

ности и формированием дезадаптивной «внутренней картины инвалидности» в целом [5, 6].

В дальнейшем повышение этого показателя свидетельствует о некоей стабилизации со временем негативных эмоций в свой адрес и улучшении психоэмоционального состояния человека.

«Экзистенциальная идентичность», характеризующаяся самоуважением к себе, ощущением чувства целостности, устойчивости и стабильности бытия, наиболее снижена у первичных инвалидов, что достоверно различно ( $p < 0,5$ ) и также подтверждает сниженную способность человека в кризисный для него период к смене социального статуса, к внутренней устойчивости, стабильности и ощущению чувства собственного достоинства. Со временем этот показатель трансформируется в сторону повышения и, проживая «кризис инвалидности», в случае успешной социально-психологической адаптации указанная способность к ощущению своей экзистенциальной целостности у человека восстанавливается [7].

Обращает на себя внимание тот факт, что индивидуально-личностные показатели характеристик «самоописание своих качеств», «полоролевая идентичность», «религиозная идентичность», «самоописание своих физических и фактических данных», а также социальные идентификационные характеристики «перспектива деятельности», «перспектива общения», «самооценка способности к деятельности», «самооценка социальных навыков», «гражданская идентичность» и «инвалидность» выше в группе пациентов, находящихся на инвалидности более 10 лет. Статистически эти различия не являются значимыми, но в целом это свидетельствует о сложившейся тенденции к тому, что с увеличением длительности пребывания на инвалидности у личности инвалида наблюдаются большая способность к самоопределению себя через понимание своих личностных качеств, отождествление с семьей, определенными социальными группами, обретение гражданских чувств, и, наконец, принятие своего социального статуса — «инвалид», что, конечно же, способствует

более полной социально-психологической адаптации этого контингента больных.

Выявленные особенности структуры идентичности пациентов, находящихся в процессе экспертизы в период смены социального статуса, являются реабилитационными диспозициями и имеют большое прикладное значение для психологов и социальных работников с целью более полного понимания, прогнозирования и влияния на возможные варианты поведения и социального самочувствия изучаемой социально-демографической группы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферова Л. И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития // Психол. журн. — 1999. — Т. 20, № 7. — С. 6—19.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживаний — М., 1984.
3. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. — М., 1980.
4. Иванова Н. Л. Психологическая структура социальной идентичности: Дис. ... д-ра психол. наук. — Ярославль, 2003.
5. Морозова Е. В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания: Дис. ... канд. психол. наук. — Ярославль, 2008.
6. Морозова Е. В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2008. — № 1. — С. 42—46.
7. Морозова Е. В. Кризис инвалидности и его социально-психологические последствия // Вестн. Всерос. о-ва специалистов по мед.-соц. эксперт., реабил. и реабил. индустрии. — 2006. — № 3—4. — С. 148—151.
8. Основы медико-социальной экспертизы / Осадчих А. И., Пузин М. Н., Лаврова Д. И. и др. — М., 2005.
9. Шабалина Н. Б., Добровольская Т. А. Психологические критерии рационального трудоустройства инвалидов: Метод. рекомендации для врачей ВТЭК. — М., 1986.

Поступила 08.07.11

Сведения об авторе:

Морозова Елена Валерьевна, канд. психол. наук, психолог, зав. отд. психологической экспертно-реабилитационной диагностики и антистрессовой терапии ФГУ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы. 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, дом 3. Телефон: 8(499)906-18-63.

© О. С. БУЛАВИНЦЕВА, Д. А. СОКОЛОВ, 2012

УДК 616.89-036.86-058

О. С. Булавинцева, Д. А. Соколов

## РАЗРАБОТКА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В УСЛОВИЯХ GERONTOПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МИЛОСЕРДИЯ

Геронтопсихиатрический центр милосердия Департамента социальной защиты населения Москвы

Освещается проблема разработки и внедрения комплексных дифференцированных реабилитационных методик для больных геронтопсихиатрического профиля, находящихся в стационарных учреждениях социальной защиты. Показано соотношение оценок клинического состояния и уровня социальной активности различных групп пациентов при разработке реабилитационных мероприятий. Рассмотрены оценочные критерии показателей уровня социальной актив-

ности пациентов. Представлена специально разработанная технологическая карта реабилитационных программ с рациональным подходом к поддержанию социальной активности пациентов в зависимости от выявленного состояния.

Ключевые слова: адаптация социальная, реабилитация, психические расстройства у лиц пожилого возраста, социальная активность пациентов, факторы социальной адаптации, Геронтопсихиатрический центр милосердия.

DEVELOPMENT OF REHABILITATION PROGRAMS ON BASIS OF THE STUDY OF SOCIAL ACTIVITY OF ELDERLY PEOPLE SUFFERING FROM CHRONIC MENTAL DISEASES UNDER THE CONDITIONS OF GERONTOPSYCHIATRIC MERCY CENTER

*O.S.Bulavintseva, D.A.Sokolov*

*Problem of development and application of the complex, differentiated rehabilitation methods for the patients of gerontopsychiatric profile staying at the in-patient institutions of social protection was covered. Correlation of evaluations of clinical status and that of the level of social activity of various groups of patients in rehabilitation measures development was shown. The evaluation criteria of the indices of social activity of the patients were considered. A specially developed flow sheet of rehabilitation programs with rational approach to the maintenance of social activity of the patients depending on the revealed condition was presented.*

*Key words: social adaptation, rehabilitation, psychic disorders in elderly patients, social activity of the patients, factors of social adaptation, Gerontopsychiatric mercy center.*

Характерной чертой деятельности специализированных учреждений социального обеспечения на современном этапе их развития является внедрение комплекса реабилитационных методов [2]. Учитывая, что контингент Геронтопсихиатрического центра неоднороден, а реабилитационная деятельность должна проводиться с учетом специфики различных групп больных [1], мы дифференцируем контингент по клиническому состоянию. В то же время определение клинического состояния не может полностью обеспечить разработку реабилитационных программ, так как не включает в себя необходимую социально-психологическую категорию, определяющую общую линию поведения и деятельности пожилых людей. Категорией, адекватно характеризующей эту деятельность, на наш взгляд, является социальная активность пожилых людей.

Для разработки реабилитационных программ в период с 2008 по 2010 г. были обследованы 334 пожилых человека, страдающих хроническими психическими расстройствами и проживающих в условиях Геронтопсихиатрического центра милосердия: 141 (43,8%) мужчина и 193 (56,2%) женщины. У 157 обследованных был установлен диагноз шизофрении, у 177 — органического поражения центральной нервной системы (ЦНС) различной этиологии. Мы сознательно взяли эти две группы, потому что это две ведущие патологии, что подтверждено данными годовых статистических отчетов за 30 лет. Все пациенты были обследованы с помощью метода экспертной оценки. В качестве экспертов выступали врачи-психиатры, которые использовали анкету «Социально-психологические критерии социальной активности». За основу была взята концепция В. М. Розенцвайга [3], подразделившего контингент психоневрологических интернатов на пять групп на основании клинических и социально-психологических критериев. Группы различаются формой активности, обозначенной как исходный уровень активности

Первую группу составили больные с глубокой умственной отсталостью и органическими поражениями ЦНС, а также больные со старческими психозами с явлениями деменции. Характерным является сочетание тотального органического слабоумия с грубыми фокальными поражениями центральной и периферической нервной системы, вследствие чего

психомоторные стереотипы, если они были приобретены до болезни, полностью разрушены и восстановить их невозможно. Подавляющее большинство больных этой группы находятся на постельном режиме содержания и нуждаются в постоянном уходе и наблюдении. Кормление таких больных проводится медперсоналом, больные не понимают обращенной к ним речи, издают нечленораздельные звуки, крайне неопрятны. Их активность имеет биологический характер и направлена на сохранение гомеостаза. Больные этой группы соответствуют биологическому исходному уровню активности.

Вторую группу составили инвалиды вследствие различных нозологических форм, но преимущественно больные с тяжелой умственной отсталостью и органическими поражениями ЦНС, а также больные шизофренией и эпилепсией. Для них характерным является сочетание глубокого интеллектуального снижения с нарушением эмоционально-волевой сферы по апатоабулическому, торпидно-апатическому и торпидно-дистимическому типу. В то же время у многих из них наблюдается относительная сохранность отдельных психических функций, крайняя вялость и нестойкость побуждений и интересов. Функциональные нарушения имеются у значительного числа больных с умственной отсталостью и органическими поражениями ЦНС и имеют преимущественно фокальный характер. Больные не следят за своим внешним видом, замкнуты, пассивны, глубоко безразличны к окружающему, держатся обособленно от других больных, к медперсоналу самостоятельно не обращаются, на вопросы отвечают односложно, не проявляя интереса к общению. Большую часть времени они проводят в палате, лежа в постели, или стоят в коридоре. Приобретенные до болезни знания и опыт редуцированы, восстановить их или приобрести новые крайне трудно. Их активность имеет преимущественно физиологический характер, так как направлена на удовлетворение естественных потребностей. Больные нуждаются в постоянном наблюдении и уходе. Больные этой группы соответствуют физиологическому исходному уровню активности.

Третью группу составили инвалиды вследствие тех же нозологических форм, однако у них слабоумие сочетается с нарушениями эмоционально-волевой

сферы по типу неустойчивости аффекта и дезорганизации целенаправленной деятельности. Большая часть инвалидов владеют санитарно-гигиеническими навыками, следят за своим внешним видом, частично себя обслуживают, но делают это только при стимуляции. Больные суетливы, навязчивы, любят собираться группами, бесцельно бродят по территории интерната, посещают клубы, смотрят телепередачи, охотно участвуют в различных зрелищных мероприятиях. Имеют скудный запас сведений и знаний, которыми оперируют только при помощи персонала. Их целенаправленная деятельность кратковременна и малопродуктивна, они легко отвлекаются и аффективно лабильны. Трудовой стереотип можно восстановить и образовать заново у части больных при постоянной терпеливой работе медперсонала. Больные этой группы соответствуют примитивно-бытовому исходному уровню активности.

Четвертую группу составили преимущественно больные с умственной отсталостью и органическими поражениями ЦНС, шизофренией и эпилепсией со средней и легкой степенью слабоумия и без грубых нарушений эмоционально-волевой сферы и форм поведения. Больные владеют навыками самообслуживания в полном объеме, следят за своим внешним видом, стараются поддерживать постоянный контакт с наиболее сохраненными больными и медперсоналом. Они имеют определенный запас сведений и знаний, которым могут относительно рационально пользоваться. Знают значение денег, понимают их ценность, однако не все из них умеют с ними обращаться. Большинство больных самостоятельно и охотно участвуют в трудовых процессах. Участвуя в трудовой деятельности, они понимают, что труд является источником удовлетворения их потребностей, однако их трудовая и социальная активность носит репродуктивный и гетерономный характер, так как, выполнив определенное задание, они не проявляют инициативу, а ждут дальнейших указаний. Больные этой группы соответствуют гетерономному исходному уровню активности.

Пятую группу составили больные с легкой степенью интеллектуальной недостаточности в стадии компенсации и больные шизофренией в стадии стойкой ремиссии. Они избирательно общительны, хотя стремятся к контакту с медперсоналом, понимают свое «превосходство» над другими больными и относятся к ним несколько высокомерно и снисходительно. Больные следят за своим внешним видом, стремятся одеваться лучше других. Они хорошо умеют читать и писать, знают ценность денежных знаков и умело ими оперируют. Запас сведений и знаний они используют для достижения своих целей. Активно участвуют в трудовых процессах. Их деятельность носит автоном-

ный характер, так как во время работы они проявляют самостоятельность, инициативу, сообразительность и в известных пределах могут руководить работой больных с более низким интеллектом. Они охотно участвуют в художественной самодеятельности, помогают персоналу. Больные этой группы соответствуют автономному исходному уровню активности [3].

Критерий «исходный уровень активности» интегрирует и опосредует как функционально-биологические, так и социально-психологические критерии. Биологическому и физиологическому уровню активности соответствуют больные с максимальной степенью недоразвития личности или ее деградация и реагированию за счет отдельных механизмов низкого психофизиологического уровня (это соответствует низкому уровню социальной активности). Для примитивно-бытового исходного уровня активности характерны примитивность и бедность поведенческих реакций больных при сохранности элементарных бытовых навыков и полная зависимость от конкретных условий окружающей среды (средний уровень). Гетерономному и автономному исходным уровням соответствуют больные с минимальной степенью дезинтеграции личностного уровня, упрощенными потребностями и мотивами целенаправленной деятельности и отдельными социальными стереотипами поведения (высокий уровень социальной активности; табл. 1).

Из представленных данных видно, что у большинства больных независимо от диагноза преобладает низкий и средний уровень социальной активности, т. е. они безразлично относятся к окружающей обстановке, понимают обращенную речь только в виде элементарных инструкций, элементы общения у них односложны, следить за своим внешним видом они не могут. Больные имеют определенный запас сведений и опыта, однако не используют их в повседневной деятельности. Они не участвуют в целенаправленной деятельности, но могут вовлекаться только при постоянной стимуляции.

Для поддержания социальной активности больных необходимо координировать усилия всех участников лечебного процесса: врачей, медицинских сестер, медицинских психологов, инструкторов ЛФК, культурного организатора, социального педагога, которые составляют ближайший круг, оказывающий пациенту медико-социально-психологическую помощь.

Мы остановимся более подробно на психологической поддержке социальной активности пожилых людей, страдающих хроническими психическими расстройствами. Разработка реабилитационных программ требует тщательного планирования и специфического подхода. Чем тяжелее состояние пациента, тем меньше реабилитационных возможностей может быть

Таблица 1

## Характеристика уровней активности при различных заболеваниях

Диагноз	Количество больных		Уровень социальной активности					
			низкий		средний		высокий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шизофрения	157	100	92	59	32	20	33	21
Органические поражения ЦНС	177	100	107	61,5	34	18	36	20,5

Таблица 2

**Соотношение характера активности и реабилитационных программ**

Критерий	Социально-психологические технологии
Характер взаимоотношений больного с окружающими	Тренинг межличностных отношений Мультисенсорная терапия
Степень контактности	Коммуникативные тренинги Тренинг уверенности в себе
Степень способности к самообслуживанию	Оккупационная терапия Эрготерапия
Степень способности использования своих знаний и опыта	Когнитивные тренинги Библиотерапия
Степень способности целенаправленной общественной деятельности	Групповая психотерапия Трудотерапия
Степень способности целенаправленной досуговой деятельности	Арттерапия Игротерапия Кинотерапия Музыкотерапия Танцетерапия

использовано. Это связано с особенностями основного психического заболевания и низкими остаточными инструментальными функциями головного мозга. Нами была разработана технологическая карта реабилитационных программ, соответствующая оцененным критериям социальной активности. Для каждого критерия были подобраны социально-психологические технологии работы с пациентом (табл. 2).

Анализ разработанных реабилитационных программ убедительно свидетельствует об их дифференци-

ации: чем выраженнее социальная активность больных, тем более содержательны и насыщены реабилитационные программы. Относительная сохранность социальной активности и реабилитационного потенциала больных предполагает и большую эффективность реализации реабилитационных программ, которые нуждаются в применении и последующем анализе.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Дементьева Н. Ф., Береговский Н. А., Гусакова З. С. и др. Геронтопсихиатрический центр как организационная форма оказания специализированной медико-социальной помощи в системе учреждений социального обслуживания // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2001. — № 4. — С. 10—17.
2. Организация медико-социальной помощи инвалидам, проживающим в специализированных стационарных учреждениях социальной защиты населения города Москвы / Под ред. В. М. Розенцвайга, А. В. Паршутина, Т. А. Кременцова. — М., 2000.
3. Розенцвайг В. М. О профилизации психоневрологического интерната в связи с современными требованиями // Организация медико-социальной помощи инвалидам, проживающим в специализированных стационарных учреждениях социальной защиты населения города Москвы / Под ред. В. М. Розенцвайга. — М., 2004. — С. 45—61.

Поступила 01.08.11

**Сведения об авторах:**

Булавинцева О. С., психолог Геронтопсихиатрического центра милосердия Департамента соц. защиты населения Москвы; Соколов Д. А., врач-психиатр Геронтопсихиатрического центра милосердия Департамента соц. защиты населения Москвы.

**Для контактов:**

Соколов Дмитрий Анатольевич, 115569, Москва, Шипиловский проезд, 31. Телефон: 8(495)391-27-22; факс: 8(495)391-93-62.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ**

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 614.2:616-002.5-036.86]:312.2(470.41)

Э. М. Закирова<sup>1</sup>, А. А. Степанов<sup>2</sup>, Х. В. Иксанов<sup>2</sup>, В. И. Марчихин<sup>1</sup>

**АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН  
ЗА 2004—2008 гг.**

<sup>1</sup>ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан, Казань;

<sup>2</sup>ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ

*Представлен анализ первичной и повторной инвалидности у больных туберкулезом за период с 2004 по 2008 г. в Республике Татарстан, на основании чего сделан вывод, что ситуация по заболеваемости туберкулезом в Республике Татарстан и первичному выходу на инвалидность по туберкулезу можно охарактеризовать как относительно стабильную. Но, учитывая эпидемиологические особенности туберкулеза, рост рецидивов и лекарственную устойчивость, сопутствующие заболевания, такие как ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, эти показатели могут меняться в сторону как уменьшения, так и увеличения.*

**Ключевые слова:** заболеваемость, туберкулез, инвалидность, Республика Татарстан.

ANALYSIS OF PRIMARY AND RECURRING DISABILITY AS A RESULT OF TUBERCULOSIS  
IN TATARSTAN REPUBLIC IN 2004-2008

E.M.Zakirova, A.A.Stepanova, Kh.V.Iksanova, V.I. Marchikhin