

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ И ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Солецкий В.В.

ФГБУ «Сакский военный клинический санаторий им. Н.И. Пирогова» Министерства обороны Российской Федерации, Российская Федерация, Республика Крым, 296500, г. Саки, ул. Курортная д. 2

Резюме

Актуальность. Заболевания и травмы периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата остаются в наше время частой причиной инвалидизации населения. Это влечёт за собой ряд проблем: физических, психологических и социальных. Актуальность статьи заключается в применении интегративного психологического подхода в реабилитации инвалидов. Предлагается метод психологической реабилитации инвалидов, дающий возможность нового взгляда на физическое ограничение.

Цель. Отобразить качественное преобразование сознания инвалида и восприятия травмы, сопровождаемое эмоциональной гармонизацией, в результате проведения психологической реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 34 пациента с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы и локальными поражениями соматомоторной области коры головного мозга, приведшими к инвалидизации. Среди них – 19 мужчин и 15 женщин в возрасте от 20 до 49 лет, имеющие инвалидность не более 5 лет. Продолжительность их пребывания в санатории составляла от 21 до 42 дней.

Результаты. Среди пациентов, принимавших участие в исследовании, по окончании реабилитации отметили значительное снижение дискомфортных и дезадаптивных эмоций: страха – 45% пациентов; гнева – 18%; стыда – 54%; обиды – 27%; грусти – 63%; вины – 12%. У большинства пациентов отмечались изначально два и более разнородных дискомфортных чувства. Поэтому значительного улучшения в эмоциональном самочувствии достигли более 70% испытуемых. Отсутствие изменений отмечено у 6% из числа пациентов, принявших участие в исследовании. В начале реабилитации анализ способов совладающего поведения инвалидов показал, что более 80% испытуемых имеют одну акцентированно выраженную стратегию совладания и слабо развитые остальные. После проведенной реабилитации у 69% отмечается нивелирование уровней различных способов совладания. Наиболее значимые показатели – выраженное снижение до адаптивного уровня по шкалам: «Бегство-избегание» – у 63% инвалидов; «Дистанцирование» – 72%; «Положительная переоценка» – 57%.

Заключение. В статье сделана попытка максимально полного охвата сущности психологического страдания инвалидов и глубинных причин их психологической дезадаптации. В то же время вполне возможна интеграция дополнительных механизмов воздействия при психологической реабилитации. Проведенный анализ показывает высокую эффективность описанного подхода в психологической реабилитации в условиях клинического санатория, а также в дальнейшей работе.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, психологическая травма, ограниченные физические возможности, феноменологический подход.

Солецкий В.В. Психодинамический и феноменологический подход в психологической реабилитации инвалидов. *Физическая и реабилитационная медицина*. – 2019. – Т. 1, № 2. – С. 16–20.

DOI: 10.26211/2658-4522-2019-1-2-16-20

Soletskii V. Psychodynamic and phenomenological approach in the psychological rehabilitation of disabled people. *Physical and Rehabilitation Medicine*, 2019, vol. 1, no. 2, pp. 16–20 (in Russ.).

DOI: 10.26211/2658-4522-2019-1-2-16-20

Солецкий Виталий Владимирович / Vitalii V. Soletskii; e-mail: vitaliy-soletskiy@yandex.ru

PSYCHODYNAMIC AND PHENOMENOLOGICAL APPROACH IN THE PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE

Soletskii V.V.

Saki Military Clinical Sanatorium named after N.I. Pirogov of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Kurortnaya St., 2, 296500, Saky, Republic of Crimea, Russian Federation

Abstract

Introduction. Diseases and injuries of the peripheral nervous system and the musculoskeletal system remain in our time a frequent cause of disability of the population. This entails a number of problems: physical, psychological and social. The relevance of the article is to use an integrative psychological approach in the rehabilitation of disabled people. A method of psychological rehabilitation of disabled people is proposed, giving a new view on physical limitations.

Aim. To display the qualitative transformation of the consciousness of the disabled person and the perception of injury, accompanied by emotional harmonization, as a result of psychological rehabilitation.

Materials and methods. The research involved 34 patients with diseases of the musculoskeletal system, peripheral nervous system and local lesions of the somatomotor region of the cerebral cortex, leading to disability. Among them – 19 men and 15 women, aged 20 to 49 years old, with a disability of not more than 5 years. The duration of their stay in the sanatorium ranged from 21 to 42 days.

Results. A significant decrease in discomfort and maladaptive emotions among the patients who participated in the study was noted at the end of the rehabilitation: fear – 45% patients; anger – 18%; shame – 54%; offenses – 27%; sadness – 63%; guilt – 12%. In the majority of patients, initially two or more dissimilar feelings were noted. Therefore, a significant improvement in emotional well-being reached more than 70% of subjects. No change was noted in 6% of the patients who participated in the study. At the beginning of rehabilitation, an analysis of ways of coping behavior of persons with disabilities showed that more than 80% of the subjects had one accentuated pronounced coping strategy and poorly developed others. After the rehabilitation, 69% noted the leveling of the levels of various ways of coping. The most significant indicators: a pronounced decrease to the adaptive level on the scales: Flight-avoidance – 63% of disabled people; Distance – 72%; Positive revaluation – 57%.

Conclusion. The article attempts to fully cover the essence of the psychological suffering of people with disabilities and the root causes of their psychological maladjustment. At the same time, the integration of additional mechanisms of influence upon psychological rehabilitation is quite possible. The analysis shows the high efficiency of the described approach in psychological rehabilitation in the conditions of a clinical sanatorium, as well as in further work.

Keywords: psychological rehabilitation, psychological trauma, limited physical abilities, phenomenological approach.

Введение

Заболевания и травмы периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата остаются в наше время частой причиной инвалидизации населения. Это влечёт за собой ряд проблем: физических, психологических и социальных. Актуальность статьи заключается в применении интегративного психологического подхода в реабилитации инвалидов. Предлагается метод психологической реабилитации инвалидов, дающий возможность нового взгляда на физическое ограничение. Рассматривается стратегия работы с психологическими первопричинами, влияющими на восприятие телесной травмы или функционального соматического нарушения. Описываемый подход даёт возможность работать с инвалидом как с любым другим контингентом пациентов.

Цель

Отобразить качественное преобразование сознания инвалида и восприятия травмы, сопровождаемое эмоциональной гармонизацией, в результате проведения психологической реабилитации.

Материалы и методы

В Центре медицинской реабилитации Сакского военного клинического санатория им. Н.И. Пирогова за 2017 год прошли реабилитацию 270 пациентов, имеющих физические ограничения. За первые 7 месяцев 2018 года прошли реабилитацию 220 инвалидов.

В исследовании приняли участие 34 пациента с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы и локальными поражениями соматомоторной области коры головного мозга, приведшими к инвалидизации. Среди них – 19 мужчин и 15 женщин в возрасте от 20 до 49 лет, имеющие инвалидность не более 5 лет. Продолжительность их пребывания в санатории составляла от 21 до 42 дней.

Результаты

Процесс психологической реабилитации в психодинамическом и феноменологическом подходе начинался с психодиагностики психоэмоционального состояния и уточнения глубинной сущности страдания пациента. В отличие от теле-

сного страдания, которое в большинстве случаев достаточно наглядно для врача и для самого пациента, психологическое страдание гораздо труднее определить и локализовать. Ввиду того, что преобладающая доля психического материала человека находится в области бессознательного, пациент не только не мог полностью рассказать психологу о своём переживании, но и не способен был его полностью осознавать. Поэтому после предварительного анализа соматических симптомов и клинического интервью психологическая характеристика уточнялась при использовании специальных тестов (автоматизированный тест Люшера, опросник САН, рисуночные проективные тесты, опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса), а также анализа вектора локуса контроля.

Наблюдая с глубоко психологических позиций, мы рассматривали значительный разрыв между физическим увечьем и собственно психоэмоциональным страданием. Часто психологи и психотерапевты, не вникая значительно в глубинную суть страдания, принимают его как само собой разумеющуюся данность. Впоследствии это может вести к тому, что специалист по психологической реабилитации фактически работает с проблемой, которая имела бы первостепенную важность, если бы личность и жизненный опыт инвалида были бы идентичны личности и жизненному опыту психолога.

Проведенные беседы с инвалидами показали нам, что дальнейшее развитие страдания происходит из-за осознания невозможности реализовать желаемое, либо необходимости выполнять нежелаемое. Сам этот факт является невротизирующим инвалида и достойным внимания психолога. Однако анализ материала, вскрываемого в ходе практической помощи, показал, что существуют глубинные психологические факторы, формирующие повышенную уязвимость к определённым жизненным трудностям. Практически всегда в ситуациях, где имела место значительная психологическая и социальная дезадаптация, физическая травма, а точнее – осознание её последствий, обостряла страдание, вызванное более ранней психологической травмой, которая, как правило, была вытеснена из сознания.

Психологическая дезадаптация вызывалась одной или несколькими из базовых негативных эмоций: гнев, страх, обида, вина, стыд, грусть и скука. Также к эмоциональному состоянию можно отнести чувство одиночества как отсутствия значимых отношений. Однако любая эмоция на определённом этапе развития личности и в определённой ситуации служит достижению позитивной цели, выполняет защитную функцию. На ранних этапах развития личности мгновенное эмоциональное

реагирование бывает единственно возможным способом выхода из сложной ситуации.

При установлении соответствия между конкретной жалобой и характерной для неё эмоциональной реакцией мы опирались на классификацию эмоций В. Штерна, где особое значение имеет время: жизнь человека протекает в настоящем, но включает и его прошлое, и будущее. В соответствии с этим чувства могут быть разделены на три группы:

1. Чувства настоящего, в которые входят настроение, аффект, чувства, направляющие свою собственную активность, и эмоциональный фон переживаний.

2. Чувства, направленные на будущее. Таковыми являются потребность как чувство, предчувствие будущего, ожидание, страх, надежда.

3. Чувства, направленные на прошлое. Положительные – чувство близости (верность); отрицательные – грусть, печаль, чувство покинутости [2].

Конечно, для классификации более пригодным основанием является не время, а объективное обстоятельство, в связи с которым возникает чувство. Но в ходе работы оказывалось, что жалобы пациента на чувства, заявляемое направление которых не соответствует данной классификации, чаще всего свидетельствовали о неосознании истинных причин страдания. Например, когда инвалид говорил о прошлом событии и отмечал тревогу, якобы связанную с ним.

Поскольку первичное событие или установка, создавшие повышенную эмоциональную уязвимость к определённым трудным ситуациям, были, как правило, закреплены на этапе формирования самосознания, либо в состоянии изменённого сознания под влиянием особо сильных стимулов, то это событие или установка не осознаётся человеком. Поэтому мы работали именно с бессознательным материалом психики. Для этой цели использовались техники гипноанализа, интегрируемые в психодинамический и феноменологический подход. Гипнотическое состояние с внушённой возрастной регрессией до момента первичной психотравмы позволяло редактировать автоматически сформированные реакции. К примеру, ребёнок, оказавшийся в состоянии беспомощности, бессознательно закрепил реакцию в виде эмоции страха и инстинктивной телесной реакции замирания. Впоследствии, после получения некоторой физической травмы, объективная возможность действовать может и остаться на определённом уровне, но субъективное ощущение беспомощности будет вызывать автоматические реакции.

Психологическая реабилитация проводилась на всех уровнях психотравмы: уровне телесных реакций, собственно эмоциональном уровне, уровне

образных представлений и уровне мыслей и установок. Поскольку основа болезненных переживаний обычно амнезирована, а речь теснее всего связана с деятельностью сознания, тогда как телесные реакции в наименьшей степени доступны сознанию, то поиск первичной психотравмы прежде всего осуществлялся через телесные ощущения. Только потом, опираясь на эмоции и образные представления, и только потом – на мысли и установки пациента. Погружение в момент психотравмы, высвобождение застойной энергии инстинкта, формирование новых благоприятных реакций, эмоций, образов и установок в совокупности позволили в дальнейшем реагировать гораздо более рационально и осознанно.

Особое внимание было уделено телесным реакциям инвалидов, которые имели место до получения физического увечья, но после этого просто не могут быть выражены в теле. Мозг, не находя обратного сигнала от них, тем не менее оказывает влияние на сознание и образ мышления. Было произведено отреагирование телесной реакции в воображении во внушённом прошлом.

Феноменологический аспект психологической реабилитации подразумевал взаимодействие с психологом, направленное не на принудительные поведенческие изменения и какие-то компенсирующие развлекательные мероприятия, на которые охотно подталкивают инвалидов родственники и знакомые, а максимально возможную гармонизацию внутреннего состояния, что изменяло воспринимающее и переживающее сознание, в том числе самосознание. Освобождение от автоматических реакций давало возможность инвалиду осознанно и осмысленно воспринимать свои физические ограничения.

Серьёзным препятствием, которое часто приходилось преодолевать в процессе реабилитации, было нежелание пациента принимать личную ответственность за своё психоэмоциональное состояние. Тревога – неизбежное состояние человека, сталкивающегося со своей свободой выборов и возможностей. Ее полезная функция заключается не в предвосхищении обычных ситуативных опасностей, а в предвосхищении самой страшной опасности – опасности не быть, не воплотить свою экзистенцию. Однако каждый выбор означает отказ от каких-то других возможностей. Полнота осуществления возможностей человека всегда связана с отказом от части своих возможностей [3]. Восстанавливая умение пациента отказываться, неустанно стараясь при этом воплотить максимум возможностей, удавалось значительно повысить его социально-психологическую адаптивность. Важным моментом в ходе бесед было достижение согласия на принятие пациентом ответственности за своё

восприятие действительности и выбор способов реагирования, а также принятие либо непринятие внешней помощи.

Результаты и обсуждение

Безусловно, невозможно в цифрах отобразить всё качественное изменение в сознании и самосознании пациента, проходящего психологическую реабилитацию. Был проведён анализ наиболее значимых психических факторов, обуславливающих возможность социальной интеграции инвалида и реализации жизненных планов.

Среди пациентов, принимавших участие в исследовании, по окончании реабилитации отметили значительное снижение дискомфортных и дезадаптивных эмоций:

- страха – 45% пациентов;
- гнева – 18%;
- стыда – 54%;
- обиды – 27%;
- грусти – 63%;
- вины – 12%.

У большинства пациентов отмечались изначально два и более разнородных дискомфортных чувства. Поэтому значительного улучшения в эмоциональном самочувствии достигли более 70% испытуемых.

Отсутствие изменений отмечено у 6% из числа пациентов, принявших участие в исследовании.

У 9% инвалидов отмечено возрастание агрессивности, но в то же время снижение депрессивных проявлений. Исходя из психоаналитической трактовки депрессии как подавленного гнева и учитывая большую ресурсность нового состояния, можно данный процесс рассматривать как положительную динамику.

В начале реабилитации анализ способов совладающего поведения инвалидов показал, что более 80% испытуемых имеют одну акцентуированно выраженную стратегию совладания и слабо развитые остальные. После проведенной реабилитации у 69% отмечается нивелирование уровней различных способов совладания. Наиболее значимые показатели – выраженное снижение до адаптивного уровня по шкалам:

- «Бегство-избегание» – у 63% инвалидов;
- «Дистанцирование» – 72%;
- «Положительная переоценка» – 57%.

К моменту окончания исследования почти у 90% пациентов наблюдается преимущественно внутренний локус контроля, что характеризует способность распоряжаться своей жизнью самостоятельно и признание этой способности. Некоторые из пациентов ещё до окончания периода реабилитации в санатории высказали свои новые идеи о дальнейшей социальной реабилитации.

Выводы

В статье сделана попытка максимально полного охвата сущности психологического страдания инвалидов и глубинных причин их психологической дезадаптации. В то же время вполне возможна интеграция дополнительных механизмов воздействия при психологической реабилитации. Проведенный анализ показывает высокую эффективность описанного подхода в психологической реабилитации в условиях клинического санатория, а также в дальнейшей работе.

Этика публикации: Представленная статья ранее опубликована не была.

Конфликт интересов: Информация о конфликте интересов отсутствует.

Источник финансирования: Финансирование за счёт средств ФГБУ «Сакский военный клинический санаторий им. Н.И. Пирогова» Министерства обороны Российской Федерации.

Литература

1. Кинг М.Е., Цитренбаум Ч.М. Экзистенциальная гипнотерапия / Пер. с англ. С.К. Паракецова. — М.: Независимая фирма «Класс». (Библиотека психологии и психотерапии), 2001. — 176 с.
2. Узнатзе Д.Н. Общая психология / Пер. с грузинского Е. Ш. Чомахидзе; Под ред. И.В. Имедадзе. — М.: Смысл; СПб: Питер, 2004. — 413 с: ил. — (Серия «Живая классика»).
3. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. — М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. — 480 с.

References

1. King M.E., Citrenbaum Ch.M. (2001) E`kzistencial`naya gipnoterapiya (Biblioteka psixologii i psixoterapii) [Existential hypnotherapy (Library of psychology and psychotherapy)]. Moscow: Klass independent firm, 176 p. (in Russ.)
2. Uznadze D.N. (2004) Obshhaya psixologiya (Seriya «Zhivaya klassika») [The general psychology (Live Classics series)]. Moscow: Meaning; Saint-Petersburg: Piter, 413 p. (in Russ.)
3. Holmogorova A.B. (2011) Integrativnaya psixoterapiya rasstrojstv affektivnogo spektra [Integrative psychotherapy of frustration of an affective range]. Moscow: ID «MEDPRAKTIKA-M», 480 p. (in Russ.)

Рукопись поступила / Received: 07.02.2019

Принята в печать / Accepted for Publication: 08.04.2019

Автор

Солецкий Виталий Владимирович — медицинский психолог Центра медицинской реабилитации ФГБУ «Сакский военный клинический санаторий им. Н.И. Пирогова» Министерства обороны Российской Федерации. Российская Федерация, 296500, Республика Крым, г. Саки, ул. Курортная, 2. E-mail: vitaliy-soletskiy@yandex.ru; тел. 8 (978) 838-22-13

The Author

Soletskiy Vitaliy, clinical psychologist Center for Medical Rehabilitation Research of Saki Military Clinical Sanatorium named after N.I. Pirogov of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Kurortnaya St., 2, 296500 Saky, Republic of Crimea, Russian Federation. E-mail: vitaliy-soletskiy@yandex.ru; phone: 8 (978) 838-22-13