



ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

РЕФЛЕКСИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК 616

¹Филиппченкова С.И.: доцент, к.п.н.;²Линок В.А.: директор центра, генерал-майор медицинской службы в отставке, профессор, заслуженный врач России;³Качуровский И.А.: советник директора центра.¹ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия», г. Тверь²ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздравсоцразвития России, г. Москва

Введение

В последние годы идея холизма все чаще заявляет о себе в медицинской реальности, в том числе в практиках реабилитации. Будучи ориентированным на постнеклассический тип научной рациональности и междисциплинарное знание, холистический подход реализует себя в разрабатываемой нами социально-психологической модели врачевания. Этой модели имманентна идея конструирования холистического здоровья, она эксплицирует новые медико-психологические технологии, расширяющие возможности всех субъектов врачевания.

Социально-психологическая модель врачевания презентует идею и процесс реабилитации как деятельность, предполагающую наряду с медицинским психологическое и социальное восстановление «целостности» картины здоровья. Эта модель элиминирует патерналистский взгляд на пациента, в ней между врачом и пациентом формируются субъект-субъектные отношения и феномен «разделенной» ответственности путем восхождения к «рефлексивности», особенно в реабилитационный период. В основе разрабатываемого подхода лежит сочетание теоретических приемов анализа базовых концептов и основных сторон феномена «холистическое здоровье» с эмпирическими социально-психологическими и психодиагностическими методами, позволяющими качественно и надежно эксплицировать ключевые экспектации и установки, связанные с данным феноменом.

Сегодня здоровье невозможно поддерживать средствами исключительно физикалистской, редукционистской медицины. Факторы образа жизни и поведения должны быть интегрированы в процесс исцеления. Все более значимым становится учет широкого спектра возможностей самоопределения и самореализации человека (в том числе таких, как рефлексивность, ответственность, мотивация, волевая активность) при хроническом заболевании. Для оказания помощи больным с хроническим заболеванием в реабилитационный период необходимо использовать все «субъектные» и личностные ресурсы пациента.

В реабилитационный период хронических заболеваний особенно значимой становится ответственность человека за свое здоровье. Идея ответственности – это идея конструирования в проекции здоровья жизненного мира и самостроительства. Ответственность за себя предполагает желание, мотивацию, способность индивида поддерживать стиль поведения, способствующий укреплению здоровья и отказ от дисфункционального образа жизни. Чувство собственной ответственности, готовности больных следовать предписаниям врачей и медицинскому режиму коренится в их мотивированности и волевых интенциях.

В профилактический и реабилитационный период перенос ответственности за выздоровление на пациента, повышение его интернального локуса контроля предполагают вызов самоподдерживающих произвольных изменений, а также изменение статуса пациента-хроника.

Холистический принцип отдает приоритет (возникающим при взаимодействии элементов в системе) новым качествам или целым свойствам, отсутствующим у составляющих систему элементов. Выделение таких качеств или свойств позволяет продифференцировать системы по характеру взаимодействия ее элементов на аддитивные (суммативные), где целое равно сумме своих частей, и эмерджентные (или целостные), где наличествуют особые качества, например, органические, психологические, социальные системы. Идея холизма обнаруживает себя в психологических науках – как в психологических традициях – гештальт-психологии, онтопсихологии, так и в отдельных направлениях, таких как психология личности, клиническая психология. В медицине и связанных с ней психологических исследованиях идея холизма репрезентируется в понятии и реалиях холистического здоровья – holistic health. Наличие таких проблем, как сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, появившиеся как следствие личностных факторов или факторов окружающей среды, ятрогении, возрастание стоимости услуг здравоохранения поставили под сомнение всемогущество физикалистской медицины и актуализировали возрождение холистической медицины. Доверие, диалог и сотрудничество – результирующие условия холизма. Под холистическим здоровьем понимается широкий спектр возможностей самореализации человека.

Холистическая парадигма в медицине связана с идеей эффективного функционирования профилактики в системе здравоохранения. К ней относятся программы поддержания здоровья, целью которых является и снижение расходов по лечению заболеваний. Концепция холистического здоровья имеет дело с физическими, психологическими, профессиональными, межличностными, духовными измерениями субъектов системы здравоохранения. Являясь междисциплинарной, концепция холистического здоровья ориентируется на пропаганду здорового образа жизни, на лечение и профилактику заболеваний. Используя феноменологический подход, концепция холистического здоровья основана на предпосылке, что лечение и профилактика комплексны, профилактика и отчасти лечение должны проводиться в обстановке естественного проживания человека.

Холистический подход к здоровью репрезентирован в понятии «здоровье», закрепленном конституцией ВОЗ. Сегодня здоровье невозможно поддерживать средствами

исключительно физикалистской медицины. В реабилитационный период, в период профилактики различных, в том числе хронических заболеваний особенно значимой становится ответственность человека за свое здоровье. Холистический подход предполагает личную ответственность человека за свое здоровье и благополучие. С нашей точки зрения, термин «благополучие» многозначен и включает как субъективное, так и объективное качество жизни, которое слабо коррелирует между собой. В связи с этим перед нами встает проблема экспликации параметров качества жизни.

Современная герменевтика субъекта прибегает к дискурсивному знанию. Трансдисциплинарный и психологический дискурсы обнаруживают сегодня проблему границ субъекта, учреждения субъектом самого себя через установление границ своей ответственности. Под ответственностью понимается способность субъекта селективно, осознанно, рефлексивно реагировать, контролировать, прогнозировать, управлять, генерировать свою активность. Субъектно-ориентированный подход, как пишет В.Е. Лепский, легализует субъектные реальности через рефлексию. Каждый субъект рефлексивизирует среду, себя и других субъектов индивидуально, интерпретируя и переводя их в свою собственную реальность по-своему. Реальность – это форма представления бытия субъектом. Рефлексия моделирует реальность, превращая ее в воображаемую реальность. Только с появлением субъектов возникают реальности как субъективные формы представления бытия. По мнению В.Е. Лепского, субъектная позиция – это рефлексивная площадка, оснащенная языковыми средствами для осознания и структурирования им реальности самого себя и своей деятельности.

Ответственность – рефлексия субъектом своего авторства по отношению к обстоятельствам, в которых он оказался, своей способности делать выбор и воздействовать на ту ситуацию, в которую он попал. Ответственность идентифицируется также с моральными обязательствами. С точки зрения субъектно-ориентированного подхода параметр «ответственность» включается в критерий субъектности. Диагноз «бессубъектности» – это неспособность адекватно воспринимать и оценивать сложившуюся ситуацию, самоидентифицироваться и самоопределяться, принимать рефлексивные решения. На пути к становлению субъектности требуется дискурс о принятии рефлексивных решений субъектом. Принятое решение – это всегда субъектное решение. Даже если при принятии решения проводились математические, статистические расчеты, использовались объективные данные, оно сохраняет качественный и в этом смысле индивидуальный характер. Решение зависит от конкретного субъекта принятия решений и конкретной ситуации.

Для индивидуального субъекта (пациента) использование «субъектного фактора» означает стимулирование его рефлексивных процессов. Под рефлексией здесь понимается психическая, личностная активность человека, возникающая в результате разрыва выполняемой деятельности и направленная на его преодоление. Рефлексия – процесс критического осмысления текущей деятельности, умение выделять, анализировать и соотносить с ситуацией собственные действия, а также обоснование необходимости внесения коррективы в ход деятельности. Рефлексия направлена на выяснение оснований собственного способа осуществления активности, на процессы взаимодействия с другими людьми. Рефлексивная активность всегда селективна – это означает, что субъект может придавать большое значение одним полученным данным (как правило положительным о себе данных) и «не замечать» других (обычно отрицательных, снижающих его самооценку). Сведения, полученные путем саморефлексии, имеют больше шансов привести к психологически ожидаемому результату.

В разрабатываемой нами социально-психологической модели врачевания происходит сборка субъектов врачевания.

Пациент и врач выступают целостным коллективным субъектом лечебного, профилактического и реабилитационного процесса. Врач рефлексивно управляет пациентом путем процесса «передачи оснований для принятия решений пациентом». В такой рефлексивной модели управления взаимодействуют два субъекта, обладающие свободой воли, разделенной ответственностью, доверием. Основными характеристиками субъект-субъектных отношений пациента и врача являются: наличие и осознание субъектами врачевания общей и единой для всех цели совместной деятельности; самоотношение пациента к самому себе как к субъекту лечебного процесса; формирование определенного типа личности пациента, характеризующегося активностью, автономностью, самостоятельностью, психологической готовностью брать на себя ответственность за свое здоровье; партнерские (психологически равные) отношения между субъектами врачевания (пациентом и врачом); преобладание горизонтальных коммуникационных связей, имеющих добровольный характер и исключающих какие-либо формы принуждения; наличие и оценка обратной связи при осуществлении субъектами врачевания своих действий. Ответственность человека за свое здоровье и повышение интернального локуса контроля, как уже говорилось, является главным условием холизма. Ответственность за себя предполагает желание и способность человека осуществлять и поддерживать стиль поведения, способствующий укреплению здоровья.

Рефлексивный подход в повышении мотивации здорового образа жизни больными хроническими заболеваниями в период реабилитации может быть реализован в структуре поэтапного расширения осознаваемых компонентов своего статуса, ответственности за свое здоровье, поведенческих стратегий и выстраивания субъект-субъектных отношений между врачом и больным. Рефлексивные технологии используются в реабилитационном и профилактическом периоде и предполагают научение больного хроническим заболеванием делать бессознательное – сознательным, развивать у себя способность контролировать свою умственную деятельность, рождающую негативные эмоции и самоповреждающее поведение, формировать навыки конструктивных психологических защит. Это повышает адаптивный потенциал и способствует выработке адаптивных стратегий поведения и развития адекватной субъектности.

Основная цель проводимых теоретических и прикладных исследований состоит в стимулировании и пропаганде культуры здоровья, обосновании идеи конструирования здоровья и социально-психологической модели врачевания, расширяющей возможности самореализации человека в ситуации хронического заболевания, практической их апробации, разработке практических рекомендаций для программ реабилитации и профилактики. Зондируются такие методологические ресурсы, как объяснительные возможности интегрального подхода и социальной модели врачевания к здоровью в ситуациях хронических заболеваний и экспликация социально-гуманитарного содержания понятия «здоровье». Средствами междисциплинарного подхода проверяется валидность конструктов «психологическое здоровье» и «социально-психологическая модель врачевания».

Психологическая часть исследований связана с задачами выявления психосоциальных факторов, стимулирующих больного к поддержанию здоровья, идентификации поведенческого паттерна человека в реабилитационный и профилактический период, с проведением социально-психологической диагностики атрибуции ответственности, мотивации, качества жизни, локуса контроля, ценностных ориентаций, уровня рефлексивности и тревожности, самооценки и волевых качеств личности. Среди прикладных задач – составить психологический портрет человека с «ограниченными условиями заболевания возможностями»,

замотивированного на здоровый образ жизни и стиль поведения, разработать реабилитационную психокоррекционную методику по стимулированию и поддержке здорового образа жизни путем оптимизации мотивации и личной ответственности, формирования ценности здоровья, развития субъектных и волевых качеств личности.

С целью экспликации валидности понятий и реалий «холлистическое здоровье» и «социальная модель врачевания» проведена социально-психологическая диагностика личностной готовности больных с хроническим заболеванием вести и поддерживать паттерн здорового образа жизни и стиля поведения.

Материалы и методы

С 2009 г. по н.в. проводится комплексное исследование мотивации здорового образа жизни и атрибуции ответственности как средства внутреннего самоконтроля и саморегуляции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом. Объект исследования – пациенты с ограниченными возможностями (хроническое заболевание в реабилитационный период). В исследовании принимают участие 230 человек в возрасте от 23 до 74 лет. Из них: 130 человек имеют хронические сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), 100 человек – больны диабетом. Обе группы испытуемых на момент психодиагностического обследования находились на лечении в стационаре по поводу госпитализации в плановом порядке в связи с ухудшением в течении хронического заболевания. Базой исследования явилось кардио-терапевтическое отделение (КТО) и отделение эндокринологии Областной клинической больницы (ОКБ) г. Твери. В группе больных хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями лишь 13% испытуемых младше 30 лет, а остальные больные (87%) старше 30 лет. В группе больных сахарным диабетом 36% испытуемых младше 30 лет и 64% старше 30 лет. В группе больных хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями 54% женщин и 46% мужчин. В группе больных сахарным диабетом 64% женщин и 36% мужчин. Исследование мотивации здорового образа жизни и атрибуции ответственности как средства внутреннего самоконтроля и саморегуляции осуществляется при помощи комплекса психодиагностических методик: методика психосемантической диагностики скрытой мотивации (ПДСМ) И.Л. Соломина; методика многофакторного исследования личности Кеттелла (фактор G – низкое супер-эго – высокое супер-эго); опросник личностной ориентации Э. Шострома; методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера; методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан; методика диагностики ценностных ориентаций М. Рокича; методика диагностики волевых качеств личности М.В. Чумакова. Полученные психологические данные обрабатываются с использованием математико-статистических методов обработки с помощью компьютерной программы SPSS 16.0.

Результаты и их обсуждение

С помощью методики психосемантической диагностики скрытой мотивации (ПДСМ) И.Л. Соломина выявлено, что мотивация здорового образа жизни является достаточно сформированной, что позволяет говорить о психологической готовности больных хроническими заболеваниями к профилактической и коррекционной работе по модификации их психического состояния. Базовыми потребностями испытуемых являются стремление к поддержанию здорового образа жизни и потребности в общении. Эти потребности не удовлетворены. Испытуемые озабочены проблемами своего здоровья, личной независимости и достижения успеха в жизни и деятельности, в т.ч. профессиональной. Потребности в сохранении и поддержании здоровья, в общении и личной независимости побуждают испытуемых к рефлексии собственного физического состояния.

В исследовании использован фактор G – низкое супер-эго – высокое супер-эго из методики многофакторного исследования личности Кеттелла. Полученные результаты

позволяют говорить о том, что больных хроническими заболеваниями можно охарактеризовать как склонных к добросовестности, настойчивости, ответственности, упорности, стойкости. Именно хроническое заболевание предъявляет такие требования к качествам личности. Жизнь хронически больного человека зависит не только от его знаний, опыта и стремления совершенствовать свои умения, но в основном от знания особенностей своего заболевания и его протекания, а также специфических умений профилактики и лечения заболевания, своей ответственности по отношению к самому себе и окружающим людям для обеспечения нормальной жизнедеятельности. Чувство долга, упорство и настойчивость в сочетании со знаниями дают возможность быть уверенным в себе и своем самочувствии.

По результатам, полученным с помощью опросника личностной ориентации Э. Шострома, можно сделать вывод, что испытуемые стараются активно проявлять себя во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в профессиональной, направлены на самоактуализацию, личностный рост, развитие, активную и деятельную жизнь. Они вполне разделяют ценности самоактуализирующей личности и стараются следовать им в жизни. Это такие ценности, как раскрытие всего потенциала своих способностей и талантов для полной реализации себя, свобода своих действий, мыслей и чувств, проявление честности в своих чувствах, какими бы они не были, глубокая вера в себя, свои силы, вера в других, понимание ценности своей неповторимости и принятие себя вместе со своими сильными и слабыми сторонами, а также большая независимость от других и большая опора на себя.

С помощью методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера выявлено, что большинству больных свойственна тенденция приписывать причины жизненных событий собственной личности. Испытуемые склонны считать достигнутые успехи результатом собственных качеств и проявленной активности. Больные хроническими заболеваниями обнаруживают внутренний контроль над отрицательными событиями, обвиняют себя в неприятных событиях своей жизни. Обследованные представляют себя людьми, способными оказать влияние на партнеров по общению, установить и контролировать неформальные контакты.

Результаты, полученные с помощью методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, позволяют говорить о том, что у испытуемых заниженная оценка собственного здоровья и уверенности в себе. Испытуемые склонны адекватно оценивать такие качества, как ум, характер, внешность и целеустремленность. Испытуемым свойственно завышать собственную целеустремленность.

Изучены ценностные ориентации больных с хроническими заболеваниями с помощью методики диагностики ценностных ориентаций М. Рокича. Большинство испытуемых в иерархии терминальных ценностей на первое место поставили психическое и физическое здоровье. Такой результат вполне закономерен, поскольку указанная ценность отражает фундаментальные человеческие физиологические потребности и потребность в безопасности, без хотя бы частичного удовлетворения которых невозможно полноценное существование и развитие индивида. Испытуемых находят в измененных условиях жизнедеятельности, поскольку обязаны предпринимать усилия для обеспечения сохранности своего здоровья. Далее с небольшим отрывом следуют ценности близкого общения: счастливая семейная жизнь и любовь как духовная и физическая близость с любимым человеком. Такое же значение для испытуемых имеет материально обеспеченная жизнь. Так, на первое место среди ценностей-средств, предпочитаемых для применения в любой ситуации, большинство испытуемых поставили честность (правдивость, искренность). Весьма важными оказались для испытуемых воспитанность (хорошие ма-

неры), образованность (широта знаний) и ответственность (чувство долга, умение держать слово), что позитивно определяет общий уровень культуры испытуемых.

Исследованы волевые качества больных с хроническими заболеваниями с помощью опросника диагностики волевых качеств личности М.В. Чумакова. Испытуемые ответственные, обязательные, инициативные, деятельные, уверенные, решительные, настойчивые, энергичные, хорошо контролирующие свои эмоции, независимые, самостоятельные, целеустремленные, собранные. Их можно назвать волевыми. Они старательно выполняют свои обязанности, обладают хорошим лидерским потенциалом, быстро и независимо принимают решения, высоко активны. У них есть ясные жизненные цели и стремление настойчиво их достигать. Волевые качества являются существенным условием стабильности и успешности сохранения здоровья.

Таким образом, пациенты с хроническими заболеваниями – ответственные, обязательные, инициативные, деятельные, уверенные, решительные, настойчивые, энергичные, хорошо контролирующие свои эмоции, независимые, самостоятельные, целеустремленные, собранные. Их можно назвать волевыми. Они старательно выполняют свои обязанности, обладают хорошим лидерским потенциалом, быстро и независимо принимают решения, высоко активны. У них есть ясные жизненные цели и стремление настойчиво их достигать. Волевые качества являются существенным условием стабильности и успешности сохранения здоровья.

Разработана программа медико-психологической консультации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом в период реабилитации, включающую в себя комплекс методов психологического и психотерапевтического воздействия для формирования готовности к модификации образа жизни. Основной целью консультационной психологической работы с больными

хроническими заболеваниями является формирование ответственного отношения к собственному здоровью и мотивации здорового образа жизни. В ходе психологической работы пациент начинает относиться к своему физическому состоянию как результату прежде всего своей (а потом уже врача) напряженной и требующей постоянных усилий работы. Предлагается в отделениях ОКБ г. Твери оборудовать комнату психологической разгрузки, активнее использовать существующие возможности профилактики (санитарно-просветительные лекции и беседы, занятия спортом и т.д.). В реабилитационной программе применяются такие методы кризисной психотерапии, как рациональная психотерапия, когнитивная психотерапия, гештальттерапия, экзистенциальная терапия, различные методы релаксации и аутогенной тренировки, а также групповую поведенческую терапию (психодрама).

Выводы

По нашим наблюдениям, соблюдение пациентами требований по модификации образа жизни и стиля поведения остается проблемой. Очевидны опасность пассивного, инертного образа жизни и стиля поведения больных в период реабилитации, отчуждение своих проблем нередко, перенос ответственности на врача. Для оказания помощи больным с хроническим заболеванием в реабилитационный период необходимо использовать и стимулировать такие его ресурсы, как ответственность, мотивационные предпочтения, волевые интенции.

Таким образом, результаты исследования позволяют обосновать и апробировать в социально-психологической и медицинской практике реабилитации концепцию холистического здоровья и социально-психологическую модель врачевания, расширяющих возможности самореализации человека в ситуации хронического заболевания, практической их апробации, разработке практических рекомендаций для программ реабилитации.

Список литературы

1. Холистическое здоровье//Психологическая энциклопедия. / Под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – Питер, 2006 – С. 974.
2. Ситуация человека: философский и дисциплинарный дискурс. Коллективная монография / Под общ. ред. Е.А.Евстифеевой. – Тверь: РИЦ ТГМА, 2008
3. Философия и психология здоровья: новые модели врачевания. Коллективная монография / Под науч. ред. Е.А. Евстифеевой, С.И.Филиппченковой. – Тверь: РИЦ ТГМА, 2010.
4. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.reflexion.ru/Library/RPC - 2007- Tezis.pdf>

Аннотация

Разрабатываемая нами социально-психологическая модель врачевания ориентирована на интегральный показатель здоровья и координируется с идеей холизма в медицине. Холистический принцип отдает приоритет интегральным показателям здоровья как полноты физического, социального и психологического благополучия человека. В основе формирования социально-психологической модели врачевания – технология сборки субъектов врачевания, инициирующая доверие, диалог, сотрудничество, ответственность врача и пациента. Данная модель в полной мере транслируема на медико-психологические практики реабилитации, происходит сборка субъектов врачевания.

Ключевые слова: практики реабилитации, холизм, социально-психологическая модель врачевания, рефлексивный подход.

Abstract

We developed the socio-psychological model of healing is focused on integrated and coordinated health indicator with the idea of holism in medicine. Holistic principle of giving priority to health as an integral indicator of completeness of the physical, social and psychological well-being. At the core of socio-psychological model of healing I-assembly technology subjects of healing, the initiating trust, dialogue, cooperation, responsibility of the doctor-patient relationship. This model is fully broadcast in medical and psychological rehabilitation practice is assembled subjects of healing.

Keywords: practice of rehabilitation, holism, socio-psychological model of healing, reflective approach.

Контакты:

Филиппченкова Светлана Игоревна.
Тел.: 8(906) 652-83-98.