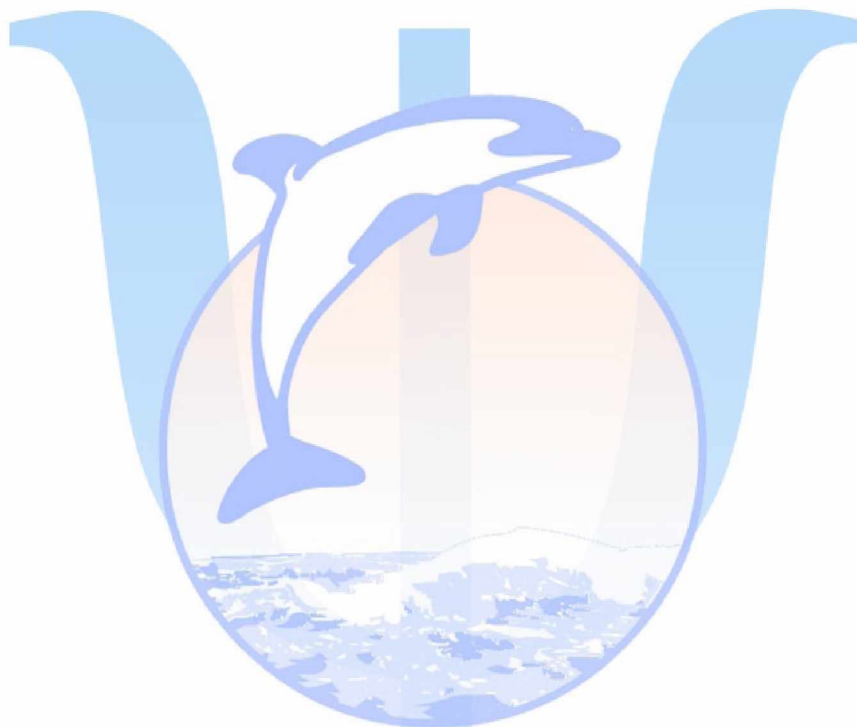


ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Департамент образования города Москвы
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
**Московский городской
психолого-педагогический университет**



**Актуальные проблемы психологической
реабилитации лиц с ограниченными
возможностями здоровья**



Москва

2011

Рецензенты:

М.Н.Гордеев, доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, профессор,
ректор НОУ ВПО Институт психотерапии и клинической психологии

Ю.С. Шевченко, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской
и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской
медицинской академии последипломного образования

А43 Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: научное издание. Коллективная монография подготовлена к Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Отв. ред. А.М. Щербакова. – М.: 2011. - 135 с.

ISBN - 978-5-94051-091-8

Монографический сборник посвящен актуальным проблемам психологической реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья. Психологическая реабилитация – становящаяся область психологической теории и практики. В центре внимания концептуально-методологические подходы, разработка диагностического инструментария, проектирование и реализация моделей и техник помощи взрослым и детям с соматическими, неврологическими, ментальными проблемами. Материалы сборника затрагивают серьезные вопросы теории психологической реабилитации, содержат новые исследовательские данные, предлагают подтвержденные практикой решения. Несмотря на разнообразие и тяжесть проблем, связанных с нарушениями здоровья, авторы сборника в первую очередь фокусируются на ресурсах человека: его способности быть субъектом собственной жизни, стремлении к реализации своего потенциала, творческом начале.

ББК 88.48

А 43

Благодарим за финансовую поддержку в публикации сборника



Благотворительный фонд «Абсолют-помощь»

ISBN - 978-5-94051-091-8

© Московский городской психолого-педагогический университет, 2011

© Коллектив Авторов

Оглавление

Summaris.....	6
Введение.....	11
Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Концепция реабилитологии. Психологический аспект индивидуальной программы реабилитации	
Voytenko R.M., Kritskaya L.A. The concept of rehabilitology. Psychological aspect in individual rehabilitation program.....	15
Вайткявичене А. Компаративный анализ индивидуальной психологии А. Адлера и теории компенсации дефекта Л. Выготского – модель психосоциального развития лиц с ограниченными возможностями здоровья	
Vaitkyavichene A.A. Adler individual psychology theory's and A.Vygotskij defect compensation theory's combination–disabled individual's psychosocial development model	26
Порохина Ж.В. Психологическая реабилитация в социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья	
Porokhina Zh.V. Psychological Rehabilitation in Social Integration of Disabled People.....	34
Малюкова Н.Г. Методы нейропсихологической диагностики и их значение в системе современной нейрореабилитации	
Malyukova N.G. Neuropsychological diagnostic methods and their role in current neuro-rehabilitation process.....	44
Щербакова А.М., Шехорина А.В. Факторы, определяющие психологическую устойчивость в трудных жизненных ситуациях	53
Мелик-Пашаев А.А. Художественное творчество и душевное здоровье	
Melik-Pashaev A.A. Artistic creative work and mental health	55
Шеманов А.Ю. Проблема субъекта и концепции социокультурной реабилитации	
Shemanov A.Yu. Subjective self and socio-cultural rehabilitation.....	62
Щербакова А.М. Качество жизни людей с интеллектуальной недостаточностью – от концепции к технологии	
Shcherbakova A.M. Life quality of people with mental deficiency: from concepts to techniques.....	67
ДеВульф М. Использование различных видов позитивной поддержки поведения. Психологическая реабилитация	
DeWulf M.J. Positive Behavior Supports in Psychological Rehabilitation	75

Творогова Н.Д. Переориентация поведения пациентов на занятиях в школе сахарного диабета	
Tvorogova N.D. Behavior Refocusing at Diabetes Care Group	81
Никитин В.Н. Транс–рефлекторные механизмы саморегуляции	
Nikitin V.I. Trance: reflexes of self-regulation	92
Куртанова Ю.Е. Психологическая реабилитация детей с хроническими соматическими заболеваниями	
Kurtanova Yu.E. Psychological rehabilitation of children with chronic somatopathy	96
Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В. Социальная адаптация, как одна из задач психологической реабилитации семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание	
Miroshkin R.B., Fisun E.V. Social integration as one of the tasks in psychological rehabilitation of families with children after oncology condition.....	103
Гусева М.А., Лебедь О.Л., Цейтлин Г.Я. Стресс и состояние репродуктивного здоровья женщин, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием	
Guseva M.A., Lebed O., Zeitlin G. Stress and reproductive health of women with oncology conditioned child	107
Иовчук Н.М., Северный А.А. Семья в комплексной реабилитации психически больного ребенка	
Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Family in complex rehabilitation of mentally handicapped children.....	111
Ривкина Н.М. Групповая работа с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами	
Rivkina I.M. Group therapy with families within complex treatment of primary psychotic episodes.....	117
Корепанова И.А. Волонтерство как один из ресурсов для создания реабилитационного пространства	
Korepanova I.A. Volunteering as one of rehabilitation empowering resources	123
Баскакова Ю.В. Развитие коммуникативной компетентности молодых инвалидов по зрению посредством деловой игры	
Baskakova Yu.V. Development of communicative skills of sight-disabled youngsters through business role-play	129
Авторский коллектив	134

Summaries

The concept of rehabilitology. Psychological aspect in individual rehabilitation program

Voytenko R.M., Kritskaya L.A.

The article encompasses notions significant for social medicine issues and determines two major directions. The first one is rehabilitation, whereas the other is expert orientation. There are significant notions in carrying out disabled person's individual rehabilitation program, such as disorder, rehabilitative diagnosis, rehabilitation potential, medical, biological, social and psychological aspects. Besides, the article claims significant components and a role of clinical psychologist in developing and implementing rehabilitation program.

A. Adler individual psychology theory's and A. Vygotskij defect compensation theory's combination – disabled individual's psychosocial development model

Vaitkyavichene A.

The article analyzes the statements of two known scientists who worked during the XX century: A. Adler and L. Vygotskij.

The comparison of the statements of these two scientists can reveal important parts in the psychosocial development model, conditioning the consequences of either integration into society or "social dislocation".

Purpose – To create a psychosocial development model for the disabled, using comparisons between the concepts of A. Adler's individual psychology and L. Vygotskij's defect compensation theory.

The topic is reflected by these questions:

What L. Vygotskij retained in his defect compensation theory of A. Adler's individual psychology?

What do the theories have in common and how are they different?

Which concepts in A. Adler's individual psychology and L. Vygotskij's defect compensation theory's condition the psychosocial development of a disabled individual?

Research object: defect compensation theory's and individual psychology's main concepts, their essence.

Literature analysis and comparative analysis were used to realize the goal.

The article emphasizes that L. Vygotskij created his defect compensation theory based on A. Adler's individual psychology concepts: feeling of inferiority and compensation, desire of superiority, social interest (or feeling of social community) the content of these concepts, it is proposed that these concepts are used in almost identical meaning in L. Vygotskij's defect compensation theory. During comparative analysis it is revealed that feeling of inferiority, desire of superiority meanings are identical in both A. Adler's individual psychology theory and in L. Vygotskij's defect compensation theory, meanwhile social interest and compensation concepts are different. A disabled individual's psychosocial development model is presented at the end of the article as a consequence of combining A. Adler's and L. Vygotskij's ideas. It is stated that this model creates a possibility to search for rehabilitation methods and for disabled individual's resources during the integration process.

Psychological Rehabilitation in Social Integration of Disabled People

Porokhina Zh.V.

Disease and incapacitation are stress conditions for a person in new circumstances. It can bring personality change in emotional, conative and cognitive spheres. Psychological mechanisms predetermine ability to overcome existing limitations. Therefore, it is psychological aspect that is crucially important in complex action plan of the social and recreational center “Preodoleniye” (“Overcoming”) in Samara region. Application of different psychological approaches enhances efficiency of rehabilitation process. Conducted investigations suggest that quality of life for disabled people improves by virtue of various methods.

Neuropsychological diagnostic methods and their role in current neuro- rehabilitation process

Malyukova N.G.

The article addresses methodology of cognitive impairment diagnostics for patients with brain injury aftermaths. The article considers impairment of higher mental function, methodical requirements and meaning of the neuropsychological diagnostics in modern neurorehabilitation.

Cognitive impairment leads to profound invalidity of patients gone through brain injury. Neuropsychological test is the highlight of the neurological rehabilitation of such patients. Methodology by Luria combines structural (qualitative, syndromic) analysis and quantification analysis of higher mental functions. Graduated scales allow standardization of estimation procedure and dynamic of HMF's during rehabilitation process.

Neuropsychological diagnostic methods showed high efficiency in treatment of brain damage, insult, neuroinfection, encephaloma, etc. Diagnostic methods allow to conduct valid studies including interdisciplinary ones and to find solutions to essential problems.

Artistic creative work and mental health

Melik-Pashaev A.A.

The article examines different types of art therapy impacts and its healing effect on human psyche. Basic sources of psychological ill-being are observed using two axes. Horizontal axis means alienation from the global concept and vertical axis means self-alienation. Experience of aesthetic appreciation of the world and art work can help overcoming or prevention of these abruptions. Besides, the article argues that artistic creative practice itself provides each child with general experience of creating, which is a psychological “must-have”.

Subjective self and socio-cultural rehabilitation

Shemanov A.Yu.

The article deals with development of subjective standpoint within the process of socio-cultural rehabilitation facing significant complications in case of rehabilitant's intellectual poverty. According to the message of the article, the most substantial challenge of the socio-cultural rehabilitation is to understand communicative cultural implication of patient's efforts instead of seeking solution to particular correction issues. Because of such

statement and providing conditions for solving the problem during rehabilitation, two things become possible. First, we can accept rehabilitant's subjective standpoint. Second, patient gets self-motivation which indirectly helps solve therapeutic tasks.

Life quality of people with mental deficiency: from concepts to techniques

Shcherbakova A.M.

The article is devoted to the issue of life quality of the people with intellectual retardation. Author mentioned the significance of binary score in life quality investigation. It is essential to work out the complex model of the supporting disabled people leading to the rise of the achievement drive. Support should be carried out with the holistic approach. Author points to underdeveloped life quality concept for mental defective people. Foreign review conclusion allows to place a question of lawfulness of using patient reported outcomes. The challenge of diagnostic tools development appropriate for mentally deprived people was set.

Positive Behavior Supports in Psychological Rehabilitation

Michael J. DeWulf.

This article stresses the importance and benefits of using positive behavior change techniques with people that have intellectual and developmental disabilities that also engage in problem behavior. It is designed for psychologists and others responsible for teaching employees in human service organizations how to work with individuals that display difficult behavior or significant mental health problems. Participants will be exposed to the ideologies, philosophical underpinnings, and value systems of positive behavior supports. The article includes numerous examples of difficult behavior addressed using positive behavior change techniques and considerations in the development of written treatment or support plans that address social, emotional, and environmental needs. There are numerous guidelines for using praise and reinforcement effectively, presenting instructions or requests, and general strategies for achieving meaningful behavior change without the need for restrictive or punitive interventions. Topics, substantially based in the field of applied behavior analysis, include the use of reinforcement to increase behavior, identifying behavioral antecedents, the role of the environment, general causes of problem behavior, and implementation of treatment or support plans. Participants will also learn how to select and teach functional skills and the importance of scientific analysis in psychological and behavioral assessment.

Behavior Refocusing at Diabetes Care Group

Tvorogova N.D.

For the last decades, the major cause of high mortality rate has been attributed to behavior-related diseases. Therefore, one of the ways to improve health is to change morbid behavior. Withdrawing from usual lifestyle requires not only successful adaptive behavior but nonadaptive model in realization of intentions. The article deals with theoretical approaches used in health promoting schools. Russian schools use basic model called "From fear to knowledge" (based on Health Belief Model, Sutton, 1982). The article substantiates new social cognition model for diabetes patients changing health behavior patterns. It is called "From fear to joy". Report in the article presents empirical data of carrying authorial course in health promoting school of RAMS Research Centre of Endocrinology, I.M. Sechenov Moscow Medical Academy.

Trance: reflexes of self-regulation

Nikitin V.I.

In the article there is some analysis of meanings of experience of subject's transpersonal feelings for objective researches different states of the whole body. There is an idea of truthfulness of getting self-experiences being in changing state of consciousness, some potential possibility of extending field of feeling of internal body-state processes. In conclusion of the article the author comes up to the idea of necessity of desubjectification of perception activities of self - body by means of conscious coming in changing psyche state.

Psychological rehabilitation of children with chronic somatopathy

Kurtanova Yu.E.

The article addresses psychological adjustment issue of children with chronic somatic disorder. Social integration appears to be the main objective of psychological rehabilitation. The considerations are particularity of impliable deviations caused by the conditioned disease, social situation within the context of chronic illness. The article provides reasonable details of the psychopedics in rehabilitation residential accommodations for children: adaptation in hospital environment, emotional-volitional and personality correction, relevant clinical characteristics formation, vocational guidance, parents training and managing of medical staff.

Social integration as one of the tasks in psychological rehabilitation of families with children after oncology condition

Miroshkin R.B., Fisun E.V.

The article addresses the problem of rehabilitation in families whose children had an oncologic disease and were fully in remission. Factors connected with severity of illness and long-term treatment complicate physical and psychological recovery, socialization, community adaptation, and family interaction.

Observations and findings on this topic have been obtained within the framework of psychological course in health resort "Russkoe Pole" (Russian Field) in Chechov, Moscow region, FNKC "Centre of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology".

Stress and reproductive health of women with oncology conditioned child

Guseva M.A., Lebed O., Zeitlin G.

The paper presents the findings of a study of 798 women whose children had oncology in remission. The goal was to judge the reproductive health and strategies of the families. The predominant strategy has been found out to be postponed child-bearing, although 95% respondents consider raising a child a general value. The reason is fear of genetic cancer (pointed by 30% of women), high level of personal anxiety and uncertainty. Fear of the setback remained for years after child's healing. It caused declining of health: 22% judged their state as good, the rest have different reproductive diseases. 14.7% suffered from one-child sterility, one third of this number was psychogenetic. 13.8% pregnancies ended a miscarriage or dead birth during 5 years after child healing, 50.4% ended with medical abortion. Reproduction disorders are connected with chronic neurosis. Thus, the article argues the necessity of conducting preventive measures, such as early diagnoses and treatment of psychosomatic disorders of women whose child had cancer.

Family in complex rehabilitation of mentally handicapped children

Iovchuk N.M., Severnyj A.A.

Complex rehabilitation activity involves families of mentally handicapped children with the purpose to empower positive view on child joining intervention program, to have shared standards of treatment and education, and to target at greatest possible education and training level. There are some other points: starting to use appropriate education techniques for home education, overcoming negative bias towards pharmaceutical treatment, treating parents' mental disturbances, overcoming isolation and making family more permissive, developing emotional links and mutual support between members of different families.

Group therapy with families within complex treatment of primary psychotic episodes

Rivkina I.M.

This article describes the model of involving differentiated family interventions in comprehensive care for patients with first episode psychosis. It presents the models of the family member's psychoemotional reaction to the onset of the disease and changes in intrafamilial interactions with regard for characteristics of the onset that actually form the ground for development of module of psychosocial work with the families. The author also presents the data concerning efficacy of including multifamily interventions in the system of psychosocial treatment.

Volunteering as one of rehabilitation empowering resources

Korepanova I.A.

In this paper the volunteering is characterized as a socio-psychological phenomenon. The volunteering represents a relatively young movement, which appeared in the beginning of 20th century. In the last 20 years the volunteering has been very intensively developed in Russia. The volunteering is foremost understood as a resource of personal development. This is a polymotivation activity, where motivations of communication, like "be need" as well as motivations of support and help are presented. The motivation in several volunteering projects on the assistance to physically challenged people is analyzed. Several types of the motivation are shown, like co-pleasure, reminiscence, duty, life style etc. Additionally impressions of the volunteers on the people they help are examined. It is shown that these impressions are unlike the notions of the people who do not have any experience in the volunteering. In conclusion the volunteering as a special rehabilitative approach is analyzed by examples. The inclusion of physically challenged people into the volunteering creates unique opportunities for their personal and psychosocial development as well as for their social inclusion.

Development of communicative skills of sight-disabled youngsters through business role-play

Baskakova Yu.V.

The article deals with issues of socialization, integration and maturation of young sight-disabled people in condition of intensive studies. The paper considers such forms of activity as business role-play and elements of social psychological training. The article presents results of comparative analysis of communicative skills of sight-disabled people aged from 14 to 40 years in Moscow city and Republic of Tatarstan.

The article may be helpful to heads and experts of organizations, institutions and medical settings engaged in rehabilitation of people with sight disability, as well as to people who keep themselves informed of current trends in social security policy and youth policy.

Введение

Психологическая реабилитация – становящаяся область психологической теории и практики. В центре внимания концептуально-методологические подходы, разработка диагностического инструментария, проектирование и реализация моделей и техник помощи взрослым и детям с соматическими, неврологическими, ментальными проблемами. Несмотря на разнообразие и тяжесть проблем, связанных с нарушениями здоровья, авторы монографии в первую очередь фокусируются на ресурсах человека: его способности быть субъектом собственной жизни, стремлении к реализации своего потенциала, творческом начале.

Не ограничиваясь пониманием реабилитации как комплекса мер, направленных на предотвращение перехода болезни или недостаточности в стойкое нарушение личностных, социальных и профессиональных условий жизни или, если это невозможно, сведение этих последствий к минимуму, Р.М. Войтенко и Л.А. Крицкая указывают на необходимость расширения сферы жизнедеятельности человека с ограниченными возможностями здоровья. Авторы подчеркивают, что эффективность реабилитационного процесса обусловлена прежде всего деятельностью самого человека, имеющего болезнь или недостаточность, и вводят новый термин – реабилитант. Работа специалистов должна быть направлена на то, чтобы максимально задействовать все ресурсы личности и оптимизировать ее на пути достижения поставленных реабилитационных целей. Отмечается, что практическая реализация этого направления работы требует коррекции мотивационной сферы реабилитанта, изменения его ценностей, установок, самооценки, уровня притязаний с ориентацией на новую форму деятельности.

В поисках концептуально-методологических оснований для реабилитационного воздействия на личность человека с недугом А. Вьятквичене проводит компаративный анализ индивидуальной психологии А. Адлера и теории компенсации дефекта Л. Выготского. Стремясь построить модель психосоциального развития лица с ограниченными возможностями, автор делает вывод о том, что это развитие обусловлено двояко: социальной реализацией недуга и социальной направленностью компенсации. Недуг обуславливает двойную зависимость личности от социума: с одной стороны, социум словно в зеркале показывает лицу с ограниченными возможностями отражение его недуга, а с другой – дает оценку его усилиям, направленным на компенсацию и адаптацию к требованиям общества.

Ситуация приобретенной инвалидности рождает ощущение значительного расхождения между тем, каким человек привык себя считать и каким он предстает сегодня, между предъявляемыми требованиями и реальными на сегодняшний день возможностями. Это выливается в драматическое переживание собственной несостоятельности, никчемности, неполноценности, усиливающиеся еще и потому, что человек чувствует подобное отношение к себе и со стороны окружающих. По мнению Ж.В. Порохиной, в этом и кроются собственно психологические проблемы инвалидности. Автор утверждает, что психологический аспект реабилитации имеет непосредственную социальную направленность и нацеленность на обеспечение конечного результата реабилитации в целом. Психологический аспект реабилитации возможно рассматривать как системообразующий в отношении всего комплекса

реабилитационных мероприятий. Комплексное использование разнообразных психологических методов повышает эффективность реабилитационного процесса в целом, и улучшает качество жизни людей с ограниченными возможностями здоровья.

Построение обоснованных и эффективных реабилитационных программ с необходимостью требует учета диагностических данных. Сложнейшей категорией больных являются пациенты, выживающие после повреждений головного мозга. Причиной их глубокой инвалидизации являются нарушения когнитивных функций. Н.Г. Малюкова описывает методологию нейропсихологической диагностики нарушений когнитивных функций у пациентов с последствиями поражений головного мозга. Автором рассмотрены основные принципы анализа нарушений высших психических функций (ВПФ), требования к батарее диагностических методик и значение нейропсихологической диагностики в системе современной нейрореабилитации. Нейропсихологическое направление является важнейшим аспектом нейрореабилитации больных с инсультами, черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями, опухолями мозга и др.

Решение задачи повышения адаптационных возможностей людей с ограниченными возможностями здоровья требует постоянной и комплексной работы со стороны специалистов разных профилей. Для того, чтобы такая работа была эффективной, специалистам нужно иметь представление не только о проблемах, нарушениях, болезнях, но и о тех качествах, которые помогают человеку выстоять в трудных жизненных обстоятельствах. Универсальная способность, позволяющая человеку, группе или сообществу предотвратить или свести на нет отрицательные последствия трудной ситуации, называется устойчивостью (resilience). Этот термин также используется для описания ряда качеств, которые способствуют процессу успешной адаптации в жизни вопреки трудностям. Анализируя модель устойчивости, предложенную Э. Гротберг, А.М. Щербакова и А.В. Шехорина делают вывод об эффективности ее использования при разработке программ психологической реабилитации.

Размышляя об общих причинах психологического неблагополучия, А.А. Мелик-Пашаев рассматривает их в двух измерениях: горизонтальном (отчуждение «самозамкнутого я» от мирового целого) и вертикальном (отчуждение от высшего творческого «Я», по сути от самого себя). Автор показывает, за счет чего опыт эстетического отношения к миру и художественного творчества может способствовать преодолению или профилактике этого отчуждения и утверждает целительность для человеческой личности художественного творчества как такового. При этом проводится различие между работой, направленной на «абилитацию» творческого отношения к миру и отдельными арттерапевтическими воздействиями, в которых специфика искусства играет служебную роль.

Глубокий смысл социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями состоит в обеспечении доступности культуры для них. Особую категорию лиц с ОВЗ составляют люди с интеллектуальной недостаточностью. А.Ю. Шеманов рассматривает проблему формирования субъектной позиции человека с интеллектуальной недостаточностью в процессе социокультурной реабилитации и обосновывает тезис, что наиболее существенной задачей в этом случае является наполнение усилий реабилитанта коммуникативным культурным смыслом как для него

самого, так и для других, а не решение тех или иных частных проблем коррекции. Благодаря постановке подобной задачи и созданию условий для ее решения в процессе реабилитации становится возможным признание субъектной позиции реабилитанта и работа над глубокой мотивацией его жизненных усилий, что косвенно может способствовать и решению коррекционных и терапевтических задач.

А.М. Щербакова пишет о значении целостного (холистического) подхода в реабилитации и поддержке умственно отсталых и на основе обзора иностранной литературы рассматривает проблему их качества жизни, исследование которого представляет определенные трудности. Поставлен вопрос о правомерности использования опросов умственно отсталых при исследовании их качества жизни. Автор отмечает значение «бинарной» оценки в исследованиях качества жизни умственно отсталых людей, а также необходимость поиска и разработки диагностического инструментария, релевантного их особенностям. Подчеркивается, что результаты изучения качества жизни должны использоваться для разработки модели комплексной поддержки, направленной на повышение личных достижений людей с ограниченными возможностями.

Одной из форм работы с людьми, имеющими нарушения интеллекта, является позитивная поддержка поведения. М. ДеВульф знакомит с идейными основами, философскими обоснованиями и системой ценностей позитивной поддержки. Автор показывает преимущества использования методов позитивной поддержки изменения поведения при работе с интеллектуально недостаточными людьми, демонстрирующими проблемное поведение, и описывает факторы, которые нужно учитывать при написании планов поддержки этих людей, направленной на удовлетворение их социальных и психологических потребностей.

Теоретические подходы к изменению поведения больных с соматическими заболеваниями описывает Н.Д. Творогова. Значение переориентации поведения определяется тем, что в последние десятилетия основными причинами смертности стали болезни, в которых важную роль играет поведение. Автор анализирует основную используемую модель «От страха к знанию» (Sutton, 1982) и предлагает новую, авторскую модель – «От страха к радости». Н.Д. Творогова отмечает, что изменение привычного образа жизни нередко требует от личности не только успешности в приспособительном поведении, но и поддержания направленности на реализацию своего потенциала, своих высших целей.

В.Н. Никитин выдвигает идею о возможности для индивидуума коррекции состояния своего организма в процессе десубъективизации актов восприятия посредством осознанного вхождения в измененное состояние сознания. Автором представлен анализ значения опыта трансперсонального переживания субъекта, отражающего процесс объективного исследования и регуляции состояния организма.

Влияние хронических соматических заболеваний на психологическое состояние детей рассматривает Ю.Е. Куртанова. Автор подробно описывает основные направления деятельности психолога в детских реабилитационных учреждениях соматического профиля: адаптация ребенка в условиях стационара, коррекция эмоционально-волевой и личностной сферы ребенка, работа по формированию адекватной внутренней картины болезни, профориентация, работа с родителями и медицинским персоналом.

Продолжая тему работы с родителями, Р.Б. Мирошкин и Е.В. Фисун уделяют внимание вопросу психологической реабилитации семей, дети которых перенесли онкозаболевание и находятся в ремиссии. Многообразные факторы, связанные с тяжестью болезни и длительным лечением, осложняют не только процесс физического и психологического восстановления ребенка, его социализацию и адаптацию к внебольничному пространству, но и серьезно влияет на функционирование всей семьи. М.А. Гусева, О.Л. Лебедь, Г.Я. Цейтлин показывают, что доминирующей репродуктивной стратегией семьи с ребенком, перенесшим онкозаболевание – отложенное рождение ребенка. Авторы обсуждают связь нарушений репродуктивного здоровья и изменений репродуктивного поведения с хроническим психоэмоциональным стрессом и обосновывают комплекс мер, направленных на профилактику, раннюю диагностику и лечение психосоматических расстройств у женщин, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием.

Работа с семьей является неотъемлемым аспектом комплексной реабилитации психически больного ребенка. Н.М. Иовчук и А.А. Северный определяют задачи реабилитационно-коррекционной работы и указывают на то, что их успешность их решения тесно связана как с прогнозом течения заболевания, так и социального прогноза.

Н.М. Ривкина предлагает программу психосоциальной работы с родственниками человека с психическим заболеванием, основываясь на том, что понимание семьей закономерностей течения болезни, адекватная оценка возможностей пациента, ее консолидация обеспечивает пациенту необходимую поддержку, предотвращает формирование образа «хронически больного».

Существует возможность формирования как определенных психологических трансформаций, так и потребительской позиции и у самих людей с ограниченными возможностями здоровья, и у их родителей и других родственников и близких. И.А. Корепанова рассматривает еще один важный аспект реабилитационной работы – участие родителей детей с ОВЗ в качестве волонтеров. Включение родителей как активных со-деятелей, со-участников, со-творцов в те или иные волонтерские проекты может стать как профилактикой возникновения личностных искажений, так и хорошим способом постановки новых задач саморазвития, профессионального становления и совершенствования.

Психологическая помощь должна содействовать повышению чувства собственной ценности и уверенности в себе у лиц с ОВЗ. Ю.В. Баскакова показывает, как решаются вопросы социализации, адаптации и развития молодых инвалидов по зрению в условиях интенсивного обучения. Рассматриваются такие формы работы с незрячей молодёжью, как деловая ролевая игра и элементы социально-психологического тренинга.

Реабилитационные мероприятия должны быть направлены как непосредственно на личность человека с ограниченными возможностями здоровья, так и на его систему отношений с окружающим социумом.

А.М. Щербакова

Концепция реабилитологии. Психологический аспект индивидуальной программы реабилитации

Войтенко Р.М., Крицкая Л.А.

Формирование и развитие на рубеже тысячелетий концепции социальной медицины заставляет по иному осмыслить многие традиционные понятия этой сферы человеческой деятельности. Выделение двух основных ее составляющих – реабилитационного и экспертного направлений потребовало заново пересмотреть многие, казалось бы, вполне устоявшиеся к концу XX века представления (концептуальные, методологические, организационные), которые стали все более отставать от объективных жизненных реалий.

Таким образом, возникла необходимость заново организовать накопленный объем знаний, создать принципиальную теорию, концепцию, методологию феномена, который принято называть реабилитацией.

В настоящей работе отражен опыт более чем 30-летней деятельности в этом направлении совместно с коллективом кафедры социальной психиатрии и клинической психологии СПбИУВЭка, который внес существенный вклад в разработку концепции реабилитации в социальной медицине, в формирование представлений об индивидуальной программе реабилитации, реабилитационном диагнозе, оценке реабилитационного потенциала человека, живущего в «ситуации болезнь» и ряда иных концептуальных представлений.

Были определены базисные понятия, создан принципиальный терминологический костяк, скелет, на основе которого должно формироваться, развиваться, трансформироваться новое направление современной социальной медицины – *реабилитология*.

Почему возникла такая необходимость? Чем обусловлена некоторая переоценка сложившихся представлений, понятий, определений?

По существу она базируется на трех объективно сложившихся к концу XX века сущностях, реальность и объективность которых никем не оспариваются:

изменившаяся социально-гигиеническая значимость (характеристика) болезней; «блеск и нищета» современной терапии; патоморфоз заболеваний.

К концу XX века по социальной значимости сосудистая патология вышла на первое место, онкологические заболевания – на второе, травмы и их последствия – на третье, наконец, нервно-психические нарушения заняли «почетное» четвертое место.

Понятно, что при такой структуре заболеваемости организационно-методическая деятельность должна быть разделена на две части: ургентная медицина и медицина в период послабления симптоматики.

Второй вывод, который следует сделать, заключается в том, что к концу XX века отчетливо обозначилась тенденция, образно определяемая как «блеск и нищета» фармакотерапии, т.е., несмотря на огромное количество новых препаратов и методик, обнаружилась и «нищета», слабость современных методов лечения, малая эффективность терапии, несмотря на все успехи в излечении больных, особенно в период послабления симптоматики, когда на первый план выступает не угроза жизни, а социальная недостаточность, ограничение жизнедеятельности, снижение качества жизни больных.

Третьей, объективно существующей реальностью в современной медицине, является патоморфоз заболеваний, то есть изменение клиники и течения заболеваний не только в «ургентный» период, но и в «межприступный», в сторону увеличения числа

«мягких», малопрогрессирующих типов течения, что позволяет человеку «приспосабливаться» к болезни, учиться жить в ситуации «болезнь».

По нашему мнению, патоморфоз заболеваний имеет мультифакторный генез, в становлении которого существенную роль играют не только эволюция терапии, эволюция патогенного фактора, но и эволюция биоэнергетического потенциала и его генетико-конституциональных особенностей, а также эволюция внутренней модели болезни самого больного.

Таким образом, к концу XX века, отчетливо наметился «схизис» (расхождение) между объективно сложившимися в медицине реалиями и устаревшими, догматическими организационно-методологическими и концептуальными представлениями.

Подобная ситуация заставляет по иному осмыслить (концептуально и организационно-методически) формы, цели и задачи медицинской деятельности, понятие реабилитации и социальной медицины.

С этих позиций все формы медицинской деятельности можно разделить на три части, взаимосвязанные, но четко организационно-методически и концептуально разделенные, со своими особыми целями и задачами, организацией, финансированием, подходами к определениям «здоровье», «болезнь», «диагноз», «реабилитация» и т.д., и тем самым, выделить научно-техническую медицину, ургентную медицину и социальную медицину.

Основной задачей научно-технической медицины является поиск новых медицинских технологий на базе современных научно-теоретических исследований и последующее их внедрение в клиническую практику. Например, «генетические» вмешательства, новейшие оперативные технологии, (пересадка органов, тканей, разработка новых оперативных методов и т.д.). А также разработка новых препаратов, вакцин, антисептиков и т.п.

Научно-техническая медицина по своей сути крайне финансовоемкая отрасль медицины, она требует особой организационной структуры (НИИ, специализированные клиники и т.п.), узкой специализации врача, техники, оборудования и др.

Исходя из конкретной лечебно-диагностической цели, формируется и строится диагностика, которая не имеет ничего общего со статистическим диагнозом по Международной классификации болезней (МКБ). В научно-технической медицине больной по существу является объектом воздействия, «кроликом», на котором испытывают новые медицинские технологии и препараты, поскольку возможности типового, стандартизированного подхода к терапии исчерпаны. Для больного обращение к научно-технической медицине (НТМ) – последняя надежда, последний шанс, поэтому в НТМ социальные и психологические аспекты болезни практически не значимы, нет необходимости в формировании реабилитационного диагноза, оценке реабилитационного потенциала человека и в формировании развернутой многоаспектной программы реабилитации.

Следовательно, научно-техническая медицина в соответствии со своими целями и задачами не нуждается в разработке концепции и методологии реабилитации, основой которой является активная деятельность самого реабилитанта. По существу в НТМ основной задачей является лечение организма, а не человека в целом (практически нуждаются в ней лишь около 5% больных).

Задача «ургентной» медицины заключается в купировании острых, опасных для жизни патологических состояний, острых инфекций, травм, врожденных патологий, трудно совместимых с жизнью, обострений длительно-текущих заболеваний. Например, инфаркт, инсульт, прободная язва и т.п. «Ургентная» медицина также достаточно финансовоемкая (обслуживание стационаров в широком смысле, зарплата персонала и т.д.). Она требует особой организации деятельности (отделение,

операционная, реанимация, иерархия персонала и т.д.) и достаточно узкой специализации врача. В ней, исходя из конкретной ургентной цели, формируется диагноз, который также нередко имеет мало общего с диагнозом по МКБ. Болезнь и патологический процесс для «ургентной медицины» – по существу синонимы.

Также как и в НТМ, в ургентной медицине (нуждаемость в которой составляет около 25-30% больных) больной является объектом лечебного воздействия, лечебный процесс ориентирован на уровень организма. Социальные и психологические аспекты болезни незначимы, необходимости в разработке реабилитационных программ нет. Следовательно, нет также нужды и в формировании реабилитационного диагноза и в оценке реабилитационного потенциала человека.

Именно поэтому возникла острая необходимость заново осмыслить понятие социальной медицины, поскольку ее услугами пользуются свыше 65% больных и в ней работает основное число практиков разных врачебных специальностей, клинических психологов и специалистов по социальной работе.

Одним из важнейших составляющих **социальной медицины** является представление о том, что человек, имеющий болезнь или дефект, не просто «болеет». Он по существу на протяжении ряда лет живет в «ситуации болезнь». А это означает, что, несмотря на патологическое состояние, он продолжает выполнять основные направления своей деятельности (биологические, социальные, психологические), сохраняя в целом привычный жизненный стереотип, который, естественно, жестко прерывает стационар ургентной медицины.

Подобное сочетание длительного патологического состояния и необходимость оставаться «в жизни» и определяет социальную недостаточность больного в социальной медицине, различные формы и степени био-социо-психологической дезадаптации, которые, усиливаясь и, стабилизируясь, могут приводить к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Именно поэтому *предметом социальной медицины* является человек, живущий в «ситуации болезнь (дефект)». Поскольку в социальной медицине вероятность практического выздоровления невелика, следует переставить акценты деятельности врача, клинического психолога и социально работника с лечебной ориентации на уменьшение социальной недостаточности больного.

Следовательно, основной *задачей социальной медицины* является сохранение или расширение сферы жизнедеятельности больного не только в экспертных «ситуациях» – самообслуживание, передвижение, ориентация и т.д., но и в других типовых жизненных ситуациях – «семья», «хобби», «секс» и т.п.

Поскольку в социальной медицине человек, имеющий болезнь или дефект, выступает как субъект деятельности, направленной на преодоление биологической, социальной и психологической недостаточности (понятие «социальная недостаточность больного» включает эти три компонента), он может быть концептуально и методологически представлен как синтез трех составляющих: *организм, личность, индивид*.

Понятие **«организм»** определяет биологическую сущность человека, в которой «развертывается» патологический процесс. Понятие **«личность»** включает в себя психологический облик человека, имеющего патологический процесс. И, наконец, понятие **«индивид»** определяет человека как члена социальной группы (семья, учебная или рабочая группа, группа по интересам, референтная группа и т.д.), испытывающего недостаточность вследствие патологического процесса.

С этих позиций и следует определять ряд понятий: болезнь, патологический процесс, диагноз, реабилитация, реабилитационный потенциал, индивидуальная программа реабилитации (ИПР).

Болезнь (дефект) – расстройство социо-био-психологического гомеостаза человека вследствие патологического процесса, ведущего к социальной недостаточности и (или) к ограничению жизнедеятельности.

Нет болезни без патологического процесса, но может быть патологический процесс без болезни (очаг Гона, бессимптомные инфаркты, эпилептический очаг без припадков и т.д.).

В социальной медицине под **реабилитацией** понимается расширение сферы жизнедеятельности человека, имеющего болезнь (дефект), при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий.

Реабилитация может быть полной или частичной. Реабилитация как процесс на различных этапах включает в себя ряд конкретных реабилитационных целей.

Реабилитационную программу реализует сам реабилитант.

Следовательно, в социальной медицине человек, имеющий болезнь (дефект), может выступать в различных социальных ролях: больной – свидетельствуемый – инвалид-реабилитант.

Каждая из этих социально-психологических ролей определяет направленность (мотивацию) деятельности человека.

Поскольку реабилитация есть активная форма деятельности человека, имеющего болезнь (дефект), *«столбовая» дорога реабилитации проходит через личность реабилитанта.* Как известно, под личностью понимается гомеостатическая био-социо-психологическая система, составляющая устойчивый психический облик человека, с индивидуальными особенностями темперамента, характера, интеллекта и мотивации.

Для успешной реализации реабилитационных целей и задач возникает необходимость постановки интегративного реабилитационного диагноза, включающего три составляющих:

- реабилитационный диагноз организма (медико-биологический реабилитационный диагноз);
- реабилитационный «диагноз» личности (психологический портрет);
- реабилитационный «диагноз» индивида, его деятельность в микросоциальных группах (социальный портрет).

Основой реабилитационного диагноза является оценка сохранившихся возможностей человека (организма, личности, индивида) для достижения реабилитационных целей.

Т.о. информация о реабилитанте обусловлена системным подходом через интеграцию трех реабилитационных диагнозов: медико-биологического, социального и психологического.

Их синтез позволяет определить **реабилитационный потенциал** человека «болеющего». Ранее уже указывалось, что в реабилитологии крайне важно оценивать реабилитанта в трех «ипостасях»: организм, личность и индивид (член социальной группы). Следовательно, реабилитационный потенциал человека, нуждающегося в реабилитации, также должен оцениваться по этим трем параметрам:

реабилитационный потенциал организма;

реабилитационный потенциал индивида, т.е. члена социальных групп, в которых происходит процесс реабилитации;

реабилитационный потенциал личности.

Однако прежде чем переходить к анализу конкретных составляющих реабилитационного потенциала, необходимо определить само понятие.

Под **реабилитационным потенциалом** (РП) человека, имеющего болезнь или дефект, понимают его возможности (медико-биологические, социальные,

психологические) нивелировать, уменьшить или компенсировать социальную недостаточность и (или) ограничение жизнедеятельности (ОЖД).

Реабилитационный потенциал организма включает:

- биоэнергетический РП;
- генетико-конституциональный РП;
- организационно-медицинский РП.

Под *биоэнергетическим РП организма*, с учетом пола и возраста, понимается физическое состояние органов и систем, непосредственно не участвующих в патогенезе основной дезадаптирующей патологии. А также их способность выдерживать «натиск» медико-биологического аспекта реабилитации, воздействие предполагаемой фармакологии, оперативного вмешательства, функциональных нагрузок и т.п.

Оценка *генетико-конституционального РП организма* особенно значима для реабилитационного прогноза. Действительно, генетические и конституциональные особенности организма (заболевания родственников, хромосомные aberrации, тип конституции - астенический, пикнический и т.д.) являются тем патопластическим фоном, на котором «развертывается» клиническая симптоматика основного заболевания и он может оказывать существенное влияние на реабилитационный потенциал организма в целом.

Наконец, *медико-организационный РП*. Поскольку в реабилитологии именно реабилитант «организует», выполняет и в значительной мере сам контролирует медицинский аспект реабилитации, следует «просчитать», «продумать», организовать, как и где он сможет реализовать комплекс предлагаемых медицинских мероприятий (фармакологических, тренирующих, оперативных) их стоимость, наличие или отсутствие, доступность по времени и т.д.

Завершающим этапом анализа РП организма является интеграция полученных данных и их оценка по шкале: низкий, высокий и средний (умеренный) РП организма.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что при оценке РП организма основным является возможность выдержать и реализовать весь комплекс мероприятий в рамках медицинского аспекта реабилитации и строить ИПР с учетом полученных данных.

Переходя к оценке реабилитационного потенциала индивида, что находит определенное отражение в социальном аспекте реабилитации, необходимо, прежде всего, оценить микросоциальное реабилитационное «поле» (РП), в котором реабилитант существует и действует.

Под *РП индивида* понимают возможности, желание и стремление микросоциальных групп (реабилитационное социальное «поле») оказывать содействие реабилитанту в реализации ИПР.

РП индивида, существующего и реализующего ИПР в социальном реабилитационном «поле», оценивается по следующим трем аспектам:

Нравственно-этический РП малой группы (семья, рабочая и учебная группа, группа по «интересам») может быть определен как общее, групповое представление о человеческой, этической значимости ресоциализации человека с ограниченными возможностями здоровья. Он обеспечивается повышением его социальной роли, ролевой функции в группе, пониманием и убежденностью группы в компенсаторных возможностях индивида, представлением о роли взаимопомощи членов группы, социально-психологической поддержкой реабилитанта. Понятно, что эти общие представления и их конкретная реализация базируются на нравственно-этическом потенциале социальных групп, в которых осуществляется деятельность и реализация ИПР.

Научно-технический РП индивида определяется как конкретная возможность общества в целом и малых социальных групп организовать реабилитанту научно-технические и бытовые возможности, использование которых позволят расширить его

сферы жизнедеятельности (организация рабочих или учебных мест, быта, протеза, «ходунка», костылей, коляски, слухового аппарата и т.д.);

Юридический (правовой) РП предполагает конкретную защиту прав инвалида (реабилитанта), возможность непосредственно реализовать льготы и права реабилитанта через общественные организации, деятельность малых групп, через юридическую защиту, в том числе и в судебном порядке.

Таким образом, оценка социального РП реабилитанта (индивида) предполагает его взаимодействие и помощь в реализации ИПР со стороны социального реабилитационного «поля» – нравственно-этическую, техническую и правовую.

При реализации конкретной индивидуальной программы реабилитации, сформированной для реабилитанта, в одних случаях главенствующее место может занимать медико-биологический аспект, в других социальный, но основой успеха реабилитационного процесса всегда является ее личностный, психологический радикал, поскольку всю «работу» по реализации ИПР прodelывает сам реабилитант, т.е. необходимо оценить реабилитационный потенциал личности.

Успешность достижения реабилитационных целей опирается на эмоционально-волевой, интеллектуальный и мотивационный **РП личности**.

Эмоционально-волевой РПЛ определяется, прежде всего, как степень энергичности реабилитанта в достижении конкретных реабилитационных целей. Эмоционально-волевой РПЛ в основном зависит от типа темперамента и особенностей характера, от состояния эмоций, воли, а также от четкости картины внутренней модели болезни (социальной проблемы).

Интеллектуальный РПЛ представлен в ситуативной адекватности понимания реабилитантом ситуации, создавшейся в результате болезни (дефекта) и путей ее разрешения. Он зависит от уровня интеллекта и состояния когнитивных процессов, от разработанности и организованности ВМБ.

Мотивационный РПЛ – совокупность целей, идеалов, установок, мотивов и потребностей, актуальных для реабилитанта в ситуации «болезнь - инвалидность», базируется, в основном, на мотивационной сфере личности и системе отношений к себе, к людям, к ответственности в рамках принятия решений. Существенна также роль целенаправленности и адекватности установок на преодоление дискомфорта и фрустрации («копинг-установки») в рамках внутренней модели болезни и внутренней модели социальной проблемы.

Все вышеизложенное позволяет подвести некоторые итоги общим концептуальным представлениям реабилитологии. Действительно уточнен и сформирован клиничко-реабилитационный диагноз, определены основные дезадаптирующие синдромы, их стойкость и степень выраженности, создан «социальный портрет» реабилитанта, создан «психологический портрет», уточнен РП человека, определены основные цели, задачи и этапы реабилитации.

Для конкретного решения реабилитационной цели в социальной медицине выделяют три аспекта: медико-биологический, социальный и психологический.

В настоящей работе не ставится цель подробного анализа *составляющих* медико-биологического и социального аспектов реабилитации. Однако упомянуть их целесообразно.

Медико-биологический аспект реабилитации включает различные виды терапии:

- активная патогенетическая,
- поддерживающая («фоновая»),
- «долечивающая»,
- функционально-тренирующая,
- «профессиональная»,
- профилактика обострений

- новые лечебные формы и методы,
- нетрадиционная терапия,
- организация лечебных мероприятий.

Социальный аспект реабилитации (коррекция социальных ситуаций):

- юридической (правовой),
- социально-бытовой,
- семейной,
- материальной,
- профессиональной,
- социально-средовой,
- социально-трудовой,
- в иных социальных группах.

Психологический аспект реабилитации (конкретные составляющие которого будут рассмотрены в последующем).

Переходя к психологическому аспекту реабилитации (психологическая коррекция) и анализу его составляющих таких, как коррекция психологического контакта, коррекция психологического аспекта профориентации, коррекция состояния фрустрации, коррекция мотивационной сферы, внутренней модели болезни, коррекция социальной роли реабилитанта, представляется особо значимым наполнить их конкретным содержанием.

Однако прежде чем проводить анализ основных направлений *психологического аспекта реабилитации* (ПАР), следует подчеркнуть, что реабилитационный процесс, реализация ИПР, ее эффективность обусловлена, прежде всего, деятельностью самого реабилитанта. Проще – реабилитация есть работа, порой тяжелая, неблагодарная, изнурительная, направленная на преодоление собственной социальной недостаточности человеком, имеющим болезнь или дефект.

Цель психологического аспекта ИПР – максимально задействовать все сохранившиеся ресурсы личности для реализации реабилитационной задачи, направлять, корректировать, оптимизировать личность на пути достижения поставленных реабилитационных целей. Отсюда и еще один вариант названия данного аспекта ИПР – *коррекция психологических ситуаций*.

Действительно, лечить можно и животное, но реабилитировать возможно только человека!

В социальной медицине, где реабилитант является главным субъектом деятельности, важнейшей составляющей ПАР становится формирование и поддержание стабильного оптимального психологического контакта, атмосферы взаимного доверия, партнерства, поддержки реабилитанта и обсуждения возникающих проблем на разных этапах реабилитационного процесса.

Вообще после установления личностного реабилитационного диагноза (психологический «портрет» реабилитанта) и оценки его реабилитационного потенциала, психологический аспект реабилитации определяет основные направления деятельности реабилитолога (психолога, врача, социального работника). Вместе с тем, несмотря на значимость психологического аспекта ИПР, практическая его реализация в социальной медицине достаточно проблематична.

Нет единства мнений о его конкретном содержании и целях, поэтому весь ПАР нередко сводится к психологической составляющей профориентации; нет достаточно четкого разграничения функции при формировании и реализации ПАР между врачом, социальным работником и психологом; крайне размыто и неопределенно очерчены основные направления деятельности психолога при формировании и реализации ПАР. Поэтому представления о ПАР на практике нередко сводятся к «тренингам», специальным «методикам убеждения» и т.п.; по-прежнему в социальной медицине,

реабилитологии и клинической психологии нечетко разделены такие понятия, как «психотерапия», «психокоррекция», «психологическое консультирование».

Вместе с тем, в ряде разделов отраслей современной социальной медицины, напротив, реализуются принципы тщательного углубленного анализа психологических механизмов неадекватного отказа реабилитанта (с их последующей коррекцией) от профессионально обоснованных реабилитационных мероприятий – в реабилитации больных сахарным диабетом, при протезировании, при других затяжных и хронически текущих заболеваниях. Этот опыт отчетливо высвечивает реальную значимость ПАР в реабилитационном процессе.

В психологическом плане осуществление ИПР подчиняется общим закономерностям решения любых человеческих проблем: «проблема – возможность преодоления – условная ориентация – комплекс конкретных мероприятий – их реализация – результат».

Принципиальной особенностью ПАР является субъективный характер отношения к ситуации «болезнь (дефект)» реабилитанта в отличие от объективного профессионального понимания. Именно этим и определяется значимость психологического аспекта и роли клинического психолога в организации и осуществлении ИПР.

Важным этапом психологического аспекта реабилитации является целостная (предварительная) оценка реабилитационной цели. При этом объективный результат успешного осуществления ИПР содержится в двух группах целей, которые формирует реабилитолог: медико-биологических (преодоление нарушений здоровья с помощью медицинских мероприятий), и социальных (расширение сфер жизнедеятельности в различных социальных ситуациях). Достижение цели психологического аспекта ИПР видно лишь опосредованно в активизации деятельности реабилитанта по достижению двух вышеуказанных кардинальных целей ИПР.

Поэтому реализация реабилитационной цели проявляется через способность индивида опосредовать в личных решениях и осуществить в деятельности конкретные мероприятия по достижению медико-биологических и социальных реабилитационных целей.

Если реабилитант принимает реабилитационные цели и его РП достаточно высок, то нуждаемость в психологическом аспекте реабилитации минимальна или отсутствует. Такие лица, как правило, не нуждаются в детальном анализе их личностного РП.

Нуждаемость реабилитанта в психологическом аспекте ИПР возникает, если его целевая ориентация не определена или препятствует достижению профессионально обозначенных целей ИПР. В таких случаях целесообразна особо углубленная и детальная проработка психологического аспекта реабилитации.

В рамках личностных форм реагирования среди условий и механизмов, серьезно препятствующих достижению реабилитационной цели, наибольшего внимания заслуживают состояние фрустрации, проблемные этапы переживания болезни во времени и неадекватные формы вторичной компенсации (т.н. «мотивационный слом»).

В некоторых случаях реабилитационная цель может быть изначально мало достижима. Например, при личностных девиациях: психический инфантилизм, примитивная личность, пограничная интеллектуальная недостаточность и др.

Патология личности и патопсихологические формы личностного реагирования (психопатия, психопато- и неврозоподобные состояния и др.) снижают РП индивида, но работа с ними относится не к психологическому, а к медико-биологическому аспекту ИПР, и осуществляется врачом с применением психотерапии и других необходимых лечебных мероприятий.

Психологический аспект ИПР реализуется через конкретную психокоррекционную работу. Под *психокоррекцией* в реабилитологии понимают

деятельность специалиста (в частности, психолога реабилитационного центра) по налаживанию оптимального контакта, трансформации (корректировке) мотивационной сферы и состояния фрустрации реабилитанта, его ВМБ, для решения конкретных реабилитационных задач. Целью психокоррекции является оптимизация РПЛ реабилитанта, то есть создание максимальных предпосылок принятия им оптимальных решений и действий по достижению реабилитационных целей.

- Психологический аспект реабилитации включает:
- коррекцию оптимального контакта,
- коррекцию психологического аспекта профориентации,
- коррекцию состояния фрустрации,
- коррекцию мотивационной сферы,
- коррекцию внутренней модели болезни,
- коррекцию социальной роли
- Коррекция оптимального контакта.

Для достижения реабилитационной цели необходимо постоянное синхронное взаимодействие реабилитанта и реабилитолога, формирование и поддержание принципа партнерства. Поскольку реабилитация есть процесс, растянутый во времени, на ранних этапах достижения реабилитационной цели возможно в силу самых разнообразных причин, ослабление т.н. оптимального контакта в системе «Я-ОН» (реабилитолог-реабилитант) с последующим отказом человека от реализации ИПР.

Следовательно, постоянное внимание, контроль, оптимизация партнерства, которая возможна лишь через постоянную поддержку оптимального психологического контакта с реабилитантом, является неприемлемым условием достижения реабилитационной цели, успешной ее (при необходимости) коррекции, идет ли речь о ее медико-биологическом или социальном аспектах. Без пролонгированного во времени оптимального психологического контакта, системы с прямой и обратной связью, решение серьезной реабилитационной задачи по существу маловероятно, поскольку такой контакт может давать «сбой», его постоянная коррекция представляется совершенно обязательной.

Основным свойством оптимального контакта при осуществлении ИПР является его максимальная эффективность для решения реабилитационных задач. На практике это означает такой режим контакта, при котором реабилитант минимизирует для себя неясности по-поводу обстоятельств ситуации «болезнь» и связанные с этим переживания аутопсихологического дискомфорта. А свои отношения, оценки и действия реабилитант готов привести в соответствие с предлагаемой специалистом моделью проблемы и путей ее разрешения. Как показывает опыт, наибольшую весомость при этом имеет фактор доверия реабилитанта к ответственной позиции реабилитолога при обсуждении значимых решений в рамках реализации ИПР (особенно при назначении оперативных вмешательств, иных процедур, несущих дискомфорт и определенную долю риска, при необходимости дорогостоящих курсов лечения, и др.). Впечатление же реабилитанта о низкой ответственности специалиста в отношении предлагаемых им оценок и схем действий способно «свести на нет» высокую оснащенность контакта психологическими приемами, включая доброжелательный тон, логическую выверенность и т.п.

Психологическая коррекция профориентации

Понятие «профориентация» значительно шире, чем ее психологический аспект. В целом оно включает три составляющих. Это оценка состояния здоровья реабилитанта для уточнения возможности успешной деятельности в новой профессии или специальности. Также необходимо оценивать рынок труда (нуждаемость в специальности, оплата, перспектива профессионального роста, удаленность от места

жительства) и ряд других специфических особенностей новой сферы деятельности реабилитанта.

В современной клинико-экспертной психологии обычно учитывается состояние психических процессов (когнитивной сферы) и интеллектуального потенциала, что позволяет прогнозировать успешность достижения финансовой независимости, новой социальной роли в рамках социально-трудовой реабилитации.

Однако, коррекция мотивационной сферы реабилитанта, изменение его ценностей, установок, самооценки, уровня притязаний с ориентацией на новую форму деятельности, по существу не производится. Именно в этом психологическом ракурсе ориентировано понятие коррекции профориентации.

Коррекция состояния фрустрации

Ранее неоднократно отмечалось, что реабилитация есть процесс, растянутый во времени. Следовательно, в процессе «жизни в ситуации болезнь» перед реабилитантом могут возникать (и возникают) проблемы, не связанные с состоянием его здоровья (с семьей, детьми, необходимостью перемены места жительства и т.п.). В связи с вновь открывшимися обстоятельствами, возникает состояние фрустрации, что может вести к отказу от реализации ИПР.

Как известно, под **фрустрацией** понимается состояние личности, сопровождающееся переживанием негативных эмоций, возникающее при столкновении индивида с непреодолимыми или субъективно кажущимися таковыми препятствиями в реализации значимых, в том числе и реабилитационных целей. Таким образом, фрустрация чревата значительным и стойким снижением установки на достижение реабилитационной цели в связи с возможным закреплением субъективной убежденности в непреодолимости проблем, которые несет болезнь.

Так устроена жизнь. Естественно, реабилитолог не имеет возможности решить ряд социально-психологических проблем реабилитанта. Но это и не его задача. Она в ином. Необходимо таким образом скорректировать, уменьшить, переориентировать деятельность реабилитанта, чтобы помимо возможного решения фрустрирующих ситуаций, он четко, планомерно, по этапам реализовал цели ИПР. Именно в этом суть, основа понятия «коррекция состояния фрустрации».

Коррекция мотивационной сферы

Ранее уже отмечалось, что реабилитационный потенциал личности формируется из эмоционально-волевого, интеллектуального и мотивационного РП. Сложно представить, что эмоционально-волевой и интеллектуальный РП могли быть существенно скоррегированны. Это не реально. Однако, коррекция мотивационной сферы реабилитанта возможна. Направленность личности (цели, идеалы, установки, потребности) просматривается через шкалу ценностей, уровень притязаний, самооценку и перспективу (реальную или абстрактную). Следовательно, коррекция мотивационной сферы для достижения реабилитационной цели возможна. Например, может быть коррелируема иерархия ценностей – вместо личного успеха ориентация на воспитание и образование детей через улучшение состояния здоровья и новую форму деятельности и т.п. Для успешного достижения реабилитационной цели порой необходима коррекция уровня притязания и самооценки, которые должны быть адекватны возможностям организма, индивида и личности. Неадекватно завышенный уровень притязаний и самооценка могут способствовать реально не достижимой реабилитационной цели, развитию фрустрации и отказу от ИПР.

Напротив, крайне заниженная самооценка и уровень притязаний приводят к тому, что реабилитационная цель устанавливается значительно ниже реабилитационного потенциала (организма, личности, индивида) человека. Поэтому коррекция мотивационной сферы всегда должна быть в центре внимания реабилитолога при анализе РП личности.

Как уже неоднократно отмечалось, реабилитация есть процесс, растянутый во времени, это «работа» реабилитанта. Как всякая пролонгированная во времени деятельность, ИПР состоит из этапов. А поэтому, естественно, реабилитанту необходимо понять и оценить не только конечный результат (т.н. «абстрактная перспектива»), но и конкретные этапы его достижения. Более того, достижение этапных результатов реабилитационного процесса («конкретная перспектива») стимулирует ориентацию и работу на достижение конечной реабилитационной цели. Понятно, что на протяжении реабилитационного процесса не всегда удастся полностью реализовать этапные реабилитационные цели. Следовательно, коррекция конкретных и абстрактных (при необходимости) реабилитационных целей является важным психологическим компонентом удержания реабилитанта в реализации ИПР.

Коррекция внутренней модели болезни

Как известно реабилитант реализует ИПР не только в соответствии с возможностями личности, но и исходя из своих представлений о внутренней модели болезни (ВМБ). Под **внутренней моделью болезни** понимается представление реабилитанта о самом заболевании, его особенностях, течении, основных дезадаптирующих феноменах и возможности их **компенсировать** при помощи медико-биологических и социальных мероприятий.

Внутренняя модель болезни реабилитанта включает ряд составляющих:

аутопсихологическая картина болезни и возможности ее коррекции в реабилитационном аспекте; переживание болезни во времени (фаза, этап) для формирования представления о реабилитационном процессе; амбивалентность переживания болезни для возможной реабилитационной ориентации на «положительную» социально-психологическую оценку создавшейся социальной ситуации (в семье, в работе, в учебе, во взаимоотношениях с социальными группами); тип реакции на болезнь (стенический, астенический, рациональный), что важно для более определенной жестко замотивированной ориентации на социальный или медико-биологический аспект реабилитации; отношение к болезни (ситуативно-адекватное или ситуативно-неадекватное) также может быть использовано для коррекции мотивационной сферы реабилитанта.

В социальной медицине ВМБ реабилитанта формируется годами (разные врачи, разные источники информации и т.д.), поэтому полная перестройка ВМБ практически не возможна, да часто в ней нет большой необходимости. Более значимо иное – ее коррекция, ориентированная на цели ИПР и пути ее достижения, указание на уменьшение степени социальной недостаточности, повышение качества жизни. Поэтому целесообразно использовать понятие «коррекция ВМБ».

Коррекция социальной роли

Формирование социальной недостаточности человека, имеющего болезнь или дефект, может существенно изменить его ролевую функцию в социальных группах (был начальник, стал подчиненным; в семье был кормилец, стал «обузой» и т.д.). Необходимость реабилитанта в ряде случаев расстаться с прежними социальными ролями и нежелание (сознательное или бессознательное) это принять, приводит к конфликтам индивида в таких социальных группах как семья, группа по интересам, учебная и рабочая группы. Понятно, что в подобных ситуациях может существенно снижаться РП индивида и, следовательно, его ориентация на реализацию социального аспекта ИПР. Полностью ликвидировать или нивелировать конфликт реабилитанта в системе «Я - группа» очень часто не представляется возможным.

Однако, скоррегировать, уменьшить антиреабилитационную направленность такого конфликта возможно, но не воздействием на группу, что крайне малопродуктивно, а коррекцией социально-ролевых функций самого реабилитанта.

Таким образом, подводя некоторые итоги, считаем важным отметить, что настоящей работой очерчен курс понятий, значимых в категории «социальная

медицина», определены основные ее направления (реабилитационное и экспертное). А также сформулированы важные для реализации ИПР понятия: болезнь (дефект), реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал человека, основные составляющие (медико-биологический, социальный и психологический) аспекты ИПР, создана некоторая «расшифровка» составляющих психологического аспекта ИПР. Вместе с тем, не вызывает сомнения, что дальнейшая углубленная разработка методологии и концепции реабилитации не завершена и требует дальнейшего изучения.

Основные работы по проблеме

1. Войтенко Р.М., Шабалина Н.Б. Основы психологии в социальном обеспечении. // Обзорная информация. – М., 1977. – Вып. 15. – 67 с.
2. Войтенко Р.М., Маккавейский П.А., Филомафитский С.Г. Личность, болезнь и восстановление трудоспособности и инвалидов. // Обзорная информация. – М., 1980. – вып. 9. – 26 с.
3. Войтенко Р.М. Психологические аспекты болезни и инвалидности. Значение в клинике и экспертизе трудоспособности. // Методическое пособие. – Таллин: «Валгус», 1981. – 47 с.
4. Войтенко Р.М. Основы психологии в социальном обеспечении // Курс лекций для социальных работников – М.: ЦБНТИ Минсоцзащиты РФ, 1991. – 50 с.
5. Войтенко Р.М. Основы психологии в социальном обеспечении. // Курс лекций, часть II. // Обзорная информация ЦБНТИ. – М.: ЦБНТИ Минсоцзащиты РФ, 1994. – 32 с.
6. Войтенко Р.М., Милютин С.М. Ограничение жизнедеятельности и современные концепции реабилитации. // Обзорная информация. – М.: ЦБНТИ Минтруда РФ, 1998. – вып.13. – 25 с.
7. Войтенко Р.М., Милютин С.М. Основы методологии медико-социальной экспертизы и реабилитации. //Учебно-методическое пособие. – СПб.: СПБИУВЭК, 2000. – 48 с.
8. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. – 256 с.
9. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации при психических болезнях. Избранные труды /Под ред. Р.М. Войтенко – СПб.: СПБИУВЭК, 2003. – 382 с.
10. Войтенко Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина – СПб.: СПБИУВЭК, 2004. – 93 с.
11. Войтенко Р.М. Клинико-экспертная психология. //Руководство для клинических психологов и врачей. – СПб, 2010. – 259 с.

Компаративный анализ индивидуальной психологии А. Адлера и теории компенсации дефекта Л. Выготского – модель психосоциального развития лиц с ограниченными возможностями здоровья

Вайткявичене А.

Поиск моделей психосоциальной реабилитации требует понимания закономерностей психосоциального развития человека с ограниченными возможностями здоровья, что побуждает к анализу теорий двух известных ученых

начала XX века А. Адлера и Л. Выготского. А. Адлер считается одним из основоположников психодинамической теории личности, его теория индивидуальной психологии говорит об уникальном психосоциальном развитии человека и раскрывает определяющие его причины.

Л. Выготский разработал теорию компенсации, переняв многие идеи А. Адлера, его труды описывают механизмы компенсации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Сравнение теорий этих двух авторов поможет выявить важные аспекты модели психосоциального развития, определяющие интеграцию лиц с ограниченными возможностями здоровья в социум или последствия «социального вывиха».

Цель статьи – разработать модель психосоциального развития личности с ограниченными возможностями здоровья, сравнивая понятия индивидуальной психологии А. Адлера и теории компенсации дефекта Л. Выготского.

Проблему исследования отражают следующие вопросы:

Что было перенято из индивидуальной психологии А. Адлера и что принадлежит собственно Л. Выготскому в его теории компенсации дефекта?

В чем проявляется сходства и различия индивидуальной психологии А. Адлера и теории компенсации дефекта Л. Выготского?

Какие понятия индивидуальной психологии А. Адлера и теории компенсации дефекта Л. Выготского обуславливают психосоциальное развитие личности с ограниченными возможностями здоровья?

Объект исследования: основные положения и понятия теории компенсации дефекта и индивидуальной психологии.

Для осуществления цели были использованы методы анализа литературы и компаративного анализа.

Теорию компенсации дефекта Л. Выготский разрабатывал, опираясь на теорию индивидуальной психологии А. Адлера. Основные положения индивидуальной психологии А. Адлера: чувство неполноценности и компенсация, стремление к преимуществу, стиль жизни, социальный интерес (или чувство социальной общности), невроз, логические последствия, личная логика, цель, задачи жизни и т.д. Три из них (чувство неполноценности, стремление к преимуществу, социальный интерес) почти в том же смысле употребляются Л. Выготским в теории компенсации дефекта.

Анализ причин чувства неполноценности является началом индивидуальной психологии. Прежде всего А. Адлер обратил внимание на физиологическую неполноценность отдельных органов. Позже он указал, что чувство неполноценности существует и в социально-культурной среде: в отношениях людей разного возраста, в сексуальных отношениях мужчины и женщины, в экономической, политической и моральной жизни людей. Чувство неполноценности необязательно должно быть понято как патология. Неполноценность является нормальным, естественным чувством человека, что подтверждает сформулированное А. Адлером изречение, которое цитирует Е. Соколов: «Чтобы быть полноценным человеком, надо обладать комплексом неполноценности» [5, с.14]. А. Адлер подчеркнул, что суть заключается не в фактическом ощущении чувства неполноценности, поскольку «критерии полноценности и совершенства относительны, зависят от культуры» [5, с.17]. Вся суть в увеличенном ощущении неполноценности, которое становится «невыносимым, требует объяснения, вызывает приток энергии и служит импульсом к действию» [5, с.17]. Чувство неполноценности непосредственно связано с понижением социального статуса. После восприятия своей неполноценности возникает протест, стремление к превосходству. Стремление к превосходству может вызвать компенсацию или псевдокомпенсацию. Чувство превосходства проявляется в реализации трех основных жизненных задач: работы, дружбы и любви, при помощи которых осуществляется стремление к власти или развивается чувство социального интереса. В

случае компенсации происходит нормальное развитие личности, формируется чувство социальной общности, на его основе энергия воли в стремлении признания растрачивается с пользой, чувство превосходства является социально заслуженным и конфликтных ситуаций с социальной средой не бывает. В случае псевдокомпенсации стремление к превосходству возникает по причине слабого чувства социальной общности и не является социально оправданным, провоцирует серьезные конфликты с социальной средой, побуждает асоциальность и приводит к болезни. Невроз, психосоматические нарушения, как считает А. Адлер, являются результатом отношений неадекватной социальной среды и личности, чаще всего развивающейся вследствие псевдокомпенсации. По мнению А. Адлера, причины псевдокомпенсации необходимо искать в неблагоприятных ситуациях детства. Он выделял три фактора, при которых появляются эти условия: врожденное несовершенство органов, избалованный ребенок и пренебрегаемый ребенок.

Чувство социальной общности и социальный интерес в теории А. Адлера рассматриваются как синонимы. По мнению А. Адлера, социальный интерес является врожденной склонностью. Это инстинктивная способность «видеть глазами другого, слышать ушами другого, чувствовать сердцем другого» [5, с.21]. Эта способность – глубокая эмоциональная коммуникабельность с людьми, вера в них, способность быть откровенным и искренним, свободным в беседе. Чувство социальной общности – это терпимость к критике, адекватная оценка себя, своих способностей, признание своего несовершенства, готовность проявить доброту, участие, инициативу. От воспитания, переживаний, испытаний в детстве зависит, станет ли это чувство осознанным, здоровым интересом к другому человеку, способностью жить духовно богатой жизнью. Развитие чувства социальной общности людей – важнейшая, по мнению А. Адлера, задача педагога и психиатра.

В теории компенсации дефекта Л. Выготский перенял раскрытую А. Адлером триаду развития личности. Объясняя, как компенсируется дефект, Л. Выготский сравнивает закон «психологической запруды» Т. Липпса с неполноценностью органов А. Адлера. Л. Выготский цитирует Т. Липпса: «Если психические процессы прерываются или тормозятся, то в том месте, где происходит разрыв, задержка или препятствие, происходит «затопление», т.е. появляется повышение психической энергии. Препятствие играет роль запруды» [4, с.10].

В теории А. Адлера Л. Выготский находит аналогию: индивид, чувствуя плохое функционирование какого-либо органа, обуславливающего его, как личности, чувство неполноценности, подсознательно стимулирует психические силы. Если какой-то орган не может справиться со своей функцией, то центральная нервная система и психика человека принимает на себя ответственность, чтобы компенсировать недостающие функции органа. В отношениях социального окружения и индивида возникает конфликт, вызванный тем, что орган плохо функционирует. Как считает Л. Выготский, у конфликта, вызванного инвалидностью, есть контраверсные последствия: предопределяется большая вероятность болезни и смерти или создается больше возможностей и стимулов для компенсации и сверхкомпенсации: «С одной стороны, дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой стороны – именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед». [4, с.9].

Иначе, чем А. Адлер, Л. Выготский употребляет понятие псевдокомпенсации. Он говорит не о псевдокомпенсации, а о сверхкомпенсации. Он считает, что для того, чтобы человек с ограниченными возможностями здоровья достиг того же результата, как и здоровый, ему надо употребить вдвое больше сил. Л. Выготский не раскрывает связи между сверхкомпенсацией и переживаниями личности с ограниченными возможностями здоровья. По-видимому, желая подчеркнуть усилия личности с ограниченными возможностями здоровья в достижении результата, он употребляет

понятие сверхкомпенсации. Однако у этого понятия несколько другой смысл, чем у понятия псевдокомпенсации А. Адлера. Псевдокомпенсацией А. Адлер считал желание личности доказать социальной среде свое превосходство за счет чувства социальной общности. Именно недостаточность чувства социальной общности в индивидуальной психологии А. Адлера превращает процесс компенсации в псевдокомпенсацию.

Л. Выготский утверждает, что дефект становится началом развития личности и движущей силой. Дефект обуславливает усиление проницательности, предчувствий психических явлений, психических процессов (памяти, внимания, эмоций) [4, с.10]. По мнению Л. Выготского, наиболее важно то, что наряду с дефектом органа человеку даются силы компенсировать дефект. Осуществление возможностей компенсации, по Л. Выготскому, создает своеобразие развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Дефект обуславливает «творческие, бесконечно разнообразные, иногда глубоко причудливые формы развития, которые мы не наблюдаем в типическом развитии нормального ребенка». [4, с.11]. Данное замечание показывает, что Л. Выготский, как и А. Адлер, признает более сложное развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, и свидетельствует о том, что Л. Выготский в таких же, общих законах развития видит обусловленные недугом специфические, индивидуальные формы развития личности с ограниченными возможностями здоровья.

Л. Выготский подчеркивает, что развитие каждого ребенка с ограниченными возможностями здоровья всегда отражает [4, с.12]:

- творческий процесс созревания личности (как органическое, так и психическое созревание),
- формирование и преобразование всех функций личности ребенка,
- формирование новых процессов направленности, замещения, выравнивания, которые возникают из-за дефекта,
- проведение новых, окружных путей развития.

А. Адлер, подобно Л. Выготскому, также признал уникальный путь развития человека как совокупность, учитывая «каждую единицу реакции, каждое движение или импульс как часть выражения индивидуальных жизненных установок» [1, с.26]. Однако А. Адлер говорил об уникальности и индивидуальности каждой личности, не только личности с ограниченными возможностями здоровья. Именно поэтому А. Адлер свою теорию назвал индивидуальной психологией. В то время как Л. Выготский критикует А. Адлера за это [4, с.10].

Л. Выготский, как и А. Адлер, признает врожденное социальное чувство и особенно подчеркивает его. Как считает Л. Выготский, «если бы социальная среда не заставляла бы ребенка с физическим недостатком приспособляться, то развитие такого ребенка, основанное только на биологических законах, предопределило бы появление новой природы человека, как биологического существа» [4, с.14-15]. Но в данной цитате Л. Выготского скрывается смысл не общего между ребенком с ограниченными возможностями здоровья и социальной средой, а принудительной силы социальной среды в отношении этого ребенка. Далее Л. Выготский продолжает: «реально это не может случиться, поскольку человечество развивается по нормальному человеческому типу, следовательно условия среды создаются именно для такого типа человека. Эти условия предопределяют необходимость приспособления» [4, с.15].

Концентрируясь только на необходимости приспособления, Л. Выготский более, нежели А. Адлер, выявил пределы развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья и специфичность влияния недуга. Он считает, что данные пределы намечаются двумя основными факторами:

Дефект оказывает влияние не непосредственно, а отраженно, через связи с людьми, через все моменты, определяющие место человека в социуме, т.е. через его

роль и функции в социуме. Прямое следствие дефекта – «более низкая социальная позиция ребенка» [4, с.13].

Процессы компенсации тоже направлены не на дефект, но на преодоление преград, появившихся из-за дефекта. Это требование социального бытия. Эта цель проявляется как цепь планомерных, хотя и бессознательных, действий, определяемых объективной необходимостью следования требованиям социального приспособления.

Таким образом, развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья обусловлено двойкой: социальной реализацией недуга и социальной направленностью компенсации. Недуг обуславливает двойную зависимость личности от социума: первый раз социум, словно в зеркале, показывает человеку с ограниченными возможностями здоровья отражение его недуга, а второй раз оценивает его усилия, вкладываемые в компенсацию. В обоих случаях социум в отношении человека с ограниченными возможностями выполняет функцию зеркала, поэтому от течения социальной компенсации зависит дальнейшая оценка своего отражения в зеркале человеком с ограниченными возможностями здоровья, т.е. самооценка.

Л. Выготский подчеркнул, что ошибочно было бы думать, что процесс компенсации заканчивается только успешно и создает талантливого человека с ограниченными возможностями здоровья. Ученый считает, что, как и у каждого процесса борьбы и преодоления, у компенсации два полюса: победа и поражение, между которыми выстраиваются все возможные степени перехода с одного полюса на другой. «Выход зависит от множества причин, более всего от степени недуга и богатства фонда компенсации» [4, с.15]. Последний тезис Л. Выготского не позволяет понять, какие факторы являются содержанием фонда компенсации: психологические или социальные.

А. Адлер считал, что для больного ребенка или ребенка с ограниченными возможностями здоровья особенно важно «верить в свои силы». По его мнению, веру должны поддерживать родные ребенка. Если семья не в силах гарантировать опыт чувства социальной общности, то это, считает А. Адлер, должен сделать педагог, врач или другой член сообщества. Таким образом обеспечивается развитие чувства социальной общности ребенка. В противоположном случае, ребенок, как считает А. Адлер, обречен на погибель. Л. Выготский согласен со взглядом А. Адлера и утверждает, что «процесс компенсации должен совпасть с интересами ребенка, а не применяться против них» [4, с.77]. Однако во многих местах, опираясь на пример известной американки Е. Келлер, он акцентирует важность социального заказа. По его мнению, если бы не социальный заказ, Е. Келлер не достигла бы такой славы. Указывая на случай Е. Келлер, Л. Выготский утверждает, что в случае удачной компенсации невозможно отличить, где влияние недуга, а где – социальной среды. Оба эти факторы, по его мнению, весьма тесно переплетены. Пример Е. Келлер «наглядно показывает, что процесс сверхкомпенсации всецело определяется двумя силами: социальными требованиями к развитию и воспитанию, и сохранными силами психики» [4, с.48].

Теория Л. Выготского показывает, что его позиция весьма противоречива: с одной стороны, Л. Выготский останавливает внимание на физиологических особенностях ограниченных возможностей и выказывает сомнение в благоприятных социальных условиях, с другой стороны – выражает отступление от идей А. Адлера и в то же время как бы подтверждает их. Существенная разница между идеями А. Адлера и Л. Выготского скрывается в том, что Л. Выготский постоянно подчеркивает, что решающую роль в компенсации недуга играет не помощь (на поддержке и поощрении акцентирует внимание А. Адлер), но само препятствие, мешающее нормальному функционированию, и социальный заказ, словно приходящий из социума.

Сходство видится в том, что оба автора придерживались установки, что в самом общем смысле социальная среда предопределяет развитие личности с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, Л. Выготский, как и А. Адлер, указывает на

такую же триаду развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья: дефект – чувство неполноценности – компенсация.

Анализируя смыслы понятий компенсации, псевдокомпенсации и сверхкомпенсации необходимо выяснить, как процесс компенсации искажает и обуславливает болезнь (невроз, по А. Адлеру) или «социальный вывих» (по Л. Выготскому).

А. Адлер выделил три причины (врожденное несовершенство органов, избалованный ребенок и пренебрегаемый ребенок), которые могут обусловить болезнь, как следствие псевдокомпенсации. Особенно сильно, по его мнению, стремление к превосходству может проявиться тогда, когда объединяются две причины, например, врожденный недуг тела и избалованный ребенок или врожденный недуг тела и пренебрегаемый ребенок.

Последователи А.Адлера [7], [8] указывают, что плохие отношения социальной среды и ребенка формируют несколько целей неадекватного поведения ребенка: это желание внимания, демонстрация силы, месть и демонстрация бессилия.

Л. Выготский в теории компенсации дефекта говорит о вторичных социальных трудностях, обусловленных недугом. Какие связи существуют между неадекватными целями ребенка и вторичными признаками недуга?

В индивидуальной психологии А. Адлера ребенок хватается за неадекватные цели поведения тогда, когда переживает чувство неполноценности и чувствует себя не принадлежащим семье, группе близких людей. Желая привлечь внимание близких, ребенок бывает шумным, выскочкой, враждебно настроивает, дразнит других. Он может требовать, чтобы ему прислуживали или сам угождает. Если и в дальнейшем не удастся заслужить внимание, то ребенок начинает демонстрировать силу. Агрессивно, дерзко, высокомерно ведет себя, борется с авторитетами и т.д. Если получает внимание и начинает чувствовать себя значимым, только тогда, будучи виновен, ребенок скоро начинает использовать еще более отвратительные формы поведения. Это месть. Ребенок «бывает brutальным, в ярости, в негодовании, злым, замкнутым, скрытным, на словах и действиями обижает сверстников, презирует других» [6, p.20]. Наконец четвертая неадекватная цель – демонстрация бессилия. Ребенок ничего не делает, или, если что-либо и делает, то так неудачно, как будто показывает, насколько он беспомощен и глупее других.

Последователи А. Адлера [7], [8] неадекватные цели поведения представляют как иерархическую структуру, в которой условно раскрывается количество испытанных неудач и глубина переживаемого чувства неполноценности.

Л. Выготский, объясняя вторичные социальные трудности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, опирается на иллюстрацию моральной дефективности (*moral insanity*). По его мнению, то, что в понятии моральной дефективности считается внешним признаком органического недуга или болезни, является лишь симптомокомплексом психологической установки выбитого из социальной колеи ребенка с ограниченными возможностями, имеющим не биологическую, а социопсихологическую основу [4, с.16].

Установка Л. Выготского по отношению к асоциальному поведению ребенка совпадает с положениями А. Адлера и его последователей о неадекватных целях поведения ребенка. Оба ученых подчеркивают, что человек и социальное окружение неразрывно связаны друг и другом. А. Адлер утверждает, что для того, чтобы увидеть, как сформировалась личная логика ребенка с ограниченными возможностями здоровья, необходимо посмотреть на ситуацию глазами ребенка [2, p.78]. Л. Выготский также утверждает, что если рассматривать личность в целом, в ее взаимодействии с социальной средой, то особенности, которые считаются врожденной психопатией, исчезают [4, p.16].

Оба исследователя подчеркивают, что недостатки ребенка прежде всего раскрываются в его общении с близкими людьми. Л. Выготский называет это социальной реализацией недуга. Социальная реализация недуга всегда оборачивается к ребенку.

В индивидуальной психологии А. Адлера отношение личности с ограниченными возможностями здоровья с окружением специально не анализируется. А. Адлер подчеркнул, что чувство неполноценности характерно каждому человеку, который развивается, прежде всего, через взаимодействие с социальной средой. Важность взаимодействия человека с ограниченными возможностями здоровья с социальной средой А. Адлер упоминает, только акцентируя причины процесса псевдокомпенсации. Недуг понимается как одна из причин процесса псевдокомпенсации.

В теории Л. Выготского этот процесс лучше всего раскрывается тогда, когда ученый утверждает, что недуг воспринимается не непосредственно, а опосредованно, через отношения с другим.

В теориях обоих исследователей обосновывается идея: когда социальная реализация недуга оборачивается к ребенку, он понимает свою исключительность и переживает неполноценность. В индивидуальной психологии А. Адлера упоминается, что переживание чувства неполноценности может вызвать реальную компенсацию или псевдокомпенсацию. Направление процесса компенсации зависит от социального интереса или чувства социальной общности, обусловленного близкими ребенком. В случае псевдокомпенсации усилия личности направлены на социально бесполезную цель [3, p.13].

В теории компенсации дефектов Л. Выготского чувство социальной общности рассматривается как социальный заказ. Концепции этого понятия Л. Выготский не предоставляет, не детализирует и почти не анализирует в примере взаимодействия с социальной средой Е. Келлер. Но подобно А. Адлеру утверждает, что процесс компенсации может быть как успешным, так и неуспешным.

Обобщая сравнение теорий А. Адлера и Л. Выготского можно утверждать, что психосоциальное развитие и процесс интеграции в общество личности с ограниченными возможностями здоровья предопределяют несколько факторов:

- взаимодействие личности с ограниченными возможностями здоровья с социальной средой,
- ощущение неполноценности,
- направление компенсации.

Указывая взаимосвязь данных факторов, можно предложить следующую схему психосоциального развития личности с ограниченными возможностями здоровья (Рис.1):

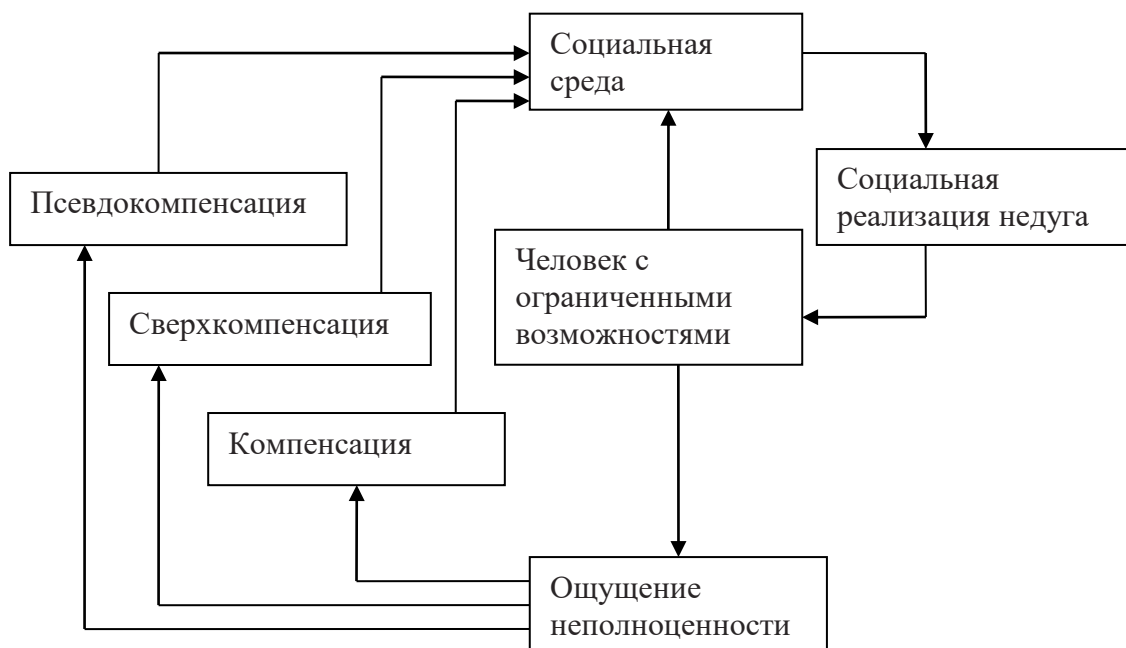


Рис.1. Модель психосоциального развития личности с ограниченными возможностями здоровья

В представленной схеме есть два места, в которых есть возможность что-либо изменять и оказывать влияние на психосоциальное развитие личности с ограниченными возможностями здоровья: в социальной реализации недуга и в направлениях компенсации.

Выводы:

Сравнительный анализ индивидуальной психологии А. Адлера и теории компенсации дефекта Л. Выготского показывает, что основу теории компенсации дефекта Л. Выготского составляет индивидуальная психология А. Адлера.

Л. Выготский, опираясь на А. Адлера, приводит его же триаду, обуславливающую развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья (дефект – чувство неполноценности – компенсация).

Определяющим фактором развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья А. Адлер считает чувство социальной общности, а Л. Выготский – недуг организма (биологический) и социальный заказ (социальный).

Как Л. Выготский, так и А. Адлер признают неразрывную взаимосвязь и постоянную динамику личности и социальной среды.

Представленная модель психосоциального развития личности с ограниченными возможностями здоровья дает возможность поиска в интеграционном процессе средств реабилитации и ресурсов личности с ограниченными возможностями здоровья.

Литература

1. Адлер, А. (1997). О неврическом характере. Санкт-Петербург-Москва: Университетская книга АСТ.
2. Адлер, А. (1998). Воспитание детей. Взаимодействие полов. Ростов н/Д: Феникс.
3. Адлер, А. (2002). Практика и теория индивидуальной психологии. Москва: Издательство института психотерапии.

4. Выготский Л. (1983). Собрание сочинений. Основы дефектологии. 5Т. Москва: Педагогика.
5. Соколов, Э. (1997). Предисловие. Индивидуальная психология Альфреда Адлера (с.5–22). Адлер, А. (1997). О неврическом характере. Санкт-Петербург-Москва: Университетская книга АСТ.
6. Bulotaitė, L., Pivorienė, R., Sturlienė, N. (2000). Drauge su vaiku. Vilnius: Efrata.
7. Dreikurs Ferguson, E. (2000). Adlerio teorijos įvadas. Alytus: Alytaus spaustuvė.
8. Dreikurs R. Soltz, V. (2004). Laimingi vaikai: iššūkis tėvams. Vilnius: Vaga.

Психологическая реабилитация в социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья

Порохина Ж.В.

За последние десятилетия в мировой медицине сформировалось и упрочилось понимание болезни как сложной многоуровневой гомеостатической системы, включающей взаимосвязи медико-биологической составляющей с личностным и социальным статусом индивида. Поэтому определение болезни как нарушения био-социо-психологического гомеостаза человека (индивида) вследствие патологического процесса, приводящее к ограничению его жизнедеятельности, требует анализа не только медико-биологических, но и социально-психологических аспектов механизмов «полома» и «защиты».

Сегодня инвалидность не является чисто социальной проблемой, требующей только лишь мер социальной помощи и защиты, скорее это явление носит социально-психологический характер. Принятие важных законодательных решений в отношении инвалидов, помощь им на местном уровне, которые зависят от осознания обществом и отдельными людьми, выдвигающими и принимающими решение, проблем инвалидов; психологическое принятие их здоровыми членами общества; отношение инвалида к самому себе и своему окружению – это тот круг вопросов, психологическая определяющая которых не вызывает сомнений.

Болезнь и, как следствие, инвалидизация – это всегда сильнейший стрессогенный фактор. Человек на протяжении всей жизни строит свою личностную «теорию» мира. На основании жизненного опыта формируется мировоззрение, система ценностей, установок, направленность личности, которые определяют восприятие и представления человека об окружающем мире и его месте в нем. Личностной теории благополучного мира, как правило, соответствует и благоприятная концепция себя как удачливого, счастливого и неуязвимого.

Негативные события жизни – болезнь, травма и инвалидность, приводят к разрушению уже сложившейся субъективной «картины» мира. Они не просто изменяют положение человека в мире, но часто ставят его перед проблемой выживания: не только физического, но, в еще большей степени, выживания личности, способной управлять собственной психической жизнью.

Ситуация болезни заостряет и обнажает многие черты, присущие человеку и в более стабильные периоды его жизни, но часто скрытые, проявляющиеся в сглаженной форме. Ситуация болезни, травмы как любая стрессовая ситуация, часто позволяет выявить, раскрыть многие человеческие особенности и возможности. Для одних, развитие личности в этих условиях будет идти по пути дальнейшего обогащения и усложнения внутреннего мира, для других – по неконструктивному и даже патологическому пути, чему способствует наличие дефицитарности условий, включенных в социальную ситуацию развития.

Конечно, невозможно представить человека в современном обществе, который не сталкивался бы с кризисными моментами в своей жизни. К примеру, на определенных возрастных этапах происходит решительная смена всей социальной ситуации развития, возникновение нового типа отношений, смена типа ведущей деятельности. Э. Эриксон ввел понятие нормативного кризиса как момента нарушения равновесия, момента появления новых потребностей и перестройки мотивационной сферы личности, считая, что «в данной фазе развития подобное состояние статистически нормально». Ситуацию инвалидности нельзя отнести к нормативным кризисам, она не является «статистически нормальной в данной фазе развития». Ситуация инвалидности рождает ощущение значительного расхождения между тем, каким человек привык себя считать и каким он предстает сегодня, между предъявляемыми требованиями и реальными на сегодняшний день возможностями. Это выливается в драматическое переживание собственной несостоятельности, никчемности, неполноценности, усиливающиеся еще и потому, что человек чувствует подобное отношение к себе и со стороны окружающих. В этом и кроются собственно психологические проблемы инвалидности.

Кризис всегда является вызовом для личности. Это испытание на соответствие новой ситуации в материальном, социальном и духовном «Я» новым социальным требованиям. Психологически кризисное состояние требует концентрации всех сил для решения задач, которые стоят перед личностью. Кризис в некотором смысле является хирургическим вмешательством в структуру личности, он – лишение, фрустрация.[2]

Кризис, как процесс дезинтеграции, имеет два полярных вектора:

1) позитивная дезинтеграция – скачок в развитии и в психодуховной эволюции, когда происходит исчезновение старого, изжившего себя образа «Я» и его обновление, возрождение и замещение его новым, более действенным. Это потенциал для роста и трансформации личности.

2) негативная дезинтеграция – углубление кризиса с потерей витальности, с преобладанием отрицательных эмоций, носящих астенический, пассивно-бессильный характер. Человеком овладевает тоска, отчаяние, неверие в возможность выхода из тяжелой ситуации с возможным переходом в невроз, срыв, когда человек полностью деморализован и смирился с поражением. Иногда возникают суицидальные намерения, которые могут привести к смерти.[2]

Методологи и теоретики реабилитации в нашей стране (В.П. Белов, Д.Е. Мелехов) заложили основу нового понимания вопросов инвалидности и реабилитации. В общем понятии «реабилитация» необходимо различать ряд ее аспектов: медицинский, психологический, социальный и профессиональный. При этом исследователями нашей страны подчеркивается важная, а зачастую и фундаментальная роль психологического аспекта реабилитации.

Любая хроническая болезнь независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональная система оказываются пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека.

Изменение социальной ситуации развития и жизнедеятельности человека, связанной с болезнью, травмой и инвалидностью приводят к специфическим изменениям его личности, которые проявляются в виде изменений эмоциональной сферы, изменений мотивационной сферы, нарушений отношения к себе и окружающему, нарушения активности.

В связи с этим при осуществлении реабилитационных мероприятий личность должна быть центральной «мишенью» приложения сил специалистов – психологов,

психотерапевтов, врачей. Неслучайно, Р.М. Войтенко говорит о том, что столбовая дорога реабилитации проходит через личность больного. [1]

Именно психологические механизмы определяют возможность преодоления соответствующих ограничений, возможность полноценного включения человека в различные сферы жизнедеятельности. Психологический аспект реабилитации имеет непосредственную социальную направленность и нацеленность на обеспечение конечного результата реабилитации в целом. Психологический аспект реабилитации можно рассматривать как системообразующий в отношении всего комплекса реабилитационных мероприятий.

Психологический аспект реабилитации реализуется через конкретную психокоррекционную работу. Под психокоррекцией в реабилитации понимают деятельность специалиста (психолога, психотерапевта) по трансформации (корректировке) мотивационной сферы реабилитанта, его внутренней модели болезни для решения конкретных реабилитационных задач. Целью психокоррекции является оптимизация реабилитационного потенциала личности реабилитанта – то есть создание максимальных предпосылок принятия им оптимальных решений и действий по достижению реабилитационных целей. [3]

Основной задачей психокоррекции является снижение аутопсихологического дискомфорта, коррекция мотивации, установок и т.п. Отсюда основными направлениями психокоррекционной работы являются: формирование оптимального контакта; коррекция состояния фрустрации; коррекция внутренней модели болезни (социальной проблемы); коррекция мотивационной сферы личности. Специалист помогает инвалиду в поиске и мобилизации всех резервных механизмов личности с целью наиболее полной его реадaptации в социуме.

Самарская область является одной из немногих, где к решению проблем людей с ограниченными возможностями здоровья был применён комплексный программный подход, результатом которого стало формирование региональной системы реабилитации инвалидов. Основные цели: образование сети реабилитационных учреждений, создание безбарьерной среды, обеспечение вспомогательными техническими средствами реабилитации и обучение их пользованию, социокультурная реабилитация, профессиональная подготовка специалистов по социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Государственное учреждение Социально-оздоровительный центр «Преодоление» (далее – Центр) был создан в 2003 году постановлением Губернатора Самарской области, что явилось большим событием для жителей области. Далеко не каждый регион имеет в наличии подобное профильное учреждение, где бесплатно получают реабилитационную помощь люди с ограниченными возможностями в передвижении, в том числе инвалиды-колясочники.

Предметом деятельности Центра является проведение социально-оздоровительных и реабилитационных мероприятий для инвалидов, имеющих заболевания опорно-двигательного аппарата с целью социальной адаптации и интеграции их в общество.

Государственное учреждение Самарской области Социально-оздоровительный центр «Преодоление» осуществляет свою деятельность в соответствии с национальными стандартами социального обслуживания населения Российской Федерации. Они легли в основу государственных стандартов и нормативно-правовых актов, которые успешно применяются в социальном обслуживании населения Самарской области:

- Государственный стандарт социального обслуживания населения в Самарской области «Социальное обслуживание населения Самарской области. Предоставление

реабилитационных услуг», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области № 971 от 18.05.2009г.

- Государственный стандарт социального обслуживания населения в Самарской области «Социальное обслуживание населения Самарской области. Предоставление социально-психологических услуг», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области № 1332 от 08.07.2009г.

- Государственный стандарт социального обслуживания населения в Самарской области «Социальное обслуживание населения Самарской области. Предоставление социально-правовых услуг», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области № 2152 от 26.10.2009г.

- Стандартный набор мероприятий (услуг), включенных в курс реабилитации, предоставляемый бесплатно в государственных учреждениях социального обслуживания Самарской области, оказывающих реабилитационные услуги, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области № 1815 от 26.12.2008г.

- Показания и противопоказания к предоставлению реабилитационных услуг населению Самарской области в государственных учреждениях социального обслуживания Самарской области, оказывающих реабилитационные услуги, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области № 1598 от 02.12.2008г.

Центр «Преодоление» рассчитан на ежедневное размещение 30 клиентов в стационаре и амбулаторный прием до 30 человек в день. Срок пребывания в учреждении составляет 21 день. Курсы реабилитации получают клиенты в возрасте от 18 лет – инвалиды 1,2,3 группы с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, проживающие на территории Самарской области.

Основной формой предоставления реабилитационных услуг в учреждении является курс реабилитации – стандартный набор мероприятий, разработанный реабилитационным учреждением и утвержденный Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области. Перечень и объем мероприятий, включенных в курс реабилитации, определяются в зависимости от материально-технических и кадровых возможностей реабилитационного учреждения в соответствии с профилем заболевания. Реабилитационные услуги оказываются при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к оказанию реабилитационных услуг. Результат предоставления реабилитационных услуг – полная или частичная социальная адаптация и интеграция инвалидов в общество в соответствии с установленным реабилитационным потенциалом и реабилитационным прогнозом.

Приоритетными направлениями в деятельности центра являются медицинская, социальная и социально-психологическая реабилитации.

Для разработки программы реабилитационных мероприятий на весь курс пребывания клиента в центре, специалистами комиссионно (врач, психолог, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе, инструктор ЛФК) оцениваются его физические, личностные возможности, состояние психических функций, социальный статус, реабилитационный потенциал. После чего составляется индивидуальный план социально-оздоровительных и реабилитационных мероприятий с учетом физического и психологического состояния инвалида.

Целью социально-психологической реабилитации является определение реабилитационного потенциала личности и психологических ресурсов, а также реализация индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Задача психологической реабилитации – максимально задействовать все сохранившиеся ресурсы личности для реализации реабилитационной задачи,

направлять, корректировать, оптимизировать личность на пути достижения поставленных реабилитационных целей.

Программа социально-психологической помощи (реабилитации) и включенный в нее перечень и объем мероприятий определяются в зависимости от индивидуального состояния клиента, возможностей учреждения и включает в себя различные социально-психологические услуги, предоставляемые одновременно или последовательно.

Таблица 1

Модель 1 (стационарная в отделении с круглосуточным проживанием)

Наименование услуги	Частота применения (ЧП)	Кратность применения (КП)
Формирование программы социально-психологической реабилитации, ее коррекция при необходимости	1	2
Социально-психологическое консультирование	0,25	3
Психологическая диагностика и обследование личности	1	2
Психологическая коррекция	0,2	3
Психопрофилактическая работа	0,5	1
Психологические тренинги	0,5	3
Занятия в сенсорной комнате	0,35	7

Таблица 2

Модель 2 (полустационарная в отделении дневного пребывания)

Наименование услуги	Частота применения (ЧП)	Кратность применения (КП)
Формирование программы социально-психологической реабилитации, ее коррекция при необходимости	1	2
Социально-психологическое консультирование	0,2	3
Психологическая диагностика и обследование личности	0,1	1
Психологическая коррекция	0,1	3
Психопрофилактическая работа	0,1	1
Занятия в сенсорной комнате	0,5	8

При первичном обращении к психологу центра, клиент может не решиться сразу заговорить о своих внутренних проблемах. Поэтому психологу необходимо выбрать наиболее приемлемую тактику общения с ним, установить

доверительный контакт, чтобы побудить его к откровенному разговору. Поэтому индивидуальная беседа проводится, как правило, в форме взаимного общения психолога и клиента центра и носит не только диагностический, но также и психокоррекционный характер. Во время беседы происходит снятие напряженности и тревожности перед новыми для клиента условиями проживания в Центре и новой социальной ролью «реабилитанта».

Во время первой встречи, как правило, отмечается низкая саморефлексия, которая направлена, прежде всего, на свои действия (что он сказал и сделал), образ себя недифференцирован. С трудом находятся подходящие слова, чтобы выразить себя и свои мысли. В эмоциональных переживаниях преобладают такие негативные аффекты как гнев, страх, разочарование, самообесценивание и депрессия. Психологическая защита ограничено гибка, чрезмерна или не срабатывает. Саморегуляция отличается импульсивными срывами, малой гибкостью, аутоагрессией или чрезмерным регулированием. Другие люди не воспринимаются с их противоречиями и сложностями, а переживаются в соответствии с собственными желаниями, при этом позитивные и негативные стороны преувеличиваются. Поэтому коммуникации легко разрушаемы из-за искаженной интерпретации аффективных сигналов, недопонимания.

В дальнейшем, психологическая работа с клиентами строится в форме индивидуальных и групповых занятий по следующим направлениям:

1. *Психодиагностика и обследование личности* – социально-психологическая услуга, заключающаяся в выявлении и анализе психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, влияющих на отклонения в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, для составления прогноза и разработки рекомендаций по психологической коррекции этих отклонений.

На этапе психологической диагностики выявляются «проблемные зоны» личности, что позволяет определить мишени для дальнейшей психокоррекционной работы с пациентом. Опыт практической работы показывает, что в качестве таких проблемных зон чаще всего выступают:

1) приобретенный госпитализм (явления социальной дезадаптации, утрата интересов к труду и трудовым навыкам, снижение синтонности, ухудшение контакта с окружающими, тенденция к хронификации заболевания);

2) неприятие реальности;

3) заниженная самооценка и, как следствие, незрелые компенсаторные механизмы;

4) низкая мотивация на изменение своего социального статуса.

При выявлении «мишени» определяется цель социально-психологической реабилитации и, с согласия клиента, разрабатывается программа предоставления реабилитационных услуг.

2. *Социально-психологическое консультирование* - социально-психологическая услуга, заключающаяся в получении информации от клиента о его проблемах и их обсуждение со специалистом для раскрытия и мобилизации внутренних ресурсов и последующего решения социально-психологических проблем клиента.

При оказании этой услуги важным является то, что предметом взаимодействия становится внутренний мир клиента. Процесс беседы направляется на то, чтобы в обсуждении различных тем изменить отношение клиента к его внутреннему миру - сделать его более динамичным.

Анализ предоставления данной услуги показывает, что одной из наиболее актуальных тем при индивидуальном консультировании, является тема отношения к болезни, и то, какие «преимущества» получает инвалид от заболевания, и какие мотивы помогают ему преодолеть себя. Эта работа очень трудоемкая — доведение до осознания клиента и его семьи, какие установки и поведение помогают в борьбе за

жизнь больного, а какие установки являются «ловушками», тормозят процесс реабилитации и возвращения клиента к активной, полноценной жизни в обществе.

Второй по актуальности является тема взаимоотношений в семье клиента. 90 % клиентов Центра являются неработающими гражданами и имеют ограниченное число контактов. Как правило, их жизнь проходит только в кругу близких людей — в семье. Они находятся в ситуации социальной, коммуникативной и эмоциональной депривации с потерей личностной значимости. В таких условиях они чаще всего становятся лишь объектом ухода со стороны родственников, но не любви. И, как следствие, теряют навыки в установлении контактов с другим человеком, в понимании его эмоциональных сигналов. При работе с таким запросом особое внимание уделяется неадекватному реагированию клиента на сложившуюся ситуацию, отреагированию отрицательных эмоций и поиск новых жизненных ценностей и ориентиров, раскрывающих актуальные и потенциальные возможности клиента.

Третья актуальная тема, которая вытекает из первых двух — это тема мотивации. Нахождение человека в ситуации «болезнь» и социальная депривация резко уменьшают его мотивационный потенциал. Возникает чувство беспомощности перед лицом жизненных трудностей, неуверенности в своих возможностях, сочетающиеся с чувством бесперспективности. Сила потребностей, влечений резко снижается, что приводит к пассивному поведению, безынициативности. В этом случае работа направлена на поиск привлекательности объекта потребности, привлекательности содержания деятельности, наличия перспективы, конкретной цели. Это достаточно трудоемко и сложно, учитывая состояние клиента и его нежелание вообще что-либо менять в своей жизни («мне плохо, но...»). Часто приходится констатировать невысокую результативность работы по проблеме повышения мотивации на изменение жизненной ситуации, и совсем огорчает тот факт, что запросов с проблемами личностного роста практически не поступает.

3. *Психологическая коррекция* – социально-психологическая услуга, заключающаяся в активном психологическом воздействии, направленном на преодоление или ослабление отклонений в эмоциональном состоянии и поведении с целью обеспечения соответствия требованиям социальной среды и потребностям клиента.

И консультирование, и коррекционная работа направлены на выявление и преодоление выявленных проблем – внутриличностных, внутрисемейных и межличностных с целью снятия тревожности, агрессии, неуверенности в собственных силах, а главное – на раскрытие внутреннего потенциала, своих резервных возможностей для реализации главной цели реабилитации – быть самостоятельной, уверенной в себе и успешной личностью.

Нельзя умолчать о том, что первоначально в работе с клиентами прослеживаются сильные механизмы сопротивления и ввиду страха соприкосновения с «болью» травматичной ситуации, и в силу недоверия к специалистам и участникам группы – таким же инвалидам. Но опыт работы психологов однозначно свидетельствует о высокой нуждаемости клиентов Центра в психологической помощи, зачастую неосознаваемой. Профессионализм, эмпатичность, корректность специалистов Центра позволяют преодолеть этот барьер.

4. *Психопрофилактическая работа* - социально-психологическая услуга, заключающаяся в содействии в формировании у клиентов потребности в психологических знаниях, желании использовать их для работы над собой, своими проблемами, в создании условий для полноценного психического развития личности на каждом возрастном этапе для своевременного предупреждения возможных личностных нарушений.

5. *Психологический тренинг* – социально-психологическая услуга, заключающаяся в активном психологическом воздействии, направленном на снятие

последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, формировании личностных предпосылок для адаптации к новым условиям.

При оказании услуг «психологические тренинги», «психопрофилактика» и «занятия в сенсорной комнате», цели и задачи определяются на основе результатов психодиагностического исследования клиентов определенного заезда на курс реабилитации. Выбираются специально лично значимые темы и вопросы взаимоотношений для коллективного обсуждения. В процессе работы происходит реконструкция эмоциональных аспектов межличностного взаимодействия, приобретаются определенные умения, навыки, которые помогут клиентам в дальнейшем улучшить свою жизнь, исправить имеющиеся личностные недостатки. При этом у членов группы появляется уверенность в своих силах, повышается способность к пониманию и вчувствованию в эмоциональный мир окружающих. Сеансы в сенсорной комнате приводят к снятию мышечного тонуса и психоэмоционального напряжения, достижению состояния релаксации и душевного равновесия, активации различных функций центральной нервной системы за счет создания обогащенной мультисенсорной среды, созданию положительного эмоционального фона, повышении мотивации к проведению других процедур.

Особо эффективными методами в работе с клиентами центра следует признать «группы взаимной поддержки», имеющие целью самораскрытие личности и получение нового опыта со стороны в решении собственных проблем; коммуникативный тренинг, направленный на изучение законов общения и восстановление контактов с другими людьми; тренинг уверенного поведения, тренинг внутренней мотивации с определением жизненных целей на ближайшее будущее, формированием интереса к жизни в качественно новых условиях существования. Особой популярностью у клиентов пользуется «тренинг наслаждения», где основной целью является научить наслаждаться людей той жизнью, которая есть, и получать удовольствие от улучшения ее качества.

Проведенный анализ предоставления социально-психологических услуг показал, что примерно 40% клиентам Центра оказывается услуга «социально-психологическое консультирование» и «психологическая коррекция», около 30% клиентов являются активными участниками тренингового процесса, более 10% клиентов воспользовались услугой «психопрофилактическая работа» и более 50% клиентов получают занятия в сенсорной комнате.

Специалисты отмечают большое число клиентов Центра, которые после проведенных психологических занятий стали понимать значение психологии в их жизни. Благодаря чему в их жизни стало меньше конфликтов, стрессов, изменилось видение многих проблем, еще недавно казавшиеся сложными вопросы стали решаться без «надрыва», осознанно и самостоятельно.

Использование разнообразных психологических методов повышает эффективность реабилитационного процесса в целом, и улучшает качество жизни людей с ограниченными возможностями здоровья.

В конце курса реабилитации специалисты центра: врач, психолог, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе определяют социально-экономическую эффективность реабилитационных мероприятий. Для оценки качества жизни инвалида используется методика матриц, которая позволяет оценить QALY (качество активных лет жизни) [4,5].

Оценка строится на определении уровня стресса и степени нарушения функциональных способностей индивида согласно ниже приведенной таблицы:

Таблица 3

Степень нарушения функциональных способностей	Уровень стресса			
	Отсутствует	Слабый	Умеренный	Сильный
Отсутствует	1,000	0,995	0,990	0,967
Легкая	0,990	0,986	0,973	0,932
Тяжелая	0,980	0,972	0,956	0,912
Сильно ограничивающая	0,964	0,956	0,942	0,870
Отсутствие работы или возможности учиться	0,946	0,935	0,900	0,700
Прикованность к инвалидному креслу	0,875	0,845	0,680	0,000
Лежачий больной	0,677	0,564	-	- 1,486
Бессознательное состояние	- 1,028	-	-	-

Все специалисты оценивают QALI каждого клиента до начала курса реабилитации (QALI – 1) и после его прохождения (QALI – 2). Психолог проводит изучение самооценки качества жизни инвалида. Методика предлагается в начале и в конце курса реабилитации, что позволяет увидеть динамику состояния реабилитанта за данный период. Запись происходит в реабилитационной карте клиента. После оценки эффективности реабилитационных мероприятий, каждым специалистом подсчитывается эффективность проведенного курса реабилитации. Данные заносятся в следующую таблицу:

	Самооценка	Оценка врача	Оценка специалиста по реабилитации	Оценка психолога	Оценка специалиста по соц.работе
ДО					
ПОСЛЕ					

QALI -1

$$QALI = QALI - 2 - QALI - 1$$

QALI - 2

Полученная разница между **QALI -2** и **QALI -1** и является результатом эффективности проведенного курса реабилитации и составляет основу дальнейших социально-экономических расчетов. Полученные данные заносятся в реабилитационную выписку.

Социально-экономическая эффективность реабилитационных мероприятий ГУ СО СОЦ «Преодоление» за период 2008-2010 гг.									
п/п	Год	Всего чел.	Сдавление спинного мозга	ЦП	Остеохондроз позвоночника	Контрактура суставов	Полиомиелит	Ампутационные культни нижних конечностей	Среднее QALI за год
	2008	23	155	1	274	106	7	33	31,54
	2009	525	160	8	143	171	4	9	31,52
	2010	632	133	9	243	172	11	8	45,73
Сумма		1780	448	48	660	449	22	50	108,79

В таблице № 4 представлены суммарные результаты QALI за 2008-2010 гг. Следовательно, 1780 человек, прошедших курс реабилитации в этот период, было возвращено 108,79 QALI, что эквивалентно возвращению 108,7 лет качественной жизни в состоянии полного здоровья.

И все же, самым веским аргументом для определения эффективности психологической реабилитации являются личные высказывания и записи клиентов Центра, оставленные в Книге отзывов. Говоря о пользе психологических тренингов и индивидуальных занятий, вчерашние «затворники» признаются, что «научились принимать и любить себя в новом качестве», «не комплексовать» в общении с другими людьми, «понимать себя и слышать ближнего», «сумели раскрыть в себе новые возможности».

Приходится лишь удивляться, как порой «до неузнаваемости» меняются люди, проходящие курс реабилитации в Центре. Заметно меняются внешне, а это верный знак того, что глобальные изменения произошли и в их внутреннем мире.

Литература

1. Войтенко Р.М. Экспертная психология. Внутренняя болезнь личности и установочное поведение. – СПб., 2002.
2. Козлов В.В. Социальная работа с кризисной личностью. Методическое пособие. – Ярославль, 1999.
3. Основы экспертной психологии. Современные принципы и особенности работы психолога в бюро МСЭ. Методическое пособие для врачей-экспертов и медицинских психологов-экспертов. Под редакцией проф. Р.М. Войтенко. – СПб., 2001.
4. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий: методы оценки уровня качества жизни. Методические материалы. Часть 1. Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области. – Самара, 2007.

5. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий: методы оценки уровня качества жизни. Методические материалы. Часть 2. Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области. – Самара, 2007.

Методы нейропсихологической диагностики и их значение в системе современной нейрореабилитации

Малюкова Н.Г.

Высокие темпы развития теоретической и практической медицины, бурный прогресс реаниматологии и нейрохирургии обеспечили сохранение жизни больным с такими тяжелыми повреждениями головного мозга, которые еще несколько десятилетий назад считались несовместимыми с жизнью.

Выжившие пациенты, многие из которых на момент заболевания находились в возрасте социальной и профессиональной активности, в большинстве своем остаются глубокими, часто пожизненными, инвалидами. Нарушения речи, внимания, зрительного и слухового восприятия, памяти, праксиса и других когнитивных функций, распад целостной нервно-психической деятельности – причина психологической и социальной дезадаптации больных, непреодолимых ограничений во всех областях жизнедеятельности.

Организация системы нейрореабилитации этой категории пациентов – важная и сложная задача здравоохранения. Она требует создания четкой концепции, учитывающей комплексность необходимых медицинских, психолого-педагогических и социальных мероприятий.

В отношении термина «нейрореабилитация» были предложены десятки определений, которые в основе своей верны, но фрагментарны, так как включают лишь отдельные аспекты понятия. Наиболее полным представляется определение В.М. Шкловского (В.М. Шкловский и др., 2005): «Нейрореабилитация – сложнейший, патогенетически обоснованный процесс комплексного лечения и проведения восстановительных мероприятий с обязательным применением методов медицинского, медико-психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействия, значение и интенсивность которых меняются на разных этапах заболевания. Это процесс, прежде всего обращенный к личности пациента».

Медико-психологические воздействия в системе нейрореабилитационных мероприятий представлены, прежде всего, нейропсихологическим подходом, который является одним из важнейших составляющих диагностической, восстановительной и прогностической работы.

Нейропсихология – наука о мозговых основах высших психических функций, возникшая на стыке медицины (неврологии, нейрохирургии, физиологии, психиатрии) и психологии и оформившаяся в России в 50 – 60 гг. XX в.

Теоретической базой современной отечественной нейропсихологии является методология, созданная её основателем, ученым с мировым именем, Александром Романовичем Лурия [3]. Это представления о динамической локализации высших психических функций (ВПФ), их системном многоуровневом строении и иерархической организации, концепция о трех функциональных блоках мозга, теория факторного анализа и созданные на их основе новые классификации афазий, восприятия и др, закономерности компенсации нарушенных функций и принципы направленной восстановительной работы.

Широкое внедрение нейропсихологического анализа в практику нейрореабилитации доказало его валидность и эффективность как диагностического, прогностического и коррекционно-восстановительного инструмента.

Нейропсихология впервые сделала целью научного исследования изучение роли отдельных мозговых систем головного мозга в осуществлении целостной психической деятельности. Представления о мозговой организации высших психических функций позволяют расширить понимание механизмов когнитивных расстройств, научно обосновать возможности их преодоления и программировать процесс нейрореабилитации.

Комплексный характер знаний, на которые опирается нейропсихология, определяются комплексным, многоплановым характером её центральной проблемы – «мозг как субстрат психических процессов».

Теоретические представления нейропсихологии определяют и общую методическую стратегию исследований. В соответствии с представлением о системном строении ВПФ, каждая из них является сложной функциональной системой, состоящей из многих звеньев, нарушения одной и той же функции протекают по-разному в зависимости от того, какое звено (фактор) оказывается пораженным. Центральной задачей нейропсихологического исследования является определение качественной специфики нарушения, а не только констатация факта расстройства той или иной функции (памяти, пространственного восприятия и др.).

Качественный анализ нарушения ВПФ (качественная квалификация синдрома) проводится с помощью специального набора методов с опорой на клинические данные. Квалифицированный нейропсихолог в ходе клинко-экспериментального исследования может оценить состояние всех ВПФ пациента: импрессивной и экспрессивной речи, чтения, письма, счета, слухо-речевой и зрительной памяти, ориентировки в пространственных признаках окружающей среды, восприятия цветов, лиц, стимулов разных модальностей (зрительной, слуховой, тактильной), состояние кинетической и кинестетической основы произвольных движений, сохранность функции произвольного контроля и пр. Качественная специфика нарушения когнитивных функций указывает на топик пораженного мозгового субстрата, помогает выявить первичный дефект и его системное влияние, т.е. понять структуру поражения.

Подбор диагностических нейропсихологических методик не случаен, и опирается на нейропсихологическую теорию и клинику [6]. Таким образом, методы нейропсихологического обследования ВПФ представляют собой не набор изолированных приемов или их случайную «батарею», а структурно-динамическую систему, в которой все приёмы исследования взаимосвязаны, и метод, направленный на изучение одной психической функции может показать состояние и других ВПФ, системно связанных с исследуемой функцией. Так, например, исследование слухо-речевой памяти может выявить неполноценность фонематического анализа, а проведение проб на оценку счетных операций – нарушение функции программирования и контроля и т.п.

Т.о. генеральной задачей в области диагностики является анализ синдромов нарушения психических функций больного, качественное описание структуры дефекта на основе представлений о мозговой организации и внутреннем строении психических процессов, выявление одно- или многоочаговости нарушения ВПФ в пределах одного или двух полушарий мозга, их первичного или вторичного, стабильного или флуктуирующего характера. Это отвечает, прежде всего, задачам дифференциальной диагностики и раннего начала адекватной терапии [2].

Система методов нейропсихологической диагностики, используемая для решения топико-диагностических задач в нейрореабилитации, соответствует следующим требованиям:

1. Надежность и валидность методов исследования тех ВПФ, нарушения которых имеют место при мозговых поражениях. Т.е. основной набор проб содержит минимально необходимое количество заданий, адекватных для исследования гнозиса,

праксиса, речи, внимания, памяти и пр., характеристика нарушений которых позволяет оценить их топико-диагностическую значимость в динамике лечения.

2. Доступность методик нейропсихологической диагностики для выполнения любому взрослому, практически здоровому испытуемому. Для чего проводится их предварительная стандартизация на нормальной выборке, включая и относительно малообразованных людей. Сложные пробы могут использоваться индивидуально, с учетом преморбидных особенностей и культурного уровня больных.

3. Включение в набор проб нейропсихологической диагностики заданий, направленных на выявление не только умеренно выраженных нарушений ВПФ, но и тех, которые часто не удается обнаружить при обычном клинико-психологическом исследовании. Для этого имеется возможность проведения сенсibilизированных приемов диагностики минимальных нарушений речи, гнозиса, праксиса, памяти и пр.

4. Построение нейропсихологического исследования, как и любого другого медико-психологического исследования, с учетом индивидуальных особенностей больного [1].

Не следует считать, что сегодня, при компьютеризации методов исследования нервной системы, когда можно достоверно установить структурный и функциональный дефект мозга, задача топической нейропсихологической диагностики больше не актуальна. Современная нейропсихологическая диагностика не только не утратила, но и существенно расширила свои возможности в новых клинических областях нейрореабилитации: при мониторинге поврежденного онтогенеза или инволюции психоневрологических функций, при контроле динамики состояния больного в процессе прогрессирования неврологического заболевания или при его лечении [2, 6]. Так, одной из задач, наиболее важных в социальном и практическом аспектах, которые помогает решить применение методов нейропсихологической диагностики, является раннее распознавание нарушений мозгового кровообращения и дисциркуляторных энцефалопатий. Решение этой задачи, связанное с совершенствованием системы сенсibilизированных методов исследования когнитивных функций, позволит в будущем уменьшить число инсультов, приводящих к выраженным и труднообратимым дефектам ВПФ. Именно в ранней диагностике нейропсихологический метод выступает на первый план, так как он позволяет обнаружить незначительные изменения функционального состояния мозговых зон, возникающие при изменениях кровотока в сосудистых бассейнах при начинающихся атрофических процессах, в пограничных состояниях и т.д. [2, 5]

Данные нейропсихологических исследований в сопоставлении с результатами других методов обследования (КТ, МРТ и др) позволяют не только получить полную картину функционального состояния головного мозга после поражения, но и оценить динамику его изменений в процессе нейрореабилитации.

Оценка динамики и эффективности комплексных нейрореабилитационных воздействий обеспечивается возможностью не только качественной (синдромной, топической), но и количественной оценки данных нейропсихологической диагностики.

В нейропсихологии разработаны и активно используются шкалы, которые предельно стандартизируют процедуру оценки и позволяют количественно оценить выявленную симптоматику нарушений когнитивных функций [2]. Процедура оценки производится специалистом непосредственно во время или после проведения нейропсихологического обследования пациента (с использованием протокола обследования, в котором отражены результативность и качественная специфика выполнения каждого задания) и происходит в виде присвоения штрафных баллов за допущенные ошибки. В зависимости от целей нейропсихологической диагностики (экспресс-обследование, развернутое обследование в рамках научной работы и др.) в клинике могут быть использованы как компактные трех-четырёх балльные, так и высококодифференцированные десятибалльные оценочные шкалы.

Применение нейропсихологического метода синдромного анализа позволяет оценивать и описывать системно-динамические перестройки ВПФ, происходящие в пораженном мозге, составлять адекватную программу восстановительного обучения, которая соотносится со структурой и выраженностью у пациента когнитивного дефицита.

Высокая эффективность программ когнитивной нейрореабилитации может быть достигнута лишь при соблюдении ряда условий: максимально раннего начала реабилитационных мероприятий, их длительности и непрерывности, комплексности медико-психолого-педагогического процесса [7]. Подбор, реализация и необходимая коррекция дифференцированных программ восстановительного обучения, соответствующих форме, этапу заболевания, специфике нарушений психических функций – практические задачи нейрореабилитации, эффективно решаемые с помощью методов нейропсихологической диагностики.

Кроме того, неоднократное проведение нейропсихологического исследования на разных этапах нейрореабилитации и анализ динамики когнитивного дефицита позволяет изучать результаты направленных лечебных воздействий (в т.ч. и эффективность воздействия фармакологических препаратов), а при соотнесении с данными функциональной диагностики – делать выводы о состоянии компенсаторных возможностей мозга пациента.

Иллюстрацией практического значения нейропсихологической диагностики и анализа в процессе нейрореабилитации служит приводимый ниже клинический случай.

Пациент М, 28 лет, в стационарное отделение ЦПРиН поступил с диагнозом: «Непсихотические психические расстройства травматического генеза. Психоорганический синдром. Посттравматическая энцефалопатия. Стойкие остаточные явления перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы (июль 2003г.), оперативного удаления внутримозговой гематомы и очагов контузии головного мозга в левом полушарии с последующей пластикой костного дефекта черепа (2003 г). Правосторонний спастический гемипарез третьей степени.

Из анамнеза известно: Пациент был сбит машиной (переезжал перекресток на мопеде). Получил тяжелую черепно-мозговую травму. После травмы сознание не терял. С места аварии бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в Республиканскую Клиническую больницу №1 гор. Нальчика. Состояние прогрессивно ухудшалось, появились признаки дислокации мозга, сознание нарушилось до сопора. Была выполнена операция – резекционная трепанация черепа с удалением субдуральной гематомы и очагов контузии теменной и височной долей слева. В коматозном состоянии находился 1.5 мес. Затем на протяжении месяца – апаллический синдром. В октябре 2003г. была выполнена пластика костного дефекта черепа. Проводилась антибактериальная, сосудистая, ноотропная терапия.

Пациент был выписан из РКБ домой через 4 месяца после травмы. В неврологическом статусе на момент выписки – выраженный психоорганический синдром. Правосторонняя гемиплегия. Недостаточность VII и XII пар черепно-мозговых нервов справа. Сенсо-моторная афазия.

Начиная с 2004 г, пациент неоднократно проходил пролонгированные курсы нейрореабилитации в ЦПРиН. К 2011 году пациент прошел 10 пролонгированных курсов нейрореабилитации в ЦПРиН.

Из анамнеза известно, что до травмы М. рос и развивался нормально, по характеру был веселым, общительным, доброжелательным, имел много друзей, интересовался техникой. На момент травмы пациент учился в техникуме, работал автослесарем.

В настоящее время находится постоянно дома, не работает, инвалид 1 группы, опекается матерью и младшей сестрой. Через 5 лет после травмы (2009 год) М. начинал учиться в техникуме, но в первый же год прекратил обучение из-за конфликта с

преподавателями, которые негативно отнеслись к присутствию в группе студента-инвалида (затруднения в обучении, необходимость повышенного внимания к нему, возможность получения травм во время практики и пр.).

Во время первой госпитализации в ЦПРН (июнь 2004 года) проведение нейрореабилитации существенно осложнялось особенностями поведения пациента, связанными с тяжестью его состояния. Пациент отказывался от занятий, был раздражителен, крайне негативистичен. Отмечались случаи агрессии в адрес специалистов, вплоть до попыток побоев и нанесения повреждений. Все занятия проводились с пациентом в палате. На занятиях постоянно присутствовала мать больного, которая помогала специалистам установить и поддерживать продуктивный контакт с ним, контролировала безопасность ситуации, параллельно обучаясь методам психолого-логопедической работы.

Психическая активность пациента была выражено снижена, он быстро уставал, легко раздражался. Все задания выполнял медленно, постоянно останавливаясь и с трудом переключаясь с одного вида деятельности на другой. Перед выполнением проб больному был необходим период осмысления даже самого простого задания. Продолжительность одного занятия составляла 10 – 15 минут. Было грубо нарушено произвольное внимание пациента, он не мог удерживать его на одном задании более 1 – 2 минут, легко отвлекался, или «застывал», молча глядя в окно или на пол.

Был грубо нарушен произвольный контроль над всеми видами деятельности. Ошибок, допускаемых в ходе психолого-логопедических занятий, пациент не понимал. При попытках специалиста объяснить ошибку и помочь исправить её реагировал агрессивно, легко раздражался. Все диагностические и коррекционные задания выполнялись только вместе со специалистом, в ситуации внешнего побуждения и контроля.

В быту пациенту постоянно помогала мать (прием пищи, гигиена, подготовка к приходу специалистов, выполнение домашних заданий и пр.). Критика к состоянию и осознание тяжести дефекта у пациента были грубо нарушены. Он понимал, что находится в больнице в Москве, но самостоятельно ориентироваться в пределах отделения, понимать, сколько времени, какой день недели, был не в состоянии.

Были грубо нарушены все виды праксиса. У пациента в ходе обследования выявлялась грубая динамическая мануальная апраксия (левая рука), была нарушена кинетическая организация движений, увеличен период воспроизведения позы пальцев. Пациент медленно, с многочисленными ошибками мог копировать простые геометрические фигуры с образца. Были выражены недостаточность метрических (оценка расстояний и углов) и структурно-топологических представлений. Пациент мог запомнить и воспроизвести только одно-два слова из шести предъявленных на слух, у него была снижена память на текущие события (не помнил, был ли уже завтрак, приходил ли врач и пр.).

Пациент хорошо понимал только простую медленную речь, выполнял элементарные инструкции («покажи пол», «покажи окно», «повторяй за мной» и т.д.). Собственная речь больного была крайне бедная, представлена отдельными словами («да», «не знаю», «вот») и частотными словосочетаниями. Больной пытался в общих чертах, с помощью невыразительных жестов передать смысл своего высказывания, но речевая активность отмечалась крайне низкая. Речь пациента была тихая, невыразительная, медленная. Голос тихий, затухающий. Пациент мог с помощью специалиста перечислить дни недели в прямом порядке, ответить на простые вопросы, правильно повторить отдельные звуки (а, и, о, м, п), простые открытые слоги (ма, пи, бу, во), частотные слова простой слоговой структуры (рука, мама, ваза и т.п.). Сложных по звуковой структуре слов (перекресток, милиционер, демократический и пр.) пациент произнести не мог.

Разглядывая картинки, пациент мог назвать только несколько высокочастотных слов (часы, дом, дорога и др.). Отмечались perseverации, трудности припоминания слова. Звуковая и контекстная подсказка иногда помогали вспомнить слово. Зачастую пациент договаривал слово в ситуациях развернутой подсказки («Бабушка режет черный... - (договаривает) хлеб»).

Составление простых фраз, планирование речевого высказывания было пациенту недоступно. С помощью специалиста, по наводящим вопросам он мог назвать только некоторые частотные слова. Чтение также было в состоянии распада. При исследовании выявлялись элементы глобального чтения в виде подкладывания подписей под картинки. Письмо было грубо нарушено. Пациент писал очень медленно, левой рукой (из-за пареза), с проговариванием вслух. Пациент мог написать только свою фамилию и первую букву имени. Под диктовку писал отдельные буквы и простые слова (мама, папа, дом и пр.). С помощью специалиста больной мог складывать числа в пределах десятка. Понимание разрядности чисел, называние чисел и цифр было пациенту недоступно.

Таким образом, результаты нейропсихологического обследования указывали на массивное поражение лобных отделов (префронтальных, премоторных) левого полушария с патологической заинтересованностью теменно-затылочных отделов левой гемисферы, субкортикальных структур головного мозга.

Нейропсихологический статус пациента при первичном поступлении включал в себя: эфферентную моторную афазия, динамическую афазия, акустико-мнестическую афазия, конструктивную апраксию, эмоционально-личностные нарушения, нарушение фонового и регуляторного компонентов высших психических функций.

В комплекс нейрореабилитационных мероприятий были включены:

1. Нейропсихологические обследования (диагностические и динамические) состояния когнитивных функций с качественной и количественной оценкой и составлением программы восстановления ВПФ;
2. Обследование состояния двигательных функций с выявлением ведущих нарушений, их количественной оценкой и разработкой программы реабилитации;
3. Комплекс обследования методами нейровизуализации (МРТ) и методами функциональной диагностики (ЭЭГ, ЭЭГ-картирование, УПП);
4. Обследования невролога, психиатра, терапевта;
5. Ежедневные индивидуальные и групповые занятия с логопедом;
6. Ежедневные индивидуальные и групповые занятия по лечебной физкультуре, массаж.
7. Эрготерапия.
8. Музыкалотерапия.

Программа восстановления когнитивных функций на начальном этапе нейрореабилитации включала в себя:

1. Повышение уровня общей активности,
2. Создание мотивации к восстановительному обучению.
3. Организацию произвольного внимания и контроля.
4. Преодоление расстройств понимания ситуативной речи.
5. Растормаживание простых форм речи, чтения и письма.
6. Расширение объема памяти.
7. Восстановление базовых оптико-пространственных представлений.

Из содержания программы становится понятно, что основными задачами на начальном этапе работы с пациентом явились общая активизация и растормаживание простых, базовых уровней психических функций. Большая работа была проведена по созданию у больного мотивации к восстановительному обучению.

Через 3 месяца интенсивного курса нейрореабилитации в ЦПРиН (октябрь 2004 г.) в состоянии двигательной и когнитивной сфер пациента отмечалась значительная положительная динамика.

Пациент самостоятельно ходит без опоры в пределах отделения. Сгладились явления агрессивности и негативизма. Пациент полностью адаптирован к ситуации занятия, ориентирован во времени, знает свой распорядок занятий, ожидает прихода специалиста. В ситуации занятия ведет себя спокойнее, охотно отвечает на вопросы специалиста и выполняет знакомые задания. Вслушивается в речь логопеда, стал возможен краткий адекватный ответ на простой вопрос.

Значительно расширились возможности понимания обращенной речи и инструкций. Возросла собственная речевая инициатива, расширился словарь (высокочастотные номинации). Сглаживаются произносительные трудности. С 10 до 25 – 30 минут увеличилось время продуктивной работы. Пациент стал более внимателен, в знакомых заданиях может найти и исправить допущенную ошибку. Стал возможен элементарный счет в пределах первого десятка, заполнение пропусков буквами в простых словах и простой звуко-буквенный анализ слов. Остается выраженная зависимость возможностей речевой деятельности от психо-эмоционального состояния больного. Степень выраженности речевых нарушений очень грубая.

В целях закрепления полученных результатов матери пациента даны письменные рекомендации и задания для самостоятельной работы.

В течение нескольких лет (с 2004 по 2011 гг.) пациент проходил курсы нейрореабилитации в стационарных отделениях ЦПРиН.

В настоящее время (июнь 2011 г.) пациент контактен, доброжелателен, при поступлении в отделение радуется встрече со специалистами, узнает тех, с кем занимался ранее, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Пациент полностью себя обслуживает, опрятен, адаптирован к жизни отделения и режиму дня, в отделении находится без матери. На момент обследования преобладает благодушный эмоциональный фон. Пациент эйфоричен, легко смеётся. Критика к допуссаемым ошибкам снижена. Легко вступает в контакт с другими пациентами, дружелюбен, несколько навязчив.

Задания понимает и выполняет, но отмечается тенденция к несоблюдению инструкций (упрощение и нарушение инструкции с целью облегчения условий выполнения задания). Отношение к обследованию во многом формальное, к ошибкам – благодушное. Пациент настроен больше на общение со специалистом, чем на выполнение заданий в условиях экспертной оценки.

По сравнению с предыдущими госпитализациями отмечается значительное улучшение нейродинамического и регуляторного компонентов психической деятельности.

Повысилась общая психическая активность, период продуктивной работы возрос с 10 – 15 до 45 – 50 минут, пациент полностью выдерживает нагрузку. Во всех видах деятельности менее выражены персеверации, более устойчивы стали произвольное внимание и работоспособность. Улучшилось состояние произвольного контроля: пациент с помощью специалиста усваивает сложные двигательные программы (но удержать их не может), может корректировать ошибки, допущенные в знакомых видах деятельности. Повысились возможности самостоятельной произвольной организации деятельности.

В сфере мануального праксиса (левая рука) стало возможно правильное усвоение инструкции, значительно сгладились нарушения переключения, трудности удержания программы. В условиях внешнего контроля пациент правильно копирует сложные пространственно-ориентированные фигуры и изображения с обилием мелких деталей. В пробах на оценку состояния оптико-пространственного праксиса сохраняются нарушения координатного типа (средней степени выраженности).

Зрительный, слуховой неречевой виды гнозиса без грубых нарушений. Единичные трудности переключения в сенсibilизированных пробах на оценку и воспроизведение ритмических структур. Лицевой и цветовой виды гнозиса – без нарушений. Выявляются координатные ошибки в одноручных пробах на оценку сомато-пространственного гнозиса (пробы Хэда). Объем слухоречевой памяти расширился с 2 до 4 элементов, но заучивание остается малопродуктивным, с тенденцией к инертности. Страдает избирательность заучивания и отсроченного воспроизведения – появились (по сравнению с моментом первичного обследования в 2004 г) стойкие привнесения слов по семантическому сходству (небо – облака и пр.).

Память на текущие события и упроченные знания – без существенных нарушений. Объем зрительной памяти не страдает (5 элементов), заучивание продуктивное, порядок фигур заучивает хорошо, интерференция не оказывает тормозящего воздействия на след зрительной памяти.

У пациента значительно улучшилось понимание обращенной речи, инструкций и вопросов диалога. Пациент хорошо понимает обращенную речь и двухзвеньевые инструкции. Понимание логико-грамматических конструкций остается затрудненным (особенно на фоне истощения), требуется повторное предъявление, увеличенное время осмысления.

Повысилась речевая инициатива пациента. Он охотно, с использованием жестов, отвечает в диалоге, стремится общаться. В диалоговой речи появились фразы – просьбы, короткие предложения, достаточно правильные по синтаксическому и грамматическому составу. Однако часто в диалоге пациент дает эхολаличный ответ. Выражены трудности оперативного подбора слов, отмечается тенденция к использованию стереотипных, штамповых выражений и словосочетаний. Интонационно-мелодический рисунок речи остается невыразительным. Речь пациента скандированная, голос громкий. При назывании объектов и действий с опорой на картинку выявляются единичные вербальные замены, трудности припоминания слов.

Называние глаголов осуществляется преимущественно в контексте, как договаривание, или заменяется существительным (глядит\утюг, ловит\..сачком..., привязывает\узел). Пациент может составить простую фразу с частотной лексикой, активно жестикулируя при трудностях актуализации слова («Мальчик пьет воду», «девочка нарезает...колбасу», «девочка и мальчик снеговика лепят»). При попытке самостоятельного составления развернутых фраз сохраняется аграмматизм, трудности планирования речевого высказывания, персеверации, вербальный дефицит. Пациент может повторить отдельные слоги, простые слова с искажениями звуковой структуры, скандированно. Отмечается улучшение артикуляторных переключений в сложных по звуковой структуре словах, уменьшение количества литеральных замен. Пациент может повторить слова, слоги, серии из двух слов, фразы простой структуры с частотной лексикой из пяти – семи слов. Расширились возможности аналитико-синтетического чтения, улучшилось понимание прочитанного. Пациент читает простые тексты по слогам. Чтение послоговое, скандированное, неразборчивое. Смысл текста пациенту понятен, но пересказ осуществляется только в виде ответов на простые вопросы специалиста.

Письмо (левая рука) остается грубо нарушенным. Доступно написание собственных фамилии, имени и отчества, простых слов под диктовку с большим количеством ошибок по типу пропусков и перестановок букв и слогов. Пишет пациент замедленно, с проговариванием. Ошибки исправляет самостоятельно или по подсказке специалиста. Степень выраженности речевых нарушений – средняя.

Т.о. многолетние курсы нейрореабилитации проходили с положительной динамикой. В состоянии двигательной, когнитивной и эмоциональной сфер пациента отмечаются существенные качественные достижения: пациент независим в быту, полностью себя обслуживает, полностью понимает обращенную речь, он может

общаться простыми стереотипными высказываниями, адекватен в поведении. Степень выраженности вербального дефицита изменилась с очень грубой на среднюю.

На первый план в настоящее время, с учетом молодого возраста больного выступают проблемы организации специального обучения и последующего трудоустройства, социальной адаптации инвалида I группы.

Итак, нейропсихологическая диагностика – исследование высших психических функций с помощью системы специальных методов. Основными целями нейропсихологического исследования являются квалификация нарушений ВПФ и установление связи выявленных симптомов с патологией или особенностями функционального состояния определенных отделов мозга, с морфофункциональным состоянием мозга в целом [4]. Методологическими основами нейропсихологической диагностики являются современные представления о психологическом строении и мозговой организации психических процессов, разработанные в теории системной динамической локализации ВПФ, созданной А.Р. Лурия.

Применение методов нейропсихологической диагностики в клинике органических поражений головного мозга позволяет решить широкий круг актуальных клинических задач:

1. Установление топического диагноза поражения мозговых структур.
2. Ранняя дифференциальная диагностика ряда заболеваний центральной нервной системы.
3. Качественное описание картины нарушений когнитивных функций, выявление первичного дефекта и его системного влияния.
4. Количественная оценка степени нарушений когнитивных функций.
5. Разработка стратегии и тактики устранения когнитивного дефицита (на основе нарушенных и сохранных форм когнитивных функций). Применение высокодифференцированных систем методов восстановительного обучения, соответствующих структуре дефекта ВПФ.
6. Оценка эффективности направленного лечебного и коррекционно-восстановительного воздействия: хирургического, фармакологического, психолого-педагогического и др.
7. Осуществление прогностической оценки нейрореабилитации.

Литература

1. Вассерман Л.И., Дорощева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. – С-Пб.: Стройлеспечатль, 1997. – 303 с.
2. Глозман Ж. М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования. – М.: Центр лечебной педагогики. 1999 – 160 с.
3. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 3-е изд. – М.: Академический Проект, 2000 – 512 с.
4. Методы нейропсихологической диагностики. Хрестоматия под ред. Е.Ю. Балашовой, М.С. Ковязиной – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2009 – 528 с.
5. Московичюте Л.И. Асимметрия полушарий мозга на уровне коры и подкорковых образований. I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов. Под ред. Е. Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. – М.: Российское психологическое общество, 1998 – 368 с.
6. Хомская Е. Д. Нейропсихология. – М.: УМК «Психология». 2002 – 416 с.
7. Шкловский В.М. А.Р. Лурия и современная концепция нейрореабилитации. I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов. Под ред.

Факторы, определяющие психологическую устойчивость в трудных жизненных ситуациях

Щербакова А.М., Шехорина А.В.

Люди с ограниченными возможностями здоровья, включая детей с нарушениями развития – это лица, оказавшиеся в неблагоприятной жизненной ситуации.

Основными социально-психологическими последствиями неблагоприятия являются: а) ухудшение качества жизни; б) повышение чувствительности к различного рода стрессорам, в том числе к трудным жизненным ситуациям; в) расширение спектра поведенческих и социальных проявлений дизадаптации, т.е. ухудшение психического здоровья. Ухудшение психического здоровья сказывается в таких значимых социально-психологических сферах жизнедеятельности как личностная, социальная, производственная, семейная.

В личностной сфере наиболее часто встречающимися проявлениями дизадаптации являются: изменения в самосознании (заниженная или завышенная самооценка, искажения самоотношения, нарушения полоролевой идентичности, недостаточность саморегуляции и др.), психосоматические заболевания, рост конфликтности, агрессивности и раздражительности, нарушения межличностных отношений.

В социальной сфере дизадаптация характеризуется нарастанием отчуждения и аномии, следствием чего являются различные формы бегства от действительности, такие как: алкоголизм, наркотизм, участие в сектантских движениях, бездомность, суициды.

Выделяются различные степени нарушений социальной адаптации вплоть до дезадаптации, т.е. невозможности приспособления к требованиям среды (Н.Г. Шумский, 1997).

Решение задачи повышения адаптационных возможностей людей с ограниченными возможностями здоровья требует постоянной и комплексной работы со стороны специалистов разных профилей. Для того, чтобы такая работа была эффективной, специалистам нужно иметь представление не только о проблемах, нарушениях, болезнях, но и о тех качествах, которые помогают человеку выстоять в трудных жизненных обстоятельствах.

Явление психологической устойчивости в трудных ситуациях (*resilience*) давно привлекает внимание исследователей. Существует много определений устойчивости, но во многом они схожи. Так, Э. Гротберг (1995) определяет устойчивость как универсальную способность, позволяющую человеку, группе или сообществу предотвратить или свести на нет отрицательные последствия трудной ситуации. [2] Этот термин также используется для описания ряда качеств, которые способствуют процессу успешной адаптации в жизни вопреки трудностям. Психологическая устойчивость помогает ребенку развить социальную компетенцию, навыки в решении проблем, умение критически мыслить, независимость, целеустремленность. Но её нельзя рассматривать как врожденное качество, чудесным образом помогающее справляться с трудностями [1, 3]. Большинство авторов полагают, что устойчивость является результатом взаимодействия природных качеств и воспитания. Так, если ребенок родился с хорошими умственными способностями, имеет спокойный, живой характер, у него больше шансов стать устойчивым. Напротив, недоношенным или

больным детям, детям, которые с трудом успокаиваются, сложнее развить устойчивость.

Как можно развить устойчивость у детей? Этой проблемой занимаются многие ученые. Обратимся к одному исследованию.

В 1993-1994 гг. в рамках Международного проекта устойчивости (International Resilience Project) было исследовано 589 детей из 30 стран. По результатам этого исследования Э. Гротберг сгруппировала факторы, составляющие устойчивость, на три большие категории: «У МЕНЯ ЕСТЬ», «Я ЯВЛЯЮСЬ», «Я МОГУ» (I HAVE, I AM, I CAN). Рассмотрим их подробнее.

Факторы категории «У МЕНЯ ЕСТЬ» являются внешними средствами, укрепляющими устойчивость. Прежде чем ребенок осознает себя («Я ЯВЛЯЮСЬ») или то, что он может делать («Я МОГУ»), он нуждается во внешней поддержке для развития чувства уверенности, которое является основой психологической устойчивости. Гротберг пишет, что внешняя поддержка играет важную роль на протяжении всего периода детства.

Факторы «Я ЯВЛЯЮСЬ» – внутренние, личные силы ребенка. Это чувства, позиции, убеждения.

Факторы «Я МОГУ» у ребенка являются социальными и межличностными навыками.

Каждая из этих категорий, в свою очередь, состоит из пяти групп (см. табл.1).

Таблица 1. Факторы, из которых складывается устойчивость (по Э.Гротберг).

У МЕНЯ ЕСТЬ	Я ЯВЛЯЮСЬ	Я МОГУ
<i>Доверительные отношения с членами семьи, преподавателями, друзьями</i>	<i>Привлекательным:</i> у ребенка есть качества, которые нравятся другим	<i>Общаться:</i> ребенок может выражать свои мысли и чувства и умеет слушать других
<i>Правила дома:</i> четкие и ясные правила, за нарушение которых следует справедливое наказание, за соблюдение – похвала	<i>Любящим:</i> ребенок любит других, сочувствует им и выражает эту любовь разнообразными способами	<i>Решать проблемы:</i> ребенок может оценить природу и масштаб проблемы, решить, нужна ли ему помощь, у него есть настойчивость работать над проблемой до тех пор, пока она не будет решена
<i>Образцы для подражания:</i> взрослые, сверстники и др., кто демонстрирует хорошее поведение	<i>Горжусь собой:</i> у ребенка есть чувство собственного достоинства, он чувствует, что способен добиваться успеха	<i>Управлять своими чувствами:</i> ребенок знает и понимает свои чувства и чувства других, владеет собой
<i>Поощрение самостоятельности:</i> взрослые хвалят ребенка за самостоятельность	<i>Независимым и ответственным:</i> ребенок умеет действовать самостоятельно и может чувствовать ответственность за свои поступки	<i>Оценивать свой характер и характер других:</i> ребенок понимает свою индивидуальность и индивидуальность других
<i>Доступ к услугам</i>	<i>Исполненным надежды,</i>	<i>Искать доверительные</i>

<p>здравоохранительных, педагогических, благотворительных и правоохранительных организаций: постоянная забота о физическом и эмоциональном здоровье ребенка</p>	<p>веры, доверия: ребенок доверяет людям и организациям, верит в добро, что может выразаться в виде веры в Бога</p>	<p>отношения: ребенок умеет находить людей, которые могут помочь в решении проблемы или с кем можно поделиться мыслями и чувствами</p>
---	---	--

Модель, предложенная Э. Гротберг, может быть использована для того, чтобы помочь детям и подросткам с ОВЗ развить свою устойчивость [2].

Исследования показывают, что даже исключительная устойчивость является следствием не каких-то редких и особенных способностей, а результатом обычных процессов, проходящих в умах, мыслях, во взаимоотношениях людей [3].

Литература

1. Benard B. Fostering resilience in children. [Электронный ресурс]: ERIC Digest / University of Illinois at Urbana-Champaign. 1995. Режим доступа: <http://www.resilnet.uiuc.edu/library/benard95.html>
2. Grotberg E.H. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. [Электронный ресурс]. Bernard Van Leer Foundation, 1995. Режим доступа: <http://www.resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>
3. Masten A.S. Children who overcome adversity to succeed in life. [Электронный ресурс] / Minnesota university. 2000. Режим доступа: http://www.extension.umn.edu/distribution/familydevelopment/components/7565_06.html

Художественное творчество и душевное здоровье

Мелик-Пашаев А.А.

«Болящий дух врачует песнопенье»

Е. Баратынский

Арттерапия, если понимать ее как целенаправленное использование некоторых психологических и медицинских эффектов художественного творчества и восприятия, представляется явлением совсем недавним с исторической точки зрения. Но едва ли мы ошибемся, сказав, что она – не по названию, а по сути – ровесница самого искусства. А значит, и человека. Ведь то, что мы сейчас называем искусством, представляет собой изначальный признак и неоспоримое свидетельство *человеческого* существования в мире. Как бы далеко в прошлое ни простиралось познание, мы видим, что существо, уверенно и без оговорок называемое *человеком*, всегда создавало те или иные пространственные или временные формы, которые содержат и выражают нечто большее самих себя. И в силу этого сохраняют в самом человеке безотчетное, а иногда и осознанное чувство причастности к иному, большему, непреходящему, к некоторому глубинному, невидимому измерению мира и себя самого. Забегая вперед, скажу: подобный опыт жизненно значим и целителен в самом обобщенном, недифференцированном смысле слова.

Косвенным подтверждением того, что арттерапия коренится в незапамятной древности, могут служить практики так называемых традиционных, или «примитивных» обществ, психологически и физически воздействующие на людей

ритмо-интонационными, двигательно-пластическими, цвето-символическими сторонами ритуалов.

Искусства в более современном смысле слова, выделившиеся из первичного ритуально-магического синкрета, также издревле обнаруживали терапевтический потенциал. В частности, предания о Пифагоре и пифагорейцах свидетельствуют, что целенаправленное применение того или иного музыкального лада меняло внутреннее состояние, намерения и поступки людей. Платон отчетливо видел воспитательно-терапевтические возможности искусств. Правда, видел он также, что при определенных условиях их воздействие может стать разрушительным – но о каком целебном средстве нельзя сказать того же? Каким бы загадочным ни оставался полный смысл аристотелевского катарсиса, несомненно, что он означает некое обновление и очищение души под влиянием сценического действия, и т.д., и т.п. [1; 2]

Вернемся к арттерапии наших дней, которая становится все более заметной, даже модной составляющей психологической практики. Она ветвится, порождает все новые направления: терапия музыкальная, анимационная, библиотерапия, хорео-, кукло-, цвето-, сказкотерапия, лечебная лепка, терапевтический театр... Широчайший диапазон душевного и телесного неблагополучия человека охватывается арттерапевтической практикой: склонность к депрессии, тревожность, нарушения сна, давления, речи, сенсомоторной сферы, коммуникативных способностей, проблемы коррекции, реабилитации, поддержки людей с ограниченными возможностями... Действия арттерапевта носят «прицельный», порой даже рецептурный характер. Так, создаются перечни музыкальных произведений, прослушивание которых показано в том или ином конкретном случае; специально сочиняются пьесы, коллизии которых должны помочь исполнителям разрешить аналогичные травмирующие ситуации в их домашней или студийной жизни.

Замечу: такой подход к искусству, хотя и оправданный благой целью и эффективностью, носит утилитарно-прикладной характер: терапевт использует отдельные, по существу *периферические* особенности видов искусств и конкретных произведений, соотнося их со столь же конкретными обстоятельствами жизни клиента. Всеобщая суть искусства, художественное преобразование бытия, то, что по выражению М. Пришвина, побуждает писателя «переводить всерьез жизнь свою в слово», остается на заднем плане. Ниже я рассмотрю возможность иного подхода, о котором почти «проговорился» в самом начале статьи.

Замечательный педагог-аниматор и арттерапевт Ю. Красный назвал одну из своих книг «Арт – всегда терапия» [3]. Книга – о тяжело больных детях и о предельно конкретных методиках работы с ними в анимационной студии, но название красноречиво говорит о том, что погружение в сферу художественного освоения мира целительно и благотворно *само по себе*. И не только для человека, признанного больным.

Это подтверждают и наука, и педагогическая практика. Так, отечественные и зарубежные исследования в области музыкальной психологии выявляют благотворное воздействие музыки в личностном и интеллектуальном планах [4; 5], говорят о ее целостном позитивном воздействии на ребенка, начиная с пренатального периода [6]. Усиленные занятия изобразительным искусством не только интенсифицируют общее умственное развитие подростков, но и выправляют искажения ценностной сферы [7], повышают умственную активность и общую успеваемость школьников [8]. Хорошо известно, что в тех учебных заведениях, где хотя бы какому-то виду художественного творчества уделяют достойное внимание, повышается эмоциональный тонус детей, они начинают лучше относиться к учению и к самой школе, меньше страдают от пресловутых перегрузок и школьных неврозов, реже болеют и лучше учатся.

Так что впору говорить не только об арттерапии для тех, кто в ней уже нуждается, но и о всеобщей «артпрофилактике» – а профилактика, как известно, во

всех отношениях лучше лечения. В ожидании времен, когда нечто подобное станет возможно в отечественном общем образовании, постараемся разобраться, за счет чего опыт художественного творчества, общения с искусством может оказывать целительное воздействие на человеческую личность.

Начать придется издалека. Но прежде сделаем важные оговорки.

Первая из них необходима, чтобы предупредить одно слишком очевидное возражение. Многие явления искусства новейшего времени, в особенности – наших дней (говорю об искусстве серьезного профессионального уровня), мягко говоря, не являются носителями и «генераторами» душевного здоровья; что касается внутреннего состояния и судьбы некоторых талантливых людей искусства, то этого не пожелаешь своим детям и ученикам. Каковы же основания утверждать, что душевное здоровье состоит в таком уж тесном родстве с художественным творчеством? Скажу сразу: теневые стороны современной культуры, в том числе культуры художественной, вполне реальны, но их обсуждение нужно вести, начиная, в прямом и переносном смысле, «от Адама». Предпринять что-либо подобное в рамках данной работы мы не можем, и потому, имея в виду эту сторону дела, будем говорить о безусловно положительных аспектах художественного творчества человека, которые в масштабах истории культуры, несомненно, преобладают. Кроме того, приведенное возражение относится исключительно к *профессиональной художественной среде* определенного исторического периода. Мы же говорим сейчас об искусстве *в общем образовании*, и тут позитивная роль его не вызывает сомнений и подтверждается приведенными выше примерами. Что касается самих различий «общечеловеческого» и профессионального художественного опыта, то эта тема тоже требует специального глубокого обсуждения. Ограничимся пока кратким намеком: в современной секуляризованной и предельно специализированной культуре эти две сферы различаются почти так же, как полезные для всех занятия физкультурой – и спорт высших достижений, чреватый психологическими и физическими травмами.

И вторая оговорка. Соображения, излагаемые ниже, не претендуют на доказательность в традиционном, «строго научном» смысле слова. Как и все в «инонаучной», гуманитарной сфере знания, они стремятся не к «точности знания», а к «глубине проникновения» [9], и обращены к целостному, не до конца вербализуемому опыту читателя как партнера в диалоге.

Итак, прежде всего: каковы самые общие, глубинные и неситуативные причины нашего психологического неблагополучия и потенциального психического нездоровья? Образно говоря, одна из них лежит в «горизонтальном», другая – в «вертикальном» измерении бытия, тогда как сам человек, с его осознаваемыми и неосознаваемыми трудностями и противоречиями, пребывает постоянно в точке их пересечения.

Неблагополучие «по горизонтали» коренится в том, что наше сознательное «я», выделяясь в начале жизни из первичной нерасчлененной целостности, с необходимостью противопоставляет себя окружающему миру как некоторому «не я» и, в условиях современной рационализованной культуры, «твердеет» в этом закономерном, но одностороннем противопоставлении; «огораживает» свою территорию, как бы заключает себя в прозрачную, но непроницаемую психологическую оболочку отчужденности от мира, будто бы изначально внешнего и чуждого ему. Само отлучает себя от причастности к всеединому бытию.

И в интеллектуальном, и в эмоциональном плане у человека формируется образ безначального и бесконечного мира, живущего по своим, сугубо объективным природным и социальным законам и безразличного к его мимолетному существованию. Мира безличных, детерминирующих человека причинно-следственных связей, к которому возможно лишь временно приспособиться. Теоретики размышляют в связи с этим о «предельной атомизированности сознания современного индивида» или (как например, психолог С.Л. Рубинштейн) говорят, что в таком мире человеку как

таковому нет места; у поэтов рождается образ «пустыни мира», пройти которую (запомним для дальнейшего!) помогает пройти творчество.

Разумеется, далеко не всякий человек, а тем более ребенок, станет предаваться подобной рефлексии. Но когда неосознаваемая память человека о собственной целостности и универсальной природе, об изначальном онтологическом единстве с миром, его потребность убедиться, что «в пустыне мира я не одинок» (О. Мандельштам) не получают отклика и подтверждения, это создает постоянную общую основу психологического неблагополучия, несводимого к конкретным житейским проблемам и ситуациям.

Архаичную, но действенную форму преодоления, точнее – предупреждения этого недуга замечательный этнограф У. Тернер описал как циклическую регламентированную смену двух способов существования традиционного общества, которые он определил как «структура» и «коммунитас» (т.е. общность, приобщенность [10]). Большую часть жизни каждый член строго иерархизированного и структурированного общества пребывает в своей возрастной, гендерной, «профессиональной» ячейке и действует в строгом соответствии с системой социальных ожиданий. Но в определенные периоды эта структура на краткое время упраздняется, и каждый ритуально погружается в непосредственное переживание всеединства, охватывающего и других людей, и природу, и мир в целом. Прикоснувшись к единой первооснове бытия, люди могут *без угрозы для психического здоровья* возвращаться к повседневному функционированию в своей расчлененной социальной структуре.

Очевидно, что в иных историко-культурных условиях феномен коммунитас в таком виде невоспроизводим, но он имеет множество аналогов: от культуры карнавала до традиций хорового пения, от древних мистерий до участия в религиозных таинствах (правда, в этом случае ясно заявляет о себе «вертикальное» измерение обсуждаемой проблемы, о котором речь впереди). Но сейчас важно подчеркнуть другое: человек, не осознавая того, взыскует приобщенности к чему-либо «большему себя». И *отсутствие* такого опыта – позитивного, социально одобряемого – оборачивается абсурдными, порой разрушительными и патологическими прорывами блокированной потребности «атомизированного индивида» вырваться за «флажки» своей отдельности и приобщиться к некоему «мы». (Вспомним о воздействии на слушателей некоторых направлений современной музыки, о поведении футбольных болельщиков и о многих гораздо более мрачных проявлениях психологии толпы, а с другой стороны – о депрессии и суициде на почве психологического одиночества.)

Какое же терапевтическое или, лучше сказать, профилактическое значение может иметь в этом вопросе опыт художественного творчества?

Дело в том, что в основе самой его возможности лежат не отдельные сенсорные или какие-либо иные способности, связанные с осуществлением деятельности в том или другом виде искусства, а *особое целостное отношение человека к миру и к себе в мире*, которое сильно развито у художников, но потенциально свойственно каждому человеку и особенно успешно актуализируется в детском возрасте. Психологическое содержание этого *эстетического* отношения многократно описано представителями разных видов искусства, разных эпох и народов. И главная его особенность именно в том, что в эстетическом переживании *исчезает* невидимый барьер, изолирующий самозамкнутое «я» от остального мира, и человек непосредственно и осознанно переживает свое онтологическое единство с предметом эстетического отношения и даже с миром в целом. Тогда особым образом открывается ему неповторимый чувственный облик вещей: их «внешняя форма» оказывается прозрачной носительницей души, прямым выражением внутренней жизни, родственной и понятной человеку. Оттого и самого себя он чувствует, хотя бы на краткое время, причастным бытию всего мира и его вечности.

«Я стремился, - говорит в своем автобиографическом произведении В. Гете, - с любовью смотреть на то, что происходит вовне и подвергнуть себя воздействию всех существ, каждого на его собственный лад, начиная с человеческого существа и далее – по нисходящей линии – в той мере, в какой они были для меня постижимы. Отсюда возникло чудесное родство с отдельными явлениями природы, внутреннее созвучие с нею, участие в хоре всеобъемлющего целого» [11, с.456]

«И только потому, что мы в родстве со всем миром, – говорит наш великий писатель и мыслитель М.М. Пришвин, – восстанавливаем мы силой родственного внимания общую связь и открываем свое же личное в людях другого образа жизни, даже в животных, даже в растениях, даже в вещах» [12, с.7]. Творцы искусства, жившие в разные времена и зачастую ничего не знавшие друг о друге, свидетельствуют, что только на почве такого опыта может зародиться истинно художественное произведение.

Так эстетический опыт, который – подчеркнем! – *в соответствующих педагогических условиях* может приобрести *каждый* ребенок, помогает зарастить онтологическую трещину и восстановить единство человека с миром «по горизонтали». Во всяком случае, дать человеку опытно пережить *возможность, реальность* этого единства. А подобный опыт, даже если он редок, не вполне отрефлексирован, не удержан в сознании, непременно сохранится на бессознательном, а вернее сказать – на сверхсознательном уровне, и будет постоянно поддерживать человека в его сколь угодно сложных взаимоотношениях с окружающим миром.

Заметим: нам понадобилось упомянуть о *сверхсознании*, и это значит, что мы подошли к той черте, за которой наши размышления перемещаются в «вертикальный» план обсуждаемого вопроса.

Предельным выражением эстетического опыта, о котором шла речь до сих пор, можно признать известную строку Ф.И. Тютчева: «Все во мне, и я во всем!..» Нетрудно понять, что в этих словах выражено не только некое особое отношение к миру, а лучше сказать – *с миром*, «горизонтально» распростертым вокруг нас. Здесь угадывается иной уровень *самосознания и самоощущения человека*, присутствие иного, *большого «я»*, соразмерного «всему», способного вместить «всё», и благодаря этому ясно прорисовывается причина нашего внутреннего неблагополучия, лежащая в «вертикальном» измерении бытия.

В религиозной и философской литературе, в трудах многих психологов, в духовно-практическом опыте людей разных времен и народов, а также в опыте самонаблюдения многочисленных творчески одаренных людей мы находим свидетельства того, что наряду с эмпирическим «я» нашего повседневного самосознания *реально существует* иное, «высшее «я», несущее в себе всю полноту возможностей, которую мы частично актуализируем в пространстве-времени земной жизни и в условиях ограниченной социокультурной среды. Не имея возможности в рамках данной статьи рассуждать на эту тему подробно, замечу только, что *без такого допущения* невозможно говорить всерьез о *творчестве*, необъяснимыми становятся такие явления, как *самовоспитание, самоусовершенствование* и т.д.

Эту верховную «инстанцию» индивидуального человеческого бытия называют по-разному: высшее «я» – в отличие от повседневного, «истинное» – в отличие от иллюзорного и переменчивого, «вечное» – в отличие от смертного, преходящего, «свободное» – в отличие от детерминированного совокупностью биосоциальных или каких-либо иных «объективных» факторов, «духовное» «я» [13], «творческое «я» [14] и т.д.

Соприкасаясь с этим «я» сверхсознания на путях духовного самосовершенствования, или в процессе творчества в той или иной области, или получая это как бы «даром» в потоке повседневной жизни, человек *чувствует себя самим собой* с прежде неведомой отчетливостью, интенсивностью, несомненностью и

полнотой. Разумеется, подобные пики, как и переживания единства с миром, о которых мы говорили раньше, не могут стать нашим постоянным состоянием, но отсутствие, или глубокое забвение подобного опыта – этот, образно говоря, «разрыв по вертикали» – становится причиной глубокой внутренней неустроенности человека, неустранимой какими бы то ни было изменениями в его внешней жизни или частными рекомендациями консультанта-психолога, не затрагивающими сути дела.

Философ определит этот разрыв как «несовпадение сущности и существования человека»; психолог-гуманист – как отсутствие самоактуализации, как «депривацию высших потребностей» (А. Маслоу); психотерапевт может с достаточным основанием увидеть в нем причину утраты смысла жизни – корень всех болезней (В. Франкл). В любом случае речь идет о том, что мы не только не являемся актуально «сами собой», что, может быть, и не достижимо во всей полноте – мы живем на далекой периферии самих себя, не пытаясь восстанавливать утраченную связь с собственным истинным «я», приближаться к нему. Живем не только в *чуждом мире*, но по существу чужие и *самим себе*.

И снова возникает тот же вопрос: чем в этом положении может помочь человеку ранний (или даже не только ранний) опыт художественного творчества?

Вернемся немного назад. В эстетическом переживании человек, порою – неожиданно для самого себя, пересекает привычные границы своего «эго», живет общей жизнью с большим миром, и это создает благоприятную почву для своего рода откровения о себе самом, для «встречи» с большим я, соразмерным этому миру. Человек, по выражению поэта Уолта Уитмена, вдруг с радостью открывает, что он больше и лучше, чем думал, что он не помещается «между башмаками и шляпой»...

Такого рода «встречи» переживают и фиксируют в воспоминаниях очень многие мастера искусств. Тогда у них рождаются замыслы, которые явно выходят за пределы их обычных возможностей, и, тем не менее, воплощаются. В процессе создания или исполнения произведения человек чувствует себя «орудием» в руке «кого-то» гораздо более могущественного и прозорливого, а результат воспринимает порой отстраненно, как нечто такое, к чему он не имеет прямого отношения. Подобным самоотчетам обычно свойственна внушающая доверие трезвость, отсутствие аффектации.

Уровень осознанности этого опыта различен – от переживания эмоционально-энергетического подъема, творческого дерзания, трансцендирования собственных границ до сознательного, почти на уровне методики, привлечения «творческого я» к сотрудничеству – как, например, в практике великого русского актера М. Чехова [15]. Не буду пытаться как-либо интерпретировать эти психологические феномены, само существование которых не вызывает сомнений. Для нас сейчас важно другое: художественно-творческий опыт (а, вероятно, и всякий истинно творческий опыт) – это, в определенной степени, *опыт «бывания самим собой»*. Он позволяет преодолеть, хотя бы на время, «разрыв по вертикали»: пережить момент единства повседневного – и высшего, творческого я; по меньшей мере – вспомнить и пережить *самый факт его существования*.

Замечу: говоря о творчестве, я имею в виду не «создание чего-то нового», это лишь следствие, внешнее свидетельство процесса творчества, притом свидетельство не всегда внятное и бесспорное. Под творчеством я понимаю, в первую очередь, проявление «внутренней активности души» [16], которая реализуется как свободное (не детерминированное извне) порождение и воплощение собственного замысла в той или иной области жизни и культуры.

Немало существует свидетельств, от богословских до экспериментально-педагогических, подтверждающих, что человек – каждый человек – творец по природе; потребность творить в самом общем смысле слова, «жить изнутри наружу» (митрополит Антоний Сурожский) интимнейшим образом характеризует самую сущность человека. И реализация этой потребности – необходимое условие душевного

здоровья, а ее блокирование, столь характерное, в частности, для современного общего образования – источник неявной, но серьезной опасности для человеческой психики. Как говорит современный исследователь В.Ф. Базарный, человек бывает либо творческим, либо больным.

Возвращаясь к образно-символическим координатам нашего изложения, можно сказать, что истинное творчество рождается как раз в перекрестии горизонтальной и вертикальной осей – восстановленных отношений человека *с самим собой* и *с миром*. Когда человек видит родственный ему окружающий мир глазами высшего, творческого я и реализует возможности творческого я в образах, языке, материальности окружающего мира. Эта гармония воплощается во всяком истинно художественном произведении (каким бы сложным или трагическим ни было его конкретное содержание) и непосредственно воздействует на зрителя, читателя или слушателя, пробуждая и в нем память, пусть неясную, об изначальном единении с миром и о большом «внутреннем человеке» в нем самом.

Тут закономерно рождается вопрос. Очевидно, что творчество и художественное творчество – отнюдь не синонимы, что творческая самореализация возможна во всех областях деятельности человека и во всех его взаимоотношениях с миром; почему же мы так подчеркиваем значение искусства и художественного творчества для душевного здоровья человека, и растущего человека – особенно?

Речь идет, прежде всего, о *возрастном* приоритете искусства. Именно в этой области практически все дети дошкольного, младшего школьного, младшего подросткового возраста могут в благоприятных педагогических условиях приобрести эмоционально положительный и успешный опыт *творчества как такового*, порождения и воплощения собственных замыслов.

Далее. Существует ли другая область культуры, в которой дети 9, 7, 4 лет могут создавать нечто такое, что признает ценным общество и высшая профессиональная элита? Ценным не потому, что это сделал ребенок, а ценным как самостоятельный факт культуры? А в искусстве дело обстоит именно так: выдающиеся мастера всех видов искусства уже более ста лет видят в детях своих младших коллег, способных создавать эстетические ценности, и даже не прочь кое-чем у них поучиться. И еще одно. Малолетний (но все же не 4- и не 7-летний!) физик или математик делает в принципе то же, что и взрослый ученый, только на много лет раньше: не существует «детской науки». А детское искусство существует: будучи художественно ценным, произведение ребенка в то же время несет ярко выраженную возрастную метку, легко опознаваемую и неотделимую от художественной ценности произведения. Это говорит, с моей точки зрения, о глубокой «природосообразности» художественного творчества: ребенок приобретает полноценный творческий опыт в наиболее адекватных для него возрастных формах.

Встречаются, правда, труднообъяснимые явления, когда ребенок создает текст или рисунок, который ни в эмоционально-содержательном смысле, ни даже с точки зрения совершенства воплощения замысла никакой возрастной метки не несет, и мог бы принадлежать взрослому художнику. Я не готов к тому, чтобы обсуждать в деталях и объяснять это удивительное явление – напомним только, что и взрослый художник в творчестве бывает «больше самого себя». А лучше сказать – бывает «самим собой».

Литература

1. Идеи эстетического воспитания. Антология в 2-х томах. Т.1, М.: «Искусство», 1973.
2. Аристотель. Поэтика. (Об искусстве поэзии.) М.: Гос.издательство художественной литературы, 1957.

3. Красный Ю.Е. АРТ – всегда терапия. М.: Издательство ООО Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования, 2006.
4. Торопова А.В. Развитие целостности личности через чувственное наполнение музыкального сознания ребенка. / Методология педагогики музыкального образования (научная школа Э.Б.Абдуллина). – М., МПГУ, 2007. С. 167-180.
5. Кирнарская Д.К. Музыкальные способности. М.: Таланты-XXI век, 2004.
6. Лазарев М. Новая парадигма образования. Искусство в школе, №3, 2011.
7. Ситнова Е.Н. Влияние художественно-эстетического образования на развитие личности в подростковом и юношеском возрастах. Автореф. канд. дисс., М., 2005 г.
8. Кашекова И. Цифры и только цифры. Искусство в школе. 2007. №4.
9. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. М.: Искусство, 1979.
10. Тернер У. Символ и ритуал. М.: Наука, 1983.
11. Гете В. Поэзия и правда. Собр.соч., т.3. Издательство художественной литературы, 1976.
12. Пришвин М.М. Силой родственного внимания. М.: Искусство в школе, М., 1996.
13. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. М.: Институт психологии АН СССР, 1991.
14. Мелик-Пашаев А.А. Мир художника. М.: Прогресс-традиция, 2000.
15. Чехов М.А. Литературное наследие в 2-х томах. М.: Искусство, 1995.
16. Зеньковский В.В. Проблема психической причинности. Киев, 1914.

Проблема субъекта и концепции социокультурной реабилитации

Шеманов А.Ю.

В определении задач реабилитации уже устоявшимся является представление о необходимости восстановления в ее ходе личного и социального статуса реабилитанта, а в качестве одного из ключевых условий реализации этой цели выступает принцип партнерства [1, 4]. Это означает, что успешность реабилитации определяется исходя из того, насколько реабилитант и в процессе реабилитации и вообще в своей жизни может занять и развивать свою субъектную позицию [10; 9]. Только при этих условиях возможно расширение его способности к самостоятельной жизни, к переходу из статуса человека, постоянно нуждающегося в помощи извне, к статусу более независимого человека. Даже если специфика нарушений реабилитанта не позволяет ему восстановить способность к самостоятельной жизни, большое значение для успеха реабилитации имеет активность реабилитанта в принятии помощи.

Принцип активного участия утверждается и применительно к социокультурной реабилитации. Однако в случае реабилитации людей с интеллектуальной недостаточностью реализация этого принципа наталкивается на трудности, связанные с самим понятием субъектной позиции и ее формированием, как они существуют в настоящее время [11]. Это связано со сложившимся еще со времен Л.С. Выготского представлением о том, что человек в своем развитии становится субъектом с того момента, когда он овладевает своим поведением с помощью знакового опосредствования. Это представление также тесно смыкается с другим положением: что развитие знаково-символической деятельности, как и вообще психическое развитие человека, являет собой сложное взаимодействие двух линий этого развития – биологической и культурной.

Л.С. Выготский и его последователи выделяли в процессе развития знаково-символической деятельности естественную историю знака. Последнюю они относили не к культурной, а к биологической линии развития на том основании, что в ее

процессе не происходит сознательного овладения своими способностями и в этом смысле человек обращается со знаками как с орудиями внешней деятельности. Применяемый им при этом практический интеллект, сближает его с высшими животными и отличается от такового животных только по степени, а не качественно [2]. Тогда как знак, слово, являясь средством психологического воздействия на свое и чужое поведение, направлен на внутреннюю деятельность, в частности – на сознательное и целенаправленное овладение собой и своими способностями, на самоизменение. В этом Выготский усматривал коренное отличие знака от орудия [1: 90]. Поэтому, только овладевая знаком в собственном смысле слова, человек становится субъектом.

Отнесение этапа так называемой естественной истории знака к биологической, а не к культурной линии развития человека объясняется тем, что для ребенка до подросткового возраста знак в определенной мере сливается с его референтом. Например, с обозначаемой с его помощью вещью. Имени ребенок приписывает свойства вещи, и поэтому он не может понять условность знака. Хорошо известен пример Выготского, когда ребенок отказывается назвать стол лампой, так как иначе он сгорит, или, соглашаясь после долгих колебаний назвать собаку коровой, отвечает на вопрос взрослого, есть ли у нее рога – «есть, только очень маленькие». Из этих проявлений неразличимости для ребенка знака и внешнего предмета делается вывод, что ребенок в раннем возрасте не способен формировать объективные, теоретические понятия об окружающем мире, а пользуется знаками как орудиями своего практического интеллекта.

Понятен пафос Л.С. Выготского в выделении перехода к понятийному мышлению как качественного изменения в отношении индивида к миру. Этот пафос оправдан стремлением определить специфику культурного мышления по отношению к естественным психическим механизмам, объединяющим человека с другими животными. Л.С. Выготский оппонировал попыткам вывести человеческое мышление из количественного накопления и усложнения естественных, присущих животным психических механизмов. При этом логика аргументации, которую он применял против натурализма в понимании генезиса человеческого мышления, заставляла его и способы культурного, знакового опосредствования общения и деятельности у современных бесписьменных народов также относить к естественной истории знаков.

Однако, на наш взгляд, в свете современных данных решение проблемы соотношения и взаимодействия биологического и культурного в развитии человека, а также формирования его субъектности представляется не столь однозначным. Освоение культуры начинает качественно менять способ обращения ребенка с орудиями и знаками, начиная с весьма раннего возраста. Примерно в тот же период, когда у него формируется способность вычленять объекты из переживаемой им ситуации, он начинает объединять их в независимые от ситуации системы, рассматриваемые им как единство функционально связанных частей. Такие системы А.Д. Кошелев называет партитивными [5]. Причем элементы этой системы, как показывает этот автор, объединяются ребенком на основе представлений о функциональных отношениях между ними, что явствует в частности из начинающегося в тот же период быстрого освоения языковых средств выражения этих отношений. Это освоение показывает понимание ребенком разных принципов функциональной организации систем иерархического (двери дома, и ручка двери, но не ручка дома) или гетерархического (ветка дерева, листья дерева, но не листья ветки) [5: 225-228].

Знаменательно, что ребенок начинает выделять из воспринимаемой им ситуации отдельные объекты в качестве партитивных систем одновременно с тем, как он научается использовать указательный жест в его *знаковой* функции, отличаемой им от хватательной. Т.е. начиная примерно с 2 лет жизни. По мнению А.Д. Кошелева, это

следует из данных, полученных Р. Gärdenfors (2003), которые приводятся в статье Сергиенко Е.А. [8]. В отличие от ребенка 2 лет, шимпанзе не способен выбрать желаемый предмет, указывая на другой, и подобно животному ведет себя ребенок в возрасте менее 2 лет. Указание на другой объект для выбора желаемого интерпретируется А.Д. Кошелевым как разделение указательной и хватательной функций жеста вполне оправданно. Здесь видно, что знак в этом возрасте приобретает для ребенка относительно самостоятельную реальность, которая отличается от обозначаемой им вещи. Конечно, эта самостоятельность относительная, и знак долго еще будет выступать в сознании ребенка как тождественный в том или ином отношении обозначаемой им вещи. Важнее другое: сама знаковая реальность, знаковая функция приобрела самостоятельность и об этом свидетельствует детское фантазирование, игра, появление на этой почве способности к обману, которая отличается от обманых действий животного именно другим основанием, тем, что она опирается на открытие ребенком самостоятельной реальности мира знаков.

Все это говорит о том, что развитие психических функций ребенка уже на этих этапах носит качественно иной, культурный характер. Таким образом, способность вычленять объект как независимую от целостной ситуации его переживания особую партитивную систему и способность дифференцировать знаковую функцию указательного жеста от хватательной появляются у ребенка одновременно.

Эта одновременность не случайна, она выражает освоение символической реальности, которое происходит в процессе его овладения культурой еще до того, как он осваивает речь, не говоря уже о способности формировать и использовать понятия. Почему надо говорить именно о значении культуры в этом процессе? Вопрос в том, что означает подобное овладение реальностью символа как отличной от символизируемого объекта, о чем оно свидетельствует? А оно свидетельствует о появлении присущего именно культурному образу жизни человека способу отношения к внешнему миру, который радикально отличает его от животных и позволяет ему осваивать мир символов как реальность самостоятельную, независимую от символизируемого мира.

Суть культурного процесса и может быть определена как все более набирающая силу способность человека выражать в символических формах культуры его дистанцию от символизируемого мира. Именно в культурном, символическом выражении этой дистанции от объекта отношения субъект приобретает способность вычленять его из объемлющей его актуальной ситуации, рассматривать как самостоятельную систему с присущими ему частями и т.п. Причем это культурное выражение дистанции субъекта от выражаемого им содержания начинает осваиваться человеком задолго до того, как он начнет осознавать себя как самостоятельную, независимую от коллектива индивидуальность уже на этапе идентификации им себя с коллективом, с включающей его культурной группой.

Собственно, объективное выражение этой дистанции в виде особого выражающего объекта (символа, знака) и означает приобретение субъектной позиции по отношению к нему, освобождение от захваченности им и его привлекающими или отталкивающими свойствами, которые вначале имеют биологически обусловленный характер. Оно означает это просто потому, что иначе, как через выражение вове от отличия от предмета своего отношения, субъект не осваивает свое авторство в отношении данного отношения, не осваивает себя как его источник, его субъект.

Как же возможно объективное символическое выражение субъективной дистанции вне освоения сознательного овладения этой дистанцией с помощью понятийного мышления? В качестве примера можно рассмотреть данное Н.Т. Поповой описание работы с актерами, имеющими ментальные проблемы, в интегрированной театральной студии [7]. Речь в ее статье идет о задаче, которая была поставлена ею как режиссером театральной студии перед одним из таких актеров – это задача культурного, символического освоения прямостояния.

Автор пишет: «Прямостояние – это экзистенциальный жест. Жест, в котором отражается отношение к миру и своему месту в нем» [7: 109]. Действительно, история культуры показывает, что вертикаль осваивалась человечеством, в каждую эпоху наполняясь культурным смыслом. Молитвенные жесты обращения к небесам или падения ниц, священные горы или священные деревья являются примерами подобного наполнения символическим смыслом вертикали, с одной стороны, и ее телесно-аффективного освоения, с другой. Но такими примерами является также и отношение к телу как микрокосму в древней философии и медицине. До сих пор параллелизм тела человека и мира, аналогия между символическим значением позы и движений человеческого тела и координат осмысления мира находит свое отражение в переживании человеком себя и привычках, ритуалах повседневности.

Вопрос, однако, состоит в том, как это культурное содержание может быть освоено, обжито людьми с интеллектуальной недостаточностью? Ведь культурные формы не являются врожденными, они всякий раз заново осваиваются в качестве жизненных форм каждым новым поколением. Но тогда могут возникать трудности, которые в данном случае связаны с рядом факторов. Во-первых, в современной культуре, как пишет Н.Т. Попова в другой статье [6], сама вертикаль приобрела иное символическое содержание. Это содержание, с одной стороны, во многом чуждо пониманию и задачам развития человека с интеллектуальной недостаточностью (а именно – оно стало выражением ценностей современной культуры, верховенства интеллекта, рационально продуманных и сложно устроенных, предполагающих развитие, «вышколенное» восприятие форм классического искусства, например, балета, и т.п.). А с другой стороны – само это символическое содержание вертикали в сегодняшней культуре ставится под вопрос, должно быть заново найдено, открыто. Кроме того, оно подвергается критике и в практике современного танца, и в современной архитектуре, изобразительном искусстве, которые нарушают строгие рациональные каноны, экспериментируют с кривой линией, зигзагом в движении, вращением в различных плоскостях и т.п.

Эти трудности наполнения жеста прямостояния символическим смыслом в современной культуре могут вести к тому, о чем говорится в упомянутой статье далее. «Глядя на многих наших актеров с интеллектуальной недостаточностью, мы можем сказать, что они имитируют прямостояние, как и современные формы речи, как и многие виды деятельности, неадекватные для них по задачам» [7: 109]. Отсюда перед режиссером возникла задача органичного овладения культурным смыслом данной позы. «Поэтому и в партитуре спектакля, в тренингах решался именно этот вопрос, постоянно шло возвращение именно к этой проблеме. М. уютнее, увереннее чувствует себя в партере, где с гораздо большей свободой вступает в коммуникацию с партнерами и импровизирует» [7: 109]. Важно, что в этих словах, по сути, сформулирован критерий освоения позы и типа движения – свобода в коммуникации с партнерами по студии и способность к импровизации при взаимодействии с ними.

Исходя из этого, партитура движения данного актера в спектакле строится преимущественно в партерных позициях, в которых актер способен контролировать свои взаимодействия с другими, но в нее был введен выход в вертикальный прыжок как кульминация всей этой партитуры. Существенно, что в таком контексте освоение данного движения стало переживаться актером как символически значимое, как часть его работы в общей команде, причем тем более, чем труднее оно ему давалось. Вставание стало для него символом его духовного распрямления, выражением этого внутреннего усилия, что проявлялось в его неутомимости в работе над этим движением, о котором говорит Н.Т. Попова. «В этом действии аккумулируется опыт направленного волевого действия (а репетирует он это всегда страстно, самозабвенно и с большим энтузиазмом), и со временем этот опыт переносится и на его походку, самооценку, коммуникацию» [7: 110].

На этом примере хорошо видно, что собственная задача, которая встает в рамках практики социокультурной реабилитации при работе с людьми, имеющими интеллектуальную недостаточность, требует более широкого понимания ее назначения как обеспечения доступности культуры для человека. И в то же время эта задача, хотя она решается в практиках театра, отличается от той, которую ставит себе арт-терапевт. В арт-терапии речь идет об использовании искусства как *средства* для достижения терапевтических задач. Также и коррекционная педагогика использует вовлечение человека с нарушениями развития в творческую деятельность в области искусства в служебных, развивающих, коррекционных целях, она не ставит себе собственно творческих задач.

На разобранном примере видно, что подобная практика социокультурной реабилитации расширяет смысл самого понятия реабилитации. Здесь деятельность педагога-художника оказывается успешной реабилитационной работой в том случае, когда ему удастся вступить на почву партнерских отношений с участником реабилитации по поиску решения общей эстетически значимой задачи. Эта общая задача становится одновременно и общезначимым предметом творческой культурной коммуникации в совместно творимом произведении, и наполняет смыслом внутреннее движение актера к той форме культурного выражения, которая аккумулирует для него это его стремление и выражает его в значимой для других, признанной другими форме, становясь способом коммуникации с ними.

Именно благодаря такой внутренней включенности актера в решение общей эстетической задачи он обретает в ней субъектную позицию. И уже как следствие, будучи захвачен и глубоко мотивирован ею, он с полной самоотдачей вступает на путь развития своих способностей, на путь коррекции своих ограничений. Коррекционно-развивающий эффект выступает здесь своего рода побочным результатом овладения субъектной позицией. А основой этого овладения оказывается наполнение действия общезначимым культурным смыслом, которое коренится во внутреннем усилии решения своей проблемы как части решения общей эстетической задачи. В таком случае искусство уже не является лишь *средством* терапии или реабилитации, оно является реабилитацией в другом смысле – в смысле *оправдания* места данного человека в культуре, которое он обретает как ее *творец*. Подобное оправдание становится возможным именно в процессе направленности на эстетический результат, на поиск общезначимой формы культурного выражения своих проблем, особенностей, которые не просто выражаются для целей их использования в процессе психотерапии, они выступают материалом построения образа, а потому эстетически преобразуются и преодолеваются.

Только на таком пути освобождения от своей сугубо служебной функции, на пути наполнения культурным смыслом усилий реабилитанта, признания его субъектной позиции и помощи в ее общезначимом выражении социокультурная реабилитация может способствовать, всегда косвенно, но зато органично, его развитию.

Литература

1. Войтенко Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология. СПб., 2007.
2. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1983. – Т.3.
3. Выготский Л.С. Орудие и знак в развитии ребенка // Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1983. – Т.6.
4. Кабанов М.М. Больной и среда в процессе реабилитации // Вест. АМН СССР. 1977. №4.

5. Кошелев А.Д. О качественном отличии человека от антропоида // Разумное поведение и язык. Выпуск 1. Коммуникативные системы животных и язык человека. Проблема происхождения языка. М., 2008. СС. 201 – 205, 218 – 223.
6. Попова Н.Т. Современная культура и «особое искусство» // Протеатр. Феномен «особого искусства» и современная культура (с приложением реестра «особых театров»). М.: Институт фундаментальных и прикладных гуманитарных исследований Московского гуманитарного университета, 2008. С.134-144.
7. Попова Н.Т. В чем особенность особого искусства? // Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации: Сб. статей по материалам научно-практической конференции с международным участием (Москва, 12-13 мая 2010 г., Институт философии РАН, Московский городской психолого-педагогический университет.). /Отв. редактор: Н.Т. Попова. М., 2010. С.101-110.
8. Сергиенко Е.А. Когнитивное развитие довербального ребенка // Разумное поведение и язык. Выпуск 1. Коммуникативные системы животных и язык человека. Проблема происхождения языка. М., 2008. СС. 340-341.
9. Шеманов А.Ю. Особенности культурологического подхода к реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья. // Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации: Сб. статей по материалам научно-практической конференции с международным участием (Москва, 12-13 мая 2010 г., Институт философии РАН, Московский городской психолого-педагогический университет.). /Отв. редактор: Н.Т.Попова. М., 2010. С.159-172.
10. Щербакова А.М. Психологические аспекты реабилитационной среды // Сб. научных статей «Другое детство». – М.: МГППУ, 2009. – С.239-249.
11. Щербакова А.М., Шеманов А.Ю. Дискуссионные вопросы развития личности ребенка с интеллектуальной недостаточностью // Психологическая наука и образование. 2010. №2. – С. 63-71.

Качество жизни людей с интеллектуальной недостаточностью – от концепции к технологии

Щербакова А.М.

Конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека, что требует внимания ко всем сторонам его жизни: физиологической, психологической, социальной и духовной. «Удовлетворенность здоровьем, комфортом, хорошими взаимоотношениями и др.» понимается как качество жизни [6]. Указывается, что в середине девяностых годов XX столетия в литературе насчитывалось более ста определений качества жизни (Cummins, 1995 по [10, 20]).

Сегодня понятие качества жизни является одним из основополагающих при оценке человеческого существования. Первоначально в оценке полноценной жизни преобладали объективные индикаторы (уровень доходов, заболеваемость, смертность, частота самоубийств). Во второй половине прошлого века было предложено ввести субъективные индикаторы жизненного благополучия как дополнение к объективным критериям. С середины 70-х годов XX века широкое развитие получает исследование «субъективного» («ощущаемого») качества жизни, измеряемого субъективными показателями. Была разработана концепция «бинарной» оценки качества жизни (Andrews F.M., Withney S.B. Social indicators of well-being. -N.Y.; L.:Plenum, 1976, по [1]).

В медицине и, в последнее время, в психологии изучается качество жизни, связанное со здоровьем (health-related quality of life), показатели которого позволяют составить представление о том, считает ли человек с ограниченными возможностями свою жизнь полноценной, и, если нет, то какова степень его неудовлетворенности.

Результаты изучения качества жизни позволяют разрабатывать модели деятельности специалистов разных профилей, чьи объединенные усилия будут способствовать достижению материального, социального и личностного благополучия людей с ОВЗ.

Отмечается, что конструкт «качество жизни» имеет большой потенциал для определения приоритетных направлений комплексной помощи лицам с ОВЗ, включая детей с нарушениями развития, а также для разработки стратегий и технологий оценки эффективности такой помощи. Однако, как указывалось выше, есть много различных определений и моделей качества жизни, и не все они являются одинаково обоснованными и отвечающими потребностям людей с ОВЗ. Как правило, практики, основанные на различных моделях, направлены на достижение разных целей (например, цели, связанные со здоровьем, социальной интеграцией, образовательными проблемами и др.). Соответственно, каждая такая практика разрабатывается и оценивается изолированно, фокусируясь на одном из аспектов жизни, а не на жизни в целом [10, 20].

Существует риск того, что такое положение дел может оказывать неоднозначное влияние на благополучие людей с ограниченными возможностями здоровья. Понятие качества жизни целесообразно использовать, чтобы проектировать целостную стратегию развития и оценки жизни (холистический подход); опора на это понятие поможет переместить центр внимания с выработки стратегий, связанных исключительно с проблемами инвалидности, на более существенные общечеловеческие аспекты качества жизни.

Исходя из определения качества жизни, предложенного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), оно зависит от индивидуального восприятия человеком своей позиции в жизни в соответствии с его целями, ожиданиями, воззрениями и стандартами в контексте культурных и ценностных характеристик среды.

Эксперты ВОЗ рекомендуют использовать для оценки качества жизни следующие критерии:

1. Физиологические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых и т.п.).
2. Психологические (положительные и отрицательные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, внешний вид, самооценка, негативные переживания).
3. Уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения).
4. Жизнь в обществе (личные взаимоотношения, общественные ценности субъекта).
5. Окружающая среда (безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обслуживания, доступность информации, возможность обучения, досуг, экология).
6. Духовность (религиозность, личные убеждения).

Таким образом, качество жизни является интегральной характеристикой физического, психологического и социального функционирования человека с ограниченными возможностями здоровья, основанной на его субъективном восприятии [2].

Необходимо отметить, что концепция качества жизни, связанного со здоровьем, в основном фокусируется на физическом и ментальном здоровье, социальных и ролевых достижениях, и более ориентирована на функциональные параметры (оцениваемые персоналом и родственниками), чем «субъективное» качество жизни (Wood-Dauphinee et al. 2002). Субъективный подход концентрируется на данной самим индивидом эмоциональной и/или когнитивной оценке соответствия между его жизненными ожиданиями и его же достижениями.

Проблема качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья в настоящее время привлекает внимание многих исследователей; рассматриваются теоретические подходы к этому понятию, проводятся конкретные исследования, направленные на изучение качества жизни различных категорий людей с заболеваниями; разрабатываются меры по его улучшению. В целом, в нашей стране преобладают исследования качества жизни больных с соматическими и неврологическими заболеваниями.

Разработка научно обоснованных, эффективных программ реабилитации детей и взрослых с интеллектуальной недостаточностью остается одной из самых актуальных проблем современной педагогики, психологии и медицины. Актуальность обусловлена большой распространенностью, высокими показателями инвалидизации, трудностями социализации и социальной адаптации этой наиболее уязвимой группы общества. При этом психологические аспекты качества жизни (КЖ) людей с интеллектуальной недостаточностью практически не изучены, в частности, влияние их индивидуально-личностных особенностей на КЖ. Недостаточно отражены в литературе аспекты КЖ отдельных групп лиц с интеллектуальной недостаточностью в зависимости от степени интеллектуального снижения и других особенностей.

В этой связи интересно обратиться к зарубежному опыту.

Рассуждения о качестве жизни людей с интеллектуальной недостаточностью закономерно приводят к выводам о необходимости реформирования методологии и практики, направленной на улучшение личных достижений этой категории лиц с ОВЗ [7, 181].

Вплоть до 1970-80-х годов уровень личных достижений умственно отсталых определялся развитием навыков адаптивного поведения и/или повышением коэффициента интеллекта. Расширение концепции качества жизни людей с интеллектуальной недостаточностью было обусловлено рядом причин. Во-первых, убежденность в том, что личное, семейное, общественное благосостояние напрямую зависит от научных, медицинских и технологических достижений постепенно стала сменяться пониманием значения для повышения качества жизни личных ценностей, представлений и условий окружающей среды. Во-вторых, движение нормализации логически подвело к осознанию необходимости оценивать результаты взаимодействия человека с ОВЗ с общественными институтами как средство измерения качества его жизни. И, в-третьих, ориентирование движения поддержки гражданских прав на личные достижения привело к расширению потребительских прав и возможностей в области личностно-ориентированного планирования и самоопределения.

«Качественная революция» 1980-х годов произошла под влиянием позитивной психологии, направленной на выявление и развитие сильных сторон и возможностей человека, а также на укрепление его благополучия, что оказало большое влияние на отчетность организаций (с большим акцентом на достижения). В литературных источниках давались различные определения «качества жизни»: от «общих требований для достижения счастья» (Prescott-Allen, 2001) до «положительного жизненного опыта» (Campbell et al. 1976). Большинство исследователей согласны с тем утверждением, что при оценке качества жизни должны учитываться социальные показатели, равно как и восприятие благополучия, а также то, что субъективные и объективные показатели являются двумя дополнительными аспектами, которые необходимо измерять отдельно [4, 62].

R.L. Schalock et al. дают следующее определение качеству жизни: «Индивидуальное качество жизни есть многомерное явление, состоящее из ключевых областей (core domains), на которые оказывают влияние личностные характеристики и средовые переменные. Эти основные области одинаковы для всех людей, хотя они могут изменяться по относительному значению и важности» [4, 63-64].

В масштабном кросскультурном исследовании (проведенном в 10 странах трех континентов) использовались 24 индикатора качества жизни, выявленных по результатам анализа международных литературных источников, посвященных КЖ лиц с интеллектуальной недостаточностью (Schalock и др., 2007; Schalock & Verdugo, 2002) [7, 183], и сгруппированных в 8 ключевых областей, как представлено в таблице 1.

Таблица 1. Концептуальная модель качества жизни (Claes C., Hove G. Van, Loon J. Van, Vandeveld S., Schalock R.)

Фактор	Область	Индикаторы
Независимость	Личностное развитие	Образование, личностные навыки, адаптивное поведение в повседневной жизни
	Самодетерминация	Выборы/решения, независимость, личностный контроль, личные цели
Социальное участие	Межличностные отношения	Социальные сети, дружба, социальные действия, взаимосвязи, отношения
	Социальное включение	Социальная интеграция / участие, социальные роли, поддержка
	Права	Человеческие (уважение, достоинство, равенство) Юридические (доступ к нормативно-правовым материалам, правосудие)
Благополучие	Эмоциональное благополучие	Меры защиты и обеспечения безопасности, позитивный опыт, Я-концепция, уровень стресса, удовлетворенность
	Физическое благополучие	Здоровье, питание, отдых, досуг
	Материальное благополучие	Финансовое положение, занятость, обеспеченность жильем, имуществом

Были получены данные от 900 клиентов с интеллектуальной недостаточностью/умственной отсталостью, 900 родителей/опекунов этих клиентов и 900 профессионалов, предоставляющих услуги и поддержку этим клиентам [7, 182]. На основе конкретных показателей, связанных с каждой из восьми ключевых областей КЖ, была разработана шкала личных результатов – Personal outcomes scale (POS).

При интерпретации данных, полученных с помощью описанной системы исследования качества жизни, важно учитывать, что измеряются как субъективные («самоотчет»), так и объективные («непосредственное наблюдение») показатели по одному и тому же индикатору. Примеры приведены в таблице 2.

Таблица 2. Самоотчет и наблюдение

Область: личностное развитие. Индикатор: адаптивное поведение

Самоотчет: В какой мере вы способны накормить себя, пользоваться туалетом, одеваться? (независимо, с помощью, не могу),

Непосредственное наблюдение: В какой мере человек выполняет эти повседневные действия? (полностью независим, в целом с помощью, не может сделать сам)

Область: самоопределение. Индикатор: выбор

Самоотчет: Предлагают ли Вам выбор (например, что носить, что поесть, куда пойти)? (да, не уверен, нет)

Непосредственное наблюдение: В какой мере человеку предоставляют выбор того, что носить, что поесть, куда пойти и т.д.? (в значительной, в какой-то мере, немного или нет)

Область: межличностные отношения. Индикатор: дружба

Самоотчет: у Вас есть друзья? (да, не уверен, нет)

Непосредственное наблюдение: идентифицирует ли человек кого-либо из окружающих как друзей и обращается ли к ним как таковым? (да, не уверен, нет)

Область: социальное включение. Индикатор: социальное участие

Самоотчет: Вы принимаете участие в событиях в месте, где живете? (да, не уверен, нет)

Непосредственное наблюдение: Как часто человек вовлечен в общественную жизнь? (часто (еженедельно), иногда, никогда)

Область: права. Индикатор: достоинство и уважение

Самоотчет: Позволяют ли окружающие вести вам частную жизнь, интересуются ли Вашим мнением? Оставляют ли вас одного, когда вы моетесь? (да, не уверен, нет)

Непосредственное наблюдение: Достаточно ли уважения и поддержки достоинства выказывают человеку обслуживающий персонал и другое окружение? (значительно, немного, мало)

Область: эмоциональное благополучие. Индикатор: безопасность и защищенность

Самоотчет: Чувствуете ли Вы себя защищенным и в безопасности? (да, не уверен, нет)

Непосредственное наблюдение: Как Вы оценили бы безопасность среды проживания и места работы/обучения человека? (очень безопасно, довольно безопасно, небезопасно)

Область: физическое благополучие. Индикатор: состояние здоровья

Самоотчет: Каково Ваше здоровье? Как Вы себя чувствуете? (очень хорошо, хорошо, нехорошо/болею)

Непосредственное наблюдение: Как Вы оценили бы физическое здоровье этого человека? (хорошее, вполне удовлетворительное, плохое)

Область: материальное благополучие. Индикатор: имущество

Самоотчет: Есть ли у Вас личное имущество, такое как радио, телевидение, картины? (да, не уверен, нет)

Непосредственное наблюдение: сколько у человека имущества? (много, достаточно, мало или нет)

В работе «Quality of Life Measurement in the Field of Intellectual Disabilities» авторы указывают, что «предложенный подход к измерению качества жизни имеет следующие особенности: а) многоаспектность, выраженную в ключевых областях и показателях; б) использование «бинарной» оценки КЖ, что подразумевает использование субъективных и объективных показателей; в) системность – через охват множества сфер воздействия на людей на микро-, мезо- и макросистемных уровнях; и г) расширение участия лиц с интеллектуальной недостаточностью в разработке и реализации процессов» [4, 64].

Важной проблемой является взаимное соответствие самоотчетов людей с интеллектуальной недостаточностью и отчетов их представителей. Анализ этой проблемы было посвящено исследование, проведенное в шести странах (Великобритания, Испания, Турция, Германия, Чешская республика и Бразилия) среди 614 взрослых с интеллектуальной недостаточностью и с участием двух различных выборок их представителей (N=874), включающих как профессиональных помощников, так и родных. Качество жизни оценивалось при помощи WHOQOL-BREF-версии для инвалидов. Результаты показали, что инвалиды оценивают свое КЖ выше, чем их представители, за исключением показателей области физического благополучия. Наблюдались также кросс-культурные различия в полученных данных [8]. В целом исследование показало хорошее соответствие между оценками качества жизни человеком с интеллектуальной недостаточностью и его представителем.

Применение результатов, полученных при изучении КЖ, возможно при планировании и предоставлении индивидуальной поддержки.

Определение списка потребностей в оказании поддержки основывается на предпосылке, что функционирование человека зависит как от его индивидуальных способностей, так и от среды, в рамках которой этот человек будет действовать. Имеют значение форма и интенсивность поддержки, «необходимой лицу для участия в деятельности, связанной с выполнением функционала в стандартных условиях». Экологический характер поддержки предполагает, что деятельность на индивидуальном уровне зависит от политики и практики, осуществляемой на мезо- и макроуровнях. Система поддержки определяется как планирование и комплексное использование индивидуальных стратегий поддержки с опорой на ресурсы уровней другого порядка, охватывающие многие аспекты деятельности человека в различных условиях [5, 97].

Со второй половины 1980-х годов разработка и реализация парадигмы поддержки имела как минимум три последствия в сфере политики и практики в отношении лиц с интеллектуальной недостаточностью. Во-первых, поддержка связала воедино практики личностно-ориентированного планирования, направленного на личностный рост, развитие возможностей и самоопределение, с задачами социальной инклюзии. Во-вторых, реализация индивидуальной поддержки привела к повышению требований в сфере личных достижений, которые, как правило, связаны с областями и показателями КЖ (см. табл.1). В-третьих, разработка системы поддержки потребностей человека, дифференцированной исходя из уровней и интенсивности, влияет как на планирование деятельности осуществляющих ее учреждений, так и на уточнение и совершенствование моделей финансирования такой деятельности.

План индивидуальной поддержки и работник, осуществляющий ее – это два ключевых компонента деятельности, направленной на укрепление личных достижений, равно как и на повышение результатов, связанных с качеством жизни лиц с интеллектуальной недостаточностью.

Например, в голландской программе Arduin содержание плана поддержки умственно отсталого человека строится на основе «логической модели»: исходным

положением (input) являются цели и перспективы данного человека и оценка его потребности в помощи для достижения поставленных целей; направленность самой поддерживающей деятельности (throughput) определяется содержанием описанных выше восьми ключевых областей (см. табл.1); и выход (output) – это персональные результаты по оценке POS, данные для которых получены путем самоотчета и наблюдения (см.табл.2).

Разрабатываемые программы индивидуальной поддержки необходимо приводить в соответствие с показателями качества жизни. Чаще всего индивидуальная поддержка умственно отсталого осуществляется человеком, который обеспечивает уход за ним (например, членами семьи или специализированным персоналом). Важно, чтобы ухаживающие люди видели значение оказываемой поддержки во взаимосвязи между своими усилиями и понятием качества жизни. Таблица 3 демонстрирует «Схему поддержки КЖ», которая в настоящее время используется в сфере образования, а также в рамках реабилитационных программ [7, 184-185].

Таблица 3. Схема поддержки КЖ

Ключевая область	Примеры индивидуальной поддержки
Личностное развитие	Обучение функциональным навыкам, коммуникационные технологии
Самодетерминация	Выбор, личный контроль, решения, личные цели
Межличностные отношения	Побуждение к дружбе, поддержка семейных и общественных взаимодействий/отношений
Социальная инклюзия	Социальные роли, общественная деятельность, волонтерство
Права	Частная жизнь, гражданские обязанности, проявления уважения и достоинства, правовые процедуры
Эмоциональное благополучие	Повышение безопасности, стабильные условия, позитивная обратная связь, предсказуемость, механизмы самоидентификации (например, наличие зеркала, личных знаков на одежде)
Физическое благополучие	Забота о здоровье, подвижность, тренировки, хорошее питание
Материальное благополучие	Собственность, имущество, занятость

Экологическая модель инвалидности сосредоточивается на взаимодействии между человеком и его средой, определяет содержание индивидуальной поддержки и методы ее осуществления [5, 97-98].

Фонд Arduin (Голландия) провел исследование влияния стратегий поддержки, факторов окружающей среды и характеристик клиента на его качество жизни и личные результаты. Участниками исследования стали 186 лиц с ограниченными умственными возможностями. Итоги продемонстрировали, что на результаты КЖ значительное влияние оказывают наличие поддержки, условия жизни, статус трудовой занятости и степень ограниченности умственных возможностей.

При исследовании качества жизни учитываются как демографические характеристики (возраст, пол, этническая принадлежность, семейное положение), так и показатели функционирования (интеллектуальное функционирование, адаптивное поведение, умственное/поведенческое здоровье, физическое здоровье, речевые проблемы, мобильность и потребности в поддержке). Факторы окружающей среды сгруппированы с точки зрения возможности инклюзии, обязательств, полномочий, жизненного ритма, индивидуальной поддержки, поддержки персонала и эффективности организации (Schalock, 2010). Исследования качества жизни показывают, что лучшие результаты связаны с достаточным уровнем самоопределения (Wehmeyer&Garner, 2003); возможностью выбора (Stancliffe, 2001); наличием социальных сетей (Emerson & McVilly, 2004; Робертсон и др., 2001; Stancliffe & Lakin, 2006); статусом проживания (Wehmeyer & Garner, 2003); благосостоянием (Ruddick & Oliver, 2005); интеграцией в общество (Miller&Chan, 2008); удовлетворенностью жизнью (Miller & Chan, 2008); нормализацией поведения (Hatton и др., 2004; Perry & Felce, 2003). [3, 97]. Измерение КЖ сфокусировано в трех направлениях: 1) достижения человека, 2) ожидания 3) реакция на соответствие/несоответствие между ожиданиями и достижениями (Dijkers, 2003).

За последние три десятилетия понятие качества жизни эволюционировало из концепции в измеримый конструкт. Идея стала предиктором изменений, ориентирующим на действия. Описательная модель превратилась в структурированную рабочую программу [7, 188].

Некоторые методы измерения качества жизни более совершенны, чем другие, однако и их нужно постоянно улучшать.

Сейчас с целью исследования качества жизни больных применяются опросники, ответы на которые дает либо сам больной, либо его родственники и персонал. Измерить качество жизни лиц с ментальной недостаточностью очень сложно - многим из них трудно понять свои чувства, рассказать о них в словах или оценить в баллах. Из-за этого они могут давать неточные ответы или не отвечать вообще. Остро стоит вопрос о разработке диагностического инструментария, адекватного особенностям и возможностям данной группы.

Оценка показателей качества жизни людей с интеллектуальной недостаточностью может помочь понять, какие изменения стоит внести в различные аспекты их жизни. Опора на понятие качества жизни, понимание факторов повышения КЖ, значимых для лиц с интеллектуальной недостаточностью, необходимы при разработке программ абилитации/развития и коррекции/реабилитации детей и взрослых, относящихся к этой наиболее уязвимой части общества

Литература

1. Гориславская Н.М., Савченко Т.Н. Подходы к изучению субъективного качества жизни //Прикладная юридическая психология. 2011. №2.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М., 2007.
3. Claes C., Hove G. Van, Loon J. Van, Schalock R. Personal outcomes scale: administration and standardization manual. October 2009. Электронный ресурс. Режим доступа: www.poswebsite.org/docs/POS-Admin_Stand_Manual.pdf
4. Claes C., Hove G. Van, Loon J. Van, Vandavelde S., Schalock R. Quality of Life Measurement in the Field of Intellectual Disabilities: Eight Principles for Assessing Quality of Life-Related Personal // Social Indicators Research. 2010. V. 98. pp. 61–72
5. Claes C., Hove G. Van, Vandavelde S., Loon J. Van, Schalock R. The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes // Research in Developmental Disabilities. 2012. V. pp. 96–103

6. Longman dictionary of contemporary English. – Third edition. – England, 2001.
7. Schalock R. L., Bonham G.S., Verdugo M.A. The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities // Evaluation and Program Planning. 2008. V. 31. pp. 181–190
8. Schmidt S., Power M., Green A., Lucas-Carrasco R., Eser E., Dragomirecka E., Fleck M. Self and proxy rating of quality of life in adults with intellectual disabilities: Results from the DISQOL study // Research in Developmental Disabilities. 2010. V.31. pp. 1015–1026
9. The Quality of Life of Marylanders With Developmental Disabilities: Receiving DDA-Funded Support. Maryland Developmental Disabilities Administration. 2010. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.ddamaryland.org/>
10. Zekovic B., Renwick R. Quality of Life for Children and Adolescents with Developmental Disabilities: review of conceptual and methodological issues relevant to public policy // Disability & Society. 2003. V. 18. № 1. pp. 19–34.

Использование различных видов позитивной поддержки поведения. Психологическая реабилитация

ДеВульф М.

Что такое позитивная поддержка поведения (ППП)?

Позитивная поддержка поведения – это прикладная наука, которая использует методы образовательных (стратегии обучения) и системных изменений, чтобы повысить качество жизни и минимизировать проблемное поведение. Понятие ППП изначально появилось в области знаний о нарушениях развития и базировалось на трех главных основаниях: прикладного поведенческого анализа, движения инклюзии и представлении о лично-ориентированных ценностях.

ППП преследует четыре главные цели:

1. Помощь людям с инвалидностью в получении удовлетворения от жизни.
2. Поддержка людей-инвалидов в стремлении жить настолько независимо, насколько это возможно, так, как они сами хотят жить.
3. Поддержка людей с инвалидностью в стремлении жить нормальной жизнью, жить, работать и играть с людьми, которые не имеют инвалидности.
4. Помощь в преодолении проблем поведения, которые вмешиваются в осуществление первых трех целей.

Понятие поведения и ожиданий от поведения

Что такое поведение?

Когда большинство людей, занимающихся нарушениями интеллекта и развития, слышат слово поведение, первое, о чем они думают, – это неуместное или вызывающее поведение. Однако термин поведение относится к более широкому кругу действий, и может быть определен просто как **все, что человек делает** (Рейд и Парсонс, 2007).

Поведение людей – это их **реакция и ответ на окружающую их среду**. Важно помнить, что поведение также включает внутренний процесс, который нельзя увидеть, но можно наблюдать и измерить, если это потребуется.

Помните: если мертвый может это сделать, тогда это НЕ поведение.

Правила и нормы поведения.

Определенная среда и/или ситуация содержит правила и нормы, которые учитываются людьми в своем поведении. Бывают случаи, когда люди, которым мы

помогаем, не знают этих норм, или их не научили, как следовать определенным «негласным» правилам, принятым в обществе. Возникновение такой ситуации может ограничивать возможности человека в достижении успеха в дружбе и участии в общественной жизни. Такое поведение следует рассматривать не как неуместное или вызывающее, а, скорее, как недостаток знаний, относящихся к социальным умениям, и воспринимать это нужно как возможность обучения для данного человека.

Поведение как коммуникация

Многие из тех, кому мы оказываем помощь, не владеют эффективными способами коммуникации с другими людьми. Развитие коммуникации является приоритетным в обучении тех, кто не умеет ясно излагать свои желания и потребности, что позволило бы им жить более независимо и получать удовольствие от жизни. Существует множество различных форм коммуникации, и почти каждый, кому необходимо оказать поддержку, должен быть в состоянии обмениваться базовыми сообщениями с окружающими любым из доступных способов: голосом, жестами, картинками или с помощью вспомогательных технических приборов.

Не пытаются ли они что-то сообщить о своем состоянии здоровья?

Представьте, что у вас дробящая головная боль, но у вас нет возможности достать лекарство, чтобы ее ослабить, и нет способа коммуникации с людьми вокруг вас, чтобы сообщить о вашем дискомфорте. Как бы вы отреагировали, если бы шумный человек вошел в ваш дом, или в окружающей среде одновременно было бы множество стимулов (например, разговаривающие люди, включенный телевизор, работающее радио)? Вы потенциально могли бы «повести себя импульсивно» в отношении тех людей или объектов среды, которые содействуют вашему дискомфорту.

И в то время как вы, возможно, рассматриваете свое поведение как способ снизить влияние факторов, содействующих головной боли, те из окружающих вас людей, кто не осведомлен о вашем дискомфорте, могли бы рассматривать ваше поведение как неуместное.

Так, если человек страдает от головной или зубной боли, воспаления уха или других медицинских проблем, они могут повлечь за собой поведение, причиняющее вред или кажущееся неуместным. Встряхивание или надавливание на места, где ощущается боль или дискомфорт, могут на время облегчить боль. Однако если состояние не распознается и не лечится, а человек продолжает трясти или давить на пораженную часть тела, это может привести к физической травме, и поведение может быть расценено как не адекватное.

По этим причинам, когда человек, которому мы помогаем, начинает вести себя по-новому или находится под влиянием новых обстоятельств, и у этого человека нет эффективных коммуникативных способов выразить боль или дискомфорт, первый шаг, который должен предпринять поддерживающий персонал, - получить сведения от терапевта относительно потенциально влияющих на состояние медицинских факторов.

Не скучно ли человеку?

Невозможно все время взаимодействовать со всеми теми людьми, которым мы оказываем поддержку. Мы должны всем дать лекарства, приготовить еду, выполнить работу по дому и/или, если понадобится, помочь другим людям в доме. Среди этой активной деятельности персонала, некоторые люди, не получающие достаточного внимания, могут соскучиться. Если эти люди не владеют адекватными навыками организации досуга и не умеют в коммуникации выразить скуку, они могут начать себя вести так, чтобы привлечь внимание персонала. Когда скучаешь или чувствуешь, что тебя игнорируют, не лучшим ли способом привлечь внимание к себе будет кинуть что-либо или ударить кого-либо?

Особенно важно позаботиться о том, чтобы людям доступны были досуговые занятия или предметы, которые доставляют им удовольствие. По крайней мере, спальня должна быть обустроена по желанию живущего в ней человека и содержать то, чем он увлекается. Это касается таких вещей, как радио, телевизор, DVD плеер с фильмами, CD, видеоигры, настольные игры, фотографии, книги, журналы и т.д.

Бывают случаи, когда люди, которых мы поддерживаем, не обладают навыками самостоятельного проведения досуга. В этих случаях, наша обязанность – поработать с таким человеком над развитием навыков досуговой деятельности, чтобы, когда персонал занят, каждый смог бы развлечь себя сам.

В идеале, каждый человек в доме должен регулярно участвовать во взаимодействии, и большинство таких контактов должны быть позитивными. Временами это означает, что взаимодействия могут быть короткими, чтобы внимание было уделено каждому в доме. Взаимодействие может быть дольше, когда в доме меньше людей, нуждающихся в поддержке, или присутствует больше поддерживающего персонала.

Не пытаются ли они взять больше контроля над собственной жизнью?

Мы часто воспринимаем как должное способность контролировать собственную жизнь. Большая часть такого контроля проявляется в форме возможности делать бесчисленное количество выборов, как важных, так и несущественных, в течение дня. Для тех, кого мы поддерживаем, возможность выбора важна, так же как и для нас с вами.

Подумайте о тех случаях, когда у вас есть возможность выбора в течение дня: хочу ли я встать или, заглушив будильник, еще поспать? Хочу ли я вообще сегодня вставать? Хочу ли я надеть брюки или шорты? Джинсы или штаны цвета хаки? Теннисные ботинки или сандалии? Хочу ли я чистить зубы до или после завтрака? Хочу ли я принять душ или ванну? Хочу ли я бриться этим утром? Что я хочу на завтрак? Хочу ли я вообще завтракать?

Сколько решений, а вы, возможно, еще не встали с постели. Теперь подумайте о людях, которым мы оказываем поддержку. Есть ли у них возможность делать выбор в таком же количестве ситуаций, в которых делаем его мы?

Как бы Вы себя чувствовали, если бы кто-то диктовал вам, когда вставать, что есть, что одевать, когда принимать душ или как принимать ванну? Теперь представьте, что Вы бы самостоятельно не решали, где жить, с кем, что вам делать в течение дня. Многие люди, которых мы поддерживаем, не имеют возможности принимать даже такие важные решения относительно своей жизни, не говоря уже о выборе в мелких повседневных вопросах.

Когда кто-то бросает тарелку с овсянкой через комнату утром, это может быть их способ побороться за определенный контроль над своей жизнью и дать Вам знать, что они хотели бы съесть яйцо, а не овсянку. Предоставляя человеку право выбирать, соответствующее его уровню возможностей, даже в таких незначительных вещах как, например, что поесть или что надеть, можно добиться существенной разницы в контроле, который человек ощущает, что приведет к большему удовлетворению в повседневной жизни.

Роль среды.

Среда – место, где человек живет, работает и отдыхает. К среде также относится то, с кем человек взаимодействует в повседневной жизни и качество таких взаимодействий.

Среда может повлиять на удовольствие человека, получаемое от повседневных занятий. Мы предпочитаем среду, которая помогает делать то, от чего мы получаем удовольствие, заниматься тем, что нравятся, участвовать в позитивных

взаимодействиях с людьми. Кроме того, когда среда помогает людям делать то, что им нравится делать, они учатся полезным навыкам и получают множество возможностей использовать эти навыки. Это, в свою очередь, помогает им получить множество позитивных подкреплений со стороны персонала и окружающих. В конце концов, когда люди получают удовольствие от своей среды и проявляют полезную активность, проблемное поведение, скорее всего, не появится.

Следует обратить внимание на четыре важных момента, касающихся среды:

1. **Выбор:** удовольствие от жизни больше, когда дана возможность делать выбор.

2. **Соответствие нормам («нормальность»):** среда такая же, как и те, в которых живут, проводят время в обычных сообществах люди БЕЗ инвалидности.

3. **Индивидуализация:** насколько среда соответствует желаниям и потребностям людей; их возрасту, физическим ограничениям, и т.д.

4. **Предпочтения:** знание о том, что люди любят и забота о том, чтобы эти вещи присутствовали в среде каждый день.

Когда все эти вещи присутствуют в среде, вероятность появления вызывающего поведения меньше. Если такое поведение, все же, появляется, важно обратить внимание на среду и установить, находятся ли на месте эти вещи, и если нет, изменить среду так, чтобы значимые вещи были доступны.

Всегда помните, **ВЫ НЕ СПРАВИТЕСЬ С ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ПРОБЛЕМНОЙ СРЕДЕ.**

Анализ поведения.

При попытке установить причины вызывающего поведения, мы должны собрать точные данные для того, чтобы проанализировать события и тенденции. Обычно, для того чтобы собрать и интерпретировать эту информацию, используются диаграммы ABC.

ABC – это Предыстория, Поведение и Последствие (Antecedent, Behavior, Consequence). *Предыстория* – это то, что произошло сразу перед появлением определенного поведения. Всегда есть предыстория поведения, хотя она может не всегда быть очевидной. Если человек сидит тихо, смотрит телевизионное шоу и неожиданно кричит и бросает пульт, предысторией будет просмотр телевизора. Писать «ничего» в этой графе таблицы неприемлемо, исключения составляют те случаи, когда вы не были рядом с человеком в момент появления этого поведения, и никто не может рассказать потенциальную предысторию. В данной ситуации было бы подходящим написать в предыстории «неизвестно».

Поведение – это, конечно же, вызывающее поведение, продемонстрированное человеком. Оно должно быть описано объективно и конкретно. Никаких чувств и мыслей не должно быть приписано действиям, но описано только то, что человек на самом деле делал.

Наконец, *последствие* относится к ответным действиям поддерживающего персонала или других людей в среде. Последствие означает не «наказание», а лишь то, что произошло после того, как человек был вовлечен в вызывающее поведение.

Как только информация собрана в таблицу ABC, можно определить, есть ли ситуации или пусковые механизмы (предыстории), которые могут оканчиваться вызывающим поведением, и есть ли подкрепления (последствия), которые могут поддерживать такое поведение. Когда это установлено, можно структурировать среду таким образом, чтобы минимизировать появление известных пусковых механизмов и изменить ответные действия на поведение, которое могло быть поддерживаемо ранее.

Позитивное подкрепление, негативное подкрепление и наказание.

Подкрепление в противовес наказанию.

Подкрепление – процесс, при котором вероятность появления какого-либо поведения в будущем **повышается**. Наказание – процесс, при котором вероятность появления поведения в будущем **уменьшается**. Для обоих определений акцент делается на результирующем эффекте поведения.

Этот акцент важен при попытке определить потенциальные подкрепления для человека с целью использования их в рамках стратегии поддержки поведения. В то время как физическое прикосновение в форме объятий является подкреплением для большинства людей, люди с аутизмом могут расценить его как вызывающее отвращение и в результате ослабить поведение, которое мы пытались подкрепить. Вот почему мы не можем однозначно расценивать что-то как подкрепление – нам, все-таки, будет необходимо проследить его последствия, проявляющиеся в поведении.

Качества хороших подкреплений.

Эффективные подкрепления:

- *Индивидуализированы* – Все имеют предпочтения, и люди, которых мы поддерживаем, не исключение. Их предпочтения и то, что они не любят, следует учитывать, когда определяются подкрепления, и только объекты высокого предпочтения должны использоваться в этом качестве.

- *Обеспечивают определенные возможности при «хорошем» поведении* – Если подкрепления осуществляются в среде все время, они теряют эффективность. Так как среда должна быть стимулирующей, определенные подкрепления должны быть скрыты и становиться доступными, только когда демонстрируется «хорошее» поведение. Если поход в Макдональдс используется как подкрепление, не следует обеспечивать доступ к Макдональдсу в любое время, а только после соответствующего поведения и как часть стратегии по поддержке одобряемого поведения.

- *Даются сразу же* – Если проходит много времени между конкретным поведением и подкреплением, может появиться другое поведение, и именно это поведение будет подкрепляться, а не одобряемое поведение. Это может случиться без ведома персонала и зависит от того, насколько долгой была задержка. Когда есть возможность, держите то, что является подкреплением, все время под рукой, так чтобы исключить задержку. Это причина, по которой похвала и обратная связь являются хорошими подкреплениями, поскольку они всегда в наличии и доступны.

- *Убираются после того, как появляется вызывающее поведение* – Это также известно как избегание непреднамеренных (случайных или неумышленных) подкреплений.

- *Разнообразны, чтобы избежать эффектов пресыщения* – Слишком много хорошего не всегда хорошо. Если вы все время используете одно и то же подкрепление, оно постепенно потеряет подкрепляющее качество. Если вам все время дают кренделек, вы захотите пить и не захотите больше крендельков. Наличие разнообразных подкреплений помогают бороться с пресыщением.

- *Появляются в естественной среде* – Лучшие подкрепления – те, которые доступны в естественной среде и обеспечиваются теми, кто обычно их предоставляет. Если человек учится, как приготовить какое-то блюдо, естественным подкреплением будет съесть это блюдо, когда оно будет приготовлено.

- *Соответствуют возрасту и развитию* – Детских наград или занятий следует, по возможности, избегать как и жетонной системы вознаграждения. Жетонные вознаграждения – система, в которой человека просят вести себя хорошо в установленный период времени, для того чтобы заработать «знак». Как только установленное количество знаков заработано, человек имеет возможность поменять эти знаки на разнообразные подкрепления. Такие программы могут создавать зависимость

от искусственных подкреплений, и следует избавляться от них по мере улучшения поведения.

Похвала как позитивное подкрепление

Похвала – отличный способ обеспечить подкреплением людей, которых мы поддерживаем. Это дешево, всегда доступно, просто в использовании, и большинству людей не надоедает ее получать. Однако существует несколько принципов, позволяющих применять похвалу эффективно.

Наладить хорошие взаимоотношения с человеком – Похвала от человека, который не нравится, в большинстве случаев не является подкреплением. Для того чтобы похвала была эффективной формой подкрепления, должны быть установлены позитивные взаимоотношения.

Идти в паре с первичным подкреплением – для некоторых людей похвала не является подкреплением. Так как это форма вторичного подкрепления, некоторые люди не находят похвалу подкреплением, так как в их истории обучения не было такого опыта. Для этих людей на первом этапе важно применять похвалу в паре с первичным подкреплением и постепенно сводить на нет первичное подкрепление, когда похвала начинает восприниматься как подкрепление.

Преимущества использования похвалы – Она всегда доступна, бесплатна, не прерывает текущего занятия и редко приводит к пресыщению.

Выявление потенциальных подкреплений.

Есть четыре базовых способа выявить потенциальные подкрепления для людей, которых мы поддерживаем:

1. Спросить человека.
2. Понаблюдать за человеком.
3. Спросить людей, которые хорошо их знают (например, поддерживающий персонал, семью).
4. Провести исследование подкрепления.

Наказание.

Процедуры наказания не используются как часть обращения с подопечными ни в одном из агентств Keystone Service Systems. Это включает изоляцию, перерыв в общении (бойкот) или любую процедуру, которая может привести к физическому, эмоциональному вреду или дискомфорту.

Процедуры наказания считаются, в основном, неэффективными по следующим причинам:

1. Не обучают новому подходящему поведению: обучение не может происходить, пока прибегают к наказанию. Следовательно, человек не имеет возможности научиться подходящему поведению, способному заменить то, которое наказывается. Когда используется наказание, все поведение подавляется, а не только неподходящее.

2. Обычно снижается возможность научиться новому поведению: Процедуры наказания в основном снижают возможность человека взаимодействовать и получать подкрепление, снижая возможность учиться новому поведению.

3. Эффективно только когда оно используется: как только процедуры наказания перестают использоваться, вызывающее поведение часто возвращается, особенно если его место не заняло новое подходящее поведение, которому человек был бы обучен.

4. Существенные побочные эффекты: существенные побочные эффекты, относящиеся к использованию процедур наказания. Они характеризуются:

- a. Избеганием человека или среды, ассоциирующейся с наказанием.
- b. Подавлением ВСЕГО поведения.

- с. Невозможностью использовать позитивное подкрепление, слишком большую сосредоточенность на наказании, а не на обучении.
- d. Физиологическими побочными эффектами, такими как мышечное напряжение, учащение дыхания, повышение артериального давления.
- e. Плохой ролевой моделью, при которой люди могут подражать в использовании наказания как средства контроля.
- f. Появлением нового проблемного поведения взамен тому, за которое наказали, если не происходит обучение подходящему поведению.

Позитивные альтернативы наказания.

По возможности, необходимо использовать следующие процедуры, чтобы изменить проблемное поведение, не прибегая к техникам, которые считаются ограничивающими:

- 5. Развитие навыков: обучение в областях общения, досуговых навыков, релаксационных техник и навыков совладания с собой.
- 6. Использование эффективных подкрепляющих стратегий.
- 7. Изменение среды для обеспечения успеха.
- 8. Переадресация: вмешаться и переадресовать неподходящее поведение в его начале для принятия наиболее полезных в данном случае мер.
- 9. Обучение и моделирование: всегда отдавать себе отчет, как вы действуете и что вы говорите по поводу людей, которых вы поддерживаете.
- 10. Уважение: обходиться с людьми с таким же уважением, с каким вы бы хотели, чтобы обращались с вами или членом вашей семьи.

Переориентация поведения пациентов на занятиях в школе сахарного диабета

Творогова Н.Д.

Коллегией МЗ РФ 30 июля 1997 г. (протокол № 11) принята «Концепция сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания». Образовательное направление этой концепции предусматривает разработку, реализацию и оценку эффективности образовательных программ гигиенического обучения и воспитания для различных групп населения.

Все человеческие цивилизации так или иначе регулировали те аспекты поведения, которые влияют на здоровье. Так, Э. Джослин в 1925 г. обучал больных сахарным диабетом ежедневному трехкратному определению глюкозы в моче и изменению дозы инсулина на основании полученных данных. Исследование показало, что с помощью обучения можно снизить процент острых осложнений диабета, контролировать углеводный обмен пациентов и снизить процент поздних осложнений диабета, хотя эффект обучающих программ имеет широкий разброс.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни. *Медицинская педагогика* – новая междисциплинарная область научного знания и практики, возникшая на основании эмпирически подтвержденной эффективности специального обучения больных злокачественными опухолями, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями.

В школах здоровья пытаются помочь пациенту понять свою болезнь, а затем поддерживают его усилия по укреплению здоровья, либо, в случае кончины, помогают

пациенту и его родным принять смерть. Человек при этом рассматривается не только в единстве его социо-, психо-, соматической сфер, но и как духовное существо. Так, департамент здравоохранения Шотландии (Великобритания) принял официальную директиву, обязывающую все организации системы национального здравоохранения разработать и использовать рекомендации по духовному попечению с учетом потребностей местного населения. А одна треть медицинских факультетов США предлагают курсы по духовному попечению в составе своих образовательных программ (духовное попечение затрагивает весь жизненный опыт пациента). Школы здоровья призваны помогать человеку двигаться в направлении здоровья (во всей сложности понимания этого термина), разрабатывая программы модификации поведения (международный термин – «поведение, связанное со здоровьем») и обучая по ним своих клиентов.

Врач в школе здоровья может получить анамнез как историю болезни и жизни пациента с учетом всех ее аспектов, чтобы определить, в каких точках био-психо-социо-духовного диапазона находятся главные проблемы пациента. Успех программ, продвигающих здоровье и здоровый образ жизни, а также эффективность превентивных мероприятий, определяется тем, например, насколько человек понимает адресованную ему информацию, доверяет ей, принимает как затрагивающую его лично, знает, как ее применять, готов к такому поведению. На встречах с пациентом преподаватель создает обстановку доверия, без которой тот не решится обсуждать с ним не только физические, но и психологические, социальные, культурные и духовные аспекты своего состояния, не решится рассказать о вредных для своего здоровья привычках, которые зачастую связаны с его верованиями, убеждениями, ценностями. Врач (дипломированная медсестра) должен в интересах дела иметь желание и умение показать пациенту, что он ценен и принимается как личность такой, какова она есть. Это особенно важно делать в ситуации, когда медицина уже ничем не может помочь пациенту. Использование в этих случаях не столько вербального, сколько невербального взаимодействия дает почувствовать даже «тяжелому» пациенту, что ему сочувствуют, слышат и понимают. Обычно пациент чувствует коммуникативную компетентность врача, что порождает доверие к последнему не только как к специалисту, но и как к личности, что прогностически важно для процесса лечения (профилактики, реабилитации) заболевания.

В школе здоровья врач предпринимает попытки помочь пациенту в исследовании кажущихся тому конфликтов между его убеждениями, верованиями и болезнью, помогает ему восстановить непрерывность своего бытия (например, можно предложить начать писать автобиографию, которую когда-нибудь после его ухода его семья будет хранить), помогает пациенту найти в своей жизни нечто такое, что наполнит ее смыслом. Врач на приеме создает условия, чтобы помочь пациенту ощутить себя в безопасности (не только физической, но и психологической), почувствовать в себе силы простить обиды, попросить прощения, восстановить прерванные взаимоотношения, приобрести новые отношения, которые будут мотивировать его на сохранение своего здоровья. Компетентность врача в духовной сфере включает умение и самому не терять надежду и уверенность, что человек живет и работает не зря, что никогда не поздно делать добро; он поддерживает и пациента в его попытках совершать доступные для него альтруистические поступки. Болезнь приносит неуверенность в будущем и потерю независимости, поэтому медицинскому работнику важно создавать такую среду в медицинском учреждении, которая сохранит за пациентом право принимать решение (профилактика выученной беспомощности). Врач в общении с пациентом демонстрирует позитивный настрой (полезно научиться находить в худшем лучшее), при этом уважительно и со смирением относится к эмоциональным переживаниям пациента, его представлениям о своей болезни, не обесценивает их (хотя, нередко, предпринимает попытки в их коррекции).

Одна из задач школ здоровья – модификация привычных для пациента моделей поведения, моделей общения со значимыми другими, необходимость в которой связана с наличием у пациента хронического заболевания. В рамках доказательной медицины разрабатываются требования к образу жизни в целях профилактики заболеваний или как составной части лечебного процесса в случае уже возникшего у пациента заболевания. Об этих требованиях для обеспечения здорового образа жизни население, группы риска, пациенты информируются.

Теоретические подходы к изменению поведения

Поведение, связанное с болезнью или здоровьем, пытаются предсказать, исходя из следующих теоретических моделей: (а) теория аттитюдов, (б) атрибутивная теория, (в) теория социального сравнения, (г) социально-когнитивная теория (Бовина И.Б., 2007). Указанные теории используются для выявления факторов, влияющих на поведение личности. Каждый отдельный такой фактор не обнаруживает взаимосвязей с другими факторами, но в той или иной степени определяет интенцию (готовность) к поведению.

Транстеоретическая модель (Salovey, Rothman, Rodin, 1998) позволяет рассматривать изменение поведения, связанного со здоровьем, как процесс, разворачивающийся во времени. Переход от одной стадии к другой, предполагающий качественное изменение поведения индивида, может осуществиться достаточно быстро, а может не произойти никогда. Если время пребывания на каждой стадии может варьировать, то задачи, которые приходится решать на каждой стадии остаются постоянными (индивид здесь – «решатель проблем», в зависимости от своего решения он продвигается на следующую стадию или возвращается на одну из предшествующих). Стадии, рассматриваемые в транстеоретической модели: (а) беспроблемное существование, предшествующее осознанию, изучению проблемы, (б) стадия раздумий, изучения и рассмотрения проблемы, (в) стадия подготовки, (г) стадия действия, (д) стадия поддержки действия. Рецидив является не исключением, а правилом модели; процесс изменения можно представить как спиралевидную кривую. Человек извлекает информацию из самих неудач и использует ее в дальнейшем.

В поведенческой психологии, психотерапии используется термин «*модификация поведения*» (behavior modification) для методик, предполагающих прямое вмешательство с целью изменить реакции человека на ситуации (в том числе и реакции, связанные со здоровьем/болезнью) при условии, что этот человек или значимые для него люди считают такое изменение полезным. Эти методики относят к поведенческому подходу, поскольку в фокусе находится открытое, явное поведение (Б. Скиннер под «поведением» понимал все то, что совершает организм, при условии, что эти действия являются видимыми). Процедуры носят прямой характер, направлены на переобучение и обеспечивают индивидуума опытом, помогающим ему научиться более эффективным (в том числе в социальном плане) способам поведения в определенных ситуациях. Человек видоизменяет свое поведение в общении с другими людьми под воздействием их реакции и в зависимости от своего собственного восприятия ситуации. Эмпирически доказано, что позитивные и негативные последствия контролируют, обуславливают поведение человека. Обуславливание более эффективно, когда человек о нем знает и подстраивается под него, начинает сотрудничать. *Управление случайностью* – техника модификации поведения, включающая в себя систему поощрений желательного поведения и отсутствие поощрений нежелательного. Подкрепление (reinforcer) – любой стимул, который следует за поведением и повышает или поддерживает вероятность дальнейшего появления именно такого поведения. Позитивное подкрепление связано с получением приятного стимула. Негативное подкрепление усиливает поведение тем, что устраняет неприятный стимул. Положительные и отрицательные последствия регулируют

поведение. Первичное подкрепление – стимулы, которые заложены в человеке с рождения и связаны с физическими потребностями и стремлением выжить (например, воздух, вода, пища, кров). Вторичное подкрепление – нейтральные стимулы, настолько сильно ассоциирующиеся с первичными, что, в конце концов, и сами начинают действовать как подкрепления (например, деньги). Подкрепление эффективнее наказания (аверсивный контроль), так как действие подкрепления избирательно направляет поведение на достижение заранее выбранной цели. Благодаря разработанной системе подкрепления создаются условия, в которых вырабатывается новый социально приемлемый стиль поведения, который быстро заучивается и закрепляется. Наказание же не дает информации о том, как что-то можно сделать правильно, поэтому оно препятствует развитию человека. «Наказанное» поведение, как правило, не исчезает. Если не последовало дальнейшего обучения оно возвращается либо в скрытом виде, либо в сочетании с другим. Это поведение будет направлено на то, чтобы избежать грозящего наказания, или оно может стать мстью тому, кто наказание налагал. Режим подкрепления не менее важен для поддержания или изменения поведения, чем само подкрепление. Насколько регулярно и часто подкрепляется данный тип поведения, зависит насколько быстро можно обучить определенному типу поведения, и как часто этот новый тип поведения будет проявляться. Регулярное подкрепление повышает скорость запоминания нового поведения. Дискретное (нерегулярное) подкрепление создает более стабильное поведение. Позитивные и негативные последствия контролируют, обуславливают поведение человека. Именно от того, что происходит после прекращения какого-либо действия, поведения зависит его обуславливание. Обуславливание поведения человека может иметь место, когда он о нем (а) не подозревает, (б) знает; оно более эффективно, когда человек о нем знает и подстраивается под него, начинает сотрудничать. Сотрудничество – с точки зрения бихевиоризма – это эффективное обуславливание. Свобода по Берресу Фредерику Скиннеру – способность контролировать свое поведение, изменяя внешние обстоятельства. Степень развития человека отражает его способность усиливать выгодный ему контроль окружающих и сводить к минимуму неблагоприятные условия. Если человек может изменять свое окружение, то тем самым может ослаблять воздействие на себя неблагоприятных условий и сделать более успешным контроль своего поведения. Если ему не достает самопознания, то это означает, что человек какое-то свое поведение не заметил или не запомнил. У него должна быть конкретная причина обратить внимание на свои удачи и неудачи. Важно его вознаграждать не за то, что с ним произошло или не произошло, а за то, что он заметил это событие. В вербальном сообществе индивиды реагируют на вербальное поведение других представителей этого же сообщества. Человек видоизменяет свое поведение в общении с другими людьми под воздействием их вербальной реакции и в зависимости от своего собственного восприятия не только физической, но и социальной ситуации.

Однако, по результатам исследований А.Р. Лурии (1930), введение в опыт поощрения и особенно наказания повышают общий тонус возбуждения, но не дают новых средств овладения поведением; у детей, например, в такой ситуации даже отмечалось ухудшение реактивных процессов, переход к резким диффузным явлениям, которых раньше у них не замечалось. Кроме того, наиболее часто используемая для модификации поведения поведенческая терапия предполагает исправление, но не обязательно переопределение самого характера поведения, нуждающегося в изменении.

В психоаналитических моделях беспокоящее и нуждающееся в изменениях поведение считается симптоматическим, указывающим на лежащее в его основе расстройство. Считается, что главный источник проблемы находится внутри индивидуума. Это направление предполагает использование в целях модификации

поведения не прямых методов терапии. Однако в 50-е – 60-е годы прошлого века проводились сравнительные проверки прямых и не прямых методов терапии, результаты которых свидетельствуют о преимуществе первых, об успехе процесса лечения без замещения симптома.

Поскольку для переопределения характера поведения, общения необходимо обращение к личности пациента, то составными частями переучивания могут стать информирование и переубеждение. Переубеждение (персуазия) — процесс замены (изменения, переделки, трансформации) ранее сформированного убеждения новым под влиянием дополнительной или разъясняющей информации. *Психагогика* (греч. *psychagogia* – привлечение души, убеждение) – один из методов рациональной терапии, направлен на лечебное обучение, воспитание и перевоспитание клиента; использует приемы обращения к разуму клиента, переубеждение его доводами (Т. Bilikiewicz, 1976). Когнитивная психотерапия как разновидность поведенческой психотерапии обращена на мысли и процессы мышления конкретного человека (вариантами когнитивной психотерапии являются рационально-эмотивная и когнитивная поведенческая психотерапия). Она направлена на то, чтобы помочь человеку идентифицировать и изменить свои исходные установки и вытекающие из них особенности поведения. Психотерапевты структурируют занятия таким образом, чтобы дать определенные рекомендации, и предлагают методы апробации новых моделей мышления и переживаний.

Поскольку термин «модификация поведения» исторически связан с процедурами поведенческой психотерапии, термин «психагогика» с рациональной психотерапией, мы использовали термины «переучивание», «переобучение» (производных от терминов соответственно «учение», «обучение»), т.к. последние лишены указанной смысловой нагрузки (Творогова Н.Д., 2009). Переучивание – модификация привычных (а) представлений о ком-либо или о чем-либо, сформированных ранее знаний, (б) отношений, убеждений, (в) моделей, программ, действий, операций, способов привычного поведения, образа жизни, общения; сформированных ранее умений, навыков. Переучивание может осуществляться стихийно и целенаправленно, использовать прямые и не прямые методы работы с клиентом, приемы, разработанные в контексте разных психотерапевтических практик. При переучивании (производное от «учение») речь скорее идет о самостоятельной работе над своими стереотипами, сформированными навыками; при работе под руководством тренера (при его прямом или косвенном вмешательстве) – о *переобучении* (производное от «обучение»). Переобучение тесно связано с перевоспитанием.

Технологии переучивания

В европейских Школах здоровья для изменения поведения пациентов в настоящее время обычно используются следующие технологии: модель уменьшения страха, модель обеспечения адекватной информацией, теория субъективно ожидаемой пользы, модель идеологии здоровья (оценка эффективности рекомендуемого поведения в защиту здоровья, а также затрат или препятствий при реализации этого поведения), теория планируемого поведения, теория распространения новшеств и др. (М. Айзенк, 2002).

Традиционно занятия в отечественных школах здоровья придерживаются следующих общих правил:

(а) Пациент с хроническим заболеванием (например, сахарный диабет 2-го типа), посещающий специальные занятия в лечебно-профилактическом учреждении, должен понимать суть диагноза своего заболевания, цели лечения, представлять его результат, характер и преимущества назначенных препаратов и процедур (это повышает вероятность выполнения им врачебных рекомендаций); осознание целей,

задач и возможностей их реализации должно быть постоянным. Пациенту предлагается специализированная литература; значение предоставляемой информации должно им также осознаваться.

(б) Успех обучения зависит от умения сформировать у пациента учебную мотивацию, уверенность в своих возможностях, направленность на восприятие новой информации, для этого обучение должно отвечать запросам каждого обучаемого.

(в) Пациента обучают выполнять рекомендации (иначе он может хотеть, но не суметь их реализовать). Его обучают, например, в Школах диабета пользоваться глюкометром любых моделей, визуальными средствами самоконтроля, средствами введения инсулина (шприц-ручками, шприцами, и т.д.), инсулиновой помпой, аппаратом для измерения артериального давления (тонометром); обучают, когда и как принимать лекарственные средства, витамины для людей с диабетом, использовать средства для ухода за ногами при диабете.

Чтобы усилить эффект устных рекомендаций предлагаются аудио- и видеозаписи, подключающие к процессу обучения все репрезентативные системы человека, с использованием яркого иллюстративного материала, понятных схем. Пациенты Школ диабета получают буклеты: «Три группы продуктов, рекомендуемые больным с сахарным диабетом 2 типа», «Советы по уходу за ногами для больных с сахарным диабетом» (осмотр ног, уход за ногами, уход за ногтями, выбор обуви, согревание ног, гимнастика для ног), «Уход за кожей при сахарном диабете» (функции кожи, строение кожи, изменения кожи при сахарном диабете, крем, его механизм защиты и показания к применению), «Сеть специализированных аптек», др.

Процесс обучения должен быть оптимальным по времени и по объему информации, а сложность обучения соответствовать возможностям обучаемых. Лучше повторить занятие, чем оставить что-то не усвоенным и перейти к следующему этапу. Необходимо чередовать усвоение теоретического материала, практическую работу и отдых (перерывы).

При обучении пациентов может использоваться теоретическая концепция структуры учения, проверенная многолетней практикой. Методические разработки для преподавателей включают схемы ориентировочной основы деятельности, которые используются при обучении пациентов. Отечественная теория поэтапного формирования умственных действий, понятий, психомоторных навыков, внешних поведенческих действий предполагает несколько этапов, среди которых выделяют ориентировочную и исполнительную части (Гальперин П.Я., 1965). От качества ориентировки зависит эффективность выполнений действий.

(г) Обучение должно оставлять чувство непрерывности: занятия дополняются индивидуальным выполнением домашних заданий. Каждая новая информация базируется на уже усвоенных знаниях и умениях, предполагает продолжение обращения к ней на последующих занятиях.

(д) Процесс обучения сочетается с самонаблюдением, самоконтролем, осознанием ответственности за результаты. Успех обучения зависит от умения вовлечь больного в тренировку навыков самоконтроля. В письменные руководства для пациентов вносятся планы самоконтроля, которые содержат четкие предписания о том, что и в каких случаях надо предпринимать; им вручаются специальные брошюры «Дневник самоконтроля» (с информационным материалом для пациентов, планом самоконтроля, с инструкцией как вести дневник, примерами его заполнения).

(е) В конце каждого занятия обучающиеся дают свою оценку тому, что они делали в течение занятия, насколько это занятие было эффективным для достижения цели. Чем больше обучение имеет позитивных последствий для личности, чем больше оно приносит пользы, удовлетворения, тем оно эффективнее. Предпочтительной стратегией преподавателя является заострение внимания на успехах, поощрение инициативы.

(ж) Групповые формы обучения (по 5-7 человек) способствует использованию закономерностей викарного научения.

(з) Занятия в настоящее время ведут врачи; на повестке дня привлечение к этой работе специально подготовленных дипломированных медсестер, которые должны проводить занятия под контролем лечащих врачей по технологиям, прошедшим проверку в контексте доказательной медицины. В настоящее время для преподавателей Школ диабета подготовлен видеофильм «Школа диабета» («ИнтелТек Мультимедиа», 2005), включающий информационный материал об истории диабетологии, диагностике, лечении, пр., а также раздел «Работа с пациентами» (обучение и самообучение пациентов).

Теоретическая модель, на которой построена действующая технология обучения пациентов, - «От страха к знанию» (Sutton, 1982). Она предполагает первоначальное нагнетание у пациента страха, а избавление от него за счет выполнения пациентом требований медиков является подкреплением этой ответной реакции пациента на провоцирующий страх фактор. Обеспечение адекватной информацией ведет к осмыслению пациентом ситуации, а рекомендации способствуют изменению отношения к проблеме (Leu, 1982).

Одним из отмеченных в рамках психосоматической медицины недостатков этой технологии является активизация и поддержание у пациента страха, что отрицательно может сказаться и на показателях качества их жизни. Запреты и акцент на избегание привычных моделей поведения сопровождается появлением у пациентов чувства неполноценности, отрицательно влияют на его самооценку, могут вызывать протестное поведение, негативное отношение к рекомендуемому врачом поведению (резко негативное отношение к рекомендуемому поведению отмечалось у 78% опрошенных пациентов – исследование Н.А. Ивановой, 1997). Обученные пациенты, демонстрируя знания по соответствующим разделам обучающих программ, могут продолжать делать ошибки в инсулинотерапии, не хотят принять рекомендуемую диету, не выполняют правила ухода за ногами, пр.

В модификации патогенных моделей поведения пациенту помогают врач, медсестра (с высшим образованием, прошедшая специальную подготовку, - см. «Веймарскую инициативу» 1996 г., рекомендовавшую привлекать к проведению занятий в школах здоровья медицинских сестер), психолог, которые участвуют в проведении занятий в школе здоровья. Показано, что в зависимости от процесса, который перестраивается (высшие психические функции, профессиональные действия и операции, привычные модели общения, образ жизни, др.), необходимы разные технологии такой перестройки. Таким образом, переобучение (как и обучение) предполагает наличие разнообразных технологий, конкурирующих между собой и требующих эмпирической проверки своей эффективности («доказательная практическая психология», «медицинская педагогика»).

Эмпирическое исследование: «От страха к радости».

Поскольку обучение в школах здоровья должно соответствовать потребностям пациента, не противоречить его идеалам и ценностям, а значение предоставляемой информации должно органично сочетаться с индивидуальными целями пациента (в противном случае информация будет сознательно или бессознательно им отвергнута), то в отечественную традиционную технологию проведения занятий были введены модификации (Н.Д. Творогова, 1998).

При разработке новой технологии проведения занятий в школе сахарного диабета сформулированы принципы их проведения (многие из них узнаваемы для отечественных специалистов, занимающихся коррекционными программами в контексте патопсихологии, нейропсихологии). Среди этих принципов следующие (Н.Д. Творогова, 2009):

(1) Включение формируемых моделей поведения (действий, поддерживающих физическое здоровье, которые предлагаются доказательной медициной; они могут быть разными при разных заболеваниях) в контекст конкретной субъективно значимой деятельности пациента. Эту деятельность на одном из первых занятий пациент сам выбирает. Предлагаемые медиками и психологами каждодневные предельно определенные действия (необходимые для поддержания здоровья) включаются в эту лично значимую для пациента деятельность как условие достижения успеха в ней. Реализация такого поведения начинается немедленно. Физическое здоровье в этом случае не столько цель, сколько ресурс для личности, для достижения значимой для нее цели, успеха в выбранном ею поведении.

(2) Поддерживаться должна именно деятельность пациента, направленная на успех (а не поведение, например, с защитной мотивацией). Ее полезно включать и рассматривать во взаимосвязи с другими сферами жизнедеятельности пациента (в контексте его реальной физической жизни в социуме, в контексте субъективной психической жизни, в духовном контексте), раскрывая ее смысл в контексте жизненного пути пациента, что неизбежно будет затрагивать его субъективные ценности, систему убеждений.

(3) Полезно, чтобы свои усилия, деятельность пациент рассматривал и в контексте своего духовного пути, высших целей, что способствует переосмыслению ситуации физического нездоровья, в которой он находится (волевая регуляция на основании механизма произвольного изменения смысла действия - В.А.Иванников, 1998).

(4) Процессы же приспособления пациента следует погружать в пространство этой конкретной неадаптивной, устремленной в будущее деятельности, подчинять их ей.

(5) Важно, чтобы у пациента создавалось впечатление, что достижение им успеха в своей деятельности, хотя и трудно, но возможно, что рекомендуемые конкретные модели поведения доступны ему, что он способен их реализовывать постоянно. Сложные же действия ему помогают «разучить» (лечебная, медицинская педагогика). Пациенту могут предлагаться сведения из банка данных, иллюстрирующие, как другие с аналогичным заболеванием смогли многого добиться в жизни, реализовать свои желания (даже в условиях небольшого отрезка времени, отпущенного им на жизнь).

(6) Пациентам, модифицирующим свое привычное поведение, необходима социальная поддержка (особенно лицам с несформированной системой психической саморегуляции, управления своим поведением) со стороны семьи, членов группы здоровья, специалистов, ведущих занятия.

(7) Обучение в школе здоровья должно стать осознанной деятельностью пациента (в период обучения он постоянно ставится в ситуацию реального выбора; свободно действует так, как хочет сам, получая от специалиста по ходу своего поведения обратную связь; на групповых занятиях периодически всеми делается выбор, куда двигаться дальше). Пациент приобретает в школе здоровья дополнительный ресурс для осознанного управления своей деятельностью в направлении здоровья, которое имеет для него вполне определенный смысл. При необходимости от специалиста он может получать значимую для переориентации своего поведения информацию, проверенную научными методами.

Опираясь на указанные выше принципы традиционная методика проведения занятий в Школе здоровья для больных с сахарным диабетом, функционирующей в Первом МГМУ им. И.М.Сеченова, были модифицированы. Занятия в семи экспериментальных группах проводили совместно специально подготовленные врач-эндокринолог и психолог. В трех контрольных группах занятия проводились традиционно. Цикл экспериментальных занятий рассчитан на месяц. Между занятиями

функционировали группы поддержки, желающие могли получить индивидуальную консультацию психолога.

В Приложении №2 к приказу Минздрава России от 06.05.97 г. №135 дана структурированная программа по обучению больных сахарным диабетом в Школе диабетика. В программе подробно излагается материал для занятий по 7-ми основным темам: «Что такое диабет?», «Контроль обмена веществ», «Осложнения сахарного диабета», «планирование питания при сахарном диабете 1 типа», «Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа», «Неотложные состояния при сахарном диабете», «физические нагрузки при сахарном диабете». Структура обучающей Программы построена таким образом, чтобы последовательно раскрыть суть заболевания, просто и доступно излагаются основные понятия и правила контроля болезни, уделяется большое внимание объяснению основных звеньев лечения болезни. Несмотря на наличие в нашей стране утвержденной типовой программы, международным профессиональным сообществом признано право на существование разнообразных форм и методов обучения, на разные технологии реализации типовых программ. В Школе для больных сахарным диабетом в Первом МГМУ предложены темы занятий, сложилась методика их проведения, проверенная временем.

Наряду со сложившей технологией проведения занятий была предложена экспериментальная методика проведения занятий с пациентами.

Цель экспериментальных занятий не только проинформировать пациентов как контролировать свое физическое состояние, как питаться, физические нагрузки, пр., но и оказать помощь личности, находящейся в ситуации физического нездоровья, в (а) совладании с этой ситуацией, (б) «ревизии» своих ценностей и жизненных смыслов, (в) поиске новых путей и способов достижения значимых для нее жизненных целей. Формируемые в школе умения, способы поведения включаются в значимую для личности деятельность (на одном из первых занятий каждый пациент по итогам самоисследования актуализирует значимую для себя жизненную цель, ради которой на данном этапе он хочет жить), выступают как средство достижения лично значимой для пациента цели (она может быть из разных сфер жизни – семья, работа, друзья, др.). После такой работы (когда создано «запасное поле», активирована субъективно значимая деятельность) можно переходить к рассмотрению ранее привычных для пациента способов поведения, к изменению отношения к ним, к тому, чтобы «проститься» с ними (когда-то они были полезны, способствовали успеху, приносили «дивиденды», а теперь стали «тормозом» в жизни). Именно этого переопределения самого характера поведения, нуждающегося в изменении, добивались на экспериментальных занятиях в Школе диабета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. На занятиях была сформирована непринужденная психологически комфортная образовательная среда, в которой мнение каждого пациента уважается. Каждый пациент чувствовал поддержку как со стороны группы, так и со стороны ее ведущих.

При такой технологии проведения занятий, нацеливающей пациентов не на избегание осложнений, а на достижение успеха в значимой для каждого из них деятельности, предполагающей получение социальной поддержки на намеченном жизненном пути, меняется эмоциональный фон проведения занятий. Вместо страха – радость от предвкушения желанной победы, от получения шанса достигнуть желаемую цель, полноценно жить, хотя и несколько по-другому, чем жил раньше. Однако действительно ли меняется на экспериментальных занятиях в школе здоровья самоощущение пациентов, приводит ли экспериментальная педагогическая технология к повышению психологического комфорта пациентов, необходимо было проверить эмпирически – именно такая проверка стала целью проводимого эмпирического исследования. До и после цикла занятий проводилось психодиагностическое исследование. Использовались следующие психодиагностические методики: САН,

дифференциальных эмоций К. Изарда, опросник для измерения качества жизни SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Данные обработки результатов эмпирического исследования свидетельствуют, что при сравнении данных в контрольных и экспериментальных группах (всего опрошено 100 пациентов школы здоровья) выявлены статистически значимые различия по параметрам настроение, радость, страх, стыд, качество жизни. Соотношение усилий, связанных с изменением привычного уклада жизни, патогенных для физического здоровья моделей поведения, с возможным выигрышем при достижении субъективно значимой цели, на достижение которой пациент рискнул направить, наконец-то, свои усилия, в экспериментальных группах качнулось в сторону желания достигнуть эту привлекательную цель, что придало дополнительный смысл выполнению рекомендаций врача-эндокринолога, повысило мотивацию (не за счет страха) переориентировать свое поведение (с защитного на достигающее позитивную цель, вынесенную за границы поддержания физического здоровья, которое стало средством достижения этой цели), повысило готовность пациентов к изменению образа жизни. Существенных различий по самочувствию, активности, вине, обиде в контрольных и экспериментальных группах нами не выявлено. Таким образом, новая технология проведения занятий способствует тому, чтобы в жизнь пациентов вошла радость, уменьшились страх и стыд, повысилась субъективная оценка качества своей жизни даже с ситуации хронического физического нездоровья.

На повестке дня – проведение отстроченных исследований с целью изучения переориентировалась ли повседневная жизнь пациентов экспериментальных групп, изменился ли их образ жизни, а также изучение влияния новой технологии проведения занятий на физическое здоровье пациентов.

Литература

1. Айзенк Г.Ю. Личность и история...болезни? //«Медицинская газета», 13.10.93, №81.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999.
3. Диабетологическая образовательная программа (DEP) для врачей эндокринологов-диабетологов по проблемам сахарного диабета II типа. Сборник лекций под ред. И.И.Дедова. – М., 1995.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Под ред. А.С. Спиваковской. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.
5. Информационные письма №1-16. Исследовательская группа по обучению больных диабетом Европейской Ассоциации по исследованию диабета. Русское издание. – М., 1998-1999.
6. Лурия А.Р. Природа человеческих конфликтов. – М.: Когито-Центр, 2002.
7. Организация работы медицинских сестер амбулаторно-поликлинической службы./Под ред. Рябчиковой Т.В. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2007.
8. Орлов Ю.М. Саногенное мышление. Теория и практика. – М.: Импринт-Гольфстрим, 1998.
9. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М., «Медицина», 1996.
10. Петровский В.А. Активность субъекта в условиях риска: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1977.
11. Психология здоровья: психологическое благополучие личности / Под ред. проф. Н.Д. Твороговой. – М.: УРАО, 2005.
12. Психология: комплексный подход / М. Айзенк, П. Брайант, Х. Куликэн, др.; Под ред. М. Айзенка. - Минск: Новое знание, 2002.

13. Столин В.В. Самосознание личности. – М.1983.
14. Соколова Е.Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности. Автореф. докт. дисс. – М., 1991.
15. Творогова Н.Д. Взгляд на здоровье с точки зрения социопсихосоматической медицины // Ж. Сестринское дело. №2, 1997. С.26-27.
16. Творогова Н.Д. Медицинская педагогика// Ж. Медицинская помощь. №5, 1998.
17. Творогова Н.Д., Кулешова К.В. Медицинская психология. –М., ГУВМНЦ МЗРФ, 2003.
18. Творогова Н.Д. Психология здоровья как одно из ведущих направлений клинической психологии//Сб.: Психология здоровья. – М., УРАО, 2003. С. 50-61.
19. Творогова Н.Д. На пути самореализации// Кн.: Смысл жизни и акме. Т.2. - М.: «Смысл», 2004. С. 179-191.
20. Творогова Н.Д. Социальное благополучие личности// Психология здоровья: семейный аспект». – М.: УРАО, 2004. С. 7-12.
21. Творогова Н.Д. Психологическое благополучие личности// Сб.: Психология здоровья: психологическое благополучие личности. - М.: УРАО, 2005. С. 207-217.
22. Творогова Н.Д. Благополучие гражданина – одна из основных ценностей общества//Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – М.: МГУ, 2005. С. 396-399.
23. Творогова Н.Д. Поведение в направлении здоровья//Форум «Здоровье нации – основа процветания России». – М.: МГУ. – Т.2. – 2007. С. 133-137.
24. Творогова Н.Д. Модели модификации поведения в школах здоровья//Материалы съезда психологов РПО. – М., 2007.
25. Творогова Н.Д. Саногенное поведение // В кн.: Философия укрепления здоровья нации. Под общей ред. д. мед. н., проф. А.И. Вялкова, д.ф.н., проф. Ю.М.Хрусталева, к.ф.н., доцента В.Д. Жирнова. – М.: Российское философское общество, 2008. С. 124-139.
26. Тульчинский Т.Х., Вараваикова Е.А. Общественное здоровье. – М., 1999.
27. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные основы психологии установки // Психологические исследования. – М., 1966.
28. Фромм Э. Психоанализ и этика. – М., 1993.
29. Человек. Философско-энциклопедический словарь // Ред. акад. И.Т. Фролов. – М., 2000.
30. Шапю де Сентонж Д.М. Духовное попечение в медицинской практике // Ж. Вестник семейной медицины. №7, 2008. С. 271-273.
31. Эльконин Д.Б. Об источниках неклассической психологии / Избранные психологические труды. В 2-х т. Т.2. – М., 1989.
32. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. Journal of the American Medical Association. 1959, 169, 1286-1296.
33. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
34. Gearge I., Prasadaro P., Kumaraiah V.,& Yavagal S. Modification of Type A behavior pattern in coronary heart disease: A cognitive-behavioral intervention program. NIMHANS Journal, 1998, 76(1), 29-35.
35. Skinner B.F. Science and human behavior. New York: Macmillan. 1953.

Транс – рефлексорные механизмы саморегуляции

Никитин В.Н.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Здоровье как личностная ценность», проект №08-03-00201

О значении анализа сущности измененных состояний психики (сознания) для исследования феномена здоровья указывают работы, которые посвящены природе индивидуального чувственного познания. Само понятие «здоровье», как уже отмечалось в предыдущих наших статьях, характеризует некое психофизическое состояние, связанное с позитивным отношением субъекта к себе, к своей телесности. Однако границы означивания данного состояния для единичного субъекта размыты; восприятие своего психосоматического единства складывается из палитры чувств, представляющих проекцию разномодальных полюсов перцепции, личностного отношения к реальности и, собственно, к телесности. Иначе говоря, характер восприятия состояния организма и души предопределяется уровнем саморефлексии, неповторимостью опыта осознания прошлого и наличного проживания психических и организмических феноменов.

В связи с вышесказанным, следует отметить, что внимание к исследованию сфер, лежащих «по ту сторону «нормального», чисто человеческого – ограниченного, недостаточного – чувствования и восприятия»[1], связано с попыткой осмысления дуальности человеческой природы: сиюминутности «пробывания» субъекта в двух сферах психики - сознательной и бессознательной.

Для раскрытия содержания данной темы обратимся к анализу феномена трансового опыта переживания, в котором обнаруживается «сворачивание» деятельности рационального сознания [2]. Следует отметить, что исследование содержания и форм выражения бессознательной сферы психики, с нашей точки зрения, позволяет раскрыть причины поверхностного, безликого, и даже можно сказать, безумного отношения современного человека к собственному здоровью.

Исходя из идеи целостности человеческой природы, определимся в понимании влияния измененного состояния психики на возможность расширенного восприятия и регулирования психофизического здоровья самим субъектом рефлексии. Рассмотрим онтологические аспекты вопроса. В философии сознания и психотерапии «пограничные состояния сознания» относят к «не-нормальным» состояниям психики. Состояния аффекта, транса, безумия рассматриваются как «досубъектные» формы существования. Допускается также мысль о том, что функция трансакключается в раскрытии способности к выживанию в ситуации, когда рассудок не способен находить и принимать рациональное решение.

Хотелось бы отметить, что соотнесение понятия «не-нормальное состояние сознания» только с состоянием психической сферы для выявления казуистики отношений «личность – здоровье», по меньшей мере, не достаточно. Принимая гипотезу о целостности человека, мы совершаем гносеологическую ошибку, если намереваемся описать генезис чувственных переживаний вне контекста анализа характера восприятия индивидуумом того или иного опыта телесного существования, т. к. именно состояние тела существенным образом определяет спектр возникающих ощущений, чувств и образов. Вызывает сомнение постулат о том, что сознание, как некое психическое качество, – это самопредопределяющееся, самопреднастраивающееся нематериальное образование «вложенное» в тело.

Каким же образом определяется «не-нормальное» состояние психики (сознания), имеющее, со всей очевидностью, прямую, а не опосредованную связь с состоянием реального, а не виртуального мира? В современной философии и психологии «не-нормальное» состояние психической сферы обозначается как «измененное состояние сознания» или как «необычное состояние сознания». Понятие «измененное состояние сознания», по мнению В.В. Костецкого, исходит из анестезической практики, используемой для снятия «физической» боли, [3] т. е. чувства боли, возникающего при восприятии человеком своей соматической сферы. Термин «анестезия» восходит к термину «эстетикос» – чувствительный, отсюда «анэстетикос» – бесчувственный. Иначе говоря, при обезболивании понижается порог восприятия состояния собственного тела. Таким образом, «измененное состояние психики», в нашем контексте, связывается с оценкой характера восприятия индивидуумом телесной боли. Говоря другими словами, не психическое состояние предопределяет характер восприятия субъектом собственного тела, а его тело – организм под воздействием наркоза, анальгетиков, галлюциногенных препаратов и других наркотических средств «запускает» механизм трансформации состояния сознания.

Исследование данного вопроса занимает и представителей трансперсональной психологии, в рамках которой сложились иные взгляды на проблематику. Так, при определении содержания термина «необычное состояние психики» Станислав Гроф обозначает «пограничное состояние психики» как «холотропное состояние сознания»[4]. «Холотропный» – «обращенный к цельности» или движущийся в направлении целостности (от греч. «holos» – «целый», «весь», «trepein» – «движущийся к чему-либо или в направлении чего-либо»). С точки зрения С. Грофа, в холотропном состоянии сознание осуществляет возврат к *целостному* восприятию человеком себя; «холотропное сознание» - это сознание «всецелообращающееся». Оно характеризуется качественным изменением восприятия пространства и времени, расширением сферы чувствования тела и возможностью видеть «надличностное»: рождение, смерть, стадии перерождения, архетипы и т. д.

Спрашивается, что же является человеку в образах и чувствах, находящегося в холотропном состоянии сознания: множественность субъективных реальностей, данных ему в опыте чувствования пространства собственной телесности, или, говоря словами Н.А. Носова, многообразие форм проявления «психологической виртуальной реальности», [5] в которой предикат «физическое лицо» замещается предикатом «Я». Или же измененное сознание представляет собой трансцендентное состояние, в котором субъекту открываются новые грани себя и мира?

С точки зрения Е. В. Грязновой, в современных интерпретациях категории «идеальное», «объективное», «субъективное», «психическое», «сознание», «измененные состояния сознания» относятся к сфере виртуального [5]; при этом идеальное и виртуальное, отражают два различных способа существования информации.

Идеальная реальность – это вид информационной реальности, разворачивающейся в сфере сознания, в которой «информация предстает как социально-психологический феномен знания» [5]. Напротив, виртуальная реальность – «это вся совокупность информации, не доступная сознанию», [5] которая обнаруживает себя на абиотическом уровне информационного взаимодействия микрочастиц тела; на биотическом уровне информационного взаимодействия клеток; в сфере подсознания, бессознания, «которые и превращаются в идеальное, в высшую форму информации только после девиртуализации». [5] При данном подходе, измененные состояния сознания можно рассматривать как феномены, принадлежащие исключительно виртуальной реальности; в которой доступной для восприятия и идеализации становится информация о состояниях тела, не читаемая «нормальным» сознанием.

Но уместна ли градация воспринимаемой человеком информации о себе и мире по принципу иерархии? Допуская иерархичность структур потоков информации, мы предполагаем наличие в мире качеств и свойств высшего и низшие порядка. Исходя из данной логики, к высшей форме информации – идеальной будет относиться информация, имеющая социально-психологический характер, к низшей – все то, что отражает состояние природного, органического. Но в таком случае все, что связывается с оценкой состояния здоровья, очевидным образом, будет рассматриваться через призму высшего социально-психологического уровня. Мы полагаем, что именно такое отношение к здоровью сложилось в современном обществе. Именно в нем кроется причина искажённого представления о характере взаимосвязей духовного и физического, тотальное безграмотное отношение к здоровью.

Необходим иной взгляд на вопрос о природе здоровья. Если с позиции рационального сознания живой человек предстает как биологический компьютер, постоянно нуждающийся в репарации и замене элементов системы, то данное представление обуславливает механистический характер восприятия человеком себя. Однако, возможен другой подход в исследовании индивидуума как феномена, связанный с расширением его перцептивных, мнемических, когнитивных способностей по регуляции состояния собственного здоровья.

Многолетние исследования и анализ влияния психического состояния на восприятие индивидуумом своей телесности показало, что в состоянии трансцендентального переживания субъект способен «увидеть» те стороны телесного бытия, которые сокрыты для рационального сознания, находящегося в «нормальном» состоянии. За множественностью неупорядоченных на уровне ума субъективных переживаний, воспринимаемых в состоянии транса, кроется знание об истинной природе индивидуума, механизмах регуляции его организмических процессов. Даже неполное восприятие в измененном состоянии сознания многообразия впечатлений о себе позволяет означить содержание наиболее репрезентативных импульсов, отражающих действительное состояние организма.

Таким образом, в науке и философии существует ряд парадоксальных позиций в определении понятий, характеризующих опыт целостного психоделического проживания. Можно выделить две формы трансперсонального переживания: опыт *анэстетического* восприятия тела, связанный с ограничением способности субъекта чувствовать себя, и опыт расширения *сензитивных* возможностей с рефлексией наиболее ярких организмических репрезентаций.

Анэстетический опыт, проявляющийся в «уплощении» спектра чувств, указывает на тенденцию к «свертыванию» процесса *осознания, рефлексии субъектом себя*. Данное состояние транса возникает при использовании наркотических средств, при суггестивном воздействии на субъекта со стороны Другого. Снижение чувствительности происходит при психотических расстройствах, в состоянии аффекта, при переживании чувства страха, т. е. в моменты «расстройства» сознания, вызванного биологическими или психическими факторами. Характерологическими признаками, свидетельствующими о «выведении» из поля сознания впечатлений о жизни организмического мира, выступают такие феномены как: амимия; ритуализированное, демонстративное поведение; амбивалентное, имитационное действие и т.д.[6]

По иному выглядит ситуация при осознанном вхождении человека в состояние транса. Осознанная практика психотехник позволяет изменить характер перцепции, регулировать направленность внимания, его фиксацию на тех или иных организмических ощущениях. Если сознание способно сосредоточиться на конкретных ощущениях и чувствах, то оценка и интерпретация информации о текущем состоянии организма может носить объективный характер. Если же сознание обращается к восприятию знакового, символического тела, наполненного социальными смыслами, то внимание «покидает» реальное физическое тело, делая его для сознания «пустым».

Как отмечает И. М. Быховская, возникновение измененных состояний сознания «связано с достижением «единения» субъекта действия с его телом, когда весь опыт приобретает характер «здесь и теперь», а индивид в полной мере ощущает тотальность бытия»[7]. Так, в состоянии осознанного транса тантрические монахи ощущают единение начал реальности: «благодаря *инструменту своего тела*, последователи возвышаются над феноменальным, «земным» миром и получают опыт недвойственности, полноты»[7] (курсив – В. Н.).

По нашему мнению, решающим в исследовании феномена здоровья становится вопрос не о верификации видов получаемой о человеке информации, а вопрос об определении *характера осознания* субъектом своего телесного бытия, его связи с духовной жизнью. В то же время следует заметить, что именно способность к глубокой рефлексии обуславливает возможность управления трансовым состоянием, свободным от суггестивного воздействия Другого.

По словам М. Хайдеггера: «способность стать открытым, т. е. восприимчивость наличного (в нашем случае организмических признаков – В. Н.), предполагает разомкнутость наличия (разомкнутость нашего восприятия себя – В.Н.). *Восприимчивость основывается*, с точки зрения условия своей возможности, в понимании наличия»[8]. Иначе говоря, осознание наличествующего организмического события обуславливает возможность его интенционального восприятия.

Каким же образом осуществляется исследование телесности в состоянии управляемого транса, в котором характер восприятия организма и чувств регулируется волей познающего себя субъекта? Что же доступно для познания в измененном состоянии сознания? Направляя внимание на то или иное телесное чувство, субъект способен усиливать или уменьшать его силу. Чем длительнее удерживается внимание на той или иной области тела, тем сильнее отмечаются перемены в его состоянии. Интенциональная установка на желаемый эффект от концентрации внимания на той или иной области организма обуславливает проявления ощущения «сжатия» или «растяжения», «тепла» или «холода», попутно «высвечивая» в сознании ранее незнакомые ощущения и образы. Воспринимая новые ощущения, исследуя их, субъект способен регулировать температурный режим тела, напряжение мышечно-связочного аппарата, характер протекания обменных процессов и прочее. Усиление впечатлений от восприятия телесных чувств на каждом новом витке перцепции и рефлексии позволяет упорядочивать процесс управления состоянием гомеостаза. Таким образом, осознанно воспринимая состояние собственной телесности, индивидуум усиливает работу тех рефлекторных структур организма, которые отвечают за состояние его здоровья.

Расширение опыта самонаблюдения и рефлексии акта восприятия организмических процессов самим субъектом достигается посредством практики техник трансформации состояний сознания. Используя метод отождествления, «за скобки» анализа можно выводить все то, что «выпадает» из поля внимания в процессе исследования состояния собственного организма в различных состояниях сознания. Мы полагаем, что те стороны организмических процессов, которые фиксируются сознанием, и будут характеризовать насущные репрезентации тела. Данный взгляд позволяет говорить о возможности получения субъектом объективного знания о самом себе, о своем здоровье.

Представленный подход может служить методологическим основанием для разработки моделей регуляции психофизического здоровья у людей с ограниченными возможностями. Эта возможность открывается им в процессе исследования собственного телесного пространства, в системном анализе организмических репрезентаций и опыта регуляции состояния организма.

Резюмируя вышесказанное, следует подчеркнуть мысль и о том, что современная рационализация представлений о мире обуславливает формирование

установок на ограниченность возможностей само исследования и саморегулирования. Отрицая возможности самопознания, современный индивидуум шаг за шагом неизбежно «теряет» собственное здоровье.

Литература

1. Лобанова М. Н. «Экстаз» и «безумие»: особенности дионисийского мировосприятия А. Н. Скрябина // Вопросы философии. – № 3. – 2007. С.160.
2. Баксанский О. Е. Психологические основания эзотерических учений (в свете аналитической психологии К. Юнга) // Дискурсы эзотерики (философский анализ). М., 2001; Лысенко В. Г. Непосредственное и опосредованное в чувственном познании: Дигната и Прашастапада // Вопросы философии. – № 5. – 2006. С.83-92
3. Костецкий В. В. О терминологии измененных состояний сознания // Измененные состояния сознания. – СПб., –2006. С. 68 – 69.
4. Гроф С. Надличностное видение: Целительные возможности необычных состояний сознания. – М., – 2002. С. 8.
5. Грязнова Е. В. Виртуальная реальность: Измененное состояние сознания или информационный феномен? // Измененные состояния сознания. – СПб., – 2006. С. 13.
6. Корнетов А. Н. и др. Этология в психиатрии. – Киев, – 1990. С. 67-71.
7. Быховская И.М. Nomosomatikos: аксиология человеческого тела. – М., – 2000. С. 145.
8. Хайдеггер М. Основные проблемы феноменологии. – СПб., – 2001. С. 91.

Психологическая реабилитация детей с хроническими соматическими заболеваниями

Куртанова Ю.Е.

Психологическая реабилитация рассматривается как неотъемлемая часть в составе лечебно-восстановительных мероприятий детей с соматическими заболеваниями. Детские реабилитационные учреждения решают проблемы не только физического здоровья ребенка, но и восстановления личностных особенностей, нарушенных или измененных патологическим процессом. В детской реабилитологии наряду с задачей максимально полного восстановления физического здоровья стоит проблема многопланового повышения качества жизни детей с ограниченными возможностями, создание оптимальных условий среды для их развития [10]. Следует отметить, что детская реабилитология является наиболее перспективным направлением реабилитологии. Это связано с тем, что реабилитационные воздействия, направленные на ребенка, более эффективны благодаря высоким компенсаторным возможностям детского организма и психики.

Необходимо отметить значимость комплексного подхода в реабилитации детей с соматическими заболеваниями. Физический и психологический статусы ребенка зачастую взаимосвязаны. Нормализация психологического состояния больных детей позволяет повысить эффективность лечебных воздействий, тем самым психологическая коррекция становится необходимой составляющей в восстановлении соматического здоровья детей. К системе восстанавливающих мероприятий должно присоединиться и целенаправленное дополнительное образование больных детей (эрготерапия, агротерапия, музыкотерапия, изотерапия, зоотерапия и т. п.) Только при комплексном воздействии можно добиться того, чтобы ребенок с физическими заболеваниями вырос психологически здоровой личностью.

При реабилитации детей с хроническими соматическими заболеваниями психолог осуществляет не только диагностическую и коррекционную работу, но и

проводит профориентацию с подростками, дает рекомендации по подбору индивидуальной программы обучения, ведет обширную работу с родителями и медицинским персоналом [9]. Главной целью работы психологической службы в детском реабилитационном учреждении является максимальная помощь в социальной адаптации детей как в настоящий момент, так и в будущем.

Однако, реабилитация детей не может осуществляться в отрыве от семьи. Пребывание ребенка в центре реабилитации не может и не должно быть максимально долгим, а реабилитационный процесс по возможности должен быть непрерывным. В связи с этим реабилитационное учреждение для детей должно взять на себя роль центра, обучающего как ребенка, так и его родителей практическим навыкам реабилитационных методик. Таким образом, существует необходимость переноса реабилитационной работы, если это позволяют обстоятельства, в семью ребенка. Родители, получившие в реабилитационном стационаре необходимые практические навыки, должны продолжать заниматься с ребенком и дома, привлекая к этому других членов семьи [10].

Психокоррекционная и психотерапевтическая работа с детьми с соматической патологией должна проводиться с учетом их конкретного заболевания [7]. Известно, что при каждом заболевании формируется своеобразная социальная ситуация развития ребенка, которая определенным образом влияет на развитие его личности. Психологу важно знать те особенности социальной ситуации развития, которые создает конкретное заболевание. При психологической коррекции личностного развития больных детей необходимо учитывать специфику возможных отклонений при определенных заболеваниях.

В процессе реабилитации ребенок обычно попадает в стационар. При этом основной психологической проблемой становится *адаптация ребенка в условиях стационара*. Госпитализация ребенка – это отрыв от семьи, от привычного уклада жизни, это адаптация в кругу незнакомых детей, при этом ребенок становится объектом болезненных медицинских процедур [4]. Негативные переживания родителей по поводу госпитализации ребенка инициируют подобные чувства у детей. У ребенка возникает выраженные негативные эмоциональные реакции на помещение в стационар, вплоть до депрессивных состояний.

В разных исследованиях было отмечено, что при возможности открытого посещения родными больного ребенка в стационаре адаптация к его условиям происходит намного успешнее, чем при невозможности видеть родных [3].

Дети зачастую нуждаются в психологической подготовке к госпитализации, в чем активное участие должны принимать родители больного ребенка. Ребенок должен знать, куда его отправляют и зачем, какие процедуры он должен будет пройти, какие дисциплинарные ограничения должен соблюдать. Разъяснительная работа с родителями также благотворно влияет на процесс адаптации ребенка к стационару.

В силу того, что в стационаре дети зачастую находятся в состоянии нервно-психического напряжения, им необходимо создавать условия для психологического комфорта, по возможности смягчать негативные последствия болезненных медицинских воздействий, не допускать возникновения внутрибольничных конфликтов, а если они присутствуют, надо стараться их нивелировать или снижать их интенсивность. Все эти задачи должны решаться психологом в сотрудничестве с медицинским персоналом. Средний медицинский персонал может помочь психологу знакомить детей с условиями стационара: распорядком дня, расположением палат и кабинетов, коллективом, врачами, другими пациентами. Все это в значительной степени способствует скорейшей адаптации в условиях медицинского учреждения.

Психологу важно сотрудничать с медицинскими сестрами, которые осуществляют болезненные медицинские процедуры и манипуляции. Психолог может помочь медицинским сестрам наладить контакт с ребенком, позитивно настроить

ребенка перед процедурой (возможно с применением игровых методов), чтобы психологическое отражение физической боли у ребенка было наименьшим. Важно, чтобы у ребенка не сформировался страх перед медицинскими манипуляциями, что негативно может отразиться как на его адаптации в стационарных условиях, так и на его эмоциональном состоянии в целом.

При работе в соматической клинике психологу необходимо знать об особенностях соматического состояния каждого пациента, с которым он проводит коррекционную работу. При психологической диагностике необходимо учитывать соматические особенности ребенка. В свою очередь, психологические факторы влияют на соматическое состояние пациента. Поэтому важна работа психолога с лечащими врачами для обмена информацией о психологическом и соматическом состоянии детей, находящихся на лечении. Только при совместной работе психолога и врача можно добиться скорейших результатов в лечении маленьких пациентов.

Основную информацию о своем заболевании дети получают от врачей и от медицинского персонала тех учреждений, где проводится их лечение. Поэтому влияние медицинского персонала на формирование внутренней картины болезни детей довольно велико. Ввиду этого необходимо отметить, что одной из задач психолога, работающего в реабилитационном учреждении, является *работа с медицинским персоналом* по предотвращению иатрогенных заболеваний. Важна непосредственная работа психолога с лечащими врачами по разъяснению особенностей преподнесения информации о заболевании каждому ребенку с учетом его возрастных и индивидуальных особенностей. Психологу необходимо объяснять врачам, каким образом должен строиться их диалог с маленькими пациентами. Еще в начале лечения врач должен рассказать ребенку в доступной форме то, что происходит в его организме, какие процедуры будут ему назначены и с какой целью, каких результатов можно достигнуть. Врачам необходимо призывать ребенка помочь им в его лечении. Также важно разговаривать с ребенком о том, что он чувствует и переживает по поводу лечения, а в некоторых случаях развеивать неадекватные представления о заболевании. Важно, чтобы ребенок и его семья стали активными участниками процесса лечения. Результатом совместной работы психолога, врача, ребенка и его семьи должна стать психологическая «проработка» факта болезни, не включение болезни в качестве центрального звена в социальную ситуацию развития, результатом чего должна стать нормальная социальная адаптация [12].

Наиболее важным направлением коррекционной работы с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, является *коррекция личностного развития и эмоционально-волевой сферы*, так как вследствие хронического соматического заболевания нередко невротические наслоения. Изменения в развитии личностной и эмоционально-волевой сферах типичны для детей с соматической патологией, а их коррекция составляет основную часть работы психолога в медицинском учреждении [1].

Эмоционально-волевая сфера включает в себя такие параметры, как:

- Эмоциональный фон
- Эмоциональная лабильность
- Депрессивные состояния
- Агрессия
- Тревожность
- Страхи
- Произвольность поведения
- Самоконтроль

При коррекции эмоциональной сферы психолог решает ряд задач:

- Повышение эмоционального фона

- Отреагирование негативных эмоций
- Релаксация

Для этого могут быть использованы различные методы: рисуночные, релаксационные, игровые, сказкотерапия [2, 5, 8, 13].

С целью формирования самоконтроля ребенка применяются методы поведенческой психотерапии, углубленного самонаблюдения, написание дневников, релаксация. При этом важно подключать методы семейной психотерапии в целях снижения гиперопеки со стороны родителей, так как гиперопека подкрепляет тенденции к снижению самоконтроля у ребенка.

Личностная сфера включает в себя такие параметры, как:

- Самооценка
- Уверенность в себе
- Мотивация
- Потребности
- Ценностные ориентации

Чем тяжелее соматическая патология, тем больше основных потребностей ребенка фрустрированы. При тяжелом заболевании ребенок не может полноценно общаться со сверстниками, посещать учебные заведения, планировать дальнейшую профессиональную деятельность, зачастую приходится ограничивать себя в физической и познавательной активности, развлечениях, привычном питании, передвижениях и т.п. Чем больше потребностей не удовлетворяется при наличии заболевания, тем тяжелее оказывается психологическое состояние ребенка [11, 14].

При работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, важно учитывать, что в психологическом развитии данной категории детей самой уязвимой становится сфера самосознания. Психологу необходимо делать упор на преодоление различных нарушений в развитии самосознания. Эти нарушения впоследствии могут негативно отразиться на развитии других личностных особенностей.

Отношение к своей болезни является важным аспектом самосознания детей с соматическими заболеваниями. Существует множество факторов, влияющих на формирование этого отношения. Основными из них являются возраст и уровень развития ребенка, его личностные особенности, наличие у него информации о своем заболевании, отношение родителей к заболеванию ребенка, условия преподнесения информации о болезни, отношение медицинского персонала к процессу лечения и выздоровления, влияние социального окружения к болезни ребенка и т. п.

В определенном возрасте и на определенном этапе лечения у детей наступает «кризис осознания болезни» [6]. Критериями кризиса являются: обвинение ребенком себя в возникновении заболевания, отсутствие веры в выздоровление, отказ от лечения, отказ ребенка считать себя больным человеком при признании наличия серьезного заболевания, которое мешает жизнедеятельности. При разных заболеваниях можно отметить различные возрастные периоды кризиса осознания болезни, характеризующиеся особыми негативными переживаниями и наибольшим развитием механизмов психологической защиты.

Именно в эти периоды дети становятся наиболее чувствительны к получению информации о заболевании, болезнь для ребенка приобретает особую значимость, эти периоды можно считать сензитивными для формирования внутренней картины болезни. Также периоды кризиса осознания болезни сопровождаются у детей различного рода трудностями во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми, в некоторых случаях искажением самооценки и преобладанием единственного мотива – сохранения здоровья.

При психопрофилактической работе с больными детьми важно учитывать возрастные пределы кризиса осознания болезни, присущего пациентам с конкретным заболеванием. Это необходимо для того, чтобы своевременно начать проводить психотерапевтические мероприятия в целях формирования адекватного отношения к своему соматическому состоянию [6].

Необходимо учитывать, что любое соматическое заболевание несет в себе определенные ограничения жизнедеятельности, которые ребенок должен соблюдать. Ребенок должен понимать, почему ему что-то нельзя, знать о последствиях несоблюдения ограничений. Важной частью психокоррекционной работы психолога является адаптация ребенка в условиях болезни.

Коррекция внутренней картины болезни осуществляется в зависимости от проблем, выявленных в ее структуре:

На интеллектуальном уровне (недостаток или искажение информации о заболевании);

На уровне ощущений (например, жалобы на боли без клинических подтверждений наличия заболевания);

На уровне эмоций (например, депрессивное состояние вследствие наличия заболевания, фиксация на заболевании или психологически не проработанный факт заболевания, страх перед болезнью и медицинскими процедурами и т.п.);

На мотивационном уровне (например, отказ от лечения или, напротив, отказ от другой деятельности – игр или будущей профессиональной деятельности – вследствие наличия хронического заболевания, а также столкновение разнонаправленных мотивов).

Важной частью коррекционной работы становится *работа с родителями*, которые являются важнейшим фактором формирования адекватного отношения к своему заболеванию у детей.

Д.Н. Исаев отмечал, что представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу внутренней картины болезни [3].

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. В такой ситуации ребенок оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии.

Чем тяжелее заболевание ребенка, тем больше наблюдается отклонений в развитии детско-родительских отношений в семье. Усиливается гиперопека со стороны родителей, потакание любым детским капризам, появляется фобия утраты ребенка, что в свою очередь усиливает страх смерти самого ребенка и усугубляет его психологическое состояние в целом.

Родители тяжелобольного ребенка проходят ряд этапов осознания тяжелого диагноза. Начиная с отрицания диагноза до окончательного его принятия. На всем протяжении осознания болезни родители нуждаются в психологической поддержке, постоянной информированности о течении заболевания, ходе лечения ребенка.

На ситуацию, складывающуюся вокруг больного ребенка, влияют отношения родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делают мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни [3]. При этом родители больного ребенка должны стать активными

участниками лечебного процесса и быть помощниками врачей в лечении своего ребенка [12].

Психолог, работающий с родителями больных детей, должен уметь снимать внутренние запреты родителей, обсуждать самые тяжелые переживания по поводу здоровья их детей, научить их адекватно преподносить ребенку информацию о его заболевании. Эта адекватность должна относиться как к возрасту ребенка, так и к его индивидуальным особенностям. Несмотря на наличие хронического заболевания, ребенок не должен чувствовать себя не таким, как остальные его сверстники. Родители должны научиться формировать у больных детей активное отношение к лечению, но при этом так, чтобы лечение не стало главным мотивом жизнедеятельности ребенка. Ребенок даже с самым тяжелым заболеванием должен общаться со сверстниками, должен жить полноценной жизнью, что относится и ко всей семье больного ребенка. Родители должны научиться не считать больного ребенка каким-то особенным, не проявлять к нему исключительного отношения.

Эти и другие моменты должны обговариваться психологом в групповой или индивидуальной работе с родителями. Родители больных детей нуждаются как в психологической поддержке, так и в консультативной помощи. Психолог должен проводить консультации родителей по вопросам индивидуально-психологических, возрастных и нозологических особенностей ребенка, по вопросам нормализации внутрисемейных отношений, формированию адекватной внутренней картины болезни у детей.

Работа с родителями просто необходима, если психолог видит, что особенности внутрисемейных отношений негативно влияют на личностное развитие и эмоциональный фон больного ребенка.

Социальная адаптация детей с соматическими заболеваниями является основным предметом коррекционной работы психолога в реабилитационном учреждении. Трудности адаптации в социальной среде типичны для детей с соматическими заболеваниями. Ввиду физической ослабленности таких детей, частых пропусков школьных занятий, круг общения их сужается. Для данной категории детей типичны низкий уровень развития навыков общения, трудности в коммуникативной сфере, предпочтение узкого круга общения. Можно полагать, что трудности в установлении близких контактов со сверстниками у детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, происходят, в частности, из-за высокой их эгоцентрической направленности, направленности на себя, на собственное состояние, неумение встать на точку зрения другого человека. При этом отмечено, что больные дети свободнее и раскованнее чувствуют себя в больницах и санаториях в обществе детей, страдающих тем же заболеванием, что и у них [7].

Задача психолога – расширять социальные контакты детей, развивать их коммуникативные возможности, формировать у них социально одобряемые формы поведения. Начинать можно с выполнения любого вида совместной деятельности, чтобы ребенок оказался в ситуации контакта с другими детьми. В целях развития навыков эффективного взаимодействия можно использовать такие известные методики, как «Зеркало», «Поводырь», «Совместный рисунок», «Совместный рассказ».

Психологу важно показывать детям значимость близких, доверительных отношений и тесных дружеских контактов в процессе общения. Необходимо показать, что другие сверстники могут понять их проблемы, что всегда есть люди, с которыми можно поделиться самым сокровенным, вместе радоваться успехам друг друга.

При коррекционной работе с больными детьми в подростковом возрасте необходимо иметь ввиду значимость *профессиональной ориентации*, которая является важной частью социальной адаптации. При проведении профориентации психологу необходимо выявить интеллектуальные способности ребенка. Развитие высших психических функций у детей с хроническими соматическими заболеваниями обычно

соответствует возрастной норме. Но существуют отдельные факторы, которые негативно сказываются на формировании когнитивных функций у детей с хроническими соматическими заболеваниями.

Типичные причины нарушений в развитии высших психических функций у детей с соматическими заболеваниями:

- Астенизация
- Интоксикация
- Наркозы
- Сопутствующие неврологические нарушения (энцефалопатии, ММД, гиперактивность)
- Тревожно-депрессивные расстройства
- Социальные причины (домашнее обучение)

Приоритеты родителей (родители детей с хроническими заболеваниями зачастую недостаточно уделяют внимания интеллектуальному развитию своих детей)

Необходимо отметить, что при высокой мотивации учебной деятельности важно всячески способствовать интеллектуальному развитию детей с соматической патологией. Так как интеллектуальная и творческая деятельность являются единственными видами деятельности, доступными для будущей профессиональной самореализации данной категории детей.

При проведении профориентации помимо интеллектуальных возможностей ребенка, возможности его творческого самовыражения, важно определить особенности его темперамента и личностной организации. Также следует обговорить с ребенком сферу его интересов, какие профессии его привлекают. После этого важно проконсультироваться с лечащим врачом ребенка о том, какие есть медицинские ограничения у данного пациента. Учитывая все психологические и физические особенности ребенка, психолог может подобрать подростку те виды профессий, которые позволят в наибольшей степени проявить его явные и скрытые возможности и способности. Для профориентации подростков можно применять компьютерные профориентационные программы.

После подобной психологической работы важно, чтобы ребенок не только выбрал себе подходящую профессию, но и увидел для себя реальное будущее полноценного человека, не зависящего от опеки окружающих, что, в свою очередь, ведет к повышению самооценки, снижению депрессивного состояния и негативного отношения к заболеванию.

Как мы видим, существует несколько направлений деятельности психолога-реабилитолога в детских реабилитационных учреждениях соматического профиля: адаптация ребенка в условиях стационара, коррекция эмоционально-волевой и личностной сферы ребенка, работа по формированию адекватной внутренней картины болезни, социальная адаптация, профориентация, работа с родителями и медицинским персоналом.

Литература

1. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Психокоррекция // Клиническая психология в социальной работе / Ред Б.А. Маршинин. – М. – 2002. с.22-33.
2. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб.: Союз, 2000.
3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996.
4. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000.

5. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми: руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2008.
6. Куртанова Ю.Е. Внутренняя картина болезни детей с различными соматическими заболеваниями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М., 2003 (3). – №2. – С. 16-21.
7. Куртанова Ю.Е. Особенности изучения личностного развития детей, страдающих нефрологическими заболеваниями, муковисцидозом и лимфостазом // Специальная психология. – 2006. – №2(8). – с. 47-55.
8. Медведева И.Я., Шишова Т.Л. Разноцветные белые вороны. – М. – 1996.
9. Ряховская М. В., Жаворонкина Н. А. Организация психологической службы в реабилитационном учреждении // Детская и подростковая реабилитация. – 2003. – №1. – с. 53-56.
10. Современные технологии реабилитации в педиатрии / Под ред. Е.Т. Лильина. – М.: Изд-во «ОДИ international», 2000.
11. Соколова Е.Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М., 1995.
12. Трофимчук О.Н. Информированное согласие пациента: биоэтический и психологический аспекты // Биоэтика: проблемы и перспективы. – М. – 1992. – с. 95-98.
13. Чистякова М. И. Психогимнастика. – М. – 1995.
14. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография. – СПб.: Речь, 2010.

Социальная адаптация, как одна из задач психологической реабилитации семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание

Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В.

Онкологическое заболевание ребенка – серьезное испытание не только для него самого, но и для всей его семьи. Заболевшего ребенка и его семью сопровождает множество трудностей, причем не только в периоды постановки диагноза и лечения, но и после его завершения, в случаях выздоровления [1]. Выход в ремиссию является достаточно сложным периодом в жизни ребенка, т.к. он испытывает страдания в связи с теми изменениями, которые привнесла в его жизнь болезнь, и требуется немало времени и усилий, чтобы принять их [5]. Болезнь, включаясь в социальную ситуацию развития, меняет условия протекания многих видов деятельности, что может привести к появлению отдельных психологических последствий, существенно влияющих на протекание естественных кризисов взросления и становление личности даже в отдаленном периоде после окончания лечения [4].

Несомненно, что онтогенез ребенка, перенесшего онкологическое заболевание, зависит от многих факторов: психологические проблемы самого ребёнка; психологические проблемы его родителей; социальная среда, в которой находится ребёнок; протекание процесса реабилитации.

Основной ресурс детского развития заключен в ближайшем окружении, а именно – в семье. От родителей, в первую очередь, ребенок должен получать поддержку, представление о самом себе, набор стратегий адаптивного поведения. Но психореабилитационные мероприятия, как правило, направлены исключительно на

детей, перенесших заболевание, что, учитывая вышесказанное, является недостаточным.

В связи с этим одним из важных направлений является психологическая реабилитация семей онкологических больных. **Цель психологической реабилитации на этапе ремиссии** – помочь ребёнку и его родителям адаптироваться к новым условиям жизни, социальному пространству, от которого они за время лечения отвыкают в связи с длительностью пребывания в стационаре и ограничительным режимом после него. Также важно помочь им справиться с последствиями психологических травм, полученных на этапе лечения.

Трудности, связанные с взаимодействием с социумом, актуализируются, в основном, к моменту выписки из стационара, когда начинается планирование предстоящей жизни с учетом болезни ребенка. При этом обостряются различные страхи, связанные с социальной жизнью семьи:

Страх социального отвержения. Недостаточная изученность природы онкологических заболеваний порождает в обществе большое количество мифов. Есть, например, представление об онкологическом заболевании, как о заразном. Опасность и серьезность болезни внушает страх и также заставляет многих дистанцироваться от самой темы онкологии. Такое отношение переносится и на онкологических больных. Поэтому родители и сиблинги часто испытывают стыд за изменившуюся внешность ребенка, стремятся избежать негативной реакции соседей, друзей. Желание не столкнуться с подобной реакцией склоняет семью к изоляции от социума.

Страх не суметь вписаться в социум. Родители, находящиеся с ребенком в стационаре в течение многих месяцев, испытывают чувство неуверенности и социальной невостребованности после выписки. Кроме того, они сомневаются, что способны посвящать такое же количество времени и сил социальной жизни (работа, общение с друзьями, учеба и т.д.) как до болезни ребенка. Они ощущают себя «отставшими от жизни», и это действует на них дестабилизирующе. Кроме того, значительный поддерживающий ресурс, заключенный в социальных контактах, становится для таких родителей малодоступным, что сказывается на их адаптивных и функциональных возможностях. Соответственно их способность помогать детям справляться с последствиями болезни и лечения снижается, к тому же взрослыми недостаточно демонстрируется опыт успешного выстраивания контактов после стрессового события и вынужденной изоляции. Возможно, в том числе и поэтому у детей на этапе ремиссии нередко наблюдаются трудности во взаимоотношениях со сверстниками.

Практически во всех случаях присутствует **стремление выстроить социум вокруг ребенка оптимальным образом.** Страх инфекций, соблюдение специального режима жизни ребенка в период ремиссии, ограничение возможностей посещения детских учреждений заставляет родителей отказаться от многих прежних контактов и планов. Но желание поддерживать возрастное развитие вынуждает решать задачу нахождения оптимального баланса между изоляцией и социализацией ребенка. Этот непростой вопрос порождает много тревог и сомнений у родителей [2].

Следовательно, возникает очевидная необходимость организации специальных реабилитационных программ, направленных на социальную адаптацию не только ребенка, перенесшего онкозаболевание, **но и всей его семьи.**

Из материалов симпозиума «Актуальные проблемы реабилитации детской онкологии», проходившего в г.Москве в 2008 году, можно заключить, что в некоторых регионах России, при содействии Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии реализуется концепция организации комплексной реабилитации. На её идее создаётся единое реабилитационное пространство – целостная система комплексной реабилитации детей и подростков с онкологическими заболеваниями на всех этапах оказания специализированной помощи с привлечением медицинских, образовательных, культурных, спортивных и других учреждений, органов социальной защиты и др. [7]. Действительно, в настоящее время расширяется спектр возможностей для проведения детских реабилитационных мероприятий. Сложность заключается в том, что они, как правило, не предусматривают участие родителей. Дети, направляемые в специализированные санатории, оздоровительные лагеря и т.д., несомненно, получают необходимое для физического и психического восстановления, но, возвращаясь домой, часто попадают в среду, не способствующую их адаптации, погружаются в эмоциональное поле родителей, оставшихся в переживаниях перенесенной травмы [3]. В результате, позитивный опыт, полученный в специальных лагерях и санаториях при участии специалистов, в окружении единомышленников, воспринимается детьми как уникальный. Это заставляет их воспринимать весь остальной мир как «ненастоящий» и ждать возвращения в «свой» мир. Реабилитационная работа, охватывающая и детей, и родителей, помогает налаживанию коммуникации между ними, активизирует у родителей выработку эффективных стратегий адаптации после болезни, которые могут успешно транслироваться детям [6].

Полезным в данном случае, представляется опыт реабилитационной программы для семей с детьми, перенесших онкологическое заболевание, на базе санатория «Русское поле» Минздравсоцразвития. Возможность получения психологической помощи и специального санаторно-курортного лечения здесь имеют не только дети, но и сопровождающие их взрослые.

Реабилитация на базе данного санатория имеет ряд преимуществ. Во-первых, благоприятные экологические условия, живописность местности полезны для семей, перенесших серьезный стресс.

Во-вторых, имеющаяся обширная медицинская база позволяет на месте получать необходимые процедуры, консультироваться со специалистами, проходить контрольные исследования в удобное время и с малыми физическими и эмоциональными затратами [5].

Также проводимые развлекательные, спортивные мероприятия в санатории, выездные экскурсии, возможность пользоваться велосипедами, лыжами, всевозможным инвентарем для настольных игр, катание на лошадях, посещения бассейна, - делают нахождение семей в санатории разнообразным и увлекательным, способствует физическому развитию детей и укреплению их здоровья. Кроме того, это значительно расширяет опыт возможного проведения досуга для семей, позволяет им в контролируемой медиками, а, следовательно, более безопасной обстановке, «разрешать» себе снимать ограничения, касающиеся физической активности. В этих условиях у родителей снижается чрезмерная тревога за своих детей, они позволяют быть им более самостоятельными, общаться со сверстниками. Это помогает детям сепарироваться, организовывать своё групповое общение, получать тот навык коммуникации, который они пропускают в связи с ограничениями и изоляцией, исходя из специфики заболевания, его лечения, а также ограничивающей родительской позиции. Общение с «себе подобными» снижает у детей тревогу, связанную со своей

непохожестью на других, с возможной «неполноценностью», позволяет им чувствовать себя свободно.

Стоит при этом отметить, что условия, ориентированные только на детей-онкопациентов, оправданы на ранних сроках ремиссии, когда требуется более строгий ограничительный режим. В таких случаях нахождение в «оазисной» среде влияет положительно, способствует более мягкой адаптации к постгоспитальной реальности. При более длительном сроке ремиссии (от 5 лет) «специальные» условия тормозят процесс социализации, создают своего рода «кокон». У детей и их родителей появляются ощущение, что только в нём «настоящая нормальная жизнь». Поэтому представляется полезным соблюдение следующей этапности: в ближайшем постгоспитальном периоде адекватное участие детей в мероприятиях, посвященных реабилитации именно онкопациентов; при большем сроке ремиссии они вполне могут находиться в санаториях и лагерях менее узкой направленности, среди детей с другими диагнозами, что позволит избавиться от ощущения особенности своего диагноза. В дальнейшем проходящие реабилитацию могут отправляться в лагеря и санатории интегративного типа, объединяющие детей, имеющих и не имеющих хронические заболевания. Такая этапность в прохождении реабилитации способна помочь постепенно отойти от ощущения уникальности своего заболевания (что особенно свойственно онкологии), найти понимание и поддержку не только среди сверстников с аналогичными диагнозами, перестать стыдиться своего заболевания.

Крайне важно наличие системы психологической помощи таким семьям как на базе санатория, так и по месту жительства.

Возможность работы с психологом в формате индивидуальных, семейных, групповых (родительских и подростковых) встреч позволяет проработать внутренние и межличностные проблемы, снизить эмоциональное напряжение, способствует уменьшению фобических и агрессивных реакций у детей, помогает выработать стратегии адаптивного поведения и т.д.

Кратковременность психологической реабилитационной программы не даёт всей полноты психокоррекционной работы, а возможность продолжения общения с психологом по месту жительства, особенно приехавших из регионов, ограничена. В конечном итоге это может сказаться на общем результате реабилитации этих семей, адаптации в социуме и вхождении в обычный жизненный ритм.

Кроме того, системность психологической помощи в процессе реабилитации способствовала бы объективному оцениванию эффективности программы, созданию непрерывного цикла, по возможности индивидуальному корректированию ее с учетом особенностей каждой семьи.

Литература

1. Добряков И.В., Заширинская О.В., Психология семьи и больной ребёнок. – СПб.: «Речь», 2007. – 400с.
2. Климова С.В., Микаэлян Л.Л., Фарих Е.Н., Фисун Е.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара // Журнал ИППип, март 2009. №1. Электронный ресурс. URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20090103> (апрель 2010)
3. Михайлова С.Н., Моисеенко Е.И., Сурина И.А., Ясонов А.В., Ясонова Н.А. Социальная адаптация молодежи, перенесшей в детском возрасте онкологическое заболевание: Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – М.: GlaxoWelcome. – 1997. – с.85-86.

4. Обухова Л.Ф. Возрастная психология: учебник для вузов – М.: Высшее образование, МГППУ, 2007. – 460с.
5. Тесленко Б.В., Филиппова Н.Е. Материалы симпозиума «Актуальные проблемы реабилитации в детской онкологии», «Организация работы отделения реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии и их родителей в ФГУ санаторий «Русское поле» // «Саров ЛТД». – 2009., стр 14.
6. Фисун Е.В. «Системный подход в психологической работе с онкопациентами и членами их семей» Электронный ресурс. URL: <http://www.supporter.ru/> (апрель 2010г.)
7. Фоа Э.Б., Кин Т.М., Фридман М.Дж. (ред.) Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. М.: «Когито-Центр», 2006. – 467 с.

Стресс и состояние репродуктивного здоровья женщин, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием

Гусева М.А., Лебедь О.Л., Цейтлин Г.Я.

Ежегодно в стране злокачественные опухоли диагностируются приблизительно у 10 000 детей и подростков в возрасте от 0 до 19 лет, то есть тысячи новых семей оказываются в критической жизненной ситуации. Совершенствование системы онкологической помощи детям позволило в последние 20 лет значительно улучшить результаты лечения – излечиваются более 70% детей, страдающих злокачественными новообразованиями. По оценкам специалистов, к середине 21 века 1 из 250 взрослых будет человеком, пережившим в детстве рак. В настоящее время в России живут десятки тысяч людей, в детстве излеченных от онкологических заболеваний. Однако в стране практически не разработана стратегия и отсутствует инфраструктура для реабилитации и оказания медико-социальной помощи и психологического сопровождения семьям, имеющим ребенка-инвалида с онкологическим заболеванием, что делает актуальной задачу организации комплексной реабилитации бывших пациентов онкопедиатрических клиник и их семей [1].

Семьи характеризуются нарушением социального статуса, кардинальным изменением жизненных стратегий, в том числе репродуктивных, утратой привычных ценностей и ориентиров, нарушением семейно-социальных связей, социальной депривацией. Меняются внутрисемейные отношения: в одних случаях происходит консолидации семьи, в других – диссоциация внутренних связей вплоть до полного разрыва супружеских отношений [2,3].

Все члены семьи и, в первую очередь, мать, находятся в состоянии хронического эмоционального стресса, который не только не уменьшается после достижения ремиссии, а, наоборот, нарастает, особенно после окончания лечения, переходит в стадию дистресса, трансформируется в посттравматические стрессовые расстройства, усугубляемые синдромом «дамоклова меча» – страх рецидива [4].

Примером влияния хронического психоэмоционального стресса на здоровье женщин, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, является развитие бесплодия. Бесплодие – неспособность зрелого организма производить потомство – может быть *первичным*, если беременности никогда не было, и *вторичным*, если беременности были.

Современные методы диагностики не всегда могут «уловить» минимальные нарушения в нейрогуморальной регуляции репродуктивных функций, которые, однако, могут реализоваться в условиях стресса. Когда детальное обследование не выявляет каких-либо анатомо-физиологических нарушений в репродуктивной системе обоих супругов, бесплодие квалифицируется врачами как идиопатическое или

функциональное, а психологами – как психогенное или психосоматическое. Причиной может быть психотравмирующее событие, осознанный или вытесненный в область бессознательного страх [5,6].

Одной из задач нашей работы была оценка состояния репродуктивного здоровья матерей, как существенного фактора, влияющего на формирование репродуктивной стратегии семьи. Исследование проведено в 2008 – 2011 гг. на базе санатория «Русское поле» (Московская область, Чеховский район, главный врач – Ю.Н.Федоров). В санаторий на реабилитацию после окончания лечения приезжают в сопровождении родителей дети с онкологическими заболеваниями. Работа осуществлялась совместно с отделением реабилитации Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии (заведующий отделением – д.м.н. Г.Я. Цейтлин) и Кафедрой социологии семьи и демографии МГУ (заведующий кафедрой – проф. А.И. Антонов). В качестве респондентов опрошено 798 матерей из Москвы и других регионов РФ. Анкета включала несколько блоков вопросов, что позволило получить информацию о медико-социальных, социально-демографических, медицинских проблемах семей, имеющих в составе ребенка или подростка-инвалида с онкологическим заболеванием.

Психологическое состояние респонденток характеризовалось личностной тревожностью, неуверенностью в себе, в своем будущем, страхами, нередко отчаянием. У многих респонденток желание родить ребенка бессознательно сопряжено с многочисленными страхами и опасениями, то есть носит амбивалентный характер. С этим связано кажущееся противоречие: 95% ответивших в качестве главных жизненных ценностей отмечают рождение и воспитание детей, но при этом доминирующей репродуктивной стратегией является отложенное рождение ребенка. Частая причина отложенного рождения ребенка – страх развития у него онкологического заболевания вследствие возможных наследственных рисков (на это указали более 30% женщин). Очень сильные переживания связаны со страхом рецидива у ребенка, который не уменьшается даже через много лет после окончания лечения.

Высказывания в ходе интервью в полной мере отражают все страхи, переживаемые матерями, и фокусируют спектр проблем, испытываемый семьей в связи с болезнью ребенка: «боюсь, что маленький тоже будет болеть онкологией», «боюсь повторения пережитого», «боюсь, что другой ребенок умрет», «боюсь, что рождение поставит крест на больном ребенке», «больному ребенку нужно многое, другому ничего не достанется», «не хочу больше видеть, как страдают дети», «боюсь, что здоровья у самой не хватит». Последнее высказывание проявляет важную проблему – ухудшение здоровья родителей, особенно матери, во время лечения онкологического заболевания у ребенка [1,3].

Анкетирование выявило значительное ухудшение репродуктивного здоровья респонденток, находящихся в фертильном возрасте (681 женщина): только 150 опрошенных (22%) оценили свое здоровье как «хорошее», у остальных отмечались различные заболевания органов репродуктивной системы. Об ухудшении репродуктивного здоровья и о других проблемах, влияющих на репродуктивную стратегию в исследуемой группе, свидетельствует анализ исходов беременностей. Мы проанализировали отдельно исходы беременностей, имевших место во время лечения ребенка и в период после его окончания. Всего было 232 беременности, из них во время лечения ребенка – 95, в течение 5 лет после его завершения – 137. Нормальными родами закончились только около трети беременностей, соответственно, 34 (35,8%) и 49 (34,5%), всего 83 (35,8%). Искусственный аборт сделали, соответственно, – 52 (54,7%) и 65 (47,5%), всего 117 (50,4%) женщин. Характерно, что 16 (13,6%) абортотворений сделаны по совету лечащих врачей. Самопроизвольных абортотворений на этапе лечения – 7 (7,2%), в период после окончания лечения – 20 (14,1%), то есть после завершения лечения выкидышей было в 2 раза больше, чем в период лечения ребенка, что также

свидетельствует о продолжающемся ухудшении репродуктивного здоровья у обследуемых женщин. Об этом же говорит и довольно высокий процент мертворождений – 5 (2,1%). Одиннадцать детей появились на свет в качестве потенциальных доноров при проведении родственной трансплантации костного мозга больному брату или сестре – еще одна специфика детской онкологии.

100 женщин (14,7%) страдали вторичным бесплодием, из них у 66 (9,7%) были диагностированы различные заболевания репродуктивных органов. В 34 случаях медицинское обследование супругов не выявило каких-либо анатомо-физиологических нарушений или хронических заболеваний репродуктивной системы, но при этом у них определялось состояние хронического психоэмоционального стресса, что дает основание предположить психогенный характер бесплодия.

Таким образом, большое количество сделанных аборт, намного превышающее число деторождений, наряду с желанием иметь больше детей, слепое следование совету лечащих врачей прервать беременность не по медицинским, а «житейским» показаниям в отсутствие возможности консультироваться у специалиста-генетика подтверждает наше понимание главной причины родительских страхов – опасение повторения онкологического заболевания у другого ребенка. Об этом свидетельствует и тот факт, что только 28% респонденток выразили уверенность, что у них родится здоровый ребенок. Ответы на вопросы, к каким специалистам женщины обращались во время беременности и к кому хотели бы обратиться, выявил отсутствие возможности в регионах получить консультацию генетика, психолога, психотерапевта. Например, к генетику обратились бы более 26% всех обследуемых респонденток, если бы у них была такая возможность. Обращает на себя внимание низкая потребность в консультации психолога и психотерапевта, что отражает общее отношение к этим специалистам в нашей стране.

Хронический эмоциональный стресс, испытываемый родителями в ситуации лечения онкологического заболевания у ребенка, часто ведет к нарушениям супружеских отношений, формируя проблемы репродуктивного здоровья родителей и оказывая непосредственное влияние на семейную репродуктивную стратегию. Многие респондентки указывали на наличие таких сексуальных проблем, как аноргазмия и нарушение либидо. Отказ супругов, прежде всего, матери от близких отношений принадлежит к наиболее распространенным «искупительным» жертвам. Мама одной 6-летней девочки, страдающей острым лимфобластным лейкозом, точно сформулировала причину отказа от супружеских отношений: «Я боюсь быть счастливой». Другая мама написала: «Муж мне изменял, а мне даже сама мысль об интимных отношениях с мужем казалась кощунственной в то время, когда наш малыш так тяжело болен».

В качестве примера формирования психогенного бесплодия приводим историю М., 38 лет. Мальчику 15 лет с острым лимфобластным лейкозом произведена трансплантация костного мозга в связи с рецидивом. Ребенок умер внезапно от острой сердечной недостаточности во время осмотра. Мать смерть ребенка внешне перенесла стойко, говорила, что для нее он остается всегда живым и любимым. Комната ребенка была «законсервирована», все оставалось на своих местах, включая чашку с чаем, который он не допил в день смерти. В течение 5 лет не наступала планируемая беременность. Во время обследования в Германии патологии репродуктивной системы не обнаружено; проведен курс психотерапии. Вернулась домой, сделала ремонт в комнате сына, игрушки и вещи отдала в детский дом, чашку вымыла. Вскоре наступила беременность, однако, через несколько месяцев женщина сделала аборт. Можно предположить, что мать ребенка в состоянии сильного хронического психоэмоционального стресса, обострившегося в связи с его смертью, не смирилась, не «оплакала» и не «похоронила» своего ребенка. Эта незавершенность усугубляла и без того тяжелую ситуацию потери. Применение психотерапии позволило ей «принять» смерть сына, но остался выраженный страх потери другого, еще не рожденного,

ребенка, что и заставило сделать аборт. По нашему мнению, женщине была показана более длительная психотерапия, направленная на устранение негативных установок в отношении рождения ребенка.

Обсуждая связь бесплодия с хроническим психоэмоциональным стрессом, необходимо отметить зависимость функционального состояния репродуктивной системы от психических факторов, что связано с участием нейрогуморальной системы и в обеспечении адаптации к стрессу, и в регуляции репродуктивной функции [7,8].

При хроническом стрессе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система может существенно угнетать функцию репродуктивной системы, в частности, вызывая ановуляцию и недостаточность лютеиновой фазы, лежащие в основе бесплодия и невынашивания беременности [7,8,9,10].

Наше исследование обосновывает необходимость организации комплекса мер, направленных на профилактику, раннюю диагностику и лечение психосоматических расстройств у матери больного ребенка.

Необходимо психологическое сопровождение родителей; семейное консультирование; индивидуальная и групповая психотерапия на всех этапах специализированной помощи для снижения интенсивности стресса и уменьшения стрессиндуцированных нарушений здоровья.

Необходима организация психолого-социальной службы в онкопедиатрических клиниках со штатом специалистов социальной работы, психологов, психотерапевтов [11]. Задачи службы: психологическое сопровождение и психотерапевтическая помощь родителям и детям; информационная поддержка, облегчающая адаптацию детей и родителей к ситуации лечения.

Целесообразна организация в специализированных отделениях медико-генетического консультирования для квалифицированного определения наследственных рисков при рождении ребенка.

Необходима ежегодная диспансеризация родителей тяжелобольных детей с целью выявления нарушений здоровья и профилактики развития тяжелых соматических расстройств, в том числе репродуктивной сферы.

Литература

1. Цейтлин Г.Я. Реабилитация в детской онкологии. // Руководство по детской онкологии (под. ред. проф. Л.А.Дурнова). М.: «Миклош», 2003. с. 82-88.
2. Моисеенко Е.И. Медико-социальные аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями: автореф. дис. док. мед. наук, М., 1998, 24 с.
3. Гусева М.А., Антонов А.И., Лебедь О.Л., Филиппова Н.Е., Цейтлин Г.Я. Особенности репродуктивного поведения семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием. Медицинский вестник Юга России, 2010, 2. С. 94-98
4. Писаренко Н.А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1998.– № 3. С. 39–41.
5. Федорова Т.А. Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1986. - 23 с.
6. Оганесян М.Г. Патологические аспекты нарушения репродуктивной функции после воздействия психоэмоционального стресса: Дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.16. – М., 1997. - 191 с.
7. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология. Киев, 2003г. 300 с.
8. Chrousos G.P., Torpy D.J., Gold P.W. Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: clinical implications. Ann Intern Med 1998.;129:229—40.

9. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2011. – С.320

10. Cox L.W. Infertility: a comprehensive programme //British. J. Obstet. Gynaecol.. – 1975. – V. 82. – P. 2.

11. Гусева М.А., Цейтлин Г.Я. Роль НКО в организации Психолого-социальной службы в детской онкологической клинике/ Сб. Матер. VI Международной конференции «Высшее образование для XXI», Москва, 19-21 ноября 2009 г., с. 47-52

Семья в комплексной реабилитации психически больного ребенка

Иовчук Н.М., Северный А. А.

В последние годы преимущественно в крупных городах России отмечается заметное увеличение числа детских коррекционно-реабилитационных учреждений, к которым относятся центры психолого-педагогической реабилитации и коррекции, инклюзивные детские сады и школы, лекотеки, благотворительные, коммерческие и волонтерские центры, общественные организации. Эффективность их деятельности определяется высокой квалификацией специалистов, их креативностью и способностью к междисциплинарному взаимодействию. Таких центров и специалистов разного профиля (психологов, коррекционных педагогов, логопедов, врачей, кинезиотерапевтов, нейропсихологов и т.д.) становится все больше, и, соответственно, возрастают возможности реабилитационной работы, направленной на достижение максимально высокого результата в развитии и социальной адаптации психически нездорового ребенка.

Между тем, уже при первой встрече с ребенком и его семьей порой становится очевидным, что никакими стараниями специалистов достичь хороших результатов не удастся из-за особенностей самой семьи. И дело здесь не в уровне образования, материальном положении семьи или отсутствии одного из родителей. Вероятно, всем специалистам, работающим с детьми, известны матери-одиночки, живущие только на пенсию по инвалидности и пособия, навсегда оставившие свою работу и карьеру, не имеющие никакой физической и моральной поддержки. Однако, благодаря мужеству, целенаправленной активности и оптимизму вместе с междисциплинарной командой они добиваются максимально возможного уровня развития ребенка и его социальной адаптации. Взаимоотношения между членами семьи, отношение к больному ребенку, эмоциональная атмосфера в семье имеют огромное значение в развитии ребенка. Понимание родителями ребенка сущности его состояния, критическое отношение к проявлениям психической патологии, согласованность педагогических приемов между всеми членами семьи, правильная установка на максимально возможный уровень адаптации ребенка в будущем, внимательное отношение к рекомендациям врачей и педагогов – все эти условия являются основой успеха медико-коррекционных мероприятий.

Неблагоприятным прогноз реабилитационно-коррекционной работы является при следующих условиях:

- отторжении родителями психических нарушений у ребенка и неадекватных представлениях о его будущем;
- недоверии к специалистам или прямом недовольстве методами коррекции;
- отвержении медикаментозной психотропной терапии;
- апатии, отсутствии энергии у родителей ребенка;

- безразличии или безысходности по отношению к будущему ребенка.

Все семьи детей с психическими нарушениями, вне зависимости от синдромальной, нозологической принадлежности психических расстройств и формы течения болезни, имеют некоторые общие черты. Прежде всего, это касается накопления в таких семьях большого числа лиц с патологическими чертами характера - замкнутых, отрешенных, эмоционально холодных или сверхчувствительных, деспотичных, взрывчатых, возбудимых, жестоких, вялых, часто плохо приспособленных в быту и в трудовой деятельности, неуживчивых и т.п. Также наличием в семье больных латентными (скрытыми, не попадающими в поле зрения психиатра) и манифестными (явными) формами душевных заболеваний. В связи с этим в семьях психически больных детей чаще всего царит беспокойная обстановка, нет настоящего взаимопонимания, высок процент разводов, причем распад семьи, как правило, возникает ввиду противоречивого отношения к особенностям ребенка и разлада между родителями из-за различного подхода к его воспитанию и лечению. Конечно, среди семей психически больных детей имеются все варианты семейных отношений - от полных, благополучных семей с адекватной, поощрительно-доброжелательной, согласованной, единообразной линией воспитания до полной их противоположности: или холодные, разобщенные семьи, в которых царит обстановка безразличия; или семьи с чрезмерно строгим, требовательным, жестким отношением к ребенку; или беспокойная, неровная, тревожная обстановка, когда члены семьи и ребенку, и друг другу предъявляют неоднозначные требования, не могут прийти к согласию, единой линии поведения.

Нередко главную роль в препятствиях для адекватного обследования ребенка и оказания ему необходимой помощи играет сформировавшееся на протяжении многих десятилетий в общественном сознании неприятие психиатрической помощи, избегание ее или даже активное противодействие ей. В сознании россиян до сих пор психиатрия наносит непоправимый вред, является «социальным позором» для пациента. Психиатрическое лечение якобы превращает больного в «робота», лишает его главного человеческого достоинства – личностной индивидуальности, свободы воли, психотропные препараты наносят необратимый вред не только психике, но и всему организму человека, делают его пожизненно зависимым от них. Естественно, все эти опасения возводятся в особо высокую степень, когда речь идет о ребенке.

Немаловажным субъективным фактором является и собственное психическое здоровье лиц, окружающих психически нездорового ребенка. Родители такого ребенка часто имеют психические нарушения различной глубины, которые активно вытесняются ими из собственного сознания и вызывают личностную оппозицию к психиатрическому обследованию, поскольку страх признания психического нарушения у ребенка тесно связан со страхом проникновения в собственное сознание родителя представления о своем психическом нездоровье.

Такого рода страх имеет глубочайшие онтогенетические корни, поскольку каждому человеческому существу в норме присущи два главных, «базисных», страха: страх физической гибели (смерти) и страх социальной гибели (утраты места личности в окружающем социуме, что для социального существа, человека, не менее страшно, чем физическая гибель). Таким образом, страх перед психиатром, который диагностирует психическое нарушение и тем самым может создать угрозу потери социального лица, присущ в большей или меньшей мере каждому человеку в любом обществе. Однако в различных общественных условиях, на разных уровнях просвещенности эти страхи могут быть более компенсированы или декомпенсированы.

Во многих семьях в силу собственных психических особенностей родителей, страха перед душевной болезнью и озвучиванием диагноза, под воздействием малообразованного ближайшего окружения, настраивающего мать против психиатрической помощи, - больного ребенка часто очень долго, иногда годы не

показывают психиатру. Это запаздывание с обращением может оказаться решающим в отношении пессимистического прогноза течения заболевания и социального прогноза, поскольку уходит время для адекватного лечения, полноценной коррекции и социальной реабилитации.

При первичном обращении к психиатру родители все еще надеются, что врач отвергнет подозрение на душевное заболевание ребенка. Иногда врач часто уже при первой консультации по настойчивой просьбе родителей сообщает диагноз. Этот момент узнавания «ярлыка» является эмоционально самым тяжелым для родителей. Услышав страшное слово, но по существу не понимая его сущности, они погружаются в отчаяние. При формальном подходе психиатра, первого на пути больного ребенка, родители начинают затяжной, иногда многолетний бег по врачам, больницам, консультативным центрам, институтам, получая все новые и новые сочетания слов, важных для взаимопонимания психиатров, но ровно ничего не значащих для понимания обывателями, коими и являются родители больного ребенка. Нельзя не упомянуть также возможные деонтологические нарушения со стороны специалистов разного профиля при консультации психически больного ребенка. Это проявляется в отрицании адекватности предыдущего диагноза, назначенного лечения, в рассогласованности действий специалистов, в том числе в отношении прогноза заболевания и определения формы обучения, настраивании против того или иного вида лечения, в том числе медикаментозного. Все это полностью нивелирует все усилия различных специалистов, даже если у каждого в отдельности они правомерны.

Другим вариантом поведения родителей после озвучивания диагноза заболевания ребенка является полный отказ от посещения врача в силу страха перед психиатром, психиатрическим учетом, психотропным лечением, стационарированием и т.п.

Известны случаи, когда перед неминуемым освидетельствованием в военкомате на прием к психиатру приводят тяжело больного подростка 16-18 лет, которого родителям удавалось «скрывать» от окружающих, в том числе и от врачей в течение многих лет. Такие дети не получали никакой помощи – ни психолого-педагогической, ни медикаментозной. Родители в этих случаях нередко не только уже согласны на лечение, но даже настойчиво просят его, хотя процесс (если это шизофренический процесс) завершен, лечить уже нечего, а сформировавшийся дефект не корректируется никакими известными психотропными препаратами. Таким образом, многие годы потеряны для коррекционно-реабилитационной помощи такому ребенку. К счастью, следует отметить, что таких случаев становится все меньше.

Вместо адекватного лечения и коррекции ребенка родители, убеждаясь в отсутствии или незначительности помощи психиатров, продолжают дрейф в поисках излечения ребенка и нередко попадают уже к экстрасенсам, колдунам, «бабкам» и т.п., что во многих случаях вызывает серьезные обострения заболевания. Такой отрицательный результат может быть обусловлен не только малой квалификацией врача или его недостаточной заинтересованностью, но и трудностями подбора терапии, низкой курабельностью заболевания, неправильным отношением родителей к лечению, в том числе нерегулярностью лечения или самовольным изменением его режима.

Между тем за много лет течения болезни ребенка семья, оставшаяся без какой-либо профессиональной помощи, претерпевает определенную отрицательную динамику. Это выражается в межперсональном разладе, напряженности, отсутствии профессионального роста матери, крахе ее карьеры, полном прекращении работы, заметном снижении доходов. У матери или другого члена семьи, ее заменяющего (отца, бабушки, деда) нередко появляются чувства апатии, одиночества, безысходности, а зачастую развивается и достаточно выраженная депрессия, нуждающаяся в медикаментозном лечении. Постепенно семья остается в изоляции, поскольку ребенок в основном находится дома под надзором матери или другого члена семьи. В доме

крайне ограничен прием гостей, ребенка зачастую просто не выводят на улицу, так как до сих пор принято стесняться психически больного члена семьи, вызывающего у окружающих нездоровое любопытство или страх.

Работа с семьей начинается при первом осмотре ребенка. Главная задача первого приема – задержать больного, не дать семье ребенка уйти «в никуда», остаться без помощи. Во время первой консультации психиатром мать ребенка не всегда просит назвать диагноз, но зато обязательно спрашивает о прогнозе болезни и социального становления. В вопросах прогноза врач должен быть особенно ориентированным. В намечаемой тактике необходимо отразить все стороны: лечение с описанием примерной его продолжительности, интенсивности; сроки приблизительного окончания активного периода болезни; необходимость изменения взаимоотношений в семье и отношения к ребенку; вид обучения; ориентировочную возможность профессионального выбора. И психиатр, и психолог не должны жалеть времени на длительную психотерапевтическую беседу, разъясняющую родителям сущность болезни ребенка, роль семьи и свою собственную безотказность и надежность в коррекционной и реабилитационной работе с ребенком.

Родители вправе узнать диагноз, поставленный ребенку. Впрочем, как правило, слова, обозначающие диагноз, пугают, но остаются не понятыми родителями. Поэтому, если даже диагноз ясен при первом обращении, сообщая его, надо учитывать состояние матери, уровень ее образования, понимание болезни ребенка. Вероятно, наиболее целесообразным является постепенная подготовка родителей к сообщению диагноза, когда они уже полностью доверяют врачу, настроены на лечение и весь спектр коррекционных занятий, а их собственное психическое состояние улучшилось благодаря тому же врачу. Диагноз сообщается сразу, если родители на этом настаивают, если они неправильно ориентированы на нетрадиционные методы лечения или полностью отказываются от лечения, а невмешательство может значительно ухудшить прогноз.

Психологу и педагогу, работающим с психически больным ребенком, нередко свойственно относить большую часть особенностей его поведения за счет неправильного воспитания, что в данном случае неправомерно, поскольку поведение ребенка в основном, как правило, обусловлено болезнью, а мать лишь «приспосабливается» к нему в течение жизни ребенка. В связи с этим особое внимание надо придавать тщательному сбору анамнеза с динамикой поведения и образа жизни ребенка, учетом привычек, фантазий, сверхценностей, пристрастий, специфики взаимоотношений со всеми членами семьи. Нельзя отвергнуть все, что сложилось в течение многих лет развития ребенка.

Задачи семейной коррекции заключаются в том, чтобы помочь родителям осмыслить характер нарушений у ребенка, научить их адекватному отношению к больному, а также приемлемым методикам педагогической помощи, по возможности влиять на создание благоприятного психологического климата в семье, при необходимости оказывать психотерапевтическую и лекарственную помощь членам семьи. Целенаправленное взаимодействие с семьей должно проводиться одновременно с медико-педагогическими мероприятиями, направленными на коррекцию нарушенного общения, поведенческих расстройств, задержки психического развития и других патологических проявлений у больного ребенка. Задачи коррекционной работы с членами семьи такого ребенка в процессе медико-педагогической работы с ним заключаются в следующем:

- 1) выработке положительного отношения к посещению ребенком коррекционной группы;
- 2) выработке всеми членами семьи единых, адекватных принципов лечения, воспитания и обучения;

3) преодолении нигилизма, равнодушия и апатии по отношению к будущему ребенка, формировании установки на максимально возможный уровень его обучения и профессионального образования;

4) инициации применения в домашних условиях адекватных обучающих методик;

5) преодолении изоляции и консерватизма в семейном укладе, построении более живой, динамичной, разнообразной обстановки, повседневно окружающей ребенка;

6) преодолении негативизма по отношению к медикаментозному лечению ребенка (в тех случаях, когда оно необходимо не только для устранения болезненной симптоматики, но и для облегчения обучения и контактов);

7) формировании эмоционального взаимодействия и взаимопомощи между членами различных семей с детьми;

8) коррекции психических нарушений при обострениях психических заболеваний или патологических реакций у лиц из непосредственного окружения ребенка (при их согласии на лечение);

Если учесть типологическое разнообразие семей психически больных детей, то становится очевидным, что коррекционный подход к семьям должен быть тонко дифференцирован.

Что касается собственно психокоррекционной работы с семьей, то здесь ведущую роль играет рациональная, разъяснительная психотерапия и пропаганда особых методов педагогической коррекции, обучение этим методам для их воспроизведения в домашней обстановке. Необходимы постоянные и по возможности не ограниченные во времени беседы с участниками воспитания ребенка без опасения многократного повторения принципов воспитания и обучения, разъяснения методических приемов, демонстрация игротерапевтических методик, обучающих приемов. Со стороны психиатра и психолога требуются мягкое, сочувственное разъяснение особенностей психического состояния ребенка, убеждение в необходимости и безвредности тех или иных методов медико-психологической коррекции, устранение нигилистического или безразличного отношения к перспективам развития, обучения и профессиональной подготовки больного в будущем.

Одним из важнейших моментов является ориентирование родителей на избегание индивидуального (надомного) школьного обучения, в течение которого в большинстве случаев неминуемо происходит полная инвалидизация некоторых психически больных детей. Последнее становится особенно актуальным в последнее время, поскольку многие школы активно «вытесняют» проблемных детей на домашнее обучение. С прогнозом заболевания и социальным прогнозом врач-психиатр должен познакомить всех остальных специалистов, работающих с ребенком, чтобы избежать неверной учебной и профессиональной ориентации. Так, выраженность продуктивной симптоматики или педагогическая запущенность могут создавать ложное впечатление о «необучаемости» ребенка. Необходимо помнить и о том, что во многих случаях благодаря опережающему развитию и раннему проявлению особых способностей некоторые психически больные дети (например, при рано начавшейся шизофрении и раннем детском аутизме) считаются одаренными. Однако в процессе болезни из-за крайней неравномерности знаний, эмоционального уплощения, отсутствия жизненного опыта и стереотипизации деятельности эта одаренность тускнеет и постепенно нивелируется. Родителей таких детей необходимо осторожно настраивать на обычное очное обучение ребенка и получение им в дальнейшем посильной профессии.

Помимо рациональных задач разъяснения и обучения, налаживание психотерапевтического контакта способствует улучшению психологического состояния членов семьи, расширению их контактов, в частности за счет общения с сотрудниками коррекционного центра. Последние постепенно становятся

«исповедниками» для родственников ребенка, не ограничивая тематику беседы только проблемами воспитания и обучения, но проявляя интерес ко всем сторонам жизни семьи.

Интеграция психически больного ребенка в среду здоровых сверстников встречает немало трудностей, так как при отсутствии специальной подготовки вызывает протест родителей здоровых детей, а потом уже и протест родителей детей с психическими нарушениями.

Подготовку родителей здоровых и «особых» детей к интеграции целесообразно проводить постепенно через предшествующие помещению в стационарную группу игровые родительско-детские группы подготовки к детскому саду, где здоровые и проблемные дети играют вместе в присутствии родителей в сопровождении игротерапевта и психолога. И тем, и другим родителям становится понятно, что дети не только друг для друга безопасны, но даже во многом полезны, так как способствуют развитию познавательных процессов либо оживлению эмоциональной сферы. В тех же игровых подготовительных группах происходит первая кооперация родителей здоровых и «особых» детей.

Противодействие интеграции со стороны родителей здоровых детей полностью исчезает при особой привлекательности детского учреждения. Она создается благодаря благоприятному психологическому климату, профессионализму его сотрудников, обеспеченности специалистами-консультантами различного профиля. Особо учитывается гуманное отношение к детям, индивидуальный подход, низкая заболеваемость интеркуррентными заболеваниями, полноценное питание и т. д. В процессе интегративного воспитания целесообразно проводить обучение родителей как здоровых, так и «особых» детей с помощью программ повышения родительской компетентности и способствовать их содружеству через игровые и психотерапевтические родительско-детские группы.

Совместные занятия с участием родственников, культурные мероприятия в центре, совместное посещение театров, музеев способствуют разрыванию привычного круга замкнутости, обособленности семьи. Родители перестают стесняться своего ущербного ребенка, они быстро начинают осознавать, что сотрудники коррекционного учреждения относятся к ребенку с искренней теплотой, неформальной заинтересованностью, а его пребывание в коррекционной группе не только не травматично, но, наоборот, приносит ребенку удовольствие и радость.

Становясь в процессе медико-коррекционной работы все более доверчивыми и доступными контакту, родители уже не скрывают от сотрудников центра периодов ухудшения собственного психического состояния, ухудшения ситуации в семье, ищут помощи и охотно принимают советы в отношении своего лечения или коррекции внутрисемейной ситуации. При достаточно длительной и целенаправленной работе удается наладить продуктивный контакт даже с наиболее «трудными» членами семьи, изменить их неверные установки в отношении воспитания и лечения ребенка.

Наименее разработанным компонентом работы с семьей «проблемного» ребенка являются образовательные программы, направленные на повышение родительской медико-психолого-педагогической компетентности. Для того чтобы помочь родителям разобраться в особенностях ребенка и целенаправленно добиваться оптимального эффекта - его позитивной социализации, мало постоянной опоры на специалистов различного профиля, осуществляющих комплексную помощь семье и ребенку. Родителям самим необходимы базовые знания в области психологии, психиатрии, коррекционной педагогики и т. п. Такие тематические лектории можно проводить в условиях коррекционно-реабилитационного детского учреждения – в доступной для родителей разного образовательного уровня форме.

Впрочем, основное обучение родителей все же проводится при личном контакте со специалистом во время консультативного приема, когда врач, психолог, дефектолог

подробно (и неоднократно!) разъясняют родителям суть состояния их ребенка, причины болезни, социальный прогноз, тактику коррекционной работы и медикаментозного лечения. В связи с этим, остро встает вопрос о популярной, лаконичной, понятной взрослым с любым уровнем образования, литературе в помощь родителям детей с различными проблемами развития. При этом она должна соответствовать современной медицинской, психологической, юридической и педагогической науке.

Фрагменты целенаправленной работы с семьей представлены центрами «семьи», «семьи и детства», но они охватывают ничтожно малое количество семей, нуждающихся в помощи. Очевидно, работа с семьей «проблемного» ребенка не может быть отдалена от муниципального ведущего и отвечающего за коррекционно-профилактическую работу учреждения и должна осуществляться междисциплинарным коллективом детского сада, школы, коррекционно-реабилитационного центра и т. п.

К сожалению, несмотря на многолетние декларации о приоритетности семьи, опоры на семью в коррекционной работе с дезадаптированными детьми и подростками, в практической деятельности комплексная работа с семьей остается наименее организационно, финансово и методически обеспеченной. Совершенно очевидна необходимость разработок, апробации и внедрения новых методик работы с семьей. Она должна быть направлена на повышение социальной активности членов семьи, ее гармонизации и гуманизации, приобретение основных социальных, педагогических, психологических, юридических и медицинских знаний. Задача этой работы объединение семьи с различными специалистами и другими семьями, увеличение кругозора семьи, а при необходимости и медико-психологическая помощь членам семьи.

Приходится также сожалеть, что, несмотря на стремительное развитие коррекционно-реабилитационной помощи детям, до сих пор остается нерешенным вопрос о специально обученных психологах для работы с семьей психически больного ребенка. Их функции по существу выполняют врачи-психиатры, коррекционные педагоги, логопеды, психологи, работающие с детьми, но недостаток времени и отсутствие специальной подготовки снижают эффективность такой деятельности. Психологи, работа которых направлена именно на родителей, совершенно необходимы, но отсутствуют и в учреждениях для детей с тяжелыми соматическими заболеваниями. В связи с этим остро встает вопрос о выделении ставок семейного психолога во всех реабилитационных учреждениях для детей с особенностями развития и различной патологией.

Групповая работа с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами

Ривкина Н.М.

Современный стандарт оказания психиатрической помощи основывается на биопсихосоциальной модели терапии. Его задачей является не только предупреждение экзacerbации психотической симптоматики. Он ставит гораздо более широкие задачи личностного и социального восстановления пациента, поддержания его дальнейшего роста (И.Я.Гурович, 2007; W.A.Antony, R.P.Liberman, 1986; C.C.Williams, A.A.Collins, 1999; A. Reeves, 2000).

Психосоциальные воздействия ориентируются на ближайшее окружение пациента как на ключевой ресурс процесса восстановления (И.Я.Гурович, 2007; I.N.R.Fallon, 2003). Доказано, что комбинация оптимальной фармакотерапии с семейно-ориентированными вмешательствами демонстрирует наибольшее положительное

влияние на социальное функционирование пациента (И.Я.Гуровия, Я.А.Сторожакова, 2001; Н.Д. Семенова, 2004; L.B.Dixon, A.F.Lehman, 1995; D.L.Penn, K.T.Mueser, 1996; F.M.Pharaoh, J.J. Mari, D.Streiner, 2000; N.A.Huhley, M.Rendall, L.Sederer, 2000; I.R.H.Falloon, R.Roncione, T.Held et al. 2001; E.Pekkala, L.Merinder, 2001).

Особое значение это приобретает при первых психотических эпизодах, когда происходят наиболее серьезные психологические и социальные потери, а семья переживает глубокий психосоциальный стресс, связанный не только с фактом с установлением заболевания, но изменением всей системы внутрисемейного взаимодействия в ответ на социальные потери и изменение поведения пациента в продромальный период и при манифестации болезни.

Исследования показали, что бремя семьи, которое заключается в потере как краткосрочных, так и долгосрочных планов на будущее, в трудностях ежедневного ухода за пациентом, финансовой нагрузке, уменьшении социальной сети, самостигматизации, оказывает влияние не только на здоровье и социальное функционирование родственников, но и затрудняет обеспечение адекватным уходом и поддержкой пациента, что влияет на исход болезни (I.R.H.Falloon 1985; D.A.Perlick et al. 2005). В силу этого, важна полноценная оценка специалистами потребностей семьи и предоставление ей необходимой помощи.

Повышение информированности семьи о различных аспектах психических расстройств, овладение навыками эффективного взаимодействия с пациентом уменьшает эмоциональную экспрессивность семьи, что опосредованно снижает частоту рецидивов и регоспитализаций у пациента (Hogarty et al., 1988). Понимание семьей закономерностей течения болезни, адекватная оценка возможностей пациента, консолидация семьи помогает родственникам занять активную позицию в сотрудничестве с врачами, предоставлении пациенту необходимой поддержки в вопросах поддержания комплайенса, восстановлении социальных потерь продромального периода и предупреждении дальнейших потерь, предотвращает формирование образа «хронически больного». Снижение самостигматизации семьи, нагрузки и субъективного бремени в связи с уходом за болеющим родственником, расширение стратегий совладания с кризисной ситуацией позволяет ей интегрировать травматический опыт. На этом этапе семья готова к созданию «терапевтического» альянса со специалистами.

Семейная форма психосоциальных интервенций является неотъемлемым компонентом комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами и достоверно улучшает исход болезни (D.H.Vaicom, V.Shoham, K.T. Mueser, 1999).

Учитывая специфические потребности родственников на момент поступления пациента в клинику и на стадии становления ремиссии, мультисемейное воздействие было нацелено на развитие навыков эффективного взаимодействия с пациентом, повышение компетентности семьи в понимании различных аспектов болезни близкого, расширение арсенала стратегий совладания со стрессом.

Модель групповой работы с родственниками представляла собой интерактивный тематический семинар с элементами психообразования, коммуникативного и проблемно-разрешающего тренинга, тренинга совладания со стрессом.

Программа психосоциальной работы с родственниками осуществлялась в закрытой мультисемейной группе с количеством участников 10 человек. Цикл состоял из 10 занятий продолжительностью 1,5 часа. Частота занятий – 1 раз в неделю.

Групповая работа осуществлялась двумя ведущими – врачом-психиатром и ко-терапевтом со структурированными ролями. Использовался клиент-центрированный подход с опорой на представления и потребности каждого участника группы.

Программа включала в себя следующие тематические занятия:

Сессия 1. Знакомство.

Целью сессии является прояснение «запроса» родственников. В дальнейшем эта информация помогает ведущим строить занятие с опорой на ожидания и потребности каждого участника. Важно в ходе занятия помочь участникам группы сформулировать все значимые вопросы.

Рекомендуется переориентировать родственников с предоставления анамнестических данных на высказывания о трудностях семьи в связи с началом болезни, изменениях в общении с пациентом и другими членами семьи, потребностях в плане преодоления существующих проблем, что позволяет ориентировать родственников на активную позицию в преодолении кризиса и сотрудничество со специалистами. В ходе занятия необходимо акцентировать внимание участников на том, насколько важной для пациента является поддержка семьи в плане сохранения его социальной роли, роли в семье, положительной самоидентичности.

Одновременно, первое занятие нацелено на создание безопасной, доверительной атмосферы, позволяющей участникам группы говорить о своем опыте и своих переживаниях. Техника активного слушания помогает участникам сформулировать высказывание, дает им ощущение ценности для группы их опыта и переживаний, обеспечивает эмоциональной поддержкой и способствует созданию групповой связности.

Ведущие уточняют, что занятия строятся в режиме интерактивного семинара, ориентированного на вопросы группы. В ходе встречи ведущие представляют участникам тематический план занятий и согласовывают с ними, какие темы требуют особого внимания, при необходимости вводят дополнительные темы.

Сессия 2. Причины психических расстройств.

Целью занятия является выявление и коррекция ложных убеждений о природе психических расстройств, формирование представлений о причинах психических расстройств в рамках модели биопсихосоциальной модели, навыков поддержки больного в стрессовых ситуациях, что способствует снижению тревоги, психоэмоционального стресса.

Ведущие акцентируют внимание участников на том, что возникновение психического расстройства связано с биологической предрасположенностью, проявляющейся в нарушении обмена нейротрансмиттера допамина. Подобная тактика позволяет выработать адекватное отношение родственников к психофармакотерапии, уменьшить самообвинения и самостигматизацию семьи, в наибольшей степени выраженные при первых эпизодах болезни с острым развитием манифеста.

Для объяснения причин возникновения пережитого приступа используется модель диатез-стресс уязвимости, которая актуальна и для соматических заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.). Эта аналогия позволяет снизить самостигматизацию семьи. Модель стресс-уязвимости является надежным инструментом в развитии активной позиции родственников в сотрудничестве со специалистами и обеспечении пациента поддержкой в преодолении стрессовых ситуаций.

Одновременно, при реакции родственников по типу «минимизации» проблемы предоставление информации с позиции модели диатез-стресс уязвимости позволяет концентрировать внимание семьи не на диагнозе, а на анализе специфических для пациента стрессовых факторов и возможностях семьи в плане поддержки пациента в ситуациях стресса.

Сессия 3 - 4. Проявления психических расстройств.

Основная цель занятия – помочь родственникам найти способы эффективного взаимодействия с пациентом, скорректировать возникающие на инициальных этапах болезни нарушения семейного взаимодействия в ответ на изменение поведения пациента, изменение его роли в семье. Это осуществляется через понимание родственниками причин «болезненного» характера поведения пациента, его

субъективного опыта и потребностей, разграничение «болезненного» поведения и особенностей характера. Повышение компетентности родственников в понимании проявлений психических расстройств опосредовано снижает чувство тревоги в связи с изменившимся поведением пациента и самостигматизацию.

Информация о проявлениях психических расстройств обсуждается по определенной схеме:

- проявления симптомов заболевания в поведении пациента;
- субъективное переживание симптома пациентом;
- разработка стратегий эффективного взаимодействия с человеком, переживающим этот симптом.

Информация предоставляется с опорой на индивидуальный опыт участников. Этот прием развивает навыки наблюдения за состоянием пациента родственниками. Характер информации должен быть максимально гибким. Рекомендуются обсуждать не нозологические категории, а отдельные болезненные проявления. Подобная тактика обусловлена необходимостью предупреждения самостигматизации.

Для снижения эмоциональной напряженности семьи и разработки стратегий взаимодействия с болеющим родственником используется техника моделирования поведения. Совместный поиск решений участниками, обмен опытом, а не «рецепты» ведущих, дает родственникам ощущение, что их ситуация не безвыходная, помогает им использовать собственные ресурсы решения проблем.

Техника репетиции поведения позволяет участникам «здесь и сейчас» разработать стратегии реагирования на агрессивное или необычное поведение, бредовые или суицидальные высказывания, стратегии введения ограничений, выражения негативных чувств, просьбы, похвалы без использования критики, гиперопеки или эмоционального отвержения. Родственники инструктируются, что высказывания должны формулироваться четко, с использованием «Я-сообщений», позитивного эмоционального подкрепления и учитывать актуальное психическое состояние пациента.

Обучение родственникам эффективным моделям общения, анализ развивающихся дисфункциональных интеракций, таких как критика, чрезмерная эмоциональная вовлеченность, двойные сообщения, обвинения, позволяет корректировать коммуникативный стиль в семье, служит профилактикой закрепления формирующихся в инициальный период болезни девиаций внутрисемейного взаимодействия.

Используя технику отражения, ведущие эмоционально подкрепляют выработанные родственниками эффективные стратегии совладания с проявлениями болезни. Такой прием дает родственникам ощущение, что они могут самостоятельно найти решение многих проблем взаимодействия с пациентом, что, в свою очередь повышает чувство собственной компетентности, возможности контроля ситуации.

Сессия 5. Признаки обострения. Типы течения психических расстройств.

Цель занятия состоит в том, чтобы научить родственников распознавать признаки, предшествующие рецидиву психоза и разработать стратегию действий в ситуации обострения. Обучение семьи умению видеть ранние признаки рецидива обеспечивает возможность раннего вмешательства, позволяющего уменьшить тяжесть симптоматики и предотвратить госпитализацию пациента, развивает активную позицию семьи в сотрудничестве с врачами, понимание необходимости поддержания комплайенса. Понимание своей роли в снижении риска повторных обострений дает семье ощущение контроля над болезнью, снижает выраженность психоэмоционального стресса, служит профилактикой пассивной позиции пациента и родственников в отношении лечения и восстановления, профилактикой закрепления роли «психически больного».

Обсуждение строится через выявление признаков, предшествовавших развертыванию острой психопатологической симптоматики. На эти признаки родственники могут опираться как на маркеры возможного обострения.

В групповом обсуждении для каждого участника составляется план действий в случае ухудшения состояния больного. В него входит список симптомов ухудшения состояния для данного пациента, контактный телефон врача, которому доверяет больной и родственники и к которому можно обратиться в ситуации ухудшения состояния.

Тема выздоровления при психических расстройствах представляется с позиции модели RECOVERY. В технике когнитивного реструктурирования ведущие представляют идею о том, что в процессе выздоравливания нужно ориентироваться не столько на возвращение к доболезненному состоянию, сколько на определение новых целей, восстановление удовлетворенности жизнью. Понимание родственниками возможностей пациента, его сильных сторон, достижений в плане преодоления болезни предотвращает формирование симбиотических взаимоотношений и гиперопеки, отношения к пациенту с позиции роли «психически больного», служит профилактикой формирования негативной самоидентичности.

Сессия 6 - 7. Методы лечения.

Целью занятия является формирование у родственников адекватных представлений о психофармакотерапии, понимания необходимости поддержания комплайенса и сотрудничества с врачами, предоставления пациенту поддержки и необходимой степени контроля в соблюдении лекарственных назначений. Это осуществляется за счет анализа существующих у родственников представлений и выявления ложных убеждений о психотропных средствах, их влиянии на болезнь, побочных эффектах, а также за счет предоставления информации о препаратах, которые получают пациенты.

Информация предоставляется по следующей схеме: механизм действия препарата, различные формы приема препарата, эффективность, побочные эффекты, способы их преодоления. Подобное конструктивное обсуждение снижает ощущение неопределенности и тревоги в связи с началом медикаментозной терапии при первых эпизодах болезни.

Аналогия с необходимостью длительной медикаментозной терапией при многих соматических заболеваниях, например гипертонической болезни или болезнях эндокринной системы, помогают в преодолении самостигматизации семьи.

Родственников ориентируют на создание семьей адекватного контроля и системы напоминаний о времени и порядке приема лекарств, основанной не на запугивании пациента, критике и чрезмерной опеке, а на понимании мотивов его поведения, на том, как он субъективно переносит фармакотерапию и что от нее ждет, на позитивном отношении, сотрудничестве. Организация семьей совместно с пациентом комфортной системы напоминаний помогают компенсировать нарушения режима терапии в связи с когнитивными дефицитами пациента, оптимизировать комплайенс, уменьшить гипервовлеченность родственников или критику в отношении больного.

Родственники должны быть информированы о необходимости использования при общении с пациентом простых, четких инструкций и если нужно их повторении, недопустимости критики и предотвращения чувства вины при нарушении пациентом лечебного режима, обсуждения с пациентом значимых для него позитивных эффектов терапии, стимулирования его активного участия в процессе лечения.

Техника репетиции поведения позволяет участникам «здесь и сейчас» разработать стратегии реагирования на негативные высказывания или несоблюдение пациентом лечебного режима и медицинских рекомендаций, действий в ситуации отказа пациента от медикаментозной или психосоциальной терапии.

Занятия 8 и 9 строятся на основании запросов участников группы. Приводим план этих занятий в соответствии с вопросами, которые задают наибольший процент участников групп.

Сессия 8 - 9. Социально-правовые аспекты.

Основная цель занятия – повышение чувства эмоциональной защищенности через повышение компетентности в области инструментов юридической и социальной защиты пациентов с психическими расстройствами и их семей. Это содействует снижению тревоги родственников за будущее пациента, снижению гиперопеки, самостигматизации, развитию активной позиции родственников, стимулирует их взаимоподдержку.

Стиль ведения занятия – фасилитирующий, что предполагает равную ответственность участников группы и ведущих и ориентирует участников на собственные ресурсы решения проблем, дает уверенность в собственных силах, помогает снизить выраженность стресса.

Информация предоставляется в формате интерактивного обсуждения с опорой на опыт и знания участников.

В формате стратегического планирования группа обсуждает тему поддержки пациента семьей в плане восстановления социальных потерь и независимого проживания. Оно включает в себя следующие этапы:

- оценка возможностей пациента;
- выделение основных целей;
- определение иерархии целей;
- определение необходимой поддержки родственников;
- составление пошаговой программы действий родственников, позволяющих поддержать пациента в восстановлении социальных навыков и предотвращении дальнейших потерь.

Ведущие обращают внимание группы, что требования семьи, предъявляемые к болеющему родственнику, не должны превышать его возможности.

Сессия 10. Заключительная.

Основная цель занятия – усиление групповой сплоченности и осознание группой ресурсов взаимопомощи.

Обсуждение строится в форме обмена мнениями и опытом. Участники и ведущие делятся своими способами эмоциональной защиты в ситуации стресса и снятия психо-эмоционального напряжения.

Последний этап программы представляет собой группу поддерживающих воздействий. Длительность работы катаргической группы до 1 года. Частота встреч 1-2 раза в месяц. Длительность занятия – 1.5 часа. Стиль ведения группы – фасилитирующий в формате проблемно-ориентированного подхода.

Включение психосоциальной работы с родственниками в систему комплексной терапии пациентов с первыми эпизодами болезни позволяет снизить психоэмоциональный стресс, дезадаптацию родственников, бременя семьи. В результате работы с родственниками подвергаются обратному развитию дисфункции внутрисемейного взаимодействия.

Мультисемейное воздействие оказывает наиболее выраженное влияние на социальное функционирование, носит превентивно-сберегающий характер и позволяет пациентам восстановить потери продромального периода и сохранить прежние социальные позиции. Понимание родственниками своей роли в помощи пациенту, активное сотрудничество семьи с врачами способствует улучшению комплайенса и своевременному обращению за помощью при ухудшении состояния пациента, что

опосредованно повышает качество ремиссий и снижает частоту повторных регоспитализаций.

Волонтерство как один из ресурсов для создания реабилитационного пространства

Корепанова И.А.

В рамках данной статьи мы бы хотели подойти к обсуждению проблемы волонтерства и роли волонтеров в создании реабилитационной среды.

Почему только подойти к проблеме? Ответ лежит на поверхности – в российской психологии пока нет систематических исследований, в которых бы анализировался этот феномен – волонтерство. Существуют немногочисленные педагогические работы [см., например 2, 6, 8], в которых обсуждается социальный эффект волонтерства, мотивация волонтеров, но их явно недостаточно.

В нашей небольшой статье мы обратимся к нескольким моментам – к характеристике волонтерства как социально-психологического явления, к обсуждению возможных мотиваций волонтерской деятельности, к анализу того, как волонтерская деятельность может стать сама способом реабилитации.

Кто такие волонтеры? Что такое волонтерство? Волонтер – слово, пришедшее в русский язык из французского. В словаре Даля [4] – повольщина, доброволец, вольнослужащий; причисленный на своем иждивении и по своей воле, в военное время, к войску, но не вступивший в службу. В современном русском языке слово «волонтер» синонимично слову «доброволец».

Во Всеобщей Декларации Добровольчества [3] говорится о том, что добровольчество — фундамент гражданского общества. Оно привносит в жизнь устремления человечества к достижению мира, свободы, безопасности и справедливости. Добровольчество способствует тому, что все граждане вовлекаются в процесс определение и решение проблем общества, поддерживает и создает возможности для гражданина быть лидером посредством добровольного служения обществу; приобретать новые знания и навыки, полноценно развивать свой персональный творческий потенциал и уверенность в себе; содействует семейной, общинной, национальной и глобальной солидарности.

Одна из первых книг, в которой обсуждались эти вопросы, вышла в 1996 году при поддержке Charities Aid Foundation в России и называлась «Что такое третий сектор или благотворительность для чайников» [1]. К «третьему сектору» были отнесены все некоммерческие организации (то есть те организации, которые созданы и существуют не с целью привлечения прибыли, а для того, «чтобы помочь себе и другим», «сделать новое дело, добиться каких-то изменений»). В общественных или некоммерческих организациях в основном работают волонтеры или добровольцы. О. Алексеева отмечает, что добровольцы работают бесплатно, то есть деньги не являются ведущей мотивацией деятельности, но не даром. «В обмен» за свою работу они получают новые профессиональные навыки, ощущение причастности к социально-важному делу, избавление от одиночества и т.п. Во многих организациях волонтеры проходят обучающие тренинги, с ними работают специалисты, передавая им определенные знания, умения, часто – формируя из волонтеров рабочие группы, команды.

Л.П. Конвисарева дает такое обобщенное определение: «Волонтерское движение – это добровольная форма объединения для мобилизации социальной инициативы, достижения общественно значимых целей, совместного решения общих проблем, способствующая личностному росту его участников и развитию социальной

активности молодежи» [5]. Уже в самом определении содержится идея того, что волонтерство – прежде всего ресурс личностного развития человека.

Когда появилось и насколько оно распространено в мире?

Как особое социальное явление оно было осознано в начале 20 века. После Первой мировой войны во Франции под Страсбургом в 1920 году был осуществлен первый волонтерский проект, в котором немецкая и французская молодежь восстанавливала фермы, которые были разрушены во время боев между немецкими и французскими войсками.

Одними их первых международных организаций были – SCI (Service Civil International) и YAP (Youth Action for Peace). Service Civil International основана в 1920 году, сейчас имеет 33 отделения по всему миру. В ее задачи входит продвижение идей мира, международного взаимопонимания и солидарности, социальной справедливости и защиты окружающей среды. YAP (Youth Action for Peace) начала свою деятельность в 1923 году, распространяя идеи мира и сотрудничества между странами и активно выступая против военных конфликтов. YAP имеет отделения в 15 странах и объединяет политически активную молодежь в добровольческом движении.

Точные данные о количестве волонтеров привести практически невозможно. В США их около 49% (тех, кто минимум 4 часа в неделю тратит на добровольный труд), во Франции – 19 % (кто хотя бы один раз участвовал в волонтерской акции). 34 % жителей Германии считают себя волонтерами (более 15 часов в неделю участвуя в волонтерских активностях). Но эти цифры более чем условны и не свидетельствуют о реальной вовлеченности в волонтерскую деятельность. Некоторые люди, участвуя в волонтерских акциях, не знают об этом или не отдают себе отчет в этом. Так, сбор желудей во время акции Гринпис России – добровольческая деятельность. Но можно ли считать человека, собравшего 100 желудей – волонтером Гринпис? А человека, посадившего 10 желудей в питомнике Гринпис, собранных другими?

Наиболее распространенные сферы деятельности волонтеров – охрана окружающей среды, помощь социально-незащищенным (людям с ОВЗ, проживающим в детских домах, бездомным, пожилым, находящимся длительное время в больницах, в местах лишения свободы и т.п.), пострадавшим в природных и техногенных катастрофах, в зонах конфликтов, ВИЧ-инфицированным.

Почему люди становятся волонтерами? О.Алексеева [1] выделила ряд причин, которые связаны с реализацией важных потребностей человека:

потребность быть нужным. Участие в волонтерской деятельности, позволяет это реализовать, ощутить свою полезность;

потребность в общении – волонтеры объединяются в группы близких по духу, разделяющих общие интересы;

интерес – волонтерская деятельность связана с выполнением необычных, редко встречающихся в обычной жизни деятельностей, переживание необычного опыта;

внешняя привлекательность. Участники добровольческих акций имеют отличительные знаки, одежду, манеру поведения, привлекательные для окружающих;

профессиональная проба, карьерный рост;

творческая реализация;

проведение насыщенного осмысленного досуга;

подтверждение своей самостоятельности и взрослости. Став волонтером, и работая над серьезными проблемами, люди доказывают окружающим свою зрелость, самостоятельность и... оригинальность.

Ресурсные возможности. Работая волонтерами, люди становятся обладателями сопутствующих благ — поездок, интересных книг и фильмов, новых связей, интернет-ресурсов, компьютеров и т.п.

По данным Российского центра развития добровольчества (данные приводятся по [1]) 75% россиян желают быть социально полезными, 48% – приходят в

волонтерские проекты с намерением реализовать свою идею, инициативу, 65% – хотят способствовать важным изменениям в обществе, 40% – получить новые знания, навыки.

Приведем примеры мотивации участия в качестве волонтера в проектах молодых людей в России и Германии. В начале беседы на прямой вопрос о том, почему каждый из них участвует как волонтер в том или ином проекте, мы получали ответы «Я хочу помочь детям. Я хочу, чтобы дети были более счастливые»... В ходе длительной беседы респонденты постепенно формулировали и другие мотивы.

Образно каждую мотивацию мы обозначили одним словом.

Сначала представим материалы, собранные во время неструктурированных бесед с молодыми людьми, волонтерами из Германии (Беседы проводились в рамках проекта «Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья – детский сад и школа», выполняемому в 2010-2011 г. в рамках стипендии Бундесканцлера Германии).

Со-радость. Даниэлла (все имена изменены), студентка из Варшавы, учится на лингвистическом факультете в университете Потсдама. Раз в неделю участвует в работе детско-родительской группы (дети с синдромом Дауна 2-3х лет) благотворительной организации «Lebenshilfe». На занятиях помогает эрготерапевту, играет с детьми. На вопрос, почему принимает участие в проекте, ответила, что ей нравится общаться с детьми, нравится атмосфера радости и уверенности. Один вечер в неделю – небольшое время, которое она с удовольствием проводит вместе с новыми людьми. Специалисты, работающие в группе – излучают жизнелюбие и позитивное отношение к миру, в общении с ними, с родителями детей с синдромом Дауна Даниэлла черпает силы и вдохновение, заряжается положительными эмоциями.

Воспоминание. Мария, по профессии – полицейский, так же раз в неделю приходит на занятия детско-родительской группы (дети с синдромом Дауна 4-5х лет) благотворительной организации «Lebenshilfe» и так же помогает эрготерапевту, играя с детьми. Ее мотивация участия несколько иная. Перед поступлением в ВУЗ она провела так называемый социальный год (Freiwilliges Soziales Jahr) в Норвегии, работая в аналогичной организации в качестве помощника педагога, проводящего развивающие занятия с детьми с различными генетическими заболеваниями. По словам Марии, участие в группе позволяет ей еще раз пережить и вспоминать свое пребывание в Норвегии, через этих детей она как бы общается с теми, с кем успела подружиться в Норвегии.

Вызов. Наир, студент-юрист ежегодно на протяжении 5-ти лет принимает участие в одной поездке в качестве сопровождающего молодых людей со множественными нарушениями в поездку на берег Балтийского моря в составе группы волонтеров организации «Дюнамис». Наир считает это событие для себя вызовом. Участвовать в таком мероприятии он считает возможным для себя только один раз в год (так как это требует неделю каникулярного времени, большую часть которого он посвящает зарабатыванию денег для обучения), во время этой поездки, общаясь с ровесниками, страдающими серьезными психическими заболеваниями, он учится терпению и уверенности в себе. Так же для Наира стимулирующее и то, что он делает такое дело, которое для многих сложно и невыполнимо (как он считает).

Долг. Детмар, в прошлом социальный работник (проработал по специальности 2 года), сейчас – автомеханик. Участвует в поездках организации «Дюнамис» раз в год в качестве сопровождающего юноши со множественными нарушениями. Начинать работать в организации как специалист, но через три года понял, что эта работа – не для него, слишком эмоционально тяжело постоянно сталкиваться с тяжелобольными сверстниками, общаться. Стал работать как автомеханик, имея минимальные контакты с людьми. Но раз в год считает необходимым возвращаться к своей прошлой профессиональной деятельности, тем самым отдавая долг тем людям, которые его учили профессии.

Следующие примеры взяты из наблюдений и бесед с молодыми людьми, участниками волонтерских проектов в г. Москве.

Часть жизни. Дмитрий – студент психологического ВУЗа. Участвует в волонтерском проекте более 10-ти лет, каждое лето в течение 2-х недель, последние 5 лет – в качестве руководителя детской группы, включающей несколько детей с различными нарушениями развития. Юноша пришел в проект в 11 лет, с проектом связаны основные вехи взросления. Для него участие в проекте – естественное времяпровождение. Вопрос о том, почему он выбрал именно такую форму волонтерской активности и помощи, вызвал недоумение, которое Дмитрий объяснил тем, что он не считает свое участие в проекте чем-то особенным, проект для него – естественная часть жизни, его внутреннего и внешнего мира, а о пользе и благородстве целей он никогда не задумывался.

Профориентация. Надежда, студентка психологического ВУЗа, включена в работу нескольких волонтерских проектов – летом в летнем лагере две недели, в течение учебного года 1-2 раза в месяц участвует в организации и проведении занятий с детьми. Участие в проекте помощи детям с нарушениями развития с ее точки зрения – прекрасная возможность проверить себя, свой профессиональный выбор. Она с детства хотела работать с детьми, но не знала, сможет ли. В ВУЗе, в котором она начала учиться, с ее точки зрения слишком мало времени уделяется практике, и она не уверена, что по окончании обучения до конца поймет, насколько для нее ее профессиональный выбор осознан и верен. Работая волонтером, общаясь с разными детьми и их родителями, она больше узнает о своих возможностях и профессиональных интересах.

Семья. Марианна, студентка-журналистка, участвует в деятельности волонтерского проекта в течение 2-х недель летом как педагог в одной из групп, в которую включены дети с нарушениями развития. Свое участие объясняет тем, что ее брат имеет нарушения развития, и она хочет быть рядом с ним, принося пользу не только ему, но и другим детям. Ей представляется, что она может лучше понять трудности и переживания ребенка с ОВЗ.

Значимый другой. Светлана, студентка психологического ВУЗа, принимает активное участие в организации волонтерского проекта, посвящая ему еженедельно от 2-х до 20 часов. Для Светланы руководители волонтерского проекта – референтные люди, на которых она хотела быть похожей. Участвуя в волонтерской работе, она имеет возможность постоянного общения с ними, действенного подражания их поведению.

Приведенные примеры, безусловно, не исчерпывают всего многообразия возможных мотиваций. Мы отдаем себе отчет, что помимо явных мотивов, существуют и скрытые, неявные, неосознаваемые и тщательно скрываемые, вытесняемые. Этими примерами мы бы хотели продемонстрировать многообразие мотивов молодых людей, участвующих в добровольческих проектах. Мы видим, что волонтерство – полимотивированная деятельность. Распространенной является ситуация, когда прямое содержание деятельности – помощь другим людям («профильная» деятельность волонтерского проекта) не выступает для волонтера смыслообразующим, но делает это волонтер с удовольствием и ответственно. Привлекательным может быть иное в проекте – принадлежность к группе, общение, занятие социально-одобряемой деятельностью и т.п. Безусловно, существуют и ситуации, когда волонтеры приходят в проекты и потому, что для них центральной является заявленная цель – помощь людям с ОВЗ, охрана лесов от пожара и т.п. Нам представляется важным рефлексивное отношение руководителей проектов к тому, что волонтеры могут иметь различные цели, как совпадающие с целями проекта, так и нет.

Волонтерская деятельность помогает человеку решить ряд жизненных задач. Насколько она влияет на его мировоззрение? Безусловно, ответить на этот вопрос,

напрямую и однозначно, невозможно. Эта проблема имеет множество аспектов и многопланова. Один из них – изменение отношения к людям с ОВЗ в результате вовлеченности человека в общение с этими людьми. Изучение отношения к людям с ОВЗ у тех, кто с ними работает – активно разрабатываемая тема в социальной психологии. Так же постепенно предметом анализа становится и изучение представлений о сверстниках с ОВЗ у учеников инклюзивных детских садов и школ [по 7]. В отечественной психологии таких работ практически нет. И в связи с этим особенно интересно исследование А.Перовой, выполненное на кафедре социальной психологии МГУ [7]. Ею был проведен анализ представлений об инвалидности у двух групп студентов – будущих журналистов, не имеющих опыта общения с людьми с ОВЗ и студентов различных специальностей, имеющих опыт общения и волонтерской помощи людям с ОВЗ (В тексте работы используются слова «инвалид», «инвалидность». Это вызвано тем, что в обыденной речи (а именно обыденные представления и изучались) в нашем обществе используются именно эти обозначения. Мы будем стараться использовать выражение «человек с ОВЗ», а «инвалид», «инвалидность» использовать только в исключительных случаях). Было выявлено, что представления об инвалидности у волонтеров менее абстрактны и более личностны, нежели у журналистов. Образ человека с ОВЗ у журналистов основан преимущественно на абстрактных и внешних категориях – на признаках физической инвалидности. Идея помощи инвалидам связана с видами помощи, оказываемой физическим инвалидам, с материальной поддержкой – пенсии, льготы, социальная помощь. В структуре представлений преобладают негативные эмоции (жалость, страх). Ожидалось, что представления об инвалидности среди тех, кто имеет опыт общения с людьми с ОВЗ, будет несколько иной. Это оказалось не совсем так. В основном представление об инвалидности среди волонтеров основывается так же на образе физического инвалида. Представления содержат так же ассоциации, связанные с личностью (например, сила воли), но они не многочисленны. Представления о помощи у волонтеров более дифференцированы. Волонтеры отмечают не только материальную, но и психологическую помощь (поддержка, забота). Автор предполагала, что волонтеры при формулировании представлений об инвалидности введут так называемые диагностические критерии, то есть указывать на различные признаки инвалидности и на то, что людям с разными ограничениями необходима различная помощь. Это оказалось лишь отчасти справедливо. Волонтеры указывают диагностические критерии, но на основе лишь индивидуального опыта. Автор делает общий вывод о том, что «вовлечённость студентов в благотворительную деятельность по помощи инвалидам, действительно, связана с появлением ряда особенностей структуры и содержания представления: ядро представления об инвалидности является более сформированным, элементы ядра меняя абстрактны по сравнению с представлением журналистов... В структуре представления об инвалидности среди волонтеров не появляются личностные категории на уровне ядра и диагностические категории не попадают в периферию, хотя и личностные и диагностические категории появляются в содержании представления об инвалидности и отражены при контент-анализе содержания представления» [7, стр. 76].

Результаты этого эмпирического исследования нам представляются очень интересными и важными для понимания того, что происходит с человеком, занимающимся волонтерской деятельностью в области помощи людям с ОВЗ.

Важный вопрос – волонтерство тех, кто сам принимал волонтерскую помощь. В нашем случае это дети, подростки, молодые люди с нарушениями развития. Наш многолетний опыт работы в интеграционном проекте «Турград» (проект существует более 10 лет как один из проектов АМИО (Ассоциации молодежных инвалидных организаций) и как студенческий отряд МГППУ) показывает, что для молодых людей с ОВЗ (в нашем случае – с интеллектуальной недостаточностью) возможность

участвовать в качестве волонтера – важный шаг вхождения в общество. Л.С. Выготский, говоря о проблемах психического развития ребенка с нарушениями, писал о так называемом «социальном вывихе», о том, что отношение окружающих может усугублять нарушение (жалость, снижение требований, желание сделать все за ребенка и т.п.). Продолжая мысль Л.С. Выготского, можно сказать, что ребенку, молодому человеку с ОВЗ необходимо создать такую среду, в которой он бы имел возможность проявлять себя как активн действующий, помогающий субъект, а не только как принимающий помощь других. Эта же идея лежит в основе многих реабилитационных программ для людей, имевших химическую зависимость, страдающих СПИДом.

На протяжении 3-х лет подростки и молодые люди с интеллектуальными нарушениями участвуют совместно со своими здоровыми сверстниками в качестве волонтеров в экологических акциях Гринпис – собирают желуди, создают питомники для саженцев, сажают свой лес в Подмосковье. Приведем пример.

Умею сам, значит, могу помочь. Юноша с интеллектуальной недостаточностью участвовал в посадке деревьев несколько раз, запомнил всю последовательность операций. Родственники на даче решили посадить саженец яблони. Начали посадку в соответствие с инструкцией, выданной им при покупке. Юноша, пронаблюдав неумелые попытки, отстранил родственников и посадил дерево так, как его учили в Гринпис. Родственники были поражены его умениям, ловкости и аккуратности. Юноша гордо рассказал, что он уже посадил «целый лес вокруг большого пруда», и что все друзья умеют сажать деревья так же хорошо, как и он, также рассказал о технологии выращивания деревьев из семян (в том числе желудей), роли деревьев в создании атмосферы и газообмене на планете, объяснил технологию защиты саженцев от пожаров, программе посадки деревьев школьниками из разных городов России. После этого случая отношение к юноше в семье несколько изменилось. Близкие увидели в юноше не только объект собственной заботы, но и имеющего собственную позицию активного деятеля.

Тот же юноша, приехав на посадки очередной раз, оказался единственным молодым человеком среди девушек-новичков и подростков. Никто из них не имел опыта посадок. Юноша вновь оказался активным деятелем, не только сам сажающий саженцы, но и передающий свой опыт другим.

В этом примере для нас важно то, что человек с ОВЗ, постоянно являющийся тем, кому оказывают помощь, кого включают как потребителя в те или иные проекты, имеет возможность быть не получателем, а активным участником. Безусловно, чтобы такое участие было возможно, должна быть проведена большая подготовительная работа.

Еще один важный реабилитационный аспект волонтерской работы – участие родителей детей с ОВЗ в качестве волонтеров. Традиционно родители, как и дети, получают ту или иную помощь специалистов, благотворительных и др. организаций. Это может привести к формированию определенной потребительской позиции и психологическим трансформациям. Включение родителей как активных со-деятелей, со-участников, со-творцов в те или иные волонтерские проекты может стать как профилактикой возникновения личностных искажений, так и хорошим способом постановки новых задач саморазвития, профессионального становления и совершенствования. Но эта проблема требует отдельного анализа, наблюдений и эмпирических исследований.

Наш краткий обзор не имел цели всестороннего анализа проблемы волонтерства, скорее в нем мы заострили внимание на некоторых аспектах волонтерства как социально-психологического явления.

Литература

1. Алексеева О. Что такое третий сектор или благотворительность для чайников. М., 1996.
2. Беленький Д.Б. Психолого-педагогические аспекты волонтерской деятельности учащихся на ООПТ. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://vcra.progressor.ru/publications/art2.htm>
3. Всеобщая Декларация Добровольчества. Провозглашена на XVI Всемирной Конференции Добровольцев Международной Ассоциации Добровольческих Усилий (IAVE), Амстердам, январь, 2001 г. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://old.style.jaba.ru/social/docs/declaration.pdf>
4. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. М., 2006.
5. Конвисарева Л.П. Волонтерское движение как фактор развития социальной активности молодежи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 Кострома, 2006 .
6. Кудринская Л.А. Добровольческий труд: опыт теоретической реконструкции. М., 2006.
7. Перова А. Особенности социальных представлений об инвалидности среди молодёжи в России. Курсовая работа. Рукопись. М., МГУ, 2010.
8. Руклинская И.Н. Добровольческие инициативы в реабилитации детей с ограниченными возможностями: Теория и практика добровол. движения в соц. сфере: метод. пособие / И.Н. Руклинская, О.Ф. Петрова, Е.В. Сопова. Кемерово, 2001.

Развитие коммуникативной компетентности молодых инвалидов по зрению посредством деловой игры

Баскакова Ю.В.

Проблема формирования навыков продуктивного взаимодействия людей с нарушениями зрения в разные годы волновала Ф.И. Шоева, Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, Б.И. Коваленко, В.И. Лубовского и многих других. Так, например, в работах Л.В. Егоровой можно встретить упоминание о том, что большая часть людей с ограниченными возможностями зрения испытывает трудности в общении, которые, несомненно, приводят к формированию феномена отчуждения у незрячего человека, находящегося в обществе зрячих людей.

А.А. Бодалёв писал о том, что результат взаимодействия между людьми напрямую зависит от того, как они отражают и интерпретируют поведение, облик партнера и оценивают возможности друг друга, а сужение использования зрительного восприятия у слабовидящих в общении не только затрудняет, но даже делает невозможным восприятие партнера, его выразительных средств, несущих информацию об особенностях характера и эмоциональном состоянии. Невозможность дистантного восприятия мимических и пантомимических проявлений собеседника приводит к неадекватному восприятию реальных характеристик субъекта.

По мнению А.Г. Литвака, сокращение или отсутствие возможности зрительно воспринимать и непосредственно подражать внешним выразительным движениям окружающих отрицательно сказывается на понимании ситуативной, сопровождаемой мимикой и пантомимикой устной речи. С одной стороны слабовидящий не воспринимает массу мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказыванием самые различные оттенки и значения, с другой стороны не пользуясь в своей речи этими средствами, слабовидящий человек существенно обедняет свою речь, она становится маловыразительной.

Современные исследования в области тифлопсихологии показывают, что различные нарушения зрения негативно влияют на ход и результат межличностного

взаимодействия молодых инвалидов по зрению как между собой, так и с людьми, не имеющими подобных проблем. В связи с этим, сегодня актуальной является проблема развития коммуникативной компетентности слепых и слабовидящих в возрасте от 18 до 40 лет. Значимость данной проблемы обусловлена еще и тем, что юношеский возраст и возраст молодости являются наиболее проблемными для слепых и слабовидящих людей. Именно в этот период часто меняется их социальный статус и место в обществе, формируется новая модель поведения в отношении с окружающим миром, возникает потребность в продуктивном взаимодействии с окружающими людьми. Вследствие таких психологических изменений молодые инвалиды по зрению начинают испытывать определенные трудности в процессе межличностного взаимодействия, особенно, если в роли собеседника оказывается человек, не имеющий проблем со зрением.

Учитывая актуальность вышеописанной проблемы и изучив основные существующие методы активного обучения, применяемые в работе со слепыми и слабовидящими людьми, мы пришли к выводу, что наиболее эффективным методом развития навыков коммуникативной компетентности молодых инвалидов по зрению выступает ролевая деловая игра. Все дело в том, что именно деловая игра – это метод активного обучения, направленный на практическое освоение нового опыта. Истоки деловой игры восходят к обрядам и ритуальным танцам древних охотников, моделирующим процесс охоты до ее начала и выполняющим не только магические, но и учебные функции. Сегодня деловая игра активно применяется в образовательной практике высших и средних учебных заведений, научно-методических конференциях и различных курсах переподготовки кадров и повышения квалификации.

Одной из особенностей деловой игры является то, что она не только представляет собой упрощение и моделирование реальной ситуации, но и объединяет такие педагогические приемы, как: лекция, дискуссия, мозговой штурм, проектирование, анализ ситуации и т. д., что, в свою очередь, приводит к появлению у ее участников большей активности, самостоятельности, мобильности, способности ориентироваться и принимать решения в проблемной ситуации. А активность, самостоятельность и мобильность – это основные личностные качества, которые нужны молодым инвалидам по зрению для успешной социальной адаптации. Именно поэтому деловая игра и занимает особое место в работе со слепыми и слабовидящими людьми.

Основной целью нашей работы стало выявление и повышение уровня коммуникативной компетентности слепых и слабовидящих в возрасте 18 – 40 лет посредством деловой ролевой игры. В исследовании принимали участие 2 группы молодых инвалидов по зрению: контрольная и экспериментальная. В каждую из групп входило по 28 испытуемых (12 totalmente слепых и 16 слабовидящих). Исследование включало в себя три этапа:

Первый этап исследования заключался в том, что испытуемым обеих групп предлагалось пройти тест коммуникативных умений Л. Михельсона, с помощью которого определялся уровень коммуникативной компетентности и сформированности коммуникативных умений. В таблице 1 представлены результаты первого этапа исследования:

Таблица 1. Результаты первого этапа исследования

Группа испытуемых	Тип общения		
	Компетентный	Зависимый	Агрессивный
Экспериментальная группа	16 человек (57%)	10 человек (36%)	2 человека (7%)
Контрольная группа	17 человек (61 %)	7 человек (25%)	4 человека (14%)

На втором этапе исследования испытуемые экспериментальной группы в течение пяти дней играли в разработанную нами ролевую деловую игру, направленную на выработку навыков продуктивного общения, формирование умения работать в команде и способность принимать различные социальные роли включал в себя две стадии. С испытуемыми контрольной группы никаких занятий не проводилось.

Целью разработки деловой ролевой игры являлось исследование с ее помощью основных базовых принципов ведения групп, анализ различных психологических процессов, происходящих в группах молодых инвалидов по зрению, изучение технологии групповой работы со слепыми и слабовидящими. Разработанная нами деловая ролевая игра направлена на выработку навыков продуктивного общения, формирование умения работать в команде и способность принимать различные социальные роли.

В основу деловой игры были положены шесть основных психолого-педагогических принципов организации:

1. Принцип имитационного моделирования – моделирование реальных условий профессиональной деятельности;
2. Принцип игрового моделирования – включение в игровую ситуацию реального содержания и форм конкретной профессиональной деятельности;
3. Принцип совместной деятельности – вовлечение в познавательную деятельность нескольких участников игры одновременно. Этот принцип реализуется в выборе и характеристике ролей, определении их полномочий, интересов и средств деятельности;
4. Принцип диалогического общения – всестороннее обсуждение учебного материала обучающимися, которое позволяет добиться комплексного представления ими значимой деятельности;
5. Принцип двуплановости – развитие реальных личностных характеристик участников в «мнимой», игровой ситуации;
6. Принцип проблемности – развертывание конкретной проблемы в игровой имитационной деятельности.

В ходе разработки сценария деловой игры были выделены следующие задачи:

1. Освоение концепции коммуникативной компетентности;
2. Отработка навыков активного слушания:
 - формулирование правильных вопросов
 - «малого разговора»
 - уточнения и побуждения к развертыванию ответа
 - перефразирования
 - интерпретации
3. Отработка одной из техник снижения эмоционального напряжения – вербализации эмоциональных состояний;
4. Отработка навыков вступления в контакт с использованием располагающих к контакту невербальных сигналов.

На третьем этапе исследования испытуемые обеих групп вновь прошли тест коммуникативных умений Л. Михельсона. В таблице 2 представлены результаты третьего этапа исследования.

Таблица 2. Результаты третьего этапа исследования

Группа испытуемых	Тип общения		
	Компетентный	Зависимый	Агрессивный
Экспериментальная группа	19 человек (68%)	7 человек (25%)	2 человека (7%)
Контрольная группа	16 человек (57%)	8 человек (29%)	4 человека (14%)

Чтобы выявить, действительно ли разработанная нами деловая игра способствует повышению коммуникативной компетентности молодых инвалидов по зрению, мы использовали статистический критерий Манна–Уитни, предназначенный для выявления статистически значимых различий в малочисленных выборках.

В ходе статистической обработки данных выяснилось, что статистически значимые различия между результатами, полученными на первом и третьем этапе исследования, наблюдаются только у испытуемых экспериментальной группы. Следовательно, разработанная нами деловая игра действительно способствует развитию коммуникативных навыков слепых и слабовидящих людей.

Использование деловой игры для развития коммуникативной компетентности молодых инвалидов по зрению является актуальным еще и потому, что именно такой метод активного обучения обеспечивает устойчивое личностное развитие людей с нарушениями зрения, за счет заложенных в нем трех основных потенциалов:

1. Образовательного – освоение широкого набора компетенций (освоение реальных знаний, проектирование различных видов деятельности и др.);
2. Развивающего – актуализация различных видов деятельности: теоретической, практической, творческой, алгоритмической, спонтанной, реальной и имитационной;
3. Реабилитационный – игровая ситуация как способ моделирования конкретной деятельности, с одной стороны, и как условная ситуация, позволяющая отработать то, что в реальной жизни слепым и слабовидящим отработать практически невозможно – с другой.

Наиболее значимым здесь выступает тот факт, что реабилитационный потенциал деловой игры проявляется не только в как таковой возможности моделирования различных ситуаций, но и в обучении молодых инвалидов по зрению принятию осознанных решений в рамках созданной ситуации.

Опираясь на мнения участников и полученные в ходе исследования результаты, мы скорректировали сценарий разработанной деловой игры и вновь провели ее на новой выборке, которую составили 40 молодых инвалидов по зрению в возрасте 18 – 40 лет, проживающие на территории Республики Татарстан. Также необходимо отметить, что участники новой выборки до момента проведения нашей деловой игры не были знакомы между собой.

Ход деловой игры условно делился на три значимых этапа:

1. На первом этапе было проведено знакомство участников между собой путем проведения с ними тренинга командообразования, в конце которого все участники прошли тест коммуникативных умений Л. Михельсона, с помощью которого определялся уровень коммуникативной компетентности и сформированности коммуникативных умений;

2. Второй этап включал в себя случайное деление участников на пять рабочих групп (по 8 человек в каждой) и собственно проведение деловой ролевой игры, которое проходило в течение трех дней;

3. На третьем этапе участники всех групп были объединены и вновь прошли тест коммуникативных умений Л. Михельсона.

В ходе статистической обработки данных выяснилось, что статистически значимые различия между результатами, полученными путем использования теста коммуникативных умений Л. Михельсона перед началом деловой игры и после ее окончания, наблюдаются только у тех участников всех рабочих групп, которые до начала деловой игры имели низкий уровень коммуникативной компетентности или уровень коммуникативной компетентности чуть ниже среднего.

Таким образом, мы можем говорить о том, что разработанная нами деловая игра способствует развитию коммуникативной компетентности инвалидов по зрению в возрасте 18 – 40 лет, но ее применение целесообразно только при работе на начальном этапе формирования навыков коммуникативной компетентности.

Литература

1. Бабаджанян М.Г. Психофизиологические основы научной организации труда слепых на предприятиях ВОС. М., 1970.

2. Богун О.А. Психологические особенности лиц с нарушением зрения // Специализированная медицинская помощь и проблемы сердечно-сосудистой патологии при заболеваниях, травмах, ранениях: Тезисы докладов научно-практической конференции 6 декабря 2002 г. М., 2002.

3. Бойко О.В. Охрана психического здоровья. М., 2004.

4. Ермолович З.Г. Психолого-педагогические аспекты реабилитации инвалидов по зрению // Психологическое обеспечение элементарной реабилитации слепых. М., 1988.

5. Неумывакин А.Я., Гилилов Е.И. Социально-трудовая реабилитация инвалидов: Отечественный и зарубежный опыт. СПб., 2001.

6. Силкин Л.Н. Психологическое обеспечение элементарной реабилитации слепых. М., 1982.

Авторский коллектив

Баскакова Ю.В. – культурно-спортивный реабилитационный комплекс Всероссийского общества слепых, аспирант кафедры психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии МГППУ.

Вайткявичене А. – доцент Шауляйского университета, кандидат педагогических наук.

Войтенко Р.М. – Институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург, профессор, академик Международной Балтийской педагогической академии, Заслуженный врач РФ.

Гусева М.А. – директор Автономной некоммерческой организации по реабилитации детей с онкологическими заболеваниями «ДЕТИ» (АНО «Дети»).

ДеВульф М. – «Кистоун Хьюман Сервисес», отделение в Центральной Пенсильвании, США / Keystone Human Services Central Pennsylvania, USA, доктор психологии.

Иовчук Н.М. – профессор кафедры психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии МГППУ, доктор медицинских наук, профессор.

Корепанова И.А. – кандидат психологических наук, доцент кафедры возрастной психологии факультета психологии образования МГППУ.

Курганова Ю.Е. – доцент кафедры психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии МГППУ, кандидат психологических наук.

Лебедь О.Л. – научный сотрудник кафедры социологии семьи и демографии социологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова, кандидат социологических наук.

Малюкова Н.Г. – заведующая отделением медицинской психологии Центра патологии речи и нейрореабилитации, старший научный сотрудник МНИИ Психиатрии Росздрава, доцент кафедры психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии МГППУ, кандидат психологических наук.

Мелик-Пашаев А.А. – заведующий лабораторией психологических проблем художественного развития Психологического института РАО, доктор психологических наук.

Мирошкин Р.Б. – психолог Института практической психологии и психоанализа.

Никитин В.Н. – заведующий кафедрой философской антропологии и арт-терапии Института психологии и педагогики (г. Москва), председатель Восточно-европейской ассоциации арт-терапии (г. София), доктор философских наук, кандидат психологических наук, профессор

Порохина Ж.В. – директор ГУСО социально-оздоровительного центра «Преодоление», Самарская обл., Тольятти, кандидат психологических наук.

Ривкина Н.М. – Московский НИИ психиатрии Росздрава.

Творогова Н.Д. – руководитель отделения клинической психологии, заведующая кафедрой Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, доктор психологических наук, профессор.

Северный А.А. – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, психиатр высшей категории, член экспертного совета Министерства образования РФ, президент АДПП.

Фисун Е.В. – преподаватель кафедры «Системная семейная терапия» Института практической психологии и психоанализа, член Общества семейных консультантов и психотерапевтов и Европейской ассоциации психотерапевтов.

Цейтлин Г.Я. – заведующий отделением ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» Минздравсоцразвития России, доктор медицинских наук.

Шехорина А.В. – старший преподаватель кафедры психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии МГППУ.

Шеманов А.Ю. – заведующий лабораторией проблем социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья ИПИО МГППУ, профессор кафедры психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии МГППУ, доктор философских наук.

Щербакова А.М. – заведующая кафедрой психологической реабилитации, профессор факультета клинической и специальной психологии МГППУ, кандидат педагогических наук.

Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными
возможностями здоровья: научное издание

Под редакцией А.М. Щербаковой

Составители

Ю.Е. Куртанова, А.М.Щербакова

Редакторы

Г.К.Кислица, О.А.Попова, А.В. Убоженко, А.В. Шехорина

Перевод

А.Ю. Райн, Д.О. Тарнопольская

Дизайн обложки

О.Н. Гудилина, А.И. Колесников, А.М. Щербакова

Верстка и подготовка к печати

О.Н. Гудилина, А.В. Шехорина

Подписано в печать 16.11.2011

Формат 60*90/16 Печать цифровая.

Бумага офсетная №2

Гарнитура Times New Roman.

Тираж 500 экз. Заказ № 482.

Отпечатано в типографии

ООО "Типография ЦМИК"

129164, Москва, ул. Ярославская д.8/5

8(495)743 20 10

www.print2002.com

ISBN - 978-5-94051-091-8

Сборник научных трудов подготовлен
к Международной конференции <<Актуальные проблемы
психологической реабилитации
лиц с ограниченными возможностями здоровья>>
5-6 декабря 2011 года

Ресурсный центр психологической реабилитации
оказывает информационную, методическую и
консультативную помощь людям с ограниченными
возможностями здоровья и специалистам, работающим в
сфере психологической реабилитации

www.psy-rehab.ru

Email: psy-rehab@yandex.ru

Телефон: 8(499)244-07-04

Адрес: Москва,
Шелепихинская наб., д. 2а, корп. 3
комн. 406, 406А.