

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
В МЕДИЦИНСКОМ ПОДХОДЕ
К РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ****PSYCHOLOGICAL ASPECT
IN THE MEDICAL APPROACH
TO REHABILITATION OF INVALIDS**

Рассматривается недостаточность медицинского подхода к реабилитации инвалидов как самостоятельного. Особое внимание уделяется психологическим изменениям личности инвалидов и необходимости дополнения в содержание медицинской реабилитации психологического аспекта.

Ключевые слова: инвалиды, реабилитация инвалидов, медицинский подход, медицинская реабилитация, психологическая реабилитация, психологические аспекты реабилитации, психологические изменения личности инвалида.

Insufficiency of the medical approach to rehabilitation of invalids as independent is considered herein. The special attention is given to psychological changes of the persons of invalids and necessity of addition for the maintenance of medical rehabilitation of psychological aspect.

Keywords: invalids, rehabilitation of invalids, the medical approach, medical rehabilitation, psychological rehabilitation, psychological aspects of rehabilitation, psychological changes of the persons of invalids.

Проблема реабилитации инвалидов в нашей стране, как и в мире в целом, актуальна и значима как для инвалидов, так и для общества в целом. Подтверждением этому в последнее десятилетие является реализация ряда государственных целевых программ в отношении инвалидов, направленных на получение данной категорией граждан услуг во всех наиболее значимых сферах жизнедеятельности, что должно послужить их скорейшей интеграции в социум.

Также неоспоримым фактом нашего времени является неуклонный рост численности инвалидов не только в мире, но и в России. В настоящее время в нашей стране 10% населения являются инвалидами, что составляет более 13 млн человек. Ежегодно их численность увеличивается на 1 млн человек [1].

Существенные изменения происходят и в отношении общества к инвалидам. Да и сами инвалиды все чаще заявляют о своем равноправии обществу, создавая самостоятельные организации и интернет-сайты, побеждая на олимпиадах, занимаясь политикой и бизнесом, являясь ведущими и участниками телепередач, марафонов и других мероприятий, пропагандируя свою активную жизненную позицию и стремление полноправного участия в жизни социума.

¹ Кандидат психологических наук, доцент, докторант кафедры психологии Военного университета, г. Москва.

Ввиду сложившихся обстоятельств возрастает потребность в реабилитационных центрах, способных не только принять инвалидов, но и имеющих возможность предоставить в полном объеме необходимый комплекс профессиональных услуг для организации качественной медицинской, психологической, социальной и профессиональной реабилитации. Трудность решения данной проблемы, по нашему мнению, объясняется отсутствием единой междисциплинарной теоретико-методологической основы комплексного процесса реабилитации инвалидов, в которой была бы отражена тонкая взаимосвязь физиологического и психического, их неоспоримое взаимовлияние и взаимодополнение. Пока же структура реабилитации инвалидов, отвечающая данным требованиям, не разработана. Согласно Закону [2], реабилитация инвалидов включает в себя медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Психологическая реабилитация в Законе не выделяется как самостоятельная, необходимая, изначально индивидуально-направленная организация психологического сопровождения каждого нуждающегося в ней. Складывается впечатление, что она необязательна. Поэтому в действительности инвалид проходит лишь медицинскую реабилитацию, не всегда его удовлетворяющую (как повезет с реабилитационным центром), а

остальные виды реабилитации реализуются «по остаточному принципу», т.е. по возможностям центра и наличию специалистов. Сами же специалисты, врачи, психиатры, психотерапевты, психологи, занимающиеся восстановительным лечением инвалидов, отмечают, что уже при первоначальном знакомстве с такими пациентами очевидна их потребность в психологической реабилитации, вызванная, прежде всего, изменениями в жизни после травмы, ощущением их полной зависимости и потому – пассивностью даже при благоприятном прогнозировании восстановительного процесса [3].

Как видим, «медицинский подход» к реабилитации инвалидов является основным.

Очевидно, что начальным этапом всей системы реабилитации является медицинская реабилитация, которая «представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушенных функций, замещение утраченных органов, приостановление прогрессирования заболеваний» [4]. Нет сомнения в ее первостепенности, необходимости и важности, так как трудно переоценить заслугу врача в спасении жизни и сохранении здоровья человека. Однако, по нашему мнению, нельзя игнорировать и недооценивать значение психологического аспекта на этапе медицинской реабилитации, эффективность которой непосредственно зависит от психического состояния пациента.

В рамках медицинской реабилитации выделяют несколько этапов:

- госпитальный этап (формирование адекватной психологической реакции на заболевание и веры в выздоровление);

- санаторный этап (психологическая адаптация к изменившимся в результате болезни условиям, ориентирование больных на продолжение профессиональной деятельности и преодоление отрицательных реакций со стороны психики больного, возникших в связи с болезнью);

- амбулаторный этап (восстановление должного уровня психологической защиты на возможные воздействия в будущем психотравмирующих обстоятельств) [5].

Данное медицинское видение процесса реабилитации не лишено недостатков, и главный из них – обезличивание личности инвалида, т.е. восприятие его травмы, дефекта отдельно от него самого. В данном контексте нелишним было бы вспомнить врача-психоаналитика Михаэля Балинта, еще в 1957 году опубликовавшего книгу «Врач, его пациент и его болезнь», в которой он сконцентрировал внимание на роли «Я»

пациента в общей медицине. По мнению многих специалистов, сегодняшний подход к медицинской реабилитации требует более детальной разработки психологического аспекта. По нашему предположению, «нехваткой» психологической помощи именно на госпитальном этапе и объясняется уязвимость и неуверенность в себе инвалидов в дальнейшем.

Мы полагаем, что именно на госпитальном этапе и должна быть предоставлена инвалиду основная часть психологической помощи высококвалифицированным специалистом-психологом. Один из таких пациентов делится своими негативными воспоминаниями, своим кошмарным чувством, ставшим особенно острым *«когда хирург решительно сказал, что моя проблема – ерунда, противореча тем самым моему самому элементарному восприятию, восприятию, на котором базировалось мое основополагающее чувство самости, целостность моей личности. Когда я был физически беспомощен, ограничен, я чувствовал себя и морально беспомощным, парализованным, стесненным, и не просто ограниченным, но скованным, обреченным на роль и положение отверженного»* [6]. А вот мысли этого же пациента после выздоровления: *«Меня торопили, даже мягко подталкивали физиотерапевты, которые твердо знали: нужно поторавливаться, нужно действовать, нужно сделать первый шаг ... каждый шаг был чудом – и мог никогда не случиться без побуждения со стороны других»* [6].

Такие «исповеди» являются наглядным свидетельством связи психического состояния пациента (его личностных качеств, установок на выздоровление или, наоборот, на инвалидность) с динамикой заболевания, с его исходом. Это еще раз доказывает – изучение и учет индивидуально-психологических особенностей больного – важный аспект деятельности врача, имеющий большое значение в достижении успеха в излечении.

Этой проблеме в прошлом уделяли большое внимание такие крупнейшие русские врачи, как Мудров М.Я., Боткин С.П., Захарьин Г.А. и др., которые подчеркивали необходимость учета личностных особенностей больных в терапии заболевания. В дальнейшем проблеме единства организма и личности посвятили свои исследования Быков К.М., Курцин И.Т., Морозов Г.В., Лебединский М.С., Бассин Ф.В., Царегородцев Т.И., Шингаров Г.Х., Исаев Д.Н. и многие другие [7].

В настоящее время разделяют данную точку зрения Зозуля Т.В., Свистунова Е.Г., Чешихи-

на В.В. и др., также считающие, что «эффективность реабилитации напрямую зависит от степени личной заинтересованности и вовлеченности индивида в реабилитационный процесс. Поэтому социально-психологическая помощь, эмоциональная поддержка должны присутствовать на всех этапах реабилитации» [8].

Военные психологи считают, что психологическая реабилитация «должна проводиться с самых ранних стадий формирования стрессовых расстройств у военнослужащих в целях восстановления боеспособности и предупреждения социально-психологической дезадаптации в последующем» [9]. Замечательные, самоотверженные специалисты-психологи Центра восстановительной терапии им. М.А. Лиходея сталкиваются в своей работе с тем, что на санаторном этапе им приходится «исправлять ошибки» несвоевременной психологической реабилитации на госпитальном этапе или «наверстывать упущенное», если таковая вообще не проводилась.

Уместны в данном случае будут слова министра здравоохранения В.И. Скворцовой: «Сегодня абсолютно доказано, что реабилитация должна начинаться с первых часов заболевания и продолжаться, пока организм пациента на нее «отвечает»» [10].

Естественной является моральная поддержка инвалида его ближайшим социальным окружением и на каждом этапе медицинской реабилитации, но особенно она важна на госпитальном этапе. Как показывает практический опыт, далеко не всегда родственники и друзья сами психологически готовы к восприятию инвалидности своего члена семьи или друга. В таких случаях им самим необходима помощь психолога, который поможет психологически подготовиться к первому посещению. Ведь от того, какой взгляд почувствует на себе в этом состоянии человек, во многом зависит кем он будет считать себя в дальнейшем – «инвалидом» или «неинвалидом». Реально такую ситуацию описывает один из пациентов: «Пришли друзья... Они смотрели на меня, старались приободрить, но в глазах их читалась лишь жалость» [11].

По нашему мнению, на эффективность реабилитационного процесса на госпитальном этапе влияет ряд факторов: прежде всего это квалифицированное информирование больного об особенностях протекания процесса лечения, об ощущениях, считающихся нормальными для данного состояния, об активном взаимодействии с лечащими специалистами, о фиксации положительных изменений в собственном состоя-

нии. Известный нейропсихолог Оливер Сакс, получивший травму ноги, пишет, что хотел бы чувствовать простоту и уверенность врача и слышать совершенно прямые и ясные слова, без всякого намека на уклончивость или лживость: «Да, я понимаю. Не тревожьтесь. Делайте то-то и то-то. Верьте мне! Вы скоро поправитесь!» [6].

Нельзя не согласиться с тем, что «большинство страхов и беспокойств в отношении травмы обусловлено отсутствием знаний о том, каких последствий следует ожидать. Возникают новые телесные ощущения, изменяются привычные реакции...» [12]. Вот как об этом пишет инвалид-колясочник: «Ощущения возвращались постепенно. Вначале я чувствовал только свою голову, словно ниже и нет ничего. Затем вернулось тело – не целиком и сразу, а медленно и сверху вниз. Возвращение было болезненным и неприятным. Даже больше, чем неприятным... Вообще, с телом творились удивительные вещи. Я не чувствовал свою кожу. Вроде она есть, смотришь на нее – точно, вот же она; а не чувствуешь» [11].

Не менее интересные изменения своих реакций на здоровых людей, играющих в футбол, описывает Сакс: «Меня изумил и огорчил спазм ненависти, который я почувствовал. Я ненавидел здоровье игроков... Я ненавидел их свободу – свободу от тех ограничений, которые я так остро ощущал в себе. Я смотрел на них с ядовитой завистью, с мелочной злобой, с недоброжелательством инвалида... Я больше не хотел видеть здоровых людей, мне хотелось убежать от них и от собственных чувств, открывшейся во мне мерзости» [6].

На основании вышесказанного прослеживается четкая тенденция к снижению значимости медицинской составляющей при переходе от одного этапа реабилитации к другому и повышению необходимости систематического психологического сопровождения инвалида в рамках психологической реабилитации, до момента, пока он в этом нуждается.

Содержательные обоснования направлений психологической реабилитации были обозначены в исследованиях Попова В.Е. (1992), Абдурахманова Р.А. (1994), Березовца В.В. (1997), Крамника М.Е. (2004), Кутьинова В.И. (2004), Иванова П.П. (2004), Митасовой Е.В. (2006), Тавакаловой М.М. (2006), Волобуевой Ю.М. (2009).

Несмотря на то что очевидным является физическая травма, главные психологические изменения происходят в самой личности пострадавшего, в системе его связей и отношений.

Особенно это наблюдается в том случае, когда физическая травма сопровождается инвалидностью, которая характеризуется снижением самооценки личности, психологическим уходом человека в прошлое, утратой ощущения настоящего и девальвацией ценности будущего. Такая психологическая дезорганизация блокирует ресурс личности, необходимый для личностного роста и самоактуализации. Соответственно, психологическая реабилитация инвалида должна быть направлена на гармонизацию своего Я, на изменение социума внутри инвалида (его Я-социального), на восстановление утраченной осмысленности его существования [13].

Проанализировав взгляды специалистов в области реабилитации инвалидов, а также личный опыт пациентов, мы считаем, что психологическая реабилитация на каждом этапе медицинской реабилитации должна включать следующие аспекты:

– *госпитальный этап* – систематическое информирование о ходе лечения, активное взаимодействие пациента со специалистами, ответственность пострадавшего за свое состояние, проработка негативных состояний, мыслей и чувств, установка на дальнейшую жизнь и помощь другим пациентам;

– *санаторный этап* – гармонизация измененной самооценки, уточнение личностной и социальной идентичности, профессиональной направленности, формирование целей, мотивов в будущей жизни в целом;

– *амбулаторный этап* – преодоление стереотипов и стигм, реадaptация, инклюзивное обучение, определение значимости социума в сознании инвалида.

Таким образом, принимая во внимание недостаточность медицинского подхода как самостоятельного к реабилитации инвалидов и учитывая весь комплекс специфических психологических изменений, отражающихся как на индивидуальном, так и личностном уровне инвалида, нам представляется возможным разработку целостной концепции психологической реабилитации, способствующей полноценной интеграции данной категории людей в общество.

Литература

1. Дегтева Л.В., Бабанова Е.М. Проблемы профессионального образования и трудоустройства лиц с ОВЗ и инвалидов // Вестник московского государственного гуманитарно-экономического института. – 2012. – № 2. – С. 62.
2. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ.
3. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. – Самара : Бахрах-М, 2011. – 272 с.
4. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М., 2003.
5. Медицинская реабилитация в лечебных учреждениях СА и ВМФ. – Ч. 3. : пособие для врачей / под ред. Г.А. Акимова. – М. : Военное издательство, 1990. – 127 с.
6. Сакс О. Нога как точка опоры. – М. : Астрель, 2012. – 314 с.
7. Комплексная реабилитация инвалидов : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Т.В. Зозули. – М. : Академия, 2005. – 304 с.
8. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология : учебник. – 2-е изд., дополн. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
9. Митасова Е.В. Социально-психологические условия психологической реабилитации раненых военнослужащих в медицинских учреждениях МО РФ : дис. ... канд. психол. наук. – М., 2004.
10. Представители 80 регионов собрались в Республике Чувашия на конференцию по вопросам реабилитации. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/health/99/0>.
11. Моисеенко А. Достигая невозможного. – Владивосток, 2008.
12. Леонов С.В. Переживание спортивной травмы // Национальный психологический журнал. – 2012. – № 2 (8). – С. 140.
13. Волобуева Ю.М. Психокоррекция Я-концепции инвалидов боевых действий методом социально-психологического тренинга : дис. ... канд. псих. наук. – М., 2009.