *Participation in mutual help groups and coping with acute stressors*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association.

- Reiss, S. (1987). Symposium overview: Mental health and mental retardation. *Mental Retardation*, 25, 323-324.
- Retchless, M. H. (1967). Rehabilitation programs for chronic patients: Stepping stones to the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 18, 377-378.
- Rice, D. H., Seibold, M., & Taylor, J. (1989). Psychiatric rehabilitation in a residential setting: Alternatives Unlimited, Inc., Whitinsville. MA. In M. D. Parkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp. 33-47). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ridgway, P. (1988). *The voice of consumers in mental health systems: A call for change*.
- Unpublished manuscript, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Rittenhouse, J. D. (1970). *Without hospitalization: An experimental study of aftercare in the home*. Denver: Swallow Press.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Danley, K. S. (1989). The impact of inter-agency collaboration on system and client outcome. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33(2), 100-109.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1988). Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33, 5-14.
- Rogers, E. S., Cohen, B. F., Danley, K. S., Hutchinson, D., & Anthony, W. A. (1986). Training mental health workers in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 709-719.
- Rose, S. M. (1979). Deciphering deinstitutionalization: Complexities in policy and program analysis. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 57, 429-460.
- Rose, S. M. (1988). *The empowerment/advocacy model of case management*. Unpublished manuscript, State University of New York at Stony Brook, Stony Brook.
- Rosen, S. L. (1985, Fall). From a survivor's manual. *The Disability Rag*, 6-7.
- Rubin, A. (1985). Effective community-based care of chronic mental illness: Experimental findings. In J. P. Bowker (Ed.), *Education for practice with the chronically mentally ill: What works?* (pp. 1-17). Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Rubin, J. (1987). Financing care for the seriously mentally ill. In D. Mechanic (Ed.), *Improving mental health services: What the social sciences can tell us* (New Directions for Mental Health Services, No. 36). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rubin, S. E., & Roessler, R. T. (1978). Guidelines for successful vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Literature*, 39, 70-74.

- Rutman, I. D. (1987). The psychosocial rehabilitation movement in the United States. In A. T. Meyerson & T. Fine (Eds.), *Psychiatric disability: Clinical, legal, and administrative dimensions* (pp. 197–220). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rutner, I. T., & Bugle, G. (1969). An experimental procedure for the modification of psychotic behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 651–653.
- Ryan, E. R., & Bell, M. D. (1985, May). *Rehabilitation of chronic psychiatric patients: A randomized clinical study*. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, Los Angeles.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. New York: Vintage Books.
- Safieri, D. (1970). Using an education model in a sheltered workshop program. *Mental Hygiene, 54*, 140–143.
- Santiago, J. M. (1987). Reforming a system of care: The Arizona experiment. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 270–273.
- Sauber, S. R. (1983). *The human services delivery system*. New York: Columbia University Press.
- Schmieding, N. J. (1968). Institutionalization: A conceptual approach. *Perspectives in Psychiatric Care, 6*(5), 205–211.
- Schoenfeld, P., Halvey, J., Hemley van der Velden, E., & Ruhf, L. (1986). Long-term outcome of network therapy. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 373–376.
- Schooler, N. R., & Keith, S. J. (1983). *Treatment strategies in schizophrenia study*. Study protocol for the National Institute of Mental Health Cooperative Agreement Program, Rockville, MD.
- Schooler, N. R., Keith, S. J., Severe, J. B., & Matthews, S. (in press). Acute treatment response and short-term outcome in schizophrenia: First results of the NIMH treatment strategies in schizophrenia study. *Psychopharmacology Bulletin*.
- Schooler, N. R., & Severe, J. B. (1984). Efficacy of drug treatment for chronic schizophrenic patients. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 125–142). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Schulberg, H. C. (1981). Outcome evaluations in the mental health field. *Community Mental Health Journal, 17*, 132–142.
- Schwartz, C., Myers, J., & Astrachan, B. (1975). Concordance of multiple assessments of the outcome of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1221–1227.
- Schwartz, H., & Blank, K. (1986). Shifting competency during hospitalization: A model for informed consent decisions. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 1256–1260.
- Schwartz, S. R., Goldman, H. H., & Churgin, S. (1982). Case management for the chronically mentally ill: Models and dimensions. *Hospital and Community Psychiatry, 33*, 1006–1009.

- Scoles, P., & Fine, E. (1971). Aftercare and rehabilitation in a community mental health center. *Social Work, 16*, 75–82.
- Scott, W. R. (1985). Systems within systems: The mental health sector. *American Behavioral Scientist, 28*, 601–618.
- Scott, W. R., & Black, B. L. (1986). *The organization of mental health services: Societal and community systems*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Shean, G. (1973). An effective and self-supporting program of community living for chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry, 24*, 97–99.
- Shifren-Levine, I., & Spaniol, L. J. (1985). The role of families of the severely mentally ill in the development of community support services. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*(4), 83–94.
- Shoultz, B. (1985). A trainee's perspective. *Community Support Network News, 2*(2), 2.
- Smith, D. L. (1976). Goal attainment scaling as an adjunct to counseling. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 22–27.
- Soloff, A. (1972). The utilization of research. *Rehabilitation Literature, 33*, 66–72.
- Solomon, P., Gordon, B., & Davis, J. M. (1983). An assessment of aftercare services within a community mental health system. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 7*(2), 33–39.
- Solomon, P., Gordon, B., & Davis, J. M. (1986). Reconceptualizing assumptions about community mental health. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 708–712.
- Sommers, I. (1988). The influence of environmental factors on the community adjustment of the mentally ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 221–226.
- Spaniol, L. J., Jung, H. F., Zipple, A. M., & Fitzgerald, S. (1987). Families as a resource in the rehabilitation of the severely psychiatrically disabled. In A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill: Coping and adaptation* (pp. 167–190). New York: Guilford Press.
- Spaniol, L. J., & Zipple, A. M. (1988). Family and professional perceptions of family needs and coping strengths. *Rehabilitation Psychology, 33*, 37–45.
- Spaniol, L. J., Zipple, A. M., & Fitzgerald, S. (1984). How professionals can share power with families: Practical approaches to working with families of the mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*(2), 77–84.
- Spaulding, W. D., Harig, R., Schwab, L. D. (1987). Preferred clinical skills for transitional living specialists. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(1), 5–21.
- Spaulding, W. D., Storms, L., Goodrich, V., & Sullivan, M. (1986). Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 560–577.

- Spivak, G., Siegel, J., Sklaver, D., Deuschle, L., & Garrett, L. (1982). The long-term patient in the community: Lifestyle patterns and treatment implications. *Hospital and Community Psychiatry, 33*, 291-295.
- Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vannicelli, M. O., Schnitzer, R., & Rosenthal, R. (1984). Effects of psychotherapy on schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 520-563.
- Starker, J. (1986). Methodological and conceptual issues in research on social support. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 485-490.
- Starr, S. R. (1982). National Alliance for the Mentally Ill: The first two years. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 5*(1), 3-4.
- Stein, C. H. (1984). *Assessing individual change among members in a mutual help organization*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Stein, L. I., Factor, R. M., & Diamond, R. J. (1987). Training psychiatrists in the treatment of chronically disabled patients. In A. T. Meyerson & T. Fine (Eds.), *Psychiatric disability: Clinical, legal, and administrative dimensions* (pp. 271-283). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (Ed.). (1978). *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press.
- Stern, R. & Minkoff, K. (1979). Paradoxes in programming for chronic patients in a community clinic. *Hospital and Community Psychiatry, 30*, 613-617.
- Stickney, S. K., Hall, R. L., & Gardner, E. R. (1980). The effect of referral procedures on aftercare compliance. *Hospital and Community Psychiatry, 31*, 567-569.
- Strauss, J. S. (1986). Discussion: What does rehabilitation accomplish? *Schizophrenia Bulletin, 12*, 720-723.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry, 27*, 739-746.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationships between predictor and outcome variables. *Archives of General Psychiatry, 31*, 37-42.
- Strauss, J. S., Carpenter, W. T., & Bartko, J. J. (1974). Part III. Speculation on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin, 11*, 61-69.
- Straw, P., & Young, B. (1982). *Awakenings: A self-help group organization kit*. Washington, DC: National Alliance for the Mentally Ill.
- Stroul, B. (1989). Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 12*, 9-26.

- Strube, M.J., & Hartmann, D. P. (1983). Meta-analysis: Techniques, application, and functions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 14-27.
- Stubbins, J. (1982). The clinical attitude in rehabilitation: A cross-cultural view. *World Rehabilitation Fund Monograph, 16*. New York: World Rehabilitation Fund.
- Stude, E. W., Pauls, T. (1977). The use of a job seeking skills group in developing placement readiness. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 8*, 115-120.
- Sturm, I. E., & Lipton, H. (1967). Some social and vocational predictors of psychiatric hospitalization outcome. *Journal of Clinical Psychology, 23*, 301-307.
- Sue, S., McKinney, H., & Alien, D. B. (1976). Predictors of the duration of therapy for clients in the community mental health center system. *Community Mental Health Journal, 12*. 365-375.
- Sufrin, S. C. (1966). *Technical assistance: Theory and guidelines*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Summers, F. (1981). The post-acute functioning of the schizophrenic. *Journal of Clinical Psychology, 37*, 705-714.
- Swanson, M. G., & Woolson, A. M. (1972). A new approach to the use of learning theory with psychiatric patients. *Perspectives in Psychiatric Care, 10*, 55-68.
- Switzer, M. E. (1965). *Research and demonstration grant program* (revised). Washington, D.C.: Vocational Rehabilitation Administration, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Talbot, H. S. (1984). A concept of rehabilitation. *Rehabilitation Literature, 45*, 152-158.
- Talbott, J. A. (1983). The future of unified mental health services. In J. A. Talbott (Ed.), *Unified mental health systems: Utopia unrealized* (New Directions in Mental Health Services, No. 18, pp. 107-111). San Francisco: Jossey-Bass.
- Talbott, J. A. (1984). Education and training for treatment and care of the chronically mentally ill. In J. A. Talbott (Ed.), *The chronic mental patient: Five years later* (pp. 91-101). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Talbott, J. A. (1986). *Chronically mentally ill young adults (18-40) with substance abuse problems: A review of relevant literature and the creation of a research agenda*. Report submitted to Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, Washington, DC.
- Talbott, J. A., Bachrach, L. L., & Ross, L. (1986). Noncompliance and mental health systems. *Psychiatric Annals, 16*, 596-599.
- Task Force on Tardive Dyskinesia. (1979). *Report of the American Psychiatric Association Task Force on later neurological effects of antipsychotic drugs*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Telles, L., & Carling, P. J. (1986). Brief report. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(1), 61–65.
- Tessler, R. C. (1987). Continuity of care and client outcome. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(1), 39–53.
- Tessler, R. C., & Goldman, H. H. (1982). *The chronically mentally ill: Assessing community support programs*. Cambridge, MA: Ballinger Press.
- Tessler, R. C., & Manderscheid, R. W. (1982). Factors affecting adjustment to community living. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 203–207.
- Test, M. A. (1984). Community support programs. In A. S. Bellack (Ed.), *Schizophrenia treatment, management, and rehabilitation* (pp. 347–373). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., & Allness, D. J. (1985). The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program. In L. I. Stein & M. A. Test (Eds.), *The Training in Community Living Model: A decade of experience* (New Directions for Mental Health Services, No. 26, pp. 17–27). San Francisco: Jossey-Bass.
- Test, M. A., & Stein, L. I. (1977). Treating the chronically disabled patient: A total community approach. *Social Policy*, 8, May/June, 16.
- Test, M. A., & Stein, L. I. (1978). Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin*, 4; 350–364.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416–423.
- Tichenor, D., Thomas, K., & Kravetz, S. (1975). Client counselor congruence in perceiving handicapping problems. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 19, 299–304.
- Tischler, G. L., Henisz, J., Myers, J. K., & Garrison, V. (1972). The impact of catchmenting. *Administration in Mental Health*, 22–29.
- Townes, B. D., Martin, D. C., Nelson, D., Prosser, R., Pepping, M., Maxwell, J., Peel, J., & Preston, M. (1985). Neurobehavioral approach to classification of psychiatric patients using a competency model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 33–42.
- Tracey, D., Briddell, D., & Wilson, G. (1974). Generalization of verbal conditioning to verbal and non-verbal behavior: Group therapy with chronic psychiatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 391–402.
- Turkat, D., & Buzzell, U. M. (1983). Recidivism and employment rates among psychosocial rehabilitation clients. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 741–742.
- Turner, J. E., & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319–348.
- Turner, J. E., & Shifren, I. (1979). Community support system: How comprehensive? In L. I. Stein (Ed.), *Community support systems for*

- the long-term patient* (New Directions for Mental Health Services, No. 2, pp. 1–14). San Francisco: Jossey-Bass.
- Turner, R. J. (1977). Jobs and schizophrenia. *Social Policy*, May/June, 32–40.
- Ugland, R. P. (1977). Job seekers' aids: A systematic approach for organizing employer contacts. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 22, 107–115.
- Unger, K. V., & Anthony, W. A. (1984). Are families satisfied with services to young adult chronic patients? A recent survey and a proposed alternative. In B. Pepper & H. Ryglewicz (Eds.), *Advances in treating the young adult chronic patient* (New Directions for Mental Health Services, No. 21, pp. 91–97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Unger, K. V., & Anthony, W. A. (1989). *The university as a service setting for rehabilitating young adults with severe mental illness*. Unpublished manuscript. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Unger, K. V., Danley, K. S., Kohn, L., & Hutchinson, D. (1987). Rehabilitation through education: A university-based continuing education program for young adults with psychiatric disabilities on a university campus. *Psycho-social Rehabilitation Journal*, 10(3), 35–49.
- United States Department of Health and Human Services. (1980). *Toward a national plan for the chronically mentally ill*. Report to the Secretary by the Department of Health and Human Services Steering Committee on the Chronically Mentally Ill. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783–790.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125–137.
- Vaughn, D., & Leff, J. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 43–44.
- Verinis, J. S. (1970). Therapeutic effectiveness of untrained volunteers with chronic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 152–155.
- Vitalo, R. L. (1971). Teaching improved interpersonal functioning as a preferred mode of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 166–171.
- Vitalo, R. L. (1979). An application in an aftercare setting. In W. A. Anthony *The principles of psychiatric rehabilitation* (pp. 193–202). Baltimore: University Park Press.
- Waldeck, J. P., Emerson, S., & Edelstein, B. (1979). COPE: A systematic approach to moving chronic patients into the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 551–554.

- Walker, R. (1972). Social disability of 150 mental patients one month after hospital discharge. *Rehabilitation Literature*, 33, 326-329.
- Walker, R., & McCourt, J. (1965). Employment experience among 200 schizophrenic patients in hospital after discharge. *American Journal of Psychiatry*, 122, 316-319.
- Walker, R., Winick, W., Frost, E. S., & Lieberman, J. W. (1969). Social restoration of hospitalized psychiatric patients through a program of special employment in industry. *Rehabilitation Literature*, 30, 297-303.
- Wallace, C. J., Nelson, C. J., Liberman, R. P., Aitchison, R. A., Lukoff, D., Elder, J. T., & Ferns, C. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.
- Waskow, I., & Parloff, M. (Eds.). (1975). *Psychotherapy change measures* (AIM 74-120). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Wasylenki, D. A., Goering, P. N., Lancee, W. J., Fischer, L., & Freeman, S. J. J. (1981). Psychiatric aftercare: Identified needs versus referral patterns. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1228-1231.
- Wasylenki, D. A., Goering, P. N., Lancee, W. J., Fischer, L., & Freeman, S. J. J. (1985). Psychiatric aftercare in a metropolitan setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 329-335.
- Watts, F. N. (1978). A study of work behavior in a psychiatric rehabilitation unit. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 85-92.
- Watts, F., & Bennett, D. (1977). Previous occupational stability as a predictor of employment after psychiatric rehabilitation. *Psychological Medicine*, 7, 709-712.
- Webb, L. J. (1976). Social rehabilitation: A theory program and evaluation. *Rehabilitation Literature*, 37(6), 172-175.
- Wechsler, H. (1960). The ex-patient organization: A survey. *Journal of Social Issues*, 16(1), 47-53.
- Weiden, D. J., Shaw, E., & Mann, J. J. (1986). Causes of neuroleptic noncompliance. *Psychiatric Annals*, 16, 571-575.
- Weinberg, R. B., & Marlowe, H. A. (1983). Recognizing the social in psychosocial competence: The importance of social network interventions. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(4), 25-34.
- Weinberger, J., & Greenwald, M. (1982). Training and curricula in psychiatric rehabilitation: A survey of core accredited programs. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, May, 287-290.
- Weiner, L., Becker, A., & Friedman, T. T. (1967). *Home treatment: Spearhead of community psychiatry*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Weinman, B., & Kleiner, R. J. (1978). The impact of community living and community member intervention on the adjustment of the chronic psychotic patient. In L. Stein & M. Test (Eds.), *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press.

- Weinman, B., Kleiner, R., Yu, J., & Tillson, V. (1974). Social treatment of the chronic psychotic patient in the community. *Journal of Community Psychology, 4*, 358–365.
- Weinman, B., Sanders, R., Kleiner, R., & Wilson, S. (1970). Community based treatment of the chronic psychotic. *Community Mental Health Journal, 6*, 12–21.
- Wessler, R. L., & Iven, D. (1970). Social characteristics of patients readmitted to a community mental health center. *Community Mental Health Journal, 6*, 69–74.
- White, S. L. (1981). Human resource development: The future through people. *Administration in Mental Health, 14*, 199–207.
- Wilder, J. F., Levin, G., & Zwerling, J. (1966). A two-year follow-up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital. *American Journal of Psychiatry, 122*, 1095–1011.
- Willer, B., & Milier, G. (1978). On the relationship of client satisfaction to client characteristics and outcome of treatment. *Journal of Clinical Psychology, 34*, 157–160.
- Willets, R. (1980). Advocacy and the mentally ill. *Social Work, 25*(5), 372–377.
- Williams, D. H., Bellis, E. C., & Wellington, S. W. (1980). Deinstitutionalization and social policy: Historical perspectives and present dilemmas. *American Journal of Orthopsychiatry, 50*(1), 54–64.
- Wilson, L. T., Berry, K. L., & Miskimins, R. W. (1969). An assessment of characteristics related to vocational success among restored psychiatric patients. *The Vocational Guidance Quarterly, 18*, 110–114.
- Witheridge, T. F., Dincin, J., & Appleby, L. (1982). Working with the most frequent recidivists: A total team approach to assertive resource management. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 5*(1), 9–11.
- Wolkon, G. H. (1970). Characteristics of clients and continuity of care in the community. *Community Mental Health Journal, 6*, 215–221.
- Wolkon, G. H., Karmen, M., & Tanaka, H. T. (1971). Evaluation of a social rehabilitation program for recently released psychiatric patients. *Community Mental Health Journal, 7*, 312–322.
- Wolkon, G. H., & Tanaka, H. (1966). Outcome of social rehabilitation services for released psychiatric patients: A descriptive study. *Social Work, 11*(2), 53–61.
- Wong, S. E., Flanagan, S. G., Kuehnel, T. G., Liberman, R. P., Hunnicutt, R., & Adams-Badgett, J. (1988). Training chronic mental patients to independently practice personal grooming skills. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 874–879.
- Wood, P. H. (1980). Appreciating the consequence of disease: The classification of impairments, disability, and handicaps. *The WHO Chronicle, 34*, 376–380.

- Woy, J. R., & Dellario, D. J. (1985). Issues in the linkage and integration of treatment and rehabilitation services for chronically mentally ill persons. *Administration in Mental Health, 12*, 155–165.
- Wright, B. A. (1960). *The psychosocial aspects of disability*. New York: Harper & Row.
- Wright, B. A. (1981). Value-laden beliefs and principles for rehabilitation. *Rehabilitation Literature, 42*, 266–269.
- Wright, G. (1980). *Total rehabilitation*. Boston: Little, Brown.
- Zaltman, G., & Duncan R. (1977). *Strategies for planned change*. New York: John Wiley & Sons.
- Zinman, S. (1982). A patient-run residence. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 6(1)*, 3–11.
- Zipple, A. M., & Spaniol, L. J. (1987). Current educational and supportive models of family intervention. In A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill: Coping and adaptation* (pp. 261–277). New York: Guilford Press.

