

на 6,1%, от болезней органов дыхания на 18,5%, от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин — в 1,5 раза. Вырос уровень смертности от болезней органов пищеварения на 29,3% ($p < 0,05$).

В 65–69 лет снизились показатели смертности от всех пяти основных классов причин: новообразований — на 11,5%, болезней системы кровообращения — на 20,7%, болезней органов дыхания — в 1,6 раз, болезней органов пищеварения — на 6,4%, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин — на 67,1% ($p < 0,001$).

В 70–74 года остались практически неизменными показатели смертности от новообразований и внешних причин. На 3,0% уменьшилась смертность от болезней системы кровообращения, в 1,2 раза — от болезней органов дыхания, на 11,4% увеличилась смертность от болезней органов пищеварения.

В возрастной группе 75–79 лет достоверных изменений показателей смертности по пяти основным классам болезней не было.

Люди в возрасте 80–84 лет в 1,3 раза реже стали умирать от болезней органов дыхания, а от внешних причин — на 9,0%. Вырос уровень смертности от болезней системы кровообращения (на 9,6%) и органов пищеварения (на 12,9%).

Смертность лиц в возрасте 85 лет и старше в 2010 г. по сравнению с 2001 г. снизилась от болезней органов дыхания на 7,8% ($p < 0,02$) и от внешних причин в 1,4 раза, увеличилась от болезней кровообращения на 3,8% ($p < 0,001$), от новообразований — на 13,9%, от болезней органов пищеварения — в 1,5 раза (табл. 2).

ВЫВОДЫ

1. В условиях кризисной экономической и социальной ситуации в стране повышение уровня смертности пожилых людей, проживающих в городской местности Республики Татарстан, как

мужчин, так и женщин, произошло за счёт роста её показателей в возрасте старше 80 лет, в то время как в остальных возрастных группах отмечено его достоверное снижение. Выявленные особенности, с одной стороны, свидетельствуют о позитивных тенденциях и эффективности социальной политики, проводимой в последнее десятилетие, а с другой — указывают на необходимость смещения акцентов на проблемы старших возрастных групп.

2. Исследуя особенности смертности пожилого городского населения и помня о том, что в старческих возрастах смерть является физиологически обусловленной, можно сделать вывод о наличии резервов снижения смертности не только от болезней системы кровообращения, но и от онкологических заболеваний, травматизма и несчастных случаев.

3. Важными задачами становятся более детальный анализ, установление причин и снижение уровня смертности во всех возрастных периодах пожилого возраста от болезней органов дыхания у мужчин и органов пищеварения у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Е.М., Жданов Д.А., Школьников В.М. Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения // Spero. — 2007. — №6. — С. 115–141.
2. Антонов А.И. Современные демографические тенденции и аналитические прогнозы, проблемы семейно-демографической политики в социальном государстве // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 18. Социология и политология. — 2010. — №4. — С. 134–150.
3. Бахметова Г.Ш. Смертность населения в пожилом возрасте. Смертность населения: тенденции, методы изучения, прогнозы. Сборник статей / Под ред. М.Б. Денисенко, Г.Ш. Бахметовой — М.: МАКС Пресс, 2007. — С. 256–271.
4. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины и пути преодоления. Почему вымирают русские: последний шанс. — М.: Алгоритм, 2004. — С. 109–212.

УДК 159.9: 614.8.067.3: 617.57/.58-089.873-036.86: 616-072.85: 616.89

H07

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Фания Мансуровна Биктимирова^{1*}, Надежда Павловна Ничипоренко²,
Эрик Ильясович Аухадеев¹

¹Казанская государственная медицинская академия,

²Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Исследование качества жизни, характерологических особенностей и эмоционального статуса у инвалидов с нарушениями структуры и функций конечностей.

Методы. Объектом исследования были инвалиды с нарушениями структуры и функций конечностей, обратившиеся для протезирования в протезно-ортопедический центр. Методом случайной выборки по мере обращения инвалидов в центр с 2008 по 2010 гг. в исследование были включены 318 человек с ампутационным дефектом

конечностей (в том числе врождёнными аномалиями развития верхних и нижних конечностей) — 267 (83,3%) мужчин и 51 (16,7%) женщина в возрасте от 18 до 66 лет. Проведено комплексное изучение следующих факторов контекста, включённых в схему структуры «Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья»: качество жизни, индивидуально-психологические особенности личности, эмоциональная и мотивационная сферы, окружающая социально-культурная и природная среда. Инвалиды были разделены на пять возрастных групп: от 19 до 29 лет, от 30 до 39, от 40 до 49, от 50 до 59, старше 60 лет.

Результаты. В возрастной группе пациентов от 19 до 29 лет наиболее связанными с параметрами качества жизни оказались ситуативная тревожность и акцентуации характера по демонстративному и педантичному типам. В возрастной группе от 30 до 39 лет нарастало влияние ограничений, вызванных ампутацией, на формирование депрессии. В возрасте 40–49 лет усиливалась сопряжённость эмоциональных и личностных особенностей пациентов с характеристиками качества жизни. В то же время возрастало влияние депрессии на качество жизни и личность пациента. В возрасте 50–59 лет наиболее влиятельной оказывалась триада признаков «ситуативная, личностная тревожность и депрессия». В возрасте старше 60 лет качество жизни было сильно связано с психоэмоциональными состояниями пациента, особенно с ситуативной тревожностью.

Вывод. Разные возрастные группы инвалидов, перенёсших ампутацию конечности, нуждаются в индивидуальных специализированных программах реабилитации, учитывающих взаимосвязь эмоциональных, индивидуально-психологических особенностей личности и характеристик качества жизни.

Ключевые слова: инвалид, качество жизни, протезирование, индивидуальная программа реабилитации.

QUALITY OF LIFE IN DISABLED PATIENTS WITH THE DISEASES OF LIMBS DEPENDING ON INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL TRAITS F.M. Biktimirova¹, N.P. Nichiporenko², E.I. Aukhadeev¹. ¹Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia, ²Kazan State Medical University, Kazan, Russia. **Aim.** To study the quality of life, characteristic traits and emotional features in disabled patients with functional and structural damage of limbs. **Methods.** Disabled patients with functional and structural damage of limbs who addressed to the center of prosthesis and orthopedy for limb prosthesis were studied. 318 patients (males — 267 (83.3%), females — 51 (16.7%), aged 18 to 66 years) with limb stumps (including congenital limb defects) who addressed to the centre since 2008 to 2010 were randomly picked out to be included in the trial. The complex study of the following context factors included in the International Classification of Functioning, Disability and Health: quality of life, individual psychological traits, emotional sphere and motivation, social, cultural and nature environment. Patients were divided into 5 groups: aged 19 to 29 years, 30 to 39 years, 40 to 49 years, 50 to 59 years, over 60 years of age. **Results.** In the group of patients aged 19 to 29 years, the most intimately related to the quality of life were: situational anxiety and pedantic types demonstrative and of accentuated personality. In the group of patients aged 30 to 39 years the limitations due to amputations increased the influence on depression formation. In the group of patients aged 40 to 49 years the conjugacy of patients' emotional and personal traits with the quality of life strengthened. Meanwhile, the influence of depression on patients' quality of life and personality increased. In the group of patients aged 50 to 59 years the most influential was the triad of situational anxiety, personal anxiety and depression. In patients over 60 years of age quality of life was strongly related to patient's psychologic and emotional condition, especially with situational anxiety. **Conclusion.** Different age groups of the patients who underwent a limb amputation, need an individualized and specialized rehabilitation programs, considering the interrelation between emotional, individual and psychological personal traits and parameters of quality of life. **Keywords:** disabled, quality of life, prosthesis, individual rehabilitation program.

Уже достаточно долго в России и мире отмечают устойчивую тенденцию к увеличению количества инвалидов в структуре общества, приблизительно на 10% в год. В настоящее время общий контингент инвалидов в нашей стране превышает 13 млн человек (более 10% населения). Из них только 4,4 млн (менее 35%) человек являются трудоспособными, 400 тыс. (10%) официально трудоустроены, однако реально работают не более 50 тыс. (1,1% трудоспособных инвалидов, или 0,4% общей численности инвалидов в РФ). На долю травм среди причин первичной инвалидности приходится 13,2%, и до последнего времени среди них травмы занимали третье место, уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. В ряде областей России травмы выходят на первое-второе место в перечне причин инвалидизации населения [4, 5].

Исследования качества жизни, психологических личностных свойств и эмоциональных состояний инвалидов с нарушениями структуры и функций конечностей в России и за рубежом многочисленны [8].

В настоящее время индивидуальная программа реабилитации не учитывает психологические особенности пациента и мотивацию для восстановления [6].

В последние годы в реабилитацию введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (health-related quality of life). При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования, на которую нужно ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и людей с ограниченными возможностями [1, 3, 7].

Определение понятия «качество жизни» логично и структурно связано с дефиницией здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье — это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания [2].

Объектом исследования были инвалиды с нарушениями структуры и функций конечностей, обратившиеся для протезирования в Казанский протезно-ортопедический центр, — жители Казани и других городов, рабочих поселков, деревень и сёл Республики Татарстан, жители Чувашской Республики и некоторых других регионов России. Сбор эмпирических данных проходил в период с 2008 по 2010 гг. Методом случайной выборки по мере обращения инвалидов в центр было проведено исследование 318 человек в возрасте от 18 до 66 лет, в их числе 267 (83,3%) мужчин и 51 (16,7%)

женщины. Испытуемые были разделены на пять возрастных групп: от 19 до 29 лет, от 30 до 39, от 40 до 49, от 50 до 59, старше 60 лет.

После опроса, анкетирования и тестирования анализировали следующие характеристики:

- качество жизни пациента, оцениваемое с помощью международного опросника SF-36 (от англ. Short Form-36), адаптированного к использованию в Российской Федерации;

- уровень тревожности (ситуативной тревожности как состояния и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека), измененный по шкале реактивной (ситуативной) и личностной тревожности (разработана Ч.Д. Спилбергером, адаптирована Ю.Л. Ханиным);

- уровень депрессии (тест Бека);

- характерологические особенности пациента, диагностированные с помощью методики акцентуаций характера К. Леонгарда (тест Шмишека).

Статистическая обработка представляла собой корреляционный анализ с использованием коэффициента Пирсона в каждой возрастной группе.

В возрастной группе 19–29 лет (34 человека) наблюдали наименьшее по сравнению с другими возрастными группами количество статистически достоверных связей (14 значимых коэффициентов). Общее состояние здоровья коррелировало с демонстративностью ($r=-0,34$, $p<0,05$), и подобной связи нет в других возрастных группах. Чем оптимистичнее молодые пациенты оценивали состояние своего здоровья и перспективы лечения, тем более они были склонны проявлять демонстративные черты в поведении. С уровнем физического функционирования оказалась связана ситуативная тревожность ($r=-0,41$, $p<0,05$). Существенные ограничения физической активности, вызванные ампутацией, были источником высокой ситуативной тревожности в молодом возрасте, но не депрессии ($r=-0,15$ не достигает нижнего порога статистической значимости), в то время как в старших возрастных группах ограничения физических возможностей могли быть источником депрессивных состояний: $r=-0,34$, $p<0,05$ в группе 30–39 лет; $r=-0,21$, $p<0,1$ в группе 40–49 лет; $r=-0,22$, $p<0,05$ в возрасте 50–59 лет.

С качеством ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, были связаны ситуативная тревожность ($r=-0,39$, $p<0,05$) и выраженность педантичных черт характера ($r=-0,37$, $p<0,05$). Эти черты усиливались при ограничениях активности, вызванных неудовлетворительным эмоциональным состоянием.

Интенсивность болевого синдрома в возрастной группе 19–29 лет была связана с эмотивностью ($r=0,35$, $p<0,05$): чем сильнее боль ограничивала активность пациента, тем сильнее подавлялась чувствительность и тем более сглаженными оказывались такие черты характера, как ранимость, способность глубоко переживать неприятности и неудачи. Параметр жизненной активности в данной возрастной группе был связан с уровнем ситуативной тревожности ($r=-0,40$, $p<0,05$) и выраженностью демонстративных черт ($r=-0,42$,

$p<0,05$): чем меньше у пациента жизненной энергии и сил, тем более оказывались выражены ситуативная тревога и демонстративность. Шкала ментального здоровья у пациентов в возрасте 19–29 лет была связана с показателями ситуативной тревожности ($r=-0,47$, $p<0,05$), педантичности ($r=-0,41$, $p<0,05$) и демонстративности ($r=-0,52$, $p<0,05$). Этот факт означает, что при увеличении влияния положительных эмоций и ощущений психологического благополучия снижалась выраженность ситуативной тревоги, педантичной и демонстративной акцентуаций характера.

В возрастной группе 30–39 лет (37 человек) количество достоверных корреляций выявлено больше по сравнению с группой 19–29 лет (16 статистически значимых коэффициентов). Физические дисфункции и общее состояние нездоровья создавали депрессивный фон настроения (соответственно $r=-0,34$, $p<0,05$ и $r=-0,34$, $p<0,05$); ограничения активности вследствие неудовлетворительного эмоционального самочувствия повышали ситуативную тревожность ($r=-0,36$, $p<0,05$), но препятствовали развитию застревающих черт характера ($r=0,34$, $p<0,05$); интенсивность болевых ощущений могла приводить к гипертимным реакциям ($r=-0,42$, $p<0,05$); сочетание личностной тревожности и депрессии переживалось пациентами как психическое неблагополучие и нездоровье.

В возрастной группе от 40 до 49 лет (106 человек) отмечено 2-кратное (по сравнению с группой 30–39 лет) увеличение числа корреляционных связей, достигающих уровня статистической значимости – 32 коэффициента. Это свидетельствует о том, что в структуре личности пациентов, перенёвших ампутацию конечности, усиливаются сопряжённость и взаимовлияние качества жизни, эмоциональных состояний (тревожности и депрессии) и черт характера.

Характеристики качества жизни в возрастной группе 40–49 лет также оказались более сопряжёнными с психологическими особенностями пациентов. Общее состояние физического здоровья было взаимосвязано с депрессией ($r=-0,29$, $p<0,01$) и экзальтированными чертами характера ($r=-0,25$, $p<0,05$). Эмоциональный фон, мешающий выполнению повседневной деятельности, коррелировал с личностной тревожностью и депрессией (соответственно $r=-0,27$, $p<0,05$ и $r=-0,24$, $p<0,05$), педантичностью и экзальтированностью (соответственно $r=-0,33$, $p<0,01$ и $r=-0,36$, $p<0,01$). В данной возрастной группе появлялись взаимосвязи параметра «социальное функционирование» с личностными чертами – лабильностью ($r=-0,26$, $p<0,05$), демонстративностью ($r=-0,27$, $p<0,05$) и дистимичностью ($r=-0,23$, $p<0,05$). Направленность этих взаимосвязей свидетельствует о том, что ограничения социальной активности не только негативно сказываются на эмоциональном состоянии пациентов, но и оказывают деформирующее влияние на их характер.

Интенсивность болевых ощущений в данной возрастной группе не коррелировала с индивидуальными психологическими особенностями

личности (видимо, с возрастом наступает определённая адаптация к болевым ощущениям). Параметр жизненной активности оказался достоверно связанным с личностной тревожностью ($r=-0,23$, $p < 0,05$), возбудимыми и педантичными чертами характера (соответственно $r=0,19$, $p < 0,05$ и $r=-0,29$, $p < 0,01$). Чем более пациент ощущал себя полным сил и энергии, тем ниже была тревожность, сильнее проявлялись возбудимые черты и меньше — педантичность. И, наконец, ощущение психического неблагополучия оказалось сопряжено с высокой личностной тревожностью ($r=-0,32$, $p < 0,01$) и слабой выраженностью тревожных черт в характере ($r=0,22$, $p < 0,05$), а также выраженностью педантичных черт.

В возрастной группе от 50 до 59 лет (80 человек) количество достоверных корреляций между изученными признаками не изменилось по сравнению с группой 40–49 лет: 32 показателя не ниже 5-процентного уровня значимости. Ухудшение общего состояния здоровья ($r=-0,26$, $p < 0,01$), интенсивность боли и ограничения, с этим связанные ($r=-0,20$, $p < 0,05$), затруднения в повседневной деятельности, вызванные сниженным эмоциональным фоном ($r=-0,23$, $p < 0,05$), ограничения физического функционирования ($r=-0,22$, $p < 0,05$) сопровождалось нарастанием депрессии. Снижение жизненной активности в целом способствовало поддержанию личностной тревожности и депрессии (соответственно $r=-0,23$, $p < 0,05$ и $r=-0,22$, $p < 0,05$). И, что вполне закономерно, повышенные ситуативная, личностная тревожность и депрессия негативно сказывались на ментальном здоровье (соответственно $r=-0,22$, $p < 0,05$; $r=-0,27$, $p < 0,01$ и $r=-0,22$, $p < 0,05$) и переживались пациентами как психологическое неблагополучие.

Развитию педантичной личности в возрасте 50–59 лет способствовали ситуативная и личностная тревожность (соответственно $r=0,35$, $p < 0,01$ и $r=0,34$, $p < 0,01$), депрессия ($r=0,29$, $p < 0,01$), ощущение психологического неблагополучия ($r=-0,28$, $p < 0,05$), ограничения активности, вызванные неудовлетворительным эмоциональным состоянием ($r=-0,19$, $p < 0,05$) и болевым синдромом ($r=-0,18$, $p < 0,05$), сниженная жизненная активность в целом ($r=-0,22$, $p < 0,05$).

В возрастной группе старше 60 лет (19 человек) количество взаимосвязей между исследуемыми признаками резко уменьшалось до 23. Ухудшение общего состояния здоровья в этой возрастной группе приводило к нарастанию ситуативной и личностной тревожности ($r=-0,62$, $p < 0,01$ и $r=-0,69$, $p < 0,01$), депрессии ($r=-0,46$, $p < 0,05$), циклотимии ($r=-0,48$, $p < 0,05$), педантичных ($r=-0,48$, $p < 0,05$) и застревающих ($r=-0,44$, $p < 0,05$) черт характера. Пациенты становились чрезмерно придирчивыми, аккуратными, несговорчивыми, обидчивыми, чувствительными к несправедливости, иногда конфликтными, помнили и накапливали обиды, были склонны к циклическим сменам настроения — от возбуждённо-активных состояний до периодов глубокой апатии и астении.

Ограничения физической активности, вы-

званные ампутацией, сопровождалась ситуативной и личностной тревогой ($r=-0,55$, $p < 0,01$ и $r=-0,48$, $p < 0,05$ соответственно). Снижение жизненной активности и субъективного ощущения себя полным сил и энергии было связано с нарастанием тревоги и депрессии ($r=-0,59$, $p < 0,01$; $r=-0,75$, $p < 0,01$ и $r=-0,54$, $p < 0,01$), заострением лабильных ($r=-0,54$, $p < 0,01$), демонстративных ($r=-0,46$, $p < 0,05$) и экзальтированных ($r=-0,46$, $p < 0,05$) черт характера. Психологическое неблагополучие личности оказалось также сильно взаимосвязанным с переживанием депрессии ($r=-0,70$, $p < 0,01$), ситуативной и личностной тревоги ($r=-0,63$, $p < 0,01$ и $r=-0,76$, $p < 0,01$). Что касается характера, то такие параметры качества жизни, как интенсивность болевых ощущений ($r=-0,52$, $p < 0,05$), жизненная активность ($r=-0,46$, $p < 0,05$) и психологическое неблагополучие ($r=-0,62$, $p < 0,01$), сильнее всего сказывались на развитии экзальтированных черт: пожилые люди становились впечатлительными, словоохотливыми и легко отвлекающимися на внешние события, эмоции — ярко выраженными, настроение — изменчивым.

В возрастной группе 19–29 лет наиболее связаны с параметрами качества жизни ситуативная тревожность и акцентуации характера по демонстративному и педантичному типам. Таким образом, физический дефект и связанные с ним ограничения становятся для людей молодого возраста постоянным источником ситуативной тревожности. Это в свою очередь вызывает действие психологических защитных механизмов, которые компенсируют тревогу и способствуют развитию педантичной и демонстративной личности, а также ведут к снижению эмоциональной чувствительности.

В возрастной группе от 30 до 39 лет нарастает влияние ограничений, вызванных ампутацией, на формирование депрессии. В качестве компенсаторного поведения здесь отмечают акцентуации характера по демонстративному типу. Снижение эмоциональной чувствительности в ответ на болевой синдром, характерное для пациентов 19–29 лет, в возрастном диапазоне 30–39 лет сменяется гиперактивными реакциями, нарастает ощущение психологического дискомфорта.

В возрасте 40–49 лет усиливается сопряжённость эмоциональных и личностных особенностей пациентов с характеристиками качества жизни. Эмоциональное, физическое или психическое неблагополучие влияет на характер и может приводить к его деформации в направлении педантичных и тревожных черт. В данном возрасте особенное значение приобретает социальная активность. Не связанными с личностными особенностями, тревожностью и депрессией оказываются ограничения физической активности, вызванные состоянием здоровья. В то же время возрастает влияние депрессии на качество жизни и личность пациента.

В возрасте 50–59 лет наиболее влиятельной оказывается триада признаков «ситуативная, личностная тревожность и депрессия». Воздействие депрессивных тенденций нарастает и напоминая

ет «порочный круг»: с одной стороны, депрессия снижает качество жизни пациента и ведёт к деформации личности, а с другой — низкий уровень качества жизни, тревожность, физическое и психическое неблагополучие усиливают депрессивные тенденции. Также в этом возрасте вероятно акцентуированное развитие личности по педантичному типу.

В возрасте старше 60 лет качество жизни всё так же сильно связано с психоэмоциональными состояниями пациента, особенно с ситуативной тревожностью. Влияние депрессивных тенденций по сравнению с предыдущей возрастной группой слабеет, но становятся более выраженными характерологические изменения в направлении большей лабильности, циклотимии, педантичности, застремлённости и экзальтированности.

ВЫВОДЫ

1. Взаимосвязи эмоциональных состояний с чертами характера и качеством жизни имеют возрастную специфику. В молодом возрасте (19–39 лет) наиболее интенсивно связана с качеством жизни и индивидуальными психологическими особенностями личности ситуативная тревожность, которая в возрасте 40–49 лет уступает место личностной тревожности, в 50–59 лет тревожность сменяется депрессией, а после 60 лет возвращается на свои приоритетные позиции.

2. Стремление компенсировать тревогу и депрессию отражается на характере пациентов в зависимости от возраста: в группе 19–29 лет заостряются демонстративные и педантичные черты, 30–39 лет — демонстративные и застревающие свойства, 40–49 лет — педантичные и тревожные акцентуации, 50–59 лет — педантичность, тревожность и циклотимичность в характере, а после 60 лет ситуативная тревожность компенсируется застревающими и экзальтированными чертами.

3. Качество жизни имеет наибольшее количество взаимосвязей с эмоциональными и личностными характеристиками пациентов 40–59 лет, особенно с депрессией. В более молодом возрасте различные параметры качества жизни связаны в основном с ситуативной тревожностью и не имеют отношения к личностной тревожности и депрессии. У пациентов старше 60 лет снижение качества жизни отражается на ситуативной тревожности и акцентуациях характера.

4. В возрасте 19–39 и после 60 лет взаимосвязи между эмоциональными состояниями, личностными свойствами и качеством жизни многочисленны. Это свидетельствует о том, что структура личности в этих возрастах диффузна, а следовательно, её компенсаторные возможности ограничены. По этой причине данные возрастные группы нуждаются в дополнительном психологическом сопровождении по сравнению со средним возрастом 40–59 лет.

5. Приоритетными сферами психологического вмешательства у молодых людей и в период ранней взрослости являются в первую очередь си-

туативная тревожность, затем — личностная тревожность и депрессия. Основной задачей психотерапевтической работы с пациентами 19–39 лет должна стать адаптация личности к заболеванию, ампутации и ограничениям, связанным с этим.

6. В пожилом возрасте основной зоной психологического вмешательства должна быть эмоциональная сфера, прежде всего ситуативная тревожность. Основная психотерапевтическая стратегия в работе с пациентами старше 60 лет — эмоциональная поддержка, сохранение жизненного тонуса, решение психологических проблем, характерных для пожилого возраста (интеграция жизненного пути, отношения с близкими, экзистенциальные вопросы жизни и смерти).

7. Возраст 40–59 лет имеет многочисленные взаимосвязи между эмоциональным состоянием, характером и качеством жизни. Это свидетельствует о том, что структура личности взрослого человека более уплотнена и обладает большим компенсаторным потенциалом. Повлияв на одну характеристику, можно инициировать изменения в ряде других. Важна работа с эмоциональными состояниями, в первую очередь с депрессивными проявлениями. Видами психологической помощи в этом возрасте могут быть психологическое сопровождение, индивидуальное консультирование и групповые занятия (тренинги) по развитию социальных навыков, коммуникативной компетентности, регуляции эмоциональных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, — новый этап в развитии реабилитологии // Казан. мед. ж. — 2007. — №1. — С. 5–9.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. Ю.Л. Шевченко — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — С. 18.
3. Пузин С.Н., Иксанов Х.В., Аухадеев Э.И. Методология и практика развития медико-социальной реабилитации инвалидов как региональной социальной системы (по материалам Республики Татарстан). — М., 2008. — 93 с.
4. Росков Р.В., Андриевская А.О., Смирнов А.В. Ортезирование при травмах конечностей и их последствиях. Учебно-практическое пособие. — СПб., 2006. — Книга 1. — С. 6–7.
5. Росков Р.В., Андриевская А.О., Смирнов А.В. Ортезирование при травмах конечностей и их последствиях. Учебно-практическое пособие. — СПб., Тюмень, 2007. — Книга 2. — С. 26.
6. Шестаков В.П. Методологические аспекты оценки качества и эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов // Вестн. СПб. мед. акад. им. И.И. Мечникова. — 2005. — №1. — С. 43–46.
7. International classification of functioning, disability and health (2001). — Geneva, Switzerland: World Health Organization. — P. 18.
8. Pezzin L.E., Dillingham T.R., MacKenzie E.J. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputation // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 2000. — N 81. — P. 292–300.