

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России)
ул. Ивана Сусанина 3, Москва, 127486
Тел. 8 (499) 487-57-11; 488-40-70; факс 8(499)487-81-81
E-mail: fbmse@fbmse.ru <http://www.fbmse.ru>
ОКНО 55220088, ОГРН1047743057493
ИНН/КПП 7743085670/774301001

02.12.2020 № 39617.96 Ф7/2020

Руководителям – главным экспертам
по медико-социальной экспертизе по
субъектам Российской Федерации
(по списку)

Информационно-методическое письмо по
особенностям социально-психологической
реабилитации и абилитации

Уважаемые коллеги!

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации направляет информационно-методическое письмо, подготовленное специалистами Центра методического обеспечения и контроля формирования и реализации ИПРА и ПРП, для сведения и использования в работе с целью объективной оценки эффективности проводимых реабилитационных или абилитационных мероприятий (социально-психологическая реабилитация или абилитация), рекомендованных в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Приложение: информационно-методическое письмо «Социально-психологическая реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов. Особенности социально-психологической реабилитации или абилитации. Инвалидов и детей-инвалидов при некоторых патологических процессах и функциональных расстройствах».

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России	
Сертификат	01D5599802C3DFF00000000708E30001
Владелец	Козлов Сергей Иванович
Должность	Заместитель руководителя по вопросам совершенствования МСЭ
Кем выдан	ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России
Действителен	23.08.2019 г. 16:54 – 23.08.2020 г. 16:54

Социально-психологическая реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов. Особенности социально-психологической реабилитации или абилитации инвалидов и детей-инвалидов при некоторых патологических процессах и функциональных расстройствах

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020), **реабилитация инвалидов** – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя: медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию; социально-средовую, социально-педагогическую, **социально-психологическую** и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Структура формы индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПРА), определенная приложениями 2 и 3 к Порядку разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм, утвержденная приказом Минтруда России от 13.06.2017 № 486н (ред. от 29.05.2020) (далее – Порядок разработки и реализации ИПРА), по разделу «Мероприятия по социальной реабилитации» представлена следующими подразделами: социально-средовая реабилитация или абилитация; **социально-психологическая реабилитация или абилитация**; социокультурная реабилитация или абилитация; социально-бытовая адаптация.

В соответствии с разделом 2.4. формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России от 15 октября 2015 г. №723н, социально-психологическая реабилитация и абилитация представлена следующими подразделами: консультирование по вопросам социально-психологической реабилитации; психологическая диагностика; психологическая коррекция; социально-психологический тренинг; социально-психологический патронаж инвалида, семьи инвалида.

Согласно ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов» и ГОСТ Р 53872-2010 «Услуги по психологической реабилитации инвалидов», услуги по социально-психологической реабилитации – это комплекс услуг, направленных на оказание психологической помощи инвалидам для достижения целей социально-психологической реабилитации, а именно:

восстановление (формирование) способностей, позволяющих успешно выполнять различные социальные роли (семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности, на формирование социально-психологической компетентности для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество.

Согласно другим источникам под социально-психологической реабилитацией и абилитацией инвалида (ребенка-инвалида) подразумевается комплекс услуг, направленных на восстановление (формирование) компонентов психической деятельности (высших психических функций, эмоционально-волевых и личностных характеристик), обеспечивающих реализацию жизнедеятельности в бытовой, межличностной, социокультурной и профессиональной сферах для успешной социальной адаптации и интеграции инвалидов в обществе.¹

Психологическое консультирование

Согласно пункту 5.2.1 ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов», психологическое консультирование представляет собой специально организованное взаимодействие между психологом и инвалидом, нуждающимся в психологической помощи, с целью разрешения проблем в области социальных отношений, социальной адаптации, социализации и интеграции.

В зависимости от характера запроса со стороны инвалида (ребенка-инвалида) и клинико-функциональных данных, социальный психолог выбирает форму и методы работы.

Психологическое консультирование включает в себя:

- выявление значимых для инвалида проблем социально-психологического содержания - в области межличностных взаимоотношений, общения, поведения в семье, в группе (учебной, трудовой), в обществе, при разрешении различных конфликтных ситуаций, проблем личностного роста, социализации и других;

- изучение личности инвалида (ребенка-инвалида) с целью выяснения того, сможет ли он самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой;

- обсуждение с инвалидом выявленных проблем с целью раскрытия и мобилизации внутренних ресурсов для их последующего решения;

- информирование инвалида о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности;

- оказание первичной психологической помощи в решении выявленных социально-психологических проблем, в восстановлении адекватных социальных отношений и в формировании позитивной установки на социально-психологическую реабилитацию;

- предварительное определение типа (вида) необходимой в дальнейшем услуги по социально-психологической реабилитации, уточнение ее содержания в каждом конкретном случае.

Вне зависимости от вида инвалидизирующей патологии, степени и вида ограничений жизнедеятельности, инвалиду (ребенку-инвалиду) может понадобиться помощь специалиста в разрешении проблем в области социальных отношений, социальной адаптации, социализации и интеграции.

По нашему мнению, отсутствие высказанного желания инвалида (ребенка-инвалида) обращаться за помощью к специалисту-психологу по вопросам консультирования не может считаться основанием для отсутствия в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) рекомендаций в части

¹ Дымочка М.А., Морозова Е.В., Жукова Е.В. Психологическая реабилитация в структуре комплексной реабилитации инвалидов (методологические и нормативно-правовые подходы). Медико-социальные проблемы инвалидности. Москва: ФГБУ ФБ МСЖ Минтруда России, 2020, № 2, С 67-74.

мероприятий по социально-психологической реабилитации. Кроме того, в соответствии с положениями нормативно правовых документов, ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) носит рекомендательный характер

Личностные переживания, связанные с болезнью, последствиями лечения болезни и принятием нового социального статуса (инвалид), могут проявиться отсрочено и требовать квалифицированной психологической помощи.

Следует отметить, что в случае выраженных или значительно выраженных нарушений психических функций, приводящих к ограничению контроля за своим поведением 2 и 3 степени соответственно, задачи психологического консультирования могут сужаться, а приоритет отдается психотерапевтической помощи и психологической коррекции.

Выделяют следующие виды психологического консультирования: психолого-педагогическое, семейное, личностное, возрастное, профессиональное. В практической деятельности специалиста психолога эти виды могут быть совмещены.

Психологическая диагностика

Согласно пункту 5.2.2 ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов», психологическая диагностика заключается в выявлении психологических особенностей инвалида, определяющих специфику его поведения и взаимоотношений с окружающими, возможности его социальной адаптации с использованием психодиагностических методов и анализе полученных данных в целях социально-психологической реабилитации.

В зависимости от конкретных задач психологической диагностики проводится либо оценка структуры и степени нарушения психической деятельности с использованием экспериментальных методик, в том числе с учетом необходимости дальнейшей оценки динамики состояния инвалида (ребенка-инвалида), либо оценка личностных особенностей, препятствующих гармоничному развитию инвалида (ребенка-инвалида) в измененных в связи с патологическим состоянием условиях.

Целью психологической диагностики является разработка (в случае необходимости) программы психологической реабилитационной (абилитационной) работы и оценка эффективности проведенных реабилитационных (абилитационных) мероприятий (оценка динамики состояния).

Психологическая диагностика включает в себя следующие этапы:

- 1) анализ исходной документации на обследуемого (медицинской и социальной);
- 2) конкретизацию целей и задач психодиагностики и планирование ее программы;
- 3) собеседование;
- 4) проведение психологической реабилитационно-экспертной диагностики;
- 5) обработку и анализ психодиагностических данных;
- 6) подготовку заключения по результатам психодиагностики;
- 7) разработку психологической составляющей индивидуальной программы реабилитации инвалида с конкретизацией содержания и направленности услуг по социально-психологической реабилитации.

Оценка психологического компонента реабилитационного потенциала, реабилитационных возможностей инвалида в области социальной реабилитации производится, исходя из состояния операциональных и динамических характеристик высших психических функций, уровня произвольной регуляции психической деятельности, личностных особенностей и реакций на ситуацию болезни и инвалидности.

Одной из частных, но крайне значимых задач социально-психологической диагностики является раннее выявление депрессивных состояний и маркеров риска суицида. Хроническому болевому синдрому, изоляции, семейной дезинтеграции, чувству безнадежности и другим факторам риска суицидального поведения уделяется особое внимание в ходе психологической диагностики.

Психологическая коррекция

Согласно пункту 5.2.3 ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов», психологическая коррекция заключается в активном психологическом воздействии, направленном на преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении инвалида. Психологическая коррекция реализуется в виде циклов занятий, обеспечивающих создание необходимых условий для исправления и развития психических функций и качеств, связанных с социальной адаптацией инвалида. Форма проведения - различные по тематике и сложности сюжета ролевые игры, учебные занятия, выполнение тестовых заданий с обратной связью и другие.

Психологическая коррекция необходима при нарушении (недоразвитии, несформированности, искажении) высших психических функций различной степени выраженности. Целью психологической коррекции является максимально возможная компенсация имеющихся нарушений и предотвращение последующих негативных изменений психических процессов.

В зависимости от структуры и степени нарушения могут быть использованы различные коррекционные подходы, в том числе патопсихологические и нейропсихологические.

Психологическая коррекция не всегда ограничивается работой с инвалидом (ребенком-инвалидом) и может включать в процесс все социальное окружение подопечного.

Психологическая коррекция может подразделяться на симптоматическую (направленную на симптомы отклонений в развитии) и устраняющую причины (устраняющую источник отклонений в развитии).

Мероприятия психологической коррекции могут быть направлены на сенсорно-перцептивную и интеллектуальную деятельности, эмоциональную сферу, поведение, личность.

Цели психологической коррекции могут быть связаны с оптимизацией социальной ситуации развития, развитием отдельных сторон деятельности подопечного, формированием психологических новообразований.

Психотерапевтическая помощь

Согласно пункту 5.2.4 ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов», психотерапевтическая помощь представляет собой систему психологических воздействий, направленных на перестройку системы отношений личности инвалида, деформированной болезнью, ранением или травмой и решающих задачи по изменению отношений как к социальному окружению, так и к своей собственной личности, а также на формирование позитивного психологического микроклимата в семье.

Методическим и теоретическим фундаментом психотерапии являются такие направления, как: психоаналитическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое, гештальт-терапия и др.

Социально-психологический тренинг

Согласно пункту 5.2.6 ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов», социально-психологический тренинг заключается в активном психологическом воздействии, направленном на снятие у инвалида последствий психотравмирующих ситуаций,

нервно-психической напряженности, на развитие и тренинг отдельных психических функций и качеств личности, ослабленных в силу заболевания, ранения, травмы или условий социальной среды, но необходимых для успешной адаптации в новых социальных условиях, на формирование способностей, позволяющих успешно выполнять различные социальные роли (семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности.

В рамках проведения социально-психологического тренинга осуществляется работа с переживаниями инвалида (ребенка-инвалида), производится активное психологическое обучение (результатом которого является повышение психологической, коммуникативной компетентности), формирование новых копинг-стратегий.

Групповая форма работы в виде психологического тренинга может быть эффективным средством помощи инвалидам (детям-инвалидам) вне зависимости от возраста и имеющейся патологии. Включение психологического тренинга наряду с другими формами социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) рекомендуется в тех многочисленных случаях, когда имеются специфические личностные реакции на ситуацию болезни и новый социальный статус «инвалид» и/или когда стоит задача формирования отдельных социальных навыков, умений, повышения социальной активности и т.д.

Психологическая профилактика

Согласно пункту 5.2.5 ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов», психологическая профилактика — это содействие инвалиду (ребенку-инвалиду) в приобретении психологических знаний, повышении социально-психологической компетентности и формировании потребности (мотивации) использовать эти знания для работы над собой, над своими проблемами социально-психологического содержания, а также создание условий для полноценного психического функционирования личности инвалида (устранение или снижение факторов психологического дискомфорта в семье, на работе и в других социальных группах, в которые инвалид включен), для своевременного предупреждения возможных психических нарушений, обусловленных, в первую очередь, социальными отношениями.

Социально-психологический патронаж

Согласно пункту 5.2.7 ГОСТ Р 54738-2011 «Услуги по социальной реабилитации инвалидов», социально-психологический патронаж заключается в систематическом наблюдении за инвалидами для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта, обусловленных проблемами адаптации инвалида в семье, на производстве, в социуме в целом, и оказания, при необходимости, психологической помощи.

Социально-психологическая реабилитация осуществляется, в том числе и *с применением специального оборудования для коррекции* когнитивной, сенсорной, двигательной систем. К ним относятся методы сенсорно-когнитивной коррекции с использованием сенсорной комнаты, метода биологической обратной связи, методики компьютеризированной системы CogniPlus и др.

Индивидуальный характер психологической помощи инвалидам (детям-инвалидам) обусловлен разнообразием конкретных проявлений болезни и личностных реакций на нее, а также высокой подвижностью последнего. Описанные виды реабилитационных мероприятий не имеют четко очерченных границ, и в своей работе специалист-психолог может использовать методы, лежащие на стыке разных видов.

Виды социально-психологической реабилитации не являются специфичными в отношении их применения при нарушениях различных функциональных систем организма (видов нарушенных

функций, позиционируемых в Классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом Минтруда России от 27.08.2019 № 585н).

Виды патологических процессов и нарушения функций организма определяют направление для реализации того или иного вида социально-психологической реабилитации, задают общее направление при выборе соответствующих методик социально-психологической реабилитации или абилитации, но не определяют весь процесс социально-психологической реабилитации. При одних и тех же патологических состояниях, приводящих к идентичной степени нарушения функции организма, состав используемых специалистом-психологом методов реабилитации может варьироваться, что обусловлено, в том числе индивидуально-личностными особенностями инвалида (ребенка-инвалида) и предпочтениями специалиста психолога (использование техник различных психологических школ).

Среди методов социально-психологической реабилитации выделяются специфичные для определенных патологических процессов и функциональных нарушений, что в большей степени обусловлено спецификой структуры дефекта, и неспецифичные, относящиеся к патологическому процессу, но сконцентрированные вокруг широкого круга её последствий, включающие личностные реакции инвалида (ребенка-инвалида) на болезнь.

Социальная реабилитация или абилитация инвалидов (детей-инвалидов) проводится в тесном взаимодействии с медицинской реабилитацией, профессиональной реабилитацией, психолого-педагогической реабилитацией и адаптивной физической культурой, спортом.

В отечественной психологической практике исходным принципом при построении программы психологической реабилитации или абилитации является учет структуры дефекта с выделением первичных, вторичных и третичных дефектов и сохранных звеньев психической деятельности, а также учет личностных особенностей реабилитанта.

Далее мы кратко остановимся на некоторых отличиях в реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) при разных патологических состояниях, которые, по нашему мнению, могут оказаться значимыми при формировании ИПРА инвалида (ребенка-инвалида).

Социально-психологической реабилитации или абилитации детей-инвалидов при некоторых патологических процессах и функциональных расстройствах

Социально-психологическая реабилитация у детей-инвалидов, как правило, включена в педагогический процесс и реализуется соразмерно с целями и задачами этого процесса.

Тяжелое заболевание в детском возрасте создает предпосылки, затрудняющие психическое развитие ребенка.

Особенности социально-психологической реабилитации или абилитации детей инвалидов заключаются в специфичной системе средств достижения целей реабилитации. Целью социально-психологической реабилитации становится создание условий для планомерного развития ребенка, в том числе путем формирования умственных действий и компенсации дефицитарных сторон психической деятельности.

Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Социально-психологическая реабилитация или абилитация является важным средством психологической реабилитации детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Длительность и частота реабилитационных или абилитационных мероприятий, проходящих в

стационарной форме, у данной категории детей-инвалидов оказывает различные последствия на их развитие.

Можно выделить некоторые неблагоприятные условия развития детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- снижение мобильности, что, особенно на ранних этапах развития, затормаживает формирование навыков самообслуживания, затрудняет формирование произвольности, способствует появлению негативных эмоциональных реакций (комплекс неполноценности и др.), затрудняет ориентировку ребенка в окружающем его мире и т.д.;

- частые госпитализации, которые могут приводить к социальной депривации вплоть до явления госпитализма;

- особенности социальной ситуации развития (гиперопекающая позиция в семье, измененное отношение к ребенку в школе со стороны других детей и педагогов и т.п.), способные приводить к инфантилизации личности ребенка;

- хронический болевой синдром, связанный с передвижением, способный сформировать щадящую установку, безосновательно ограничивающую подвижность и активность детей с подобной патологией, что больше проявляется в дошкольном возрасте.

Выделенные условия даже при комплексной реабилитационной или абилитационной работе специалистов медицинского, психологического, педагогического профиля способны приводить к формированию патологических изменений личности ребенка, к задержке в развитии отдельных высших психических функций или психических процессов, затрудняющих освоение образовательной программы.

Следует отметить, что не во всех случаях выделенные условия будут приводить к негативным последствиям развития. Порой ребенок развивается скорее вопреки сложившимся неблагоприятным условиям, активно преодолевая сложившиеся трудности.

В то же время, это не означает, что у ребенка не возникнет потребности в мерах социально-психологической поддержки в будущем.

Специалисты выделяют основные цели психологической реабилитации в работе с данной категорией детей:

- расширение ограниченного запаса знаний и представлений об окружающем мире. сенсорное воспитание;

- развитие общей моторики и мелкой моторики рук;
- стимуляция развития высших психических функций;
- развитие речевой деятельности и коррекция недостатков в развитии речи;
- нормализация эмоционального фона;
- коррекция нарушений формирования личности;
- коррекция неадекватных профессиональных выборов и др.

Среди заболеваний, приводящих к нарушению опорно-двигательного аппарата, отдельно следует выделить *детский церебральный паралич*. Социально-психологическая реабилитация или абилитация данного контингента детей отличается разнообразием используемых методов, что, помимо тяжести нарушения опорно-двигательного аппарата, зависит от степени интеллектуальных нарушений, диапазон которых крайне велик. Психический дизонтогенез при данной патологии характеризуется сочетанием дефицитарного развития и/или задержанного психического развития.

Особое внимание при организации психокоррекционной работы уделяется развитию перцептивной сферы данной категории детей, конструктивной деятельности, мышлению.

Индивидуальные психокоррекционные занятия чередуются с групповыми формами работы. При взаимодействии со сверстниками в специально созданных психологом условиях ребенок с большей активностью стремится овладеть новыми для себя психологическими средствами (в изобразительной деятельности, конструировании, умственных действиях: счета и т.п.), расширяет ориентировку в межличностной сфере.

В случае раннего начала психологической абилитации данной категории детей специалисты психологи осуществляют профилактику возникновения патологических эмоциональных изменений (инфантилизм, агрессивность, тревожность, замкнутость и т.п.).²

Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей инвалидов с органическим поражением центральной нервной системы

Церебрально-органическое поражение центральной нервной системы в детском возрасте – одна из наиболее частых причин задержки психического развития. Структура и степень нарушения психических функций при данном виде патологии зависит от нозологической принадлежности, стадии заболевания, вида и степени выраженности нарушений психических процессов (по органическому или астеническому типам - психоорганический и астенический синдромы соответственно), наличия и степени выраженности синдромов личностного регистра (неврозоподобных, психопатоподобных расстройств) и сопутствующей симптоматики (психотической, аффективной, пароксизмальной и иных видов симптоматики), наличия и степени снижения интеллекта, нарушений языковых и речевых функций, а также уровня социальной адаптации в основных сферах жизнедеятельности (семейно-бытовой, социально-средовой, в ситуации обучения).

Выделяют следующие формы задержки психического развития церебрально-органического генеза:

- легкая форма задержки психического развития церебрально-органического генеза, при которой на первый план выходит неравномерность проявлений познавательной активности и продуктивности;

- задержка психического развития церебрально-органического генеза, характеризующаяся парциальным выраженным дефицитом отдельных психических функций (памяти, внимания, гнозиса праксиса) с выраженным нарушением интеллектуальной продуктивности, но со сформированной познавательной активностью;

- тяжелая форма задержки психического развития церебрально-органического генеза, для которой типична первичная дефицитарность в развитии всех психических функций: внимания, памяти, гнозиса, праксиса и др., а также недоразвитие ориентировочной основы деятельности, с характерным сочетанием низкого уровня интеллектуальной продуктивности и слабовыраженной познавательной активностью.

Степень недоразвития предпосылок интеллектуальной деятельности у детей с церебрально-органической задержкой психического развития (памяти, внимания, умственной работоспособности и др.) определяет основную стратегию психокоррекционной работы, которая заключается в формировании сложных форм психической деятельности с учетом дефицитных сторон. Особое внимание специалисты уделяют формированию навыков самоконтроля и регуляции психической деятельности.

² Морозова Е.В. Герсамя А.Г. Изучение потребности в психологической реабилитации у детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. 2010, № 3, С. 17-27.

Форма занятий с детьми данной группы предполагает использование групповых и индивидуальных занятий.

Особое внимание заслуживает проведение социально-психологической реабилитации при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (далее СДВГ). Дефицитарность психического развития при данном синдроме носит парциальный и неустойчивый характер.

В структуре психологических отклонений при СДВГ в наибольшей степени выделяется нарушение умственной работоспособности, обусловленное слабостью регуляторной функции, а также патологические эмоциональные состояния (повышенная тревожность, раздражительность). Влияние этих отклонений на образовательный процесс даже при отсутствии основного инвалидизирующего заболевания проявляется в повышенной утомляемости и истощаемости с быстрой потерей цели деятельности, трудностями в межличностных взаимодействиях и др.

Социально-психологическое сопровождение детей-инвалидов с сопутствующим заболеванием СДВГ предполагает использование психокоррекционных техник, направленных на стимуляцию ослабленных психических процессов, формирование отдельных высших психических функций (внимание). При поступлении в школу, когда впервые предъявляются особые требования к произвольности ребенка, необходима помощь такому ребенку в освоении социальных ориентиров, поддержании самооценки и т.п.

Таким образом, использование методов социально-психологической реабилитации или абилитации в комплексе реабилитационных или абилитационных мероприятий у детей-инвалидов с сопутствующим заболеванием СДВГ позволяет повысить шансы на гармоничное развитие ребенка и избежать невротизации, которая часто осложняет школьный период развития ребенка.

Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей инвалидов с нарушением сенсорных систем (зрения, слуха).

Характер и степень нарушений психической деятельности варьируется в зависимости от времени возникновения дефекта сенсорных систем (врожденный или приобретенный).

Ключевое влияние на вторичные нарушения развития оказывает степень нарушения сенсорных функций (зрения или слуха). Полное выпадение слуха или зрения значительно влияет на психическое развитие, и такой вариант развития получил название «дефицитарного».

Структура нарушения отличается в зависимости от нарушенного анализатора. Для нарушения слуха характерна следующая картина: непосредственное влияние стойких нарушений сенсорных функций (слуха) – первичный дефект – влияет на функцию речи – вторичное отклонение – вызывает ряд системных следствий, затрудняющих развитие других высших психических функций (мышления, памяти, праксиса, эмоциональной сферы и др.) – третичное отклонение:

- замедление процесса формирования понятий;
- замедленное узнавание предметов (замедленное формирование у детей произвольного процесса восприятия). Страдает осмысленность зрительного восприятия;
- более позднее формирование произвольной регуляции движений;
- повышенное утомление особенно при восприятии речи, обусловленное повышенной сосредоточенностью ребенка на визуальных признаках речи (движение губ, пальцев рук);
- страдает обобщенность образной памяти, когда с большей четкостью фиксируются частные (несущественные), яркие признаки, а не общие, значимые;
- мышление характеризуется замедлением процесса развития (полноценное наглядно-действенное мышление формируется в более поздние сроки, преобладание наглядных форм мышления над понятийными и др.).

Для нарушения зрения характерна следующая картина: непосредственное влияние стойких нарушений сенсорных функций (зрения) – первичный дефект – влияет на функцию зрительного восприятия – вторичное отклонение – вызывает ряд системных следствий, затрудняющих развитие других высших психических функций (мышления, памяти, праксиса, эмоциональной сферы и др.) – третичное отклонение:³

- неравномерность развития высших психических функций, особенно отставание в развитии зрительного восприятия, может привести к бедности связей перцептивного опыта и речи;
- тотальное нарушение сенсорных функций (зрения) на ранних этапах онтогенеза приводит к задержке формирования функциональных действий с предметами, грубому недоразвитию пространственной ориентации, что влияет на развитие походки, тормозит формирование схемы тела;
- затруднения в формировании зрительных эталонов, что впоследствии может влиять на скорость и качество опознание неупрочненных в опыте объектов и воспроизведение их по памяти, а также затруднять категоризацию объектов (мыслительная операция);
- специфическое нарушение развития эмоциональной сферы в виде невозможности или затруднения восприятия выразительных средств (взгляд, жест, мимика);
- неравномерность в развитии речи и предметной моторики влияет на игровую деятельность (однообразие и примитивность манипуляций при высоком уровне словесного действия).

Перечислены лишь некоторые особенности, свойственные детям с нарушением сенсорных систем (зрения или слуха). Следует отметить, что возможны значительные вариации третичных отклонений, которые зависят от индивидуально-психологических особенностей, обусловленных тяжестью поражения, сопутствующей патологией, социальной ситуацией развития ребенка.

Степень нарушения сенсорных систем (зрения или слуха) определяет характер и степень структуры дефекта. Перечисленные особенности характерны в большей степени для детей с врожденными или ранее приобретенными нарушениями сенсорных систем (зрения или слуха). При нарушении зрения или слуха в поздние периоды онтогенеза или при средней тяжести дефекта сенсорных систем психологические последствия будут носить иной характер, что не снижает роль социально-психологической реабилитации или абилитации в сопровождении детей-инвалидов с данной патологией.

Также, значимой составляющей структуры дефекта у детей-инвалидов с нарушением сенсорных систем (зрения или слуха) является нарушение в развитии личности. При этом траекторию личностного развития ребенка-инвалида с подобными нарушениями задает не частный дефект зрения или слуха, а его социальная ситуация развития. К ним могут относиться такие свойства личности, как различные невротические и истероформные проявления, аутистическая направленность личности. Особенности социальной ситуации развития (например, гиперопекающая позиция) часто приводят к инфантилизации личности и затормаживают формирование социальных установок.

Социально-психологическая реабилитация или абилитация направлена на стимуляцию развития остаточных проявлений зрения или слуха. Программа социально-психологической реабилитации или абилитации формируется с опорой на сохранные функции.

³ Григорьева Л.П., Сташевский С.В. Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушением зрения. Москва, 1990. с. 34

Социально-психологическое сопровождение инвалидов (детей-инвалидов) с нарушением сенсорных систем (зрения или слуха) осуществляется с использованием всех перечисленных видов социально-психологической реабилитации или абилитации.

Одним из важных условий эффективной социально-психологической абилитации детей с тяжелым нарушением слуха является позиция родителей, основой которой должна стать правильная оценка ими специфики ситуации, в которой они оказались, учет интересов ребенка, а не центрированность на своих переживаниях, установление адекватного эмоционального контакта.

В зависимости от специфичности социальной ситуации развития самих родителей подобная децентрация с их стороны может происходить спонтанно или требовать помощи психолога. Специалисты рекомендуют осуществлять психологическое сопровождение таких семей на всех этапах жизни детей с нарушением сенсорных систем.⁴

Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей-инвалидов, имеющих нарушения, обусловленные физическим внешним уродством

Психологические последствия такой категории детей в большей мере составляют невротические состояния и зависят от социальной ситуации развития ребенка. Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей-инвалидов может включать телесно ориентированные психотерапевтические техники в индивидуальной и/или групповой форме.

Особенности психологической поддержки семей, имеющих детей-инвалидов

К условиям развития ребенка-инвалида, создание которых становится важной частью его реабилитации или абилитации, может относиться социально-психологическая поддержка семей и участников образовательного процесса как в плане консультативной помощи, так и непосредственной психологической работы.⁵

Многочисленные психолого-педагогические исследования показывают, что для семей, воспитывающих детей с инвалидностью, характерны следующие психологические проблемы: негативные эмоциональные переживания родителей (нервное напряжение, беспокойство, тревога, изнеможение, отчаяние, неуверенность, стресс) вследствие отсутствия перспектив в отношении будущего своего ребёнка; раздражение, неудовлетворенность, вызванные противоречием между ожиданиями родителей по отношению к собственному ребёнку и особенностями его развития; трудности самоактуализации и самореализации родителей; деструкция семейных взаимоотношений из-за конфликтов, связанных с воспитанием ребёнка-инвалида; ограниченность контактов с окружающими границами собственной семьи (характерны для семей, воспитывающих детей с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата и др.); риск развития стойких психотравмирующих ситуаций в семье в связи с экономическими затратами на лечение и реабилитацию ребёнка с инвалидностью; склонность родителей ребенка с инвалидностью к формированию агрессивных форм поведения и взаимодействия из-за дистресса, отсутствия возможности поделиться собственными переживаниями.

Все вышеперечисленные психологические проблемы наглядно отражают нуждаемость в психологической помощи ребенку с инвалидностью и его семье. Психологическая помощь может фокусироваться на родителях или ребенке, однако наиболее продуктивной является работа со всей семьей (комплексная работа).

⁴ Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Академия, 2002. - с. 203.

⁵ Морозова, Е.В. Актуальные аспекты психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка-инвалида / Е.В. Морозова, А.Д. Шатская // Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями - 2009. - N 4. - С.24-28

Консультирование родителей ребенка с инвалидностью должно учитывать ресурсы семьи, психологические и физические нагрузки, интерпретацию кризиса, взаимоотношения с социумом и опираться на следующие принципы:

- обязательность психологического консультирования ребенка с инвалидностью и его семьи;
- комплексность и постоянный характер психологического консультирования, организация системы междисциплинарного сопровождения ребенка и его семьи, взаимодействие подсистем, что определяется тесной взаимосвязью проблем родителей и детей, общества и семьи;
- направленность консультирования на активизацию ресурсов и преодоление ограничений, помощь в достижении продуктивного социального функционирования и самореализации;
- помощь в реинтерпретации проблем семьи и болезни ребенка, отношений внутри семьи и семьи с миром.

Для диагностической и коррекционно-развивающей работы с ребенком-инвалидом и его семьей могут быть рекомендованы следующие приемы:

- закрепление у ребенка и членов семьи продуктивных, положительных тенденций развития;
- коррекция причин и форм негативных проявлений, включение «негативных» проявлений в контекст консультирования, игр; активное использование методов поведенческой, гештальт-терапии и психодрамы, позволяющих проиграть травмирующий и обрести позитивный опыт, изменить поведенческие, эмоциональные и когнитивные шаблоны;
- делегирование родителям ответственности за развитие ребенка и семьи;
- формирование представлений о возможности интеграции семьи в общество, в т. ч. оказании помощи другим, и взаимопонимания как условиях конструктивного взаимодействия с окружающими.

Даже в отсутствии отклонений в психическом развитии социально-психологическая реабилитация может способствовать реабилитационному или абилитационному процессу. К подобным механизмам относится мобилизация личностных ресурсов для активного участия в собственном реабилитационном или абилитационном процессе. Представление ребенка о своем заболевании на разных этапах онтогенеза отличается и может колебаться от абсолютного инфантилизма в отношении реабилитационной или абилитационной программы до рационального отношения к процедурам с активным участием в процессе реабилитации или абилитации.

Очевидна важность формирования подобного адекватного представления о болезни, реабилитационных мероприятиях, сопровождающих их лишениях и т.д. с учетом периодизации развития ребенка при активном участии семьи.

Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей инвалидов другими соматическими заболеваниями

Заболевания внутренних органов и систем, способные привести к значительным функциональным нарушениям и инвалидизации ребенка, оказывают влияние на состояние его психической деятельности. Функциональные нарушения сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции способны оказать влияние на познавательную, эмоционально-волевою и личностную сферы ребенка-инвалида.

Наиболее частым последствием является астеническое состояние. Астенические состояния у детей могут встречаться при различных заболеваниях, в том числе соматических, при которых

могут наблюдаться массивные интоксикации (например, при заболевании почек, печени) а также онкологических заболеваниях и явлениях гипоксии (легочные и сердечно-сосудистые заболевания).

При необратимых клинико-функциональных изменениях организма психологический статус ребенка является значимой переменной при формировании индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, которая включает мероприятия по социально-психологической реабилитации или абилитации.

В соответствии с основными формами астенических состояний (гиперстения, синдром раздражительной слабости, синдром истощения) конкретизируются основные задачи социально-психологической реабилитации и абилитации, в том числе задачи профилактики влияния хронического заболевания на психику ребенка-инвалида.

Признаки астенического состояния ярко проявляются у младших школьников, что связано со значительным увеличением нагрузки.

Экспериментально-психологическое исследование способно предоставить объективные данные о динамических характеристиках психической деятельности, которые, в свою очередь, конкретизируют условия жизнедеятельности ребенка, в том числе в сфере обучения.

В отсутствие данных экспериментально-психологического исследования, школьная характеристика частично отражает психологические проблемы ребенка и, как правило, содержит указания на пассивность, повышенную утомляемость, крайне низкую мотивацию к учебной деятельности, что может проявляться в вялости ребенка при освоении учебных программ, отсутствие интереса к изучаемым предметам.

Подобное состояние может осложниться частыми госпитализациями, ранней социальной депривацией в связи с болезнью. Вторичные нарушения могут быть обусловлены неправильным взаимоотношением ребенка-инвалида и его окружения.

Восприятие собственной болезни у детей зависит от характера и течения заболевания, болевых ощущений, реакции родителей на их болезнь и/или отдельные симптомы и др.

Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей-инвалидов с заболеваниями внутренних органов и систем предполагает использование широкого круга методов, которые подбираются в зависимости от ведущей деятельности ребенка. Важное значение приобретают техники, направленные на формирование отдельных высших психических функций (памяти, внимания), нейропсихологические методы коррекции, проектные формы сопровождения, телесно-ориентированные техники и др.

Социально-психологическая реабилитация или абилитация детей с признаками астенизации психических процессов осуществляется с опорой на сохранную мотивационную составляющую деятельности и направлена на формирование регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Даже короткий перерыв в привычной повседневной активности (плановая или внеплановая госпитализация, инфекционное заболевание и т.п.) способен привести к регрессу познавательных возможностей ребенка, состоянию динамических сторон психической деятельности. Психолого-педагогическое и социально-психологическое сопровождение детей-инвалидов с подобной картиной заболевания, пусть и осуществляемое только в критические периоды их развития, является значимым средством реабилитации или абилитации.

Одним из частных следствий хронической соматической патологии у детей является задержка психического развития, которая характеризуется общим инфантилизмом и требует расширения средств социально-психологической реабилитации или абилитации с включением психокоррекционных мероприятий.

Обращаем внимание, что иногда развитие таких детей идет вопреки сложившимся условиям, что отражает высокая траектория их развития (хорошие отметки в школе, посещение дополнительных кружков, секции и т.п.). Высокая учебная мотивация в подобных случаях компенсирует дефицит динамического компонента психической деятельности. При этом следует отметить, что успехи таких детей связаны с их кропотливой работой по освоению учебных дисциплин.

Особенности социально-психологической реабилитации инвалидов при некоторых патологических процессах и функциональных расстройствах

Социально-психологическая реабилитация инвалидов при нарушении сенсорных систем (зрения, слуха)

Нарушения психической деятельности различной степени выраженности встречаются у значительного процента граждан, имеющих нарушение сенсорных функций. Более 90% граждан, имеющих нарушения сенсорных функций (зрения), имеют те или иные патологические личностные реакции на болезнь⁶. Психопатологические состояния представлены: психологическими стрессовыми реакциями, пограничными психологическими состояниями, психическими расстройствами невротического регистра (преимущественно астенические, депрессивные, тревожные расстройства) и др.

Состояние психической сферы имеет свою динамику и зависит от факторов успешности лечения, социальной ситуации развития, преморбидных особенностей личности и др. По прошествии начального периода реабилитации, если явных успехов от лечения не наблюдается, может проявляться рентная установка в отношении заболевания, депрессивные состояния и др.

Инвалиды с нарушением сенсорных функций (зрения или слуха) с различной степенью выраженности дефекта положительно откликаются на меры социально-психологической помощи. Особенно эффективными считаются: психологическая профилактика, психологическая коррекция, консультирование и психотерапия. С помощью мер социально-психологической помощи в отдельных случаях удается полностью снять негативные психологические последствия болезни.

Социально-психологическая реабилитация инвалидов при злокачественных новообразованиях

На начальных и отделенных этапах данного заболевания могут происходить существенные изменения в трудовой сфере в виде потери основного места работы, смены режима труда и др. Профессиональная деятельность в психологическом плане может являться ведущей деятельностью взрослого человека, т.е. вокруг нее сосредоточены основные притязания человека, от нее зависит самооценка и именно в этой деятельности он видит потенциал своего развития (другими сферами могут выступать семейная жизнь или личные увлечения (хобби)). Потеря рабочего места и возможности занимать прежнюю профессиональную роль может восприниматься человеком по-разному. В отдельных случаях происходит потеря не просто места работы и заработка, но и потеря смысла жизни, что зачастую приводит к ненормативному кризису.

Злокачественное новообразование и процесс лечения данной патологии создает целый ряд условий, которые могут спровоцировать психические отклонения: интоксикация организма,

⁶ Момот В. А. Теоретические основы социально-психологической реабилитации лиц с глубокими нарушениями зрения // Психологическая наука и образование. 2005. Том 10. № 4. С. 30–37.

длительный характер и агрессивность лечения, кардинальная смена образа жизни, измененное восприятие себя как «ракового больного» и др.

Ситуацию онкологического заболевания часто рассматривают в качестве не просто стрессовой, а экстремальной, подчеркивая характер сверхсильного переживания. Это делается для того, чтобы показать, что состояние человека в ситуации, которую он воспринимает как экстремальную, значительно отличается от привычной.

Высокая распространенность посттравматического стрессового расстройства среди онкологических больных (примерно 1/5 часть всех онкологических больных)⁷ имеет свою специфику: любая боль и другие непонятные физические ощущения символизируют рецидив заболевания и появление метастазов, напоминание о процедуре лечения может вызывать отторжение и желание изолироваться от окружающих и др.

Психологические особенности инвалидов, страдающих злокачественными образованиями, достаточно вариативны. Специалисты не всегда соглашаются с жесткой категоризацией эмоциональных состояний и их динамики при злокачественных новообразованиях, которую предложила Кюблер-Росс (отрицание и изоляция, гнев, попытка «торговаться», депрессия, смирение), но которую широко используют в практике.⁸

Некритичное применение данных категорий может привести к неверной оценке психического состояния, когда депрессивное состояние у данной группы инвалидов рассматривается по типу нормальной реакции на онкологическое заболевание на пути к принятию ситуации. При этом могут не учитываться тяжесть и затяжной характер депрессивного состояния.

Многогранность восприятия собственной болезни особенно сильно проявляется при злокачественных новообразованиях, что повышает важность анализа психологических особенностей инвалидов (детей-инвалидов) с данным заболеванием.

Психологические методы терапии способны влиять на эмоциональное состояние инвалидов с онкологическими заболеваниями, замедлять прогрессирование заболевания и улучшать качество жизни. Специалисты рекомендуют использовать широкий комплекс методов социально-психологической реабилитации включающих различные виды психологической помощи: психологическую диагностику, консультирование, психологическая коррекцию, включая индивидуальные и групповые формы работы, а также методы семейного консультирования.⁹

Экзистенциальный подход к психотерапии инвалидов, страдающих злокачественными новообразованиями, рассматривает болезнь, в том числе, как условие развития личности, а не фиксируется только на ограничениях, создаваемых патологическим процессом.

Социально-психологическая реабилитация инвалидов при хронических соматических заболеваниях

Хронические соматические заболевания способны влиять на психическую деятельность. К основным механизмам влияния хронических соматических заболеваний на познавательные процессы относятся интоксикация организма (заболевание почек, печени и др.) и гипоксия (заболевания легких, сердца и др.).

⁷ Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Том 22 № 1. С. 40–63.

⁸ Ялом И. Мамочка и смысл жизни: психотерапевтические истории / И. Ялом; пер. Е. Филина. - Москва: Эксмо, 2006. - 381 с.

⁹ Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных. *Злокачественные опухоли*. 2016; (4s1):54-58.

Наибольшее число и степень психопатологических состояний, как правило, наблюдается на этапах госпитализации, особенно при хирургическом вмешательстве на пре- и постоперационном периодах.

После выписки степень психопатологических проявлений ослабевает вплоть до их исчезновения, а роль семейной поддержки возрастает в связи с выпиской и организацией быта в новых условиях. На данном этапе эмоциональное состояние больного может ухудшаться из-за несоответствия поведения близких ожиданиям больного, что впоследствии может привести к его социальной депривации.

Наиболее общей неспецифической формой реагирования организма на соматическое неблагополучие является астения. В отличие от степени функционального нарушения организма астения может либо пройти через определенное время, либо остаться на длительное время, стойко снижая работоспособность больного.

В зависимости от течения заболевания, социальной ситуации развития астеническое состояние может прогрессировать или регрессировать. Преморбидные особенности личности способны повлиять на тип реагирования на болезнь. К проявлениям астенического состояния относят личностные изменения (снижение интересов к работе, семье, общественной жизни, уплощение эмоционального реагирования и др.).

Все эти особенности обуславливают значимость социально-психологической реабилитации данной категории инвалидов.

Методы социально-психологической реабилитации при хронических соматических заболеваниях у взрослых разнообразны и направлены как на коррекцию высших психических функций (повышение энергетического потенциала психической деятельности, профилактика нарушений операциональной стороны), так и на консультирование и психотерапию (в большей степени направленных на ресоциализацию и снижение функциональных последствий инвалидности).

При полностью сохранном состоянии познавательных процессов гражданина, страдающего хроническим соматическим заболеванием, по нашему мнению, внимание следует уделять его личностным особенностям. В зависимости от характера личностной реакции на болезнь будет определяться степень и направление социально-психологической реабилитации. Даже в случае наиболее гармоничного реагирования на болезнь можно сделать предположение о наличии критических периодов в жизни инвалида, когда ему может понадобиться консультативная помощь со стороны психолога.

Отправной точкой социально-психологической реабилитации инвалида с хронической соматической патологией является характер внутренней картины болезни.

Социально-психологическая реабилитация инвалидов по последствиям спинальных травм и последствиям спинальных инсультов

В зависимости от степени выраженности нарушенных нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций организма могут варьироваться эмоциональные реакции на болезнь при данных патологиях. Одними из наиболее типичных следствий оказываются тревожно-депрессивные состояния и различные виды нарушений адаптации. Депрессивные состояния могут быть значительно отложены по времени возникновения. Это связано с иллюзорным представлением обратимости патологического процесса и запоздалым по времени осознанием тяжести собственного состояния и наиболее вероятного прогноза течения заболевания. При этом однозначность прогноза заболевания, определенная врачами-специалистами

медицинской организации, не всегда соотносится с субъективным восприятием своего заболевания самим инвалидом.

Риск возникновения депрессивных состояний увеличивается после первичной госпитализации, когда он остается один на один со своими ограничениями.

Частичная или полная утрата возможности самостоятельного перемещения меняет привычный уклад жизни инвалида и его семьи. Зависимость от близких людей воспринимается ими по-разному: чувство вины, стыда или эмоциональная раздражительность, агрессия, негативизм и др.

Утрата семейных и социальных ролей ставит перед инвалидом задачу поиска новых смыслов жизни, которую он не всегда способен решить самостоятельно или с помощью близких. Возможные нарушения мочевыделительной функции способны вызывать особенно сильные чувства вины, беспомощности и стыда или гнева, замешательства и др.

Хронический болевой синдром, который может лежать в основе депрессивного состояния и требует выработку специальных стратегий совладания с болью.

Первой задачей социально-психологической реабилитации при данных патологиях является дифференциальная диагностика между депрессией и реакцией горя.

В отличие нормальной реакции на горе, имеющей ряд нечетко очерченных стадий (шок, поглощенность, дезорганизация, разрешение), которые протекают в течение года, патологическое горевание имеет ряд особенностей. Оно может длиться более 2 лет и нести в себе признаки подавления, избегания или затяжной характер симптомов «нормального» горевания. Риск развития большого депрессивного эпизода при патологическом горевании возрастает.

Важным направлением реабилитационной работы при патологической реакции горя или большом депрессивном эпизоде является психотерапия, которая может выходить за рамки социально-психологической реабилитации и осуществляется при участии психиатра и, в случае необходимости, фармакотерапии.

Патологические реакции на стресс и нарушение адаптации, что может сопровождать инвалидов со спинальной травмой, также требуют участия психиатра в процессе диагностики и психотерапии. Социально-психологическая реабилитация осуществляется при тесном взаимодействии психологов и психиатров в данных случаях.

Психологическая реабилитация при данных видах патологии достаточно многосторонняя. Ключевыми требованиями к программе психологической реабилитации являются комплексность и раннее начало. Центральными проблемами в ходе работы с инвалидом (ребенком-инвалидом) с последствиями спинальных травм или спинального инсульта являются работа с чувством утраты и горя, депрессивными проявлениями, достижение ощущения контроля над ситуацией посредством формирования соответствующих копингов, поддержание мотивации в ходе восстановительного лечения с выработкой соответствующих целей, поиск субъективных критериев эффективности восстановительных мероприятий, а также формирование нового «образа я».

Приспособление к инвалидности у инвалидов страдающих от последствий спинальной травмы или спинального инсульта подразумевает перестройку их жизни и смену социальной, семейной и профессиональной ролей.

Достижение целей социально-психологической реабилитации при данной патологии может осуществляться в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (формирование адекватных копингов, перестройка «Я-концепции»), где цели достигаются путем структурирования переживаний, минимизации ощущений собственной уязвимости, обретения социальной поддержки и др. Одним из популярных подходов является гештальт-терапия. Помощь в приспособление

инвалида со спинальной травмой к имеющимся ограничениям жизнедеятельности в данном подходе осуществляется за счет сохранения гармоничного отношения с миром и самим собой путем осознания собственных изменений (личностный рост, принятие травмы и др.) и трансформации окружающей среды (физических и социальных условий).

Близкое социальное окружение потенциально является мощным ресурсом нормализации психического состояния, при этом родственники сами испытывают значительное психологическое напряжение и находятся в депрессии.

Социально-психологическая реабилитация инвалидов при повреждениях головного мозга различного генеза (сосудистого, травматического, инфекционного и др.)

При морфофункциональных изменениях вещества головного мозга может возникать сложный дефект психической деятельности, включающий нарушение познавательных процессов, динамических характеристик психической деятельности, эмоционально-волевой и личностной сферы.

Считаем важным обратить внимание на группу нейропсихологических нарушений, которые могут возникать при локальных повреждениях головного мозга. К ним относятся различные нейропсихологические синдромы: нарушения восприятия, произвольных движений и действий, мышления, памяти и др. Они могут проявляться изолированно и требовать использования специальных методов диагностики. Анализ структуры нарушения с выделением первичных, вторичных и третичных нарушений позволит уточнить реабилитационный потенциал в каждом конкретном случае.

Например, нарушение письма, чтения, счета, которые могут возникать при локальных поражениях головного мозга и не сопровождаться иной выраженной психопатологической симптоматикой, требуют особого внимания, т.к. могут приводить к ограничениям в различных сферах жизнедеятельности, требовать особой психокоррекционной работы.

Социально-психологическая реабилитация в случаях поражения головного мозга различной локализации и степени решает широкий круг задач: коррекция нарушений высших психических функций, снижение патологических личностных реакций на болезнь (тревожных, депрессивных, ипохондрических и др.), профилактика признаков социальной депривации, работа с близким социальным окружением.

Задачи психологической коррекции решаются, в том числе с использованием программы методов восстановительного обучения¹⁰. Коррекция нарушений произвольных движений и действий также может входить в программу социально-психологической реабилитации и осуществляется, например, с помощью аппаратных методов реабилитации (стол механотерапии, система CognitionPlus и др.).

Субъективные переживания собственной болезни при обширных поражениях головного мозга разнообразны. В отдельных случаях при относительной сохранности критики к своему состоянию могут наблюдаться стойкие выраженные нейропсихологические нарушения, что откладывает отпечаток на личность и приводит к глубоким переживаниям инвалида¹¹.

При ослаблении степени нарушения познавательных процессов и его стертом влиянии на жизнь больного, особенно в случае острого начала заболевания, на первый план психологической работы могут выходить методы психологического консультирования, психотерапии и психологической профилактики.

¹⁰ Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985, С. 352.

¹¹ А. Р. Лурия. Потерянный и возвращенный мир (история одного ранения). М. Московский университет 1971, С. 122.

Психологическое консультирование и психотерапия осуществляются с использованием гуманистического, когнитивного, поведенческого и др. подходов в зависимости от структуры, степени дефекта и индивидуальных предпочтений инвалида (ребенка-инвалида).

Одним из значимых личностных последствий органического поражения головного мозга, сопровождающегося острой фазой, является щадящая установка. Когда в условиях достаточных физических возможностей инвалид (ребенок-инвалид) в деятельности руководствуется стереотипной моделью избегания повышения нагрузки на поврежденную функцию.

Социально-психологическая реабилитация инвалидов при демиелинизирующих заболеваниях на примере рассеянного склероза

Рассеянный склероз характеризуется полиморфными флуктуирующими психологическими отклонениями. У инвалидов, страдающих рассеянным склерозом, отмечается депрессивные и эйфорические состояния, признаки «лобного синдрома», речевые расстройства. Ремитирующий характер заболевания и молодой возраст инвалида создают благоприятные условия для развития невротических реакций, что может ограничивать жизнедеятельность и снижать качество жизни инвалидов с данной патологией.

Спектр нейропсихологических нарушений свидетельствует о функциональных нарушениях в работе отдельных зон головного мозга, что проявляется в виде вторичных расстройств счета, письма, речи и др.

Нарушение работоспособности связано с преимущественным нарушением функций внимания, что выражается в замедлении процесса обработки информации, нарушении распределения внимания, затруднениях при контроле за выполнением умственных действий, повышенной тормозимости следов памяти вне зависимости от модальности.

Модель социально-психологической реабилитации инвалидов с рассеянным склерозом учитывает не только структуру и степень нарушения психической деятельности на момент первичного экспериментально-психологического исследования, но и предвосхищает последующие нарушения и личностные реакции инвалида. Коррекция когнитивных нарушений в программе социально-психологической реабилитации сочетается с организацией психосоматического сопровождения инвалида, страдающего рассеянным склерозом.

Постепенное ухудшение состояния инвалида с рассеянным склерозом предполагает включение мер профилактики в процесс социально-психологической реабилитации. Психологическая коррекция может быть осуществлена еще до появления ярко выраженных нарушений высших психических функций. При стертых нарушениях познавательных процессов, проявляющихся лишь в сенсibilизированных условиях, возможно начало направленной работы по восстановительному обучению.

Существенное изменение образа жизни и активности инвалида с рассеянным склерозом предполагает преодоление прежних жизненных стереотипов, поиск новых, адекватных заболеванию, способов досуга, труда и т.п. Социальный-психолог здесь может оказать существенную помощь.

Одной из проблем является низкая информированность инвалидов о мерах социально-психологической реабилитации. В результате чего инвалид порой попадает к специалисту психологу в отделенные периоды последствий болезни, когда значительно сложнее обратиться/скорректировать или минимизировать последствия патологического процесса, снизить его влияние на личность инвалида.

Социально-психологическая реабилитация инвалидов с последствиями травм конечностей

В центре внимания при социально-психологической реабилитации при подобных состояниях находится щадящая установка инвалида в отношении поврежденной конечности, которая может возникнуть как частный аспект общей реакции на создавшуюся ситуацию.

Возникшая после травмы субъективная задача защиты поврежденной конечности от вредных воздействий порой распространяется на последующие стадии восстановления и выступает помехой на пути максимально возможного восстановления поврежденной конечности.

Всякое предметное действие, протекающее в таких условиях, частично утрачивает свою целенаправленность. Инвалид как бы старается не достичь определенной цели (забить гвоздь, переступить через бордюр и др.), а совершить это действие максимально безболезненно для себя.¹²

Целью социально-психологической реабилитации при подобных травмах является формирование установки на восстановление поврежденной конечности путем изменения отношения инвалида к собственной травме (её последствиям), своим возможностям в новых условиях, формирование адекватного отношения к процедуре реабилитации, преодоление сложившихся после травмы негативных двигательных паттернов.

Особенности социально-психологической реабилитации инвалидов в пожилом возрасте

Сопровождение пожилых людей, имеющих инвалидность, отличается спецификой используемых средств социально-психологической реабилитации. Состояние пожилого человека, отягощенное патологическим процессом, создает условия для формирования комплекса нейропсихологических нарушений (нейродинамического, регуляторного характера, слабости пространственной ориентировки) и личностных реакций (потеря веры в себя, свои способности, потеря самоуважения, снижение социальной активности). В то же время поздний возраст создает целый ряд условий, способствующих развитию личности, что в отдельных случаях приводит к положительным эффектам (свободное время используется для творчества, путешествий и т.п., появляются новые мотивы и цели деятельности, социальная активность возрастает).

К сожалению, стойкие патологические состояния, приводящие к инвалидности, зачастую не способствуют позитивному личностному развитию пожилого человека. При достаточной сохранности психической деятельности пожилого человека с инвалидностью основная нагрузка в части психологического сопровождения ложится на близких, которые не всегда готовы к подобной работе.

Социально-психологическая реабилитация пожилых людей с инвалидностью преимущественно осуществляется методами индивидуального психологического консультирования и групповыми формами работы, а при необходимости дополняется другими видами социально-психологической реабилитации. Особое место занимают различные предметные занятия и социокультурная реабилитация.

Социально-психологические последствия инвалидности и психологическая работа с личностью в условиях инвалидизирующего заболевания

Важной стороной социально-психологической реабилитации, вне зависимости от вида инвалидизирующей патологии, является ее направленность на личность. Качество жизни инвалида в новой для него социальной ситуации развития, обусловленной инвалидизирующей патологией,

¹² Леонтьев А.Н. Эволюция, движение, деятельность/ Под ред. Д.А.Леонтьева, Е.Е.Соколовой. М.: Смысл, 2012 г., С. 560.

зависит от объективных параметров болезни, его физических и психических возможностей, результата внутренней переработки им этой ситуации развития¹³.

Подтверждение тотальности и необратимости своего заболевания, что происходит при получении группы инвалидности, не может не влиять на представление о собственной болезни и перспективах дальнейшей жизни.

Патологическое состояние, как и смена социального статуса, опосредованно влияют на личность человека. Реакция на болезнь имеет индивидуальный характер и складывается из сложного сочетания ощущений и восприятия своей болезни и связанных с ними переживаниями. Важной характеристикой субъективной стороны болезни является процесс отражение заболевания в сознании, что получило название «внутренняя картина болезни»¹⁴.

Содержание внутренней картины болезни отражает преморбидные характеристики личности, особенности жизненной ситуации, сложившейся в результате болезни и зависящей от социальной ситуации (позиции родственников, отношения коллег по работе, медицинского персонала и т.д.). Внутренняя картина болезни может способствовать или препятствовать процессу медико-социальной реабилитации.

Инвалидность выделяется как особый социальный феномен, в том числе воздействующий на личность больного. Термин «внутренняя картина инвалидности» подчеркивает значимость психологических факторов в формировании субъективной стороны болезни у инвалидов. Как указывают исследователи этого феномена инвалидность часто воспринимается как логичное продолжение болезни, «итог», завершающий ситуацию болезни.¹⁵ Необратимость заболевания, индивидуальный смысл понятия «инвалид» способствует изменению представления инвалида о болезни и может приводить к дополнительной эмоциональной нагрузке.

Противоречие между смыслообразующими мотивами и актуальными возможностями больного в условиях хронического заболевания, внутренней картиной болезни и реальным состоянием больного, размытые перспективы развития неизбежно приводят к личностному кризису.

Индивидуально-психологические реакции на ситуацию болезни и инвалидности обусловлены разнообразными факторами: замкнутость ситуации, связанной с болезнью, социальные штампы и стереотипы, касающиеся инвалидности, возможная неопределенность прогноза заболевания или негативный прогноз, перераспределение ролей в семье, измененные в связи с болезнью межличностные взаимоотношения с членами семьи и близкими и т.д.

Эти общие неспецифические черты в меньшей степени зависят от характера и степени инвалидизирующей патологии, но в большей степени детерминированы социально-психологическими особенностями инвалида (ребенка-инвалида).

Субъективная сторона заболевания оказывает влияние на динамику заболевания и процесс медико-социальной реабилитации¹⁶.

Социально-психологическая реабилитация или абилитация инвалида (ребенка-инвалида) воздействует на личность инвалида (ребенка-инвалида), способствует преодолению ригидных установок, сформировавшихся на первых этапах болезни, способствует формированию адекватного копинга и комплайнса.

¹⁴ Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. - М., 1977. - 111 с.

¹⁵ Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства). // «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина». 2008, № 1, с. 42-46.

¹⁶ Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. — Московский университет москва, 1987. — 166 с

В зависимости от структуры дефекта социально-психологическая реабилитация или абилитация может быть преимущественно сосредоточена на личности инвалида (ребенка-инвалида), оставляя без внимания состояние познавательных процессов, или напротив уделять повышенное внимание коррекции познавательных процессов (формирование внимания и др.). При этом следует отметить, что психологическая реабилитация или абилитация всегда носит целостный характер и не может изолированно воздействовать на какой-либо отдельный психический процесс или свойство.

Конечно, не следует ставить знак равно между инвалидностью и наличием психологических отклонений. В литературе отмечено ироничное замечание на эту тему: «если у вас есть инвалидность, вы обязаны иметь и психологические проблемы, если же вы утверждаете, что у вас нет психологических проблем, значит, вы демонстрируете такую психологическую проблему как отрицание».¹⁷

В то же время факт наличия инвалидности повышает риск развития негативных эмоциональных реакций, которые могут появиться сразу после заболевания и/или получения группы инвалидности или отсрочено под влиянием ограничений жизнедеятельности в совокупности со сменой социальной ситуации развития. Подобные критические периоды в жизни инвалида порой требуют кратковременной психологической помощи, которая может быть оказана в рамках психологической консультации.

Этот частный пример иллюстрирует значимость мер социально-психологической реабилитации или абилитации для широкого круга получателей услуги.

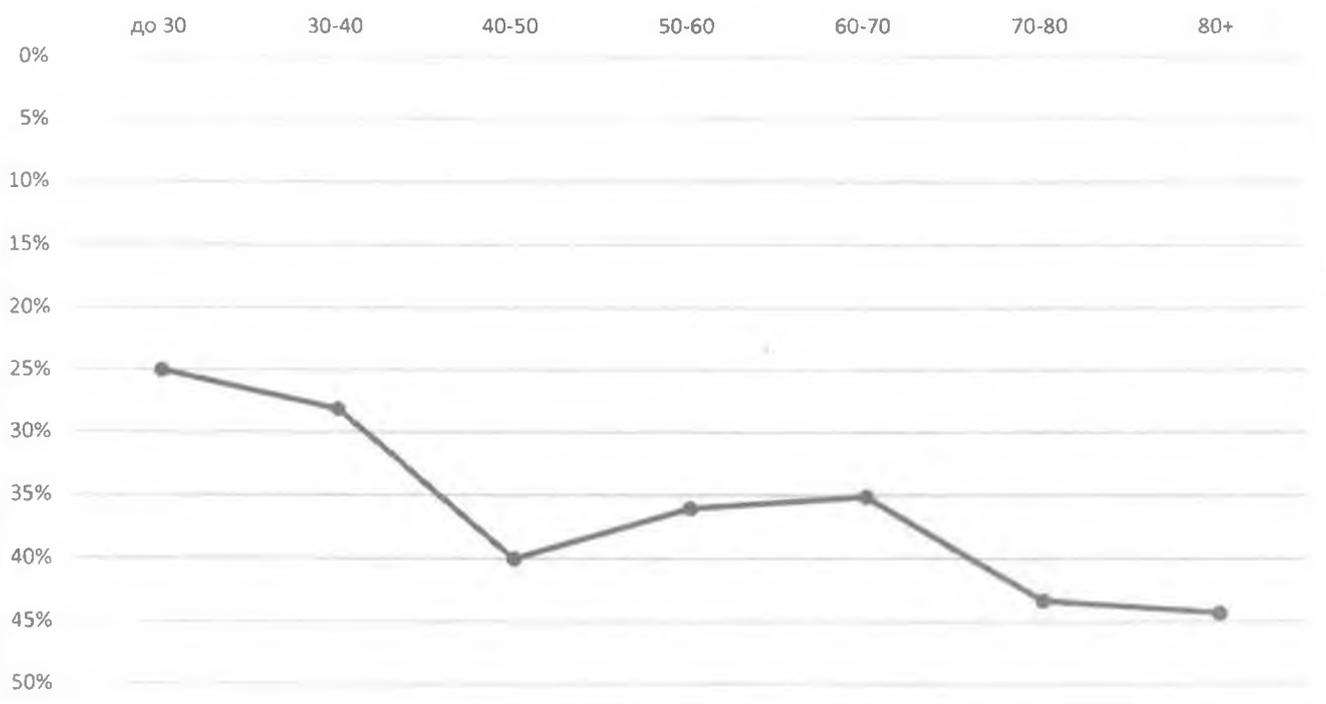
Возможности социально-психологической реабилитации и абилитации в отношении целого ряда патологических состояний, в том числе шизофрении, умственной отсталости, расстройств аутистического спектра и др. описаны в специальной литературе (Ю.Ф. Поляков 1985; В.В. Лебединский 2003; В.И. Лубовский 1978; О. С. Никольская, 1980; А. С. Спиваковская, 1980; Слуцкий 1984; О.Ю. Казьмина, С.Н. Ениколопов 2016 и др.) и не является предметом рассмотрения в данном информационно-методическом письме.

В ходе анализа 2400 индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в части мероприятий по социально-психологической реабилитации или абилитации, которые были разработаны в ряде субъектов Российской Федерации, выявлено отсутствие рекомендаций по осуществлению мероприятий социально-психологической реабилитации или абилитации. В частности, рекомендации в части мероприятий по социально-психологической реабилитации отсутствовали в 35% ИПРА инвалидов и 1% ИПРА детей-инвалидов. Следует уточнить, что при отсутствии подобных рекомендаций инвалид остается лишен всех перечисленных услуг по социально-психологической реабилитации, в том числе психологического консультирования.

Также отмечается снижение количества рекомендованных в ИПРА инвалидов мероприятий по социально-психологической реабилитации в более старших возрастных группах (График 1).

¹⁷ Булюбаш, И. Д., Морозов, И. Н., Приходько, М. С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы / И. Д. Булюбаш, И. Н. Морозов, М. С. Приходько - Самара: Бахрах, 2011, С. 272.

Частота встречаемости отсутствия в ИПРА инвалидов рекомендованных мероприятий по социально-психологической реабилитации



В отдельных ИПРА инвалидов при наличии значительно выраженных нарушений психических функций рекомендации в мероприятиях по социально-психологической реабилитации отсутствовали.

Предельная выраженность нарушений психических функций не дает возможности рассчитывать на результат реабилитации компенсирующий нарушения и позволяющий вести полностью самостоятельную жизнь. Инвалиды со значительно выраженными нарушениями психических функций, например, при сосудистой деменции, нуждаются в социально-психологической реабилитации, способной, пусть и частично, вернуть определенный уровень психической активности, несколько упорядочить поведение и т.п. Социально-психологическая реабилитации в данных случаях направлена на повышение качества жизни инвалида. Сопровождение близких инвалида с тяжелыми психическими нарушениями осуществляется в рамках социально-психологического патронажа.