

оказание помощи в решении личных проблем, консультирование по правовым вопросам, социокультурная реабилитация и др.

Профессия специалиста по социальной работе является многопрофильной, поэтому в процессе своей деятельности ему приходится сталкиваться не только с вопросами социальной, но и профессиональной реабилитации. Отсюда специалист должен обладать знаниями в области социально-правовой защиты инвалидов, знать нормы российского права, регулирующие и социально-трудовые отношения с инвалидами.

Федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы (главные бюро МСЭ и бюро МСЭ) являются первичным и, вместе с тем, главным звеном в процедуре социальной защиты инвалида. С момента признания лица инвалидом возникает право на различные виды социального обеспечения в соответствии с действующим законодательством (пенсия по инвалидности или надбавка за инвалидность, право на льготное лекарственное обеспечение и иные социальные льготы, социально-трудовые гарантии и льготы и т.д.). Именно поэтому все большую актуальность приобретает решение проблемы качества осуществления социальной работы в учреждениях МСЭ. Одним из способов решения этой проблемы является открытие новой специализации в системе подготовки специалистов в области социальной работы – «Социальная работа в системе здравоохранения». Российскими вузами уже начата и успешно осуществляется подготовка таких узкопрофильных специалистов, которые и заполнят образовавшуюся нишу на рынке труда.

#### Библиографический список

1. Деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: Метод. реком. М., 2003.
2. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И.Холостовой. М., 1997.
3. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ.

*Т.В.Розачева*

#### СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПОНЯТИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ»

Для прояснения понятия «реабилитационный потенциал» необходимо обратиться к более широкому понятию «реабилитация». Понятие «реабилитация», как известно, впервые в медицине было официально

применено к больным туберкулезом. В 1946 г. в США впервые был проведен Конгресс по реабилитации этих больных, на котором Курт Винтер предложил следующее определение: «Реабилитация – это целенаправленная деятельность коллектива в медицинском, педагогическом, социальном и экономическом аспектах с целью сохранения, восстановления и укрепления способностей человека принимать активное участие в социальной жизни» [3, с. 12].

Всемирная организация здравоохранения рассматривает реабилитацию как «процесс, включающий в себя все меры, направленные на обеспечение возможности достичь социальной интеграции» [2, с. 9]. Другими словами, реабилитация в современном понимании предполагает включение в зону своей ответственности достаточно большого круга лиц, в том числе и участников экстремальных событий, жертв физического, социального и психологического насилия, лиц с асоциальными моделями поведения и др. В 1995 г. Всероссийский съезд психиатров России официально признал возникновение в нашей стране новой формы психической патологии – *социально-стрессовых расстройств*. Причиной данной патологии является общая неблагоприятная социальная обстановка в стране, которая большинством ее жителей воспринимается как экстремальная (стрессовая), сопряженная с крушением идеалов, нравственных ценностей и личностных мотиваций, неопределенности будущего. К сожалению, социальная напряженность превратилась в повседневную черту нашей жизни, стала естественной медико-психологической чертой нашего населения, которая уже теперь самостоятельно, не поддаваясь прогнозированию и управлению, без дополнительных внешних стимулов и усилий, воспроизводит и поддерживает саморазрушительные тенденции в обществе, служит угрозой национальной безопасности. Ситуация обостряется наличием достаточно больших групп лиц, подвергшихся событиям, выходящим за пределы обычного человеческого опыта, то есть техногенным и антропогенным катастрофам (ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, жителей восточно-уральского радиоактивного следа, участников Афганской и Чеченской войн и др.).

С другой стороны, специалисты ГНЦ социальной и судебной медицины им. Сербского доказали, что лица, находящиеся в состоянии социально-стрессовых расстройств являются «скрытыми носителями стресса», индуцируя среди окружающих пограничные стрессовые расстройства. Установлено, что отдаленными последствиями социально-экологических бедствий являются социально значимые нарушения состояния здоровья пострадавших; через 5-7 лет после кризисной ситуации в отсутствие адекватной медико-психологической помощи у данной когорты лиц развиваются многоуровневые деструктивные модели функционирования организма. Участники военных конфликтов характеризуются асоциальными фор-

мами поведения, склонностью к агрессии и аутоагрессии (суициду), злоупотреблением алкоголя и наркотических веществ. Особую тревогу вызывает научно установленный факт, что по своим масштабам медико-социальная дезадаптация военнослужащих, вернувшихся из Чечни, значительно превышает выраженность деструктивных моделей поведения, присутствующих у воинов-афганцев и ликвидаторов аварии на ЧАЭС [1].

В Европе и США осознание того, что экстремальные ситуации, стихийные бедствия и катастрофы имеют глубокое психологическое воздействие на жизнь пострадавших, привело к идее структурного и научного подхода к проблеме реабилитации лиц, подвергшихся травматическому воздействию. К сожалению, в нашей стране понятие «реабилитация» чаще всего сужается до медицинского аспекта, сущностью которого является восстановительная медико-биологическая терапия. Безусловно, важно оказать человеку с дезадаптированными моделями поведения медицинскую помощь. Однако чаще всего медицинская реабилитация протекает без учета индивидуально-личностных особенностей человека, шкалы ценностей, уровня притязаний, представлений о личностном и социальном комфорте, о возможностях адекватного существования в новых условиях. Поэтому, на наш взгляд, проведение восстановительной терапии не может подменить собой реализацию индивидуальной программы реабилитации, основным содержательным компонентом психологического раздела которой выступает квалифицированная помощь в прояснении реабилитационного потенциала для каждого пострадавшего.

Каковы основные компоненты такой программы? Исходным пунктом такой программы является констатация наличия в анамнезе пациента психологической травмы либо события, выступающего как психогения. Проявления психогении тесно сопряжены с патологическими процессами или состояниями, выявление которых – задача медика, а также с ограничениями личности в различных сферах жизнедеятельности, дискомфорте, субъективно переживаемом личностью в рамках социальной недостаточности или социально-психологической дезадаптации. На этом этапе задача психолога – дать развернутый психологический диагноз состояния человека с учетом его индивидуально-личностных особенностей. На этом же этапе проясняются психологические возможности личности для компенсации ограничений жизнедеятельности вследствие болезни.

Второй этап – исследование представлений личности о ситуации (событии), которые привели к дезадаптации. Здесь необходимо учитывать стадию (фазу) кризисной ситуации, образ жизни человека до события, личностные особенности, связанные с отношением к миру, самооценку, личностный опыт, наличие-отсутствие потребности в помощи других людей. Оценка реабилитационного потенциала реабилитанта базируется на том, что болезнь и ее последствия рассматриваются в виде многоуровне-

вой системы, где субстратные нарушения преломляются в личностно-поведенческой деятельности человека в конкретных ситуациях. Поэтому для оценки реабилитационного потенциала также используются данные о внутренней картине болезни, социально-психологический анализ «внутренней модели социальной проблемы», возникшей вследствие болезни или дефекта.

Третий этап – проведение психокоррекционных (психотерапевтических) мероприятий, направленных на формирование доверительных отношений в системе «пациент-психолог»; обеспечение психологической поддержки, которая выражается в эмоциональном личностном принятии, сообщении о понимании особенностей, чувств, сложностей, ограничений возможностей и пр.; содействие свободному проявлению чувств, отреагированию подавленных и (или) вытесненных переживаний, овладение навыками конструктивного выражения чувств; помощь в овладении приемами саморегуляции; содействие в развитии и (или) восстановлении коммуникативной компетентности, в том числе навыков в разрешении конфликтных ситуаций; содействие осознанию своих особенностей, возможностей, перспектив. Другими словами, этот этап реабилитации предполагает восстановление, насколько это возможно, прежнего функционирования личности.

Четвертый этап – совместное формирование нового жизненного сценария, определение новых жизненных целей, смыслов, системы ценностей и пр.

#### Библиографический список

1. Агрессия и психическое здоровье: Сб. // Под ред. Т.Б.Дмитрисевой и Б.В.Шостоковича. СПб, 2002.
2. Предупреждение инвалидности и реабилитация: Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. Женева, 1983.
3. *Winter K.* Die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität // Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1962.

*Т.Ю.Самсонова*

### **РОЛЬ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОГО И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Онкологические заболевания всегда были и остаются серьезнейшей проблемой человечества и всей системы здравоохранения. [6]. Онкологическая заболеваемость в России, как и во всех экономически развитых