

8. Софій Н. Права дітей з особливими освітніми потребами на рівний доступ до якісної освіти / Софій Н., Сварник М., Троханіс П. – К., 2006. – 64 с.
9. Шолота Л.М. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами в умовах загальноосвітнього закладу: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: http://www.doippo-inklyuzia.edukit.dn.ua/nashi_tradicii/psihologichnij_suprovod_inklyuzivnoi_osviti/psihologope_dagogichnij_suprovod_ditej_z_osoblivimi_potrebam_i_v_umovah_zagalj_noosvitnjogo_zakladu/

Кравченко Л. О.*

ПСИХОДІАГНОСТИЧНА РОБОТА З ХВОРИМИ В УМОВАХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ КОМІСІЇ

У статті розглянуто особливості психодіагностичної роботи з інвалідами в умовах медико-соціальної експертної комісії (МСЕК). Визначено етапи проведення психологічного обстеження, висвітлено психологічні особливості інвалідів унаслідок хронічних соматичних захворювань, принципи надання рекомендацій щодо професійної перепідготовки.

Процеси гуманізації та демократизації поступово охоплюють все більше сфер життя суспільства. Останніми роками змінюється ставлення суспільства до інвалідів, людей з обмеженими можливостями. Відбувається певна діяльність з інтеграції цих людей у повноцінне життя. Про це свідчить розвиток інваспорту (проведення спортивних змагань, танцювальних та інших конкурсів інвалідів), розвиток системи інклюзивної освіти тощо. Процеси ці відбуваються важко й неоднозначно. Водночас із позитивними змінами є й негативні явища, які стосуються соціального захисту та можливостей працевлаштування інвалідів (скорочується, наприклад, кількість підприємств товариства сліпих).

Дуже важливою є адекватна оцінка здібностей, збережених можливостей людини та її професійного потенціалу для надання їй допомоги в самореалізації. Це – одна з функцій медико-соціальної експертної комісії.

Робота психолога у складі медико-соціальної експертної комісії передбачає роботу з хворими та інвалідами. Це особливий контингент людей, що потребує індивідуального підходу з урахуванням психологічних закономірностей змін психіки внаслідок соматичних захворювань.

Інвалідність – це складна психотравмуюча ситуація, яка запускає механізм кризового стану людини. Головне у змісті даної кризи – накопичення протиріч в актуальній соціальній ситуації: між можливостями та системою смислових зв'язків зі світом, між зовнішніми обставинами та внутрішніми умовами розвитку.

Найбільш травматичні зміни у зв'язку з інвалідністю виникають у соціальній ситуації: змінюється рівень психічних можливостей здійснення діяльності, людина йде на вимушену

* © Кравченко Л. О.

ПСИХОЛОГІЯ

відмову від звичної професійної діяльності, переживає необхідність зміни професії: часто з об'єктивних та суб'єктивних причин обмежується професійна діяльність у цілому. В окремих випадках мова йде про повну втрату працездатності. Хворий перетворюється на об'єкт сімейної опіки, відбувається ізоляція від звичного соціального оточення, обмежується коло контактів з оточуючими людьми. Формується своєрідна одновершинність потребнісно-мотиваційної сфери: будь-які події у житті хворого інтерпретуються ним з позиції шкоди або користі здоров'ю [1].

Таким чином, змінюється об'єктивне місце, яке займає людина в житті, а тим самим, його внутрішня позиція щодо всіх обставин життя, відбувається зміна життєвих інтересів, ієрархії мотивів і потреб. Хвороба може змінити всі перспективи життя людини, характер її орієнтації на майбутнє.

Людина намагається активно внутрішньо адаптуватися до нової ситуації, унаслідок чого формується нова життєва позиція, що супроводжується формуванням особистісно-реактивних новоутворень – компенсаторних, пристосувальних, але частіше дезадаптивних: невротичних, психопатоподібних або патохарактерологічних.

Ураховуючи вищесказане, ситуацію визнання хворого інвалідом потрібно вважати кризовою, а тому такою, що змінює всі рівні функціонування особистості в соціумі.

Для виявлення змін, що виникають на різних рівнях функціонування особистості було проведено ряд досліджень. На підставі цих досліджень доведено, що при наданні статусу інвалідності виникає порушення всіх рівнів психічної діяльності. Психофізіологічний рівень порушується в результаті розгортання власне соматичної патології та взаємовпливу соматичного та психічного в структурі єдиного організму. Порушення та зміни на данному рівні проявляються раніше за інші та на момент інвалідизації хворого є найбільш видимими [1].

Порушення на індивідуально-психологічному рівні проявляються в процесі хронізації основного соматичного захворювання, коли у хворого з'являються початкові прояви обмеження активності його діяльності. У своєму розвитку ці порушення можуть досягати ступеню втрати адекватних засобів реалізації своїх прагнень та ставлень [1].

Порушення особистісно-сміслового рівня – рівня формування смислових орієнтацій, визначення призначення свого життя, якості смислових ставлень до життя виникають саме в момент установа інвалідності. Особистісна ситуація людини в цей момент стає невизначеною та напруженою.

Варто відзначити, що порушення кожного з рівнів відбуваються в умовах порушень на інших рівнях та визначаються не тільки їх наявністю, але й їх включеністю в загальну, в тому числі соціальну ситуацію індивіда [1].

Тому психологічна діагностика в умовах роботи медико-соціальної експертної комісії повинна поділятися на експрес-діагностику та повну розширену діагностику, а також мати різну спрямованість, різні цілі та задачі, згідно з характером сома-

ПСИХОЛОГІЯ

тичної патології, а також згідно з напрямом реабілітаційної роботи (психологічна, соціальна та трудова реабілітація).

Експрес-діагностика здійснюється в рамках роботи медико-соціальної експертної комісії та спрямована на коротку діагностику психологічних особливостей та порушень психічних функцій хворого, що обумовлені як самим захворюванням, так і статусом інваліда та інвалідністю в цілому, а також на коротку діагностику професійних можливостей інваліда. Ураховуючи складні умови для проведення повноцінної діагностики, методики, що використовуються в данному випадку, повинні бути максимально незалежними від місця та умов проведення, мають бути простими у використанні, мати комплексний характер.

Повна психодіагностика спрямована на загальну оцінку психологічних особливостей і порушень психічних функцій хворого, оцінку психологічного компоненту його реабілітаційного потенціалу, діагностику психологічної складової професійної придатності інваліда, дослідження задатків та здібностей до подальшої професійної діяльності, виявлення схильностей та особливостей професійної мотивації інваліда.

Психологічний інструментарій, що використовується в роботі МСЕК повинен відповідати наступним вимогам:

- 1) надійність, достовірність та валідність;
- 2) простота у використанні та проведенні для спеціаліста і для хворого, незалежність результатів від місця та умов проведення;
- 3) максимальна відповідність цілям та завданням дослідження;
- 4) можливість використання в роботі з обстежуваними різного віку, статі, освіти, незалежно від їх культурних особливостей, національної та релігійної належності і т. ін.;
- 5) допустимість використання в складних умовах (неможливість створення повної тиші, наявність відволікаючих факторів, великого напруження обстежуваного у зв'язку із ситуацією експертизи і т. д.);
- 6) можливість отримати комплексну оцінку, що зменшує кількість необхідних методик.

Як такі, що відповідають даним вимогам та надають можливість надати достатньо повну оцінку психологічних особливостей на початковому етапі обстеження були відібрані наступні методики:

- метод кольорових виборів М. Люшера (восьмикольоровий варіант), що виявляє особливості актуального психологічного стану хворого;
- теплінг-тест оцінює актуальний стан нервової системи, рівень її лабільності та працездатності;
- методика скороченого дослідження психічного стану (Mini mental state examination – MMSE);
- опитувальник міні-мульти, що визначає глибинні особистісні особливості хворого.

Це основні методики, що можуть використовуватися для експрес-діагностики. Для повної психодіагностики коло методик

ПСИХОЛОГІЯ

розширюється, збільшується час для їх проведення.

На підставі практичного досвіду визначені етапи проведення психологічного обстеження:

1. Вивчення медичних документів хворого з метою постановки конкретних завдань дослідження, правильного підбору методик та послідовного їх пред'явлення.

2. Бесіда із хворим. На цьому етапі з'ясовуються установки, спрямованість особистості, ставлення до захворювання, оцінка хворим змін, які сталися в процесі захворювання. Визначається культурний рівень хворого, потреби, коло інтересів.

Під час бесіди та психологічного експерименту важливим є спостереження за поведінкою хворого: як хворий сприймає бесіду, як виконує завдання, чи потрібна йому допомога експериментатора, чи розглянув різні варіанти вирішення завдання або діє імпульсивно, не уважно; наскільки відволікається на зовнішні подразники і т. д.

3. Проведення психологічного дослідження починається після доброзичливого контакту з обстежуваним. Данний етап передбачає застосування необхідних для конкретного випадку методик з урахуванням індивідуальних особливостей хворого та відповіді на його запитання в разі їх виникнення.

4. Заключний етап дослідження – аналіз та інтерпретація отриманих даних та написання психологічного висновку.

Аналіз результатів дослідження охоплює результати виконання всіх експериментальних проб та інших методів (бесіди, спостереження, проєктивних методик та ін.), а також оцінку всієї експериментальної ситуації в цілому.

Клініко-психологічне обстеження в умовах МСЕК відповідає на питання про структуру порушення психічних процесів, визначає, порушення яких факторів психічної діяльності є причиною симптоматики, що спостерігається в клініці захворювання.

Один і той самий симптом може бути обумовлений різними механізмами. Наприклад, при особистісних порушеннях може знижуватися продуктивність практично всіх психічних процесів у той час, коли вони потенційно збережені. І навпаки, дефект когнітивної сфери може викликати емоційно-особистісні зміни, невротичні реакції хворого. У зв'язку із цим оцінка характеру порушення психіки може бути лише в комплексі з даними цілісного клініко-психологічного дослідження [2].

Психологічне обстеження на етапі проходження медико-соціальної експертизи спрямоване на визначення не тільки структури та ступеню вираженості психічного дефекту, що обумовлений самим патологічним станом, але і збережених або компенсованих компонентів психічної діяльності, які можна використовувати в реабілітаційному процесі. Цей принцип діагностики є необхідним, тому що своєрідність патопсихологічних симптомів визначається не лише порушеннями психічної діяльності, але й комбінацією її порушених та збережених сторін, і успішність реабілітаційної роботи залежить від опори на збережені компоненти психічної діяльності [2].

Наприклад, збережені когнітивні функції можуть викори-

ПСИХОЛОГІЯ

стовуватися для побудови або перебудови заміни порушеної функції. Основною умовою успішної реабілітації є збереженість найбільш інтегративного рівня психічної організації людини – особистості. Порушення або певні особливості особистісно-мотиваційної сфери значно знижують можливість залучення хворого в діяльність, що спрямована на подолання власного дефекту.

У процесі вивчення хворого необхідно дотримуватися та кож принципу динамічного обстеження, тобто повинна оцінюватися можливість хворого засвоювати новий спосіб дії (самостійно або за участю психолога) та переносити його на інші завдання, що характеризує здатність до навчання. Часто пацієнти спонтанно знаходять засоби компенсації порушених функцій та використовують їх. Потрібно відмічати використання компенсаторних стратегій та ефективність компенсації функцій.

Структура клініко-психологічного дослідження уможливорює надання хворому дозованої допомоги, що дозволяє визначити зону його найближчого розвитку [3]. Подібні дані можуть бути інформативними як для діагностики (об'єктивна оцінка порушення функції, виявлення збереженої ланки), так і для корекції, відновлення психічних функцій (можливість розвитку даної компенсаторної стратегії).

Психологічний діагноз відповідає на питання про структуру дефекту пізнавальної діяльності інваліда (із зазначенням порушених та збережених функцій); ставлення та реакцію інваліда на ситуацію, пов'язану із захворюванням та інвалідизацією; зміни структури мотивів, інтересів, потреб у зв'язку із цією ситуацією та про те, як сприймає та оцінює себе людина в новій соціальній ролі.

Порушення вказаних параметрів психіки людини обумовлюються певними причинами. Основна причина має біологічний характер – це сама хвороба або травма, що формує патологічну базу для перебігу психічних процесів.

Наступна причина – не сама хвороба, а її соціальні наслідки, що обумовлюють те чи інше ставлення людини до цих наслідків.

Третя причина – це новий соціальний статус людини, яка стала інвалідом.

Під час медико-соціальної експертизи проводиться й експертиза потенційних професійних здібностей, що включає профдіагностику та профорієнтацію переважно дітей-інвалідів, які закінчують школу або вже закінчили її та за станом здоров'я не вступили до навчального закладу або ще не визначилися у виборі професії. Підлітку з обмеженими можливостями важко самостійно обирати сферу діяльності, яка його цікавить, тому на допомогу приходять педагоги та психологи. Важливим є визначення:

- стану розумової та фізичної працездатності у зв'язку з можливістю займатися тим чи іншим видом праці;
- стану емоційно-вольової, сенсомоторної, інтелектуальної сфери;

ПСИХОЛОГІЯ

- стану розвитку мовлення та комунікативних навичок, значимих для професійної діяльності;
- характеру змін психологічного та соціально-психологічного статусу людини, пов'язаних із захворюванням, травмою або порушенням розвитку.

Діти-інваліди травмовані ще й психологічно. Розуміння наявності дефекту розвитку та пов'язаних із цим обмежень призводить до неадекватної самооцінки, ранимості психіки, обмеження спілкування з оточуючими. Велику роль у посиленні та закріпленні негативних стереотипів соціальної взаємодії та спілкування відіграє негативний досвід спілкування дитини, підлітка з однолітками або дорослими, які демонструють перевагу здорових людей та підкреслюють неповноцінність людини (неприйняття або жалість). Виникає ефект соціальної ізоляції людини з обмеженими можливостями.

У ході експертизи лікар визначає, чи може інвалід працювати за обраною професією, чи не завдасть це шкоди його здоров'ю. Є офіційний перелік протипоказаних видів праці для кожної групи захворювань. Якщо можливості дитини-інваліда не збігаються з його бажанням працювати у певній сфері діяльності, йому рекомендується обрати іншу професію, доступну за станом здоров'я.

У практиці медико-соціальної експертизи часто бувають ситуації, коли людина втрачає професію внаслідок інвалідизуючого захворювання. У цьому разі рекомендується перенавчання з метою набуття іншої професії, яку хворий може виконувати за станом здоров'я [4].

В Україні існують навчальні заклади, де є база для навчання інвалідів: Кам'янець-Подільський планово-економічний технікум-інтернат, Харківський обліково-економічний технікум-інтернат ім. Ф. Г. Ананченка, Самбірське професійно-технічне училище-інтернат для дітей-інвалідів, Житомирський технічний лицей-інтернат, Херсонський базовий медичний коледж, Ужгородський коледж мистецтв та ін. На навчання приймаються інваліди II та III груп інвалідності, у тому числі з вадами слуху та зору на базі 9 чи 11 класів за різними спеціальностями, серед яких: майстер з пошиву взуття, швачка, закрійник, художня обробка дерева, оператор комп'ютерного набору, бухгалтерський облік, аудит, економіка підприємства, зубний технік тощо.

Також в Україні є Центри професійної реабілітації інвалідів, де люди з обмеженими можливостями можуть навчатися за робітничими професіями, проживати та харчуватися безкоштовно. Це Всеукраїнський Центр професійної реабілітації інвалідів (с. Лютіж, Київська обл.), що здійснює підготовку за професіями: вишивальник, швачка, соціальний робітник, оператор комп'ютерного набору, обліковець з реєстрації бухгалтерських даних, слюсар з ремонту автомобілів, секретар керівника (організації, установи, підприємства), бджоляр, перукар, молодша медична сестра з догляду за хворими, взуттьовик з ремонту взуття, манікюрник, черговий по поверху (готелю,

кемпінгу, пансіонату), касир торговельного залу, та Вінницький міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів «Поділля» (професії: оператор комп'ютерного набору, перукар (перукар-модельєр), флорист, манікюрниця, візажист, оператор котельні, взуттєвик з ремонту взуття, кравець, секретар керівника, фотограф (фотороботи), в'язальниця трикотажних виробів та полотна, ліфтер, конторський (офісний) службовець (бухгалтерія), лицювальник-плиточник, взуттєвик з індивідуального пошиття взуття, касир (у банку), швачка) У таких центрах здійснюється, окрім навчання, медичне спостереження, соціальна реабілітація, психологічна та фізична реабілітація. На навчання приймаються інваліди I, II, III груп від 16 років і до досягнення ними пенсійного віку.

Усі рекомендації щодо набуття фаху або перенавчання інваліда прописуються в індивідуальній програмі реабілітації інваліда (ІПР), у складанні якої бере участь психолог медико-соціальної експертної комісії. (Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», 2005 р.; Ухвала Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів», 2006 р.; «Про затвердження порядку заповнення індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини інваліда»).

Наведемо приклади з практики.

Катерина Б., 1992 року народження, інвалід III групи з дитинства, має повну загальну середню освіту, фаху не має, діагноз: ДЦП зі спастичним трипарезом. Після проведеної профдіагностики виявлено схильність до професій типу «людина – знакова система», рекомендовано навчання на оператора комп'ютерного набору в училищі зв'язку та поліграфії.

Віктор Б., 1981 року народження, інвалід I групи загального захворювання, за фахом водій, унаслідок травми втратив професію (діагноз: залишкові явища забою спинного мозку з нижньою параплегією), пройшов перенавчання на секретаря керівника, але не зміг працевлаштуватися внаслідок низької потреби в таких кадрах з обмеженими можливостями. Виявив бажання повторно перенавчатися. Рекомендовано перенавчання у Вінницькому міжрегіональному Центрі професійної реабілітації «Поділля» на оператора комп'ютерного набору.

Отже, діяльність психолога у складі медико-соціальної експертної комісії має на меті визначення психічного статусу обстежуваного, зокрема вивчення вражених і збережених психічних функцій і процесів, компенсаторних механізмів для всебічної допомоги йому в реабілітації, професійному самовизначенні та доцільній професійній перепідготовці.

Література:

1. Принципы организации медико-социальной экспертизы / Под ред. В. В. Марунича. – Днепропетровск, 2011. – 28 с.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология – М., 1986. – 287 с.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений. – М., 1984. – Т. 5. – 368 с.
4. Професійна реабілітація інвалідів. Довідково-методичний посібник / Упорядн. Іпатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. та ін.; за ред. канд. мед. наук Марунич В. В. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005.