ISSN 1998-5320 (Print)
ISSN 2587-943X (Online)
Наука о человеке: гуманитарные исследования Т. 18 № 2 2024
Педагогические науки

УДК 364.2
DOI: 10.57015/issn1998-5320.2024.18.2.15
Научная статья

О. В. Морозова[1], Т. И. Целевич[1] ✉
✉ celevicht@mail.ru
[1]Омский государственный педагогический университет, г. Омск, Российская Федерация

Интеграция лиц с ментальной инвалидностью посредством технологии социальной реабилитации с использованием теологического компонента

Аннотация: При решении вопроса социальной интеграции лиц с ментальной инвалидностью в общество учитывается специфичность данной задачи. В ее решении важная роль отводится процессу социальной реабилитации в лечебных учреждениях. По результатам современных исследований, духовность и религиозная вера являются важными механизмами преодоления стрессовых жизненных ситуаций. Специалисты, работающие с пациентами психиатрических лечебных учреждений, используя теологический компонент в содержании своих реабилитационных программ, отмечают ее высокую результативность. Исследование нацелено на выявление результативности внедрения теологического компонента в социальную интеграцию лиц с ментальной инвалидностью в общество. Методологическую основу исследования составил личностно-деятельностный и личностно ориентированный подходы. Были выделены критерии отбора респондентов с ментальной инвалидностью, этапы проведения исследования, оценка результативности внедрения теологического компонента. Теологический компонент включает религиозное обоснование миропорядка, основанное на признании «первоосновой всего сущего Бога, ставшего первопричиной всех вещей и явлений». Специалистам, работающим с людьми с ментальной инвалидностью, учет теологического компонента позволяет профилактировать синдром профессионального выгорания. Результаты исследования отражены в материалах статьи.

Результаты проведенного практического исследования на базе Клинической психиатрической больницы позволили сделать выводы об успешности использования теологического компонента в разработанной и реализованной программе. Положительная динамика в социальной адаптации, а также снижение уровня тревожности у респондентов является наглядным индикатором повышения уровня социального функционирования и социальной интеграции, мотивации к продуктивной деятельности, творческой самореализации, появления новых коммуникативных структур, формирования комплаенса.

Ключевые слова: ментальная инвалидность, теологический компонент, интеграция, полипрофессиональная бригада, комплаенс.

Дата поступления статьи: 10 февраля 2023 г.

Для цитирования: Морозова О. В., Целевич Т. И. (2024) Интеграция лиц с ментальной инвалидностью посредством технологии социальной реабилитации с использованием теологического компонента. Наука о человеке: гуманитарные исследования, том 18, № 2, с. 154–166. DOI: 10.57015/issn1998-5320.2024.18.2.15.

Scientific article

O. V. Morozova[1], T. I. Tselevich[1] ✉
✉ celevicht@mail.ru
[1]Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russian Federation

Integration of mentally disabled individuals through technology of social rehabilitation using theological component

Abstract: When solving the issue of the social integration of persons with mental disabilities, the specificity of this task is taken into account. In its solution, an important role is assigned to the process of social rehabilitation in medical institutions. According to the results of modern research, spirituality, and religious faith are important mechanisms for overcoming stressful life situations. Specialists working with patients in psychiatric medical institutions, using the theological component in the content

© О. В. Морозова, Т. И. Целевич, 2024

of their rehabilitation programs, note its high effectiveness. The research is aimed at identifying the effectiveness of the introduction of the theological component in the social integration of persons with mental disabilities into society. The methodological basis of the study was made up of personality-activity and personality-oriented approaches. The criteria for the selection of respondents with mental disabilities, the stages of the study, and the evaluation of the effectiveness of the implementation of the theological component were highlighted. The theological component includes a religious justification of the world order based on the recognition of "the primordial basis of all that exists, God, who became the first cause of all things and phenomena." A theological component should be considered by specialists who work with people with mental disabilities in order to prevent the syndrome of professional burnout. The results of the study are reflected in the materials of the article. The results of a practical study conducted based on a Clinical psychiatric hospital allowed us to conclude the success of using the theological component in the developed and implemented program. Positive dynamics in social adaptation, as well as a decrease in the level of anxiety among respondents, is a clear indicator of an increase in the level of social functioning and social integration, motivation for productive activity, creative self-realization, the emergence of new communicative structures, and the formation of compliance.

Keywords: mental disability, theological component, integration, multiprofessional team, compliance.

Paper submitted: February 10, 2023.

For citation: Morozova O. V., Tselevich T. I. (2024) Integration of mentally disabled individuals through technology of social rehabilitation using theological component. Russian Journal of Social Sciences and Humanities, vol. 18, no. 2, pp. 154–166. DOI: 10.57015/issn1998-5320.2024.18.2.15.

Введение

Лица с ментальной инвалидностью относятся к самым незащищенным слоям населения, социальное положение которых осложнено экономическими, социальными, социокультурными и другими обстоятельствами.

Актуальность исследования социальной реабилитации лиц с ментальной инвалидностью обусловлена наличием в современном социуме нестабильности, в результате которой существенно возрастает потребность этой категории населения в социальной защите и интеграции их в общество.

При решении вопроса о социальной интеграции лиц с ментальной инвалидностью, прежде всего, необходимо учитывать специфичность данной задачи и, как следствие этого, возникновение ряда серьезных проблем, с которыми лицо, страдающее ментальными нарушениями, не в состоянии справиться самостоятельно (Лазаренко, Кузичкина, 2016). В решении этих вопросов важная роль отводится процессу социальной реабилитации лиц с ментальной инвалидностью в лечебно-реабилитационных учреждениях.

Проблемами социализации и интеграции лиц с ментальной инвалидностью занимались российские ученые Н. П. Дубинин, М. М. Кабанов, А. С. Ломаченков, А. П. Коцюбинский, Г. В. Бурковский, В. Г. Каледа, В. М. Бехтерев, С. С. Корсаков, В. П. Сербский, П. Б. Ганнушкин, И. Я. Гурович, К. В. Давыдов, Д. Е. Мелехов.

Большой вклад в разработку основных определений медико-социальной экспертизы, медицинских, психолого-педагогических, психологических, профессиональных и социальных аспектов комплексной реабилитации инвалидов внесли ученые В. А. Бронников, Т. В. Зозуля, Ю. И. Кравцов, М. С. Надымова.

В целях восстановления социальных функций в обществе и улучшения качества жизни людей с ментальной инвалидностью, с ними в лечебных учреждениях проводятся специальные мероприятия по социальной реабилитации.

Социальная реабилитация лиц с ментальной инвалидностью имеет свои особенности, которые связаны в первую очередь с тем обстоятельством, что при ментальных нарушениях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Поэтому понятие реабилитации данной категории, прежде всего, понимается как их ресоциализация, как восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности человека, их личного и социального статуса, стремление вернуть все то, что они утратили в процессе заболевания.

В настоящее время одной из самых эффективных признается биопсихосоциальная (холистическая) модель, отражающая многоаспектное рассмотрение болезни с привлечением социально-средовых, психологических, личностных и других характеристик. Такой подход позволяет добиваться высоких результатов в восстановлении и ресоциализации лиц с ментальной инвалидностью, наиболее плодотворно использовать возможности полипрофессиональной бригады специалистов для лечения и реабилитации.

Близкое окружение людей, страдающих ментальными нарушениями, отмечают, что понимание своих проблем в религиозных или духовных терминах может быть мощной опорой биологическим или психологическим методам. Хотя такое переосмысление проблемы не может изменить реальность, наличие более высокой цели может существенно изменить готовность индивида переносить боль, справляться с трудностями.

Современные исследования показывают, что духовность и религиозная вера являются важными механизмами преодоления стрессовых жизненных ситуаций. Теологический компонент включает религиозное обоснование миропорядка, основанное на признании «первоосновой всего сущего Бога, ставшего первопричиной всех вещей и явлений. Творец создал мироздание и человека, придал свой сокровенный смысл его историческому существованию и развитию»[1]. Данное понимание повышает уровень толерантности к происходящим явлениям в жизни людей с ментальной инвалидностью, дает им силы ежедневно справляться с жизненными и бытовыми трудностями.

Специалистам, работающим с людьми с ментальной инвалидностью, учет теологического компонента позволяет профилактировать синдром профессионального выгорания.

Кафедра социальной педагогики и социальной работы Омского государственного педагогического университета многие годы сотрудничает с учреждением здравоохранения Омской области Клинической психиатрической больницей имени Н. Н. Солодникова. В течение двух лет педагоги и магистранты кафедры, а также полипрофессиональная бригада специалистов этого учреждения проводили исследование по проблеме интеграции лиц с ментальной инвалидностью в общество.

В полипрофессиональную бригаду включены следующие специалисты: врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, инструктор по трудовой терапии. Эта бригада оказывает первичную специализированную психиатрическую помощь в условиях дневного стационара пациентам диспансерной группы.

БУЗОО «КПБ имени Н. Н. Солодникова» сотрудничает в рамках социальной реабилитации с представителями Православной церкви. Одно из помещений больницы передано под часовню.

Священнослужитель в ходе беседы с пациентами в доступной форме рассказывает об основах православной веры, жизни христиан, о смысле жизни. Общаясь со священником, пациенты получают духовную поддержку.

Результаты исследований зарубежных ученых показывают, что 70–80 % людей используют религиозные или духовные убеждения и действия, чтобы справиться с ежедневными трудностями и разочарованиями. Религиозность может помочь пациентам улучшить эмоциональную адаптацию и сохранить надежду, цель и смысл жизни (Koenig, 2009; Hefti, 2011).

Духовные подходы к решению проблем лиц с ментальными нарушениями еще не получили должного внимания. Продолжается спор о том, следует ли включать духовность в лечение лиц, страдающих ментальными нарушениями, главным образом из-за опасений по поводу вредных побочных эффектов от поощрения и поддержки религиозного участия. С другой стороны, все больше свидетельств о благотворных результатах религиозных и духовных подходов к ментальным расстройствам. «Духовность можно рассматривать как уникальное человеческое измерение, делающее жизнь священной и осмысленной, являющееся неотъемлемой частью взаимоотношений врача и пациента и процесса выздоровления» (Koenig, 2009).

Люди, страдающие ментальными нарушениями, подчеркивают, что понимание своих проблем в религиозных или духовных терминах может быть мощной альтернативой биологиче-

[1]Методология истории. https:// dprm.ru/history/metodologiya-istorii.

ским или психологическим методам. Как уже было сказано, наличие более высокой цели может существенно изменить готовность индивида переносить боль, справляться с трудностями. С учетом того факта, что люди с серьезными ментальными нарушениями уже борются с широко распространенными предрассудками и дискриминацией, представляется важным поддерживать или укреплять существующие религиозные убеждения и системы поддержки людей в рамках их плана лечения и реабилитации.

Полуструктурированные интервью, посвященные влиянию теологического компонента, были проведены с выборкой из 115 амбулаторных пациентов с психотическими заболеваниями в одном из четырех психиатрических амбулаторных учреждений Женевы. Большинству пациентов религия вселяла надежду, цель и смысл в их жизнь (71 %), в то время как у некоторых она вызывала духовное отчаяние (14 %). Пациенты также сообщили, что религия уменьшила (54 %) или увеличила (10 %) психотические и общие симптомы. Было установлено, что религия способствует социальной интеграции (28 %), хотя иногда приводит к социальной изоляции (3 %) (Mohr, Brandt et al., 2009).

Роль теологического фактора неисчерпаема, поскольку он влияет на многие процессы, происходящие в жизни людей, на протяжении тысячи лет. Процесс отделения психиатрии от церкви начался примерно с конца XVIII века. С октября 1917 года почти 80 десятилетий в России отвергалось душевное понимание болезни. Считалось, что психиатрия и церковь – «две вещи несовместные». Однако в современной России все больше врачей считают, что для верующих пациентов религия – важнейший фактор излечения, «переход из тени в свет», так как причины большинства эндогенных заболеваний недостаточно выяснены.

Опыт душепопечительства больных с ментальными нарушениями могут использовать не только священнослужители, но и специалисты, работающие в лечебных учреждениях. Области соприкосновения религии и психиатрии позволяют им работать совместно в интересах пациентов.

Традиционной для России конфессией является православие, которое в настоящее время продолжает возрождаться и оказывает большое влияние на людей и общество в целом. Храмовое богослужение люди с ментальными расстройствами переносят по-разному. Эти люди очень чувствительны к любому проявлению небрежности, например, если их случайно заденут при скоплении народа. На священнике лежит обязанность: он должен в храме находиться рядом и помогать, молиться о человеке в моменты обострений, очень чутко реагировать на все проявления пациента, оценивая его возможности в отношении усвоения церковного научения. Задача священника – настроить пациента на терпение и смирение, помолиться за него. Задача врача – лечить душевные расстройства методами современной медицины. Задача специалистов по социальной работе – сопровождать процесс социальной реабилитации и интеграции.

Одной из самых важных для людей с ментальными расстройствами оказывается возможность выговориться, рассказать о своих переживаниях, ощущениях, настроении. Нередко больные начинают вспоминать свою жизнь, эпизоды из детства, юности, кажущиеся для них значимыми; рассказывают о взаимоотношениях в семье, пытаются самостоятельно найти в своих прошлых поступках корни нынешних недугов. Однако штатное расписание врачей не позволяет им в достаточной мере уделять свое время и внимание каждому пациенту.

В то же время священнослужители готовы выслушивать людей, пришедших к ним на беседу. К концу беседы нередко пациенты приходят к пониманию необходимости упорядочить свою жизнь, обещают выполнять предписания своего врача и наставления священнослужителя. Постепенно пациент начинает испытывать ощущение сопереживания, понимания, участия и готовность помочь ему, в связи с чем у него снижается уровень тревожности, ослабевает чувство одиночества, беспомощности, укрепляется доверие к врачу, священнослужителю, возникает стремление к последующим контактам (Незнанов, 2017).

Духовная потребность представляет собой определенное состояние сознания и проявляется как осознанное побуждение человека к духовному творчеству, к созданию и потреблению

духовных ценностей. Все это, на наш взгляд, позитивно влияет на процесс интеграции лиц с ментальной инвалидностью в общество.

В контексте изложенного выше, считаем возможным утверждать, что проблема исследования заключается в необходимости внедрения теологического компонента в процесс социальной реабилитации лиц с ментальной инвалидностью для их успешной интеграции в общество.

Цель данного исследования: выявить результативность внедрения теологического компонента в социальную реабилитацию лиц с ментальной инвалидностью, влияющую на их успешную интеграцию.

Методы

Методологическую основу исследования составил личностно-деятельностный и личностно ориентированный подходы.

Научные истоки теории личностно-деятельностного подхода были заложены в работах Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна, Б. Г. Ананьева, где личность рассматривалась как субъект деятельности, которая сама, формируясь в деятельности и в общении с другими людьми, определяет характер этой деятельности и общения.

В современных отечественных исследованиях И. С. Якиманской, Е. В. Бондаревской, В. В. Серикова выдвигается целостная концепция личностно ориентированного обучения.

Для исследования мы выбрали следующие методы: беседа, наблюдение, опрос, анкетирование, изучение и анализ документации.

В целях проведения более полной диагностики исследуемой темы, на констатирующем и контрольном этапах опытно-экспериментальной работы мы воспользовались методиками тестирования, направленными на диагностирование таких сфер психического здоровья, как социальная адаптация («Шкала самооценки социальной адаптации» SASS) и эмоциональные переживания («Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилберга – Ханина»), а также провели анкетирование по самостоятельно разработанной анкете.

«Шкала самооценки социальной адаптации» SASS (Social Adaptation Selfevaluation Scale, Bosc et al., 1997) позволяет оценить степень социального функционирования пациентов в разных сферах жизнедеятельности.

«Основными методами социальной реабилитации являются многочисленные групповые, а также индивидуальные формы работы, включающие также ближайшее социальное окружение реабилитанта, основанные на различных многочисленных программах (модулях). К таким методам относятся тренинги социальных навыков, общения, самоуважения, уверенного поведения, независимого проживания, психообразовательные программы, обучение стратегии совладания с остаточными психотическими симптомами, семейная терапия, использующая проблемно-решающую, поведенческую, психообразовательную техники» (Бурно, 2009).

Объем, содержание и направленность групповых тренингов для каждого пациента строго индивидуальны и проводятся в соответствии с планом психореабилитационных мероприятий. Изучаются особенности характера, привычек, интересов находящихся на лечении пациентов, их потребности, их пожелания в организации досуга и т. п. Все эти элементы имеют важное значение для проведения результативной социальной реабилитации и интеграции.

Оценка результативности внедрения теологического компонента в социальную реабилитацию лиц с ментальной инвалидностью, влияющую на успешную интеграцию в общество, осуществлялась с использованием следующих критериев и показателей:

Критерий 1. Социальная адаптация. Показатели: социальная дезадаптация, затрудненная адаптация, хорошая адаптация и очень хорошая адаптация.

Критерий 2. Ситуативная тревожность. Показатели: высокий, умеренный, низкий уровни тревожности.

Критерий 3. Личностная тревожность. Показатели: высокий, умеренный, низкий уровни тревожности.

Показатели выраженной тревоги (ситуативной и личностной) у лиц с ментальной инвалидностью демонстрируют специалистам основные барьеры, препятствующие общению и социальному функционированию.

Результаты

Поскольку исследование направлено на выявление результативности внедрения теологического компонента в социальную реабилитацию лиц с ментальной инвалидностью, мы работали с пациентами стационарного психиатрического женского отделения № 18. В опытно-экспериментальной работе приняли участие 35 человек.

Для них одной из актуальных проблем является социальная интеграция в современное общество. Люди, страдающие ментальными нарушениями, особенно остро нуждаются в поддержке, которая со временем помогла бы им выйти из роли «пациента».

Эмоциональные переживания являются важнейшим компонентом адаптивного поведения человека. Тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Состояние, возникающее как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность).

Критериями отбора пациентов в экспериментальную группу являлось наличие ментальной инвалидности либо ментальных расстройств, приводящих к инвалидности. Так, 95 % участников имели диагноз, по данным медицинской документации. Возраст респондентов от 20 до 40 лет, с длительными (3 месяца и более в год) или частыми (2 раза и более в течение года) госпитализациями в стационар. Длительностью заболевания не менее 1 года, без грубых расстройств поведения и с отсутствием тяжелых соматоневрологических заболеваний. Все участники нуждались в комплексе лечебных и психосоциальных реабилитационных мероприятий.

Диагностические мероприятия проводились на двух этапах реализации программы:

1. На констатирующем этапе, перед проведением реабилитационных мероприятий с использованием теологического компонента.

2. На контрольном этапе, после проведения реабилитационных мероприятий с включением теологического компонента.

На констатирующем этапе в результате диагностики по шкале SASS среди пациентов, принявших участие в исследовании, мы выделили 4 группы (рис. 1). С социальной дезадаптацией – 20 % (7 человек), что говорит о низком уровне социального функционирования, у этих людей

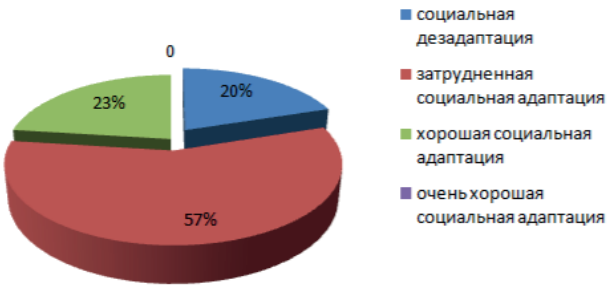

Рис. 1 – Результаты ответов на тест «Шкала самооценки социальной адаптации» на констатирующем этапе, %

Fig. 1 – Results of responses to the test "Scale of self-assessment of social adaptation" at the ascertaining stage, %

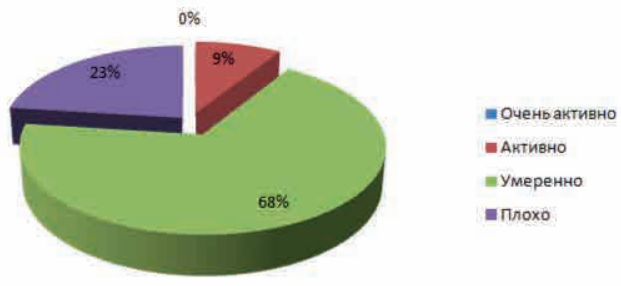

Рис. 2 – Результаты ответов на вопрос: «Оцените, как вы стараетесь завязать отношения с людьми?» на констатирующем этапе, %

Fig. 2 – The results of the answers to the question: "Evaluate how you try to establish relationships with people?" at the ascertaining stage, %

утеряны приспособительные способности, они могут нарушать правила поведения в обществе, морали и даже закон.

С показателем «затрудненная социальная адаптация» мы выявили 57 % (20 человек), что так же свидетельствует о низком социальном взаимодействии с обществом. С показателем «хорошая социальная адаптация» выявлено 23 % (8 человек), эти пациенты не утратили основных адаптационных качеств, однако они немного снижены. Совсем нет участников с очень хорошей социальной адаптацией: результат 0 %.

Разработанная нами анкета включала вопросы, касающиеся взаимодействия пациентов с социумом, выстраивания коммуникативных связей, выявления культурно-досуговых предпочтений.

На вопрос анкеты: «Оцените, как вы стараетесь завязать отношения с другими людьми?» большинство – 68 % (24 человека) – участников ответили, что умеренно стараются завязать отношения с другими людьми. С показателем плохой активности – 23 % (8 человек), с активной позицией в этом вопросе – 9 % (3 человека), очень активных нет совсем – 0 %. Результаты показывают, что у большинства (32 человека) существуют проблемы в общении с другими людьми (рис. 2).

На вопрос анкеты о степени вовлеченности в общественную жизнь (общественные организации, общины, союзы, клубы, церкви и т. д.) ответ: большинство пациентов – 88 % (31 человек) – практически не участвуют в общественной жизни. Из них частично участвуют 71 % (25 человек), совсем не участвуют 17 % (6 человек). Умеренно проявляют участие в общественной жизни 6 % (2 человека), и еще 6 % (2 человека) полностью заняты общественными мероприятиями (рис. 3).

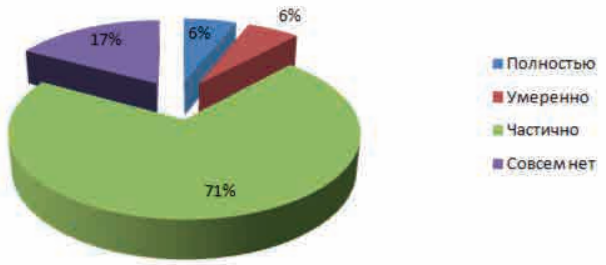

Рис. 3 – Результаты ответов на вопрос: «Оцените, насколько вы вовлечены в общественную жизнь?» на констатирующем этапе исследования, %

Fig. 3 – The results of the answers to the question: “Assess how involved you are in public life?” at the ascertaining stage of the study, %

Сравнив результаты, мы выявили проблему вовлеченности и участия в общественной жизни у большинства пациентов.

Одной из немногих методик, позволяющих дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, является методика Спилберга – Ханина. Ученые выделяют две составляющие тревожности: как состояние и как личностную особенность. Под личностной тревожностью понимается индивидуальная устойчивая характеристика, которая отражает подверженность человека действию различных стрессов. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью.

Анализ результатов, полученных после заполнения «Шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилберга – Ханина», показал, что уровень ситуативной тревожности исследуемых пациентов на констатирующем этапе достаточно высокий.

Высокий уровень ситуативной тревожности у 60 % (21 человека), умеренная тревожность – у 29 % (10 человек) и низкая тревожность – у 11 % (4 человека).

Такая выраженная эмоциональная реакция, как тревожность, возникает в критические моменты жизни человека и может быть разной по интенсивности и динамичности во времени. Ее измерение как свойства личности особенно важно, так как оно во многом определяет адаптивное поведение человека.

Тревожность тесно связана со стрессом, поэтому тесты, оценивающие выраженность тревожности, могут быть использованы и для диагностики уровня стресса. При этом ситуативная тревожность характеризует уровень стресса, который испытывает человек в данный момент, в данной ситуации, а личностная тревожность – уязвимость к воздействию различных стрессов в целом.

Анализируя данные, полученные при заполнении подшкалы личностной тревожности «Шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилберга – Ханина», мы пришли к следующим результатам.

Высокую личностную тревожность проявили 57 % пациентов (20 человек), умеренную личностную тревожность показали 26 % (9 человек) и показатели низкой тревожности у 17 % (6 человек). Данные ответов на этот тест выявили проблему высокой личностной тревожности у пациентов. Как следствие, у них возникает нарушение социального поведения, проявляется дезадаптация.

«Очень высокая личностная тревожность может свидетельствовать о наличии невротического конфликта, который способен спровоцировать эмоциональные срывы и даже психосоматические заболевания. Всегда следует помнить, что значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания» (Егорова, 2012).

Из полученных данных можно сделать вывод, что у большей части пациентов наблюдается затрудненная социальная адаптация и повышенный уровень тревожности, как личностной, так и ситуативной. Тревожность снижает качество жизни пациентов, влияет на течение и прогноз болезни, что усугубляет тяжесть состояния и приводит в дальнейшем к трудностям в реабилитации. Для решения выявленных социально-психологических проблем, связанных с нарушением социального функционирования, выявлена необходимость в проведении мероприятий по социальной реабилитации лиц с ментальной инвалидностью.

Одним из важных компонентов многогранной программы социальной реабилитации лиц с ментальной инвалидностью является вовлечение их в групповую работу. Для участников исследуемой группы важным является проведение занятий по повышению качества их жизни, восстановлению и расширению области жизнедеятельности, интеграции их в современное общество, по решению различных социальных вопросов и по преодолению ситуаций социальной дезадаптации.

Основные реабилитационные мероприятия для этой группы пациентов должны быть направлены на преодоление выраженной тревоги, стимуляцию к общению и социальному функционированию.

Актуальность разработки программы социальной реабилитации лиц с ментальной инвалидностью с использованием теологического компонента в лечебном учреждении была обусловлена насущной социально-средовой потребностью обновления содержания реабилитационного процесса, развития реабилитационных функций. Эта потребность находит выражение в практике интеграции знаний о православной культуре и свидетельствует о тенденции восстановления духовно-нравственных основ приобщения и воспитания граждан, имеющих ментальные нарушения.

Опытно-экспериментальная работа проводилась в три этапа. Из полученных данных в ходе диагностического исследования на первом этапе мы выявили социально-психологические проблемы. У большей части пациентов наблюдались затрудненная социальная адаптация и социальная дезадаптация, а также повышенный уровень высокой тревожности как ситуативной, так и личностной.

Основные реабилитационные мероприятия для этой группы пациентов должны были быть направлены на преодоление выраженной тревоги, стимуляцию к общению и социальному функционированию.

Для решения социально-психологических проблем лиц с ментальной инвалидностью, выявленных в результате исследования, была разработана программа мероприятий с включением в социальную реабилитацию теологического компонента. Содержание программы направлено на реализацию технологий духовно-нравственного воспитания пациентов, формирования чувства причастности к культурной жизни, включение участников в новые социальные связи, содействие в мероприятиях по социальной реабилитации лиц с ментальной инвалидностью в условиях лечебного учреждения.

Основные направления программы: улучшение социального функционирования лиц с ментальной инвалидностью, повышение уровня результативности социальной реабилитации, нравственное воспитание человека, формирование добрых взаимоотношений и уважения к другим людям и обществу в целом.

В ходе реализации программы создавалась среда включенного взаимодействия участников, расширялась сфера их социального общения, завязывались дружеские контакты.

Специалисты и медицинские работники отмечали со стороны пациентов более точное соблюдение рекомендаций врача, соблюдение предписанного режима лечения, точность выполнения нелекарственных процедур, ограничение вредных привычек и др.

Считаем возможным утверждать, что здесь налицо проявление комплаенса.

«Комплаенс (англ. compliance – согласие, соответствие) в медицине – это добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения» (Данилов, 2023).

Комплаенс находится в зависимости от следующих факторов: психологические особенности больного, клинические особенности заболевания, особенности терапевтической программы, социально-экономические программы, факторы, связанные с организацией медицинской помощи.

Организация регулярной социально-медицинской помощи в лечебном учреждении позитивно влияет на уровень комплаенса.

Основными формами и методами реализации программы выступали упражнения на снижение психоэмоционального напряжения, развитие навыков эффективного общения. Знакомство с духовно-нравственным и культурным наследием, коррекционная работа с помощью элементов творческой деятельности.

Эмпирическая часть исследования была посвящена выявлению результативности реабилитационных мероприятий при включении теологического компонента в социальную реабилитацию лиц с ментальной инвалидностью.

Согласно результатам повторной диагностики, проведенной на контрольном этапе реализации программы, в группе преобладают участники с умеренной личностной тревожностью, но показатели высокого уровня тревоги еще достаточно высоки, что требует проведения дальнейших реабилитационных мероприятий.

Сравнивая результаты, полученные на констатирующем и контрольном этапе работы, мы выявили изменения, произошедшие в состоянии пациентов в результате реализации программы социальной реабилитации для лиц с ментальной инвалидностью с использованием теологического компонента.

Итак, как показывает сравнительный анализ показателей социальной адаптации констатирующего этапа с результатами контрольного в процентном выражении, можно сделать вывод, что у пациентов произошли положительные изменения (рис. 4).

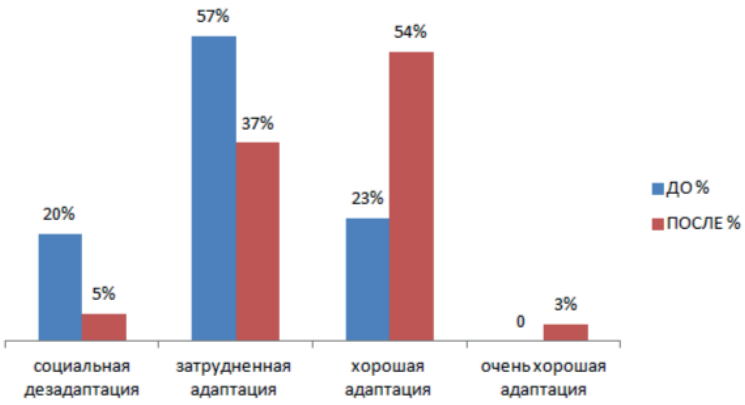

Рис. 4 – Результаты сравнительного анализа ответов по «Шкале самооценки социальной адаптации», %

Fig. 4 – Results of a comparative analysis of responses on the “Social Adaptation Self-assessment Scale”, %

Количество пациентов с социальной дезадаптацией уменьшилось с 20 до 5 %. Произошло увеличение пациентов с результатом «хорошая социальная адаптация» от 23 до 54 %.

Теперь в группе преобладает число пациентов с показателем «хорошая социальная адаптация» (54 %), что говорит о том, что большинство участников частично восстановили свои адаптационные функции и, соответственно, улучшили уровень социального функционирования.

К положительным моментам относятся и изменение в показателе

«очень хорошая адаптация» с 0 до 3 %, а также уменьшение пациентов с затрудненной социальной адаптацией от 57 до 37 %.

Согласно полученным результатам, можно говорить о положительном влиянии проведенных социально-реабилитационных мероприятий для лиц с ментальной инвалидностью в плане улучшения социальной адаптации.

Изменения произошли и по показателям ситуативной тревожности. Результаты представлены на рис. 5.

Рис. 5 – Результаты сравнительного анализа ситуативной тревожности по «Шкале ситуативной и личностной тревожности Спилберга – Ханина», %

Fig. 5 – Results of a comparative analysis of situational anxiety according to the "Spielberg – Khanin Scale of situational and personal anxiety", %

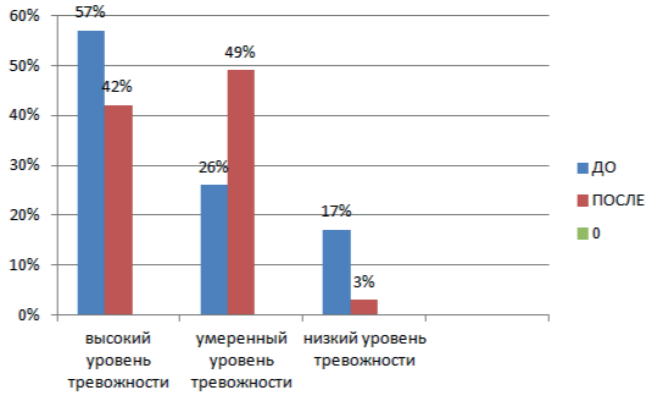

Рис. 6 – Результаты сравнительного анализа личностной тревожности по «Шкале ситуативной и личностной тревожности Спилберга – Ханина», %

Fig. 6 – Results of a comparative analysis of personal anxiety according to the "Spielberg – Khanin Scale of situational and personal anxiety", %

Сравнительный анализ данных ситуативной тревожности показывает, что показатели высокой ситуативной тревожности снизились с 60 до 34 %, показатели умеренной ситуативной тревожности повысились с 29 до 57 %, также снизился объем низкого уровня ситуативной тревоги с 11 до 9 %.

Полученные данные указывают на положительные изменения, произошедшие в эмоциональном состоянии пациентов. Участники программы стали более спокойны, ушло напряжение и скованность, появилась уверенность в себе, чувство внутреннего удовлетворения.

Изменения данных личностной тревожности пациентов с ментальной инвалидностью представлены на рис. 6.

Сравнительный анализ изменения данных личностной тревожности пациентов показывает нам уменьшение показателей высокого уровня личностной тревожности с 57 до 42 %, увеличение показателей умеренной личностной тревожности с 26 до 49 %, уменьшился и низкий уровень личностной тревожности с 17 до 3 %.

Высокие уровни личностной тревожности определяют склонность человека к восприятию многих ситуаций как угрожающих, что может вызывать эмоциональные срывы и конфликты, беспокойства и тревожные переживания без причин. Показатель умеренной личностной тревожности преобладает почти у половины группы – это говорит о положительном эффекте проводимых занятий.

Несмотря на то, что уровень личностной тревожности еще достаточно высок, многие пациенты стали более уверенными в себе, более самостоятельными в принятии каких-либо решений и осуществлении действий, уменьшилось чувство страха и беспомощности, исчезла агрессия и враждебность, группа стала более сплоченной, завязались дружеские отношения с партнерами по группе.

Выводы

Анализ проведенного практического исследования на базе БУЗОО «КПБ имени Н. Н. Солодникова» позволил сделать выводы об успешности реализованной программы, проведенных реабилитационных мероприятий с включением в социальную работу теологического компонента с группой лиц, имеющих ментальную инвалидность.

Эмпирическая часть исследования была посвящена выявлению результативности реабилитационных мероприятий при включении в социальную реабилитацию лиц с ментальной инвалидностью теологического компонента. Исследовательская деятельность включала три этапа: констатирующий, формирующий, контрольный. На констатирующем этапе нами была проведена диагностика, в результате которой были выявлены социально-психологические проблемы у участников опытно-экспериментальной работы. Для их оптимального решения мы спроектировали программу социальной реабилитации с использованием теологического компонента. На формирующем этапе исследования для обратной связи и коррекции рассматриваемых тем нами было проведено промежуточное анкетирование. Согласно результатам диагностики, на констатирующем этапе большое количество пациентов с затрудненной социальной адаптацией – 57 % и с социальной дезадаптацией – 20 %, а также у респондентов повышенный уровень тревожности как ситуативной (60 %), так и личностной (57 %).

После проведенных мероприятий по социальной реабилитации с включением теологического компонента для лиц с ментальной инвалидностью, делая сравнительный анализ полученных результатов, мы выявили положительные изменения. Произошли улучшение эмоционального состояния и развитие адаптационных функций пациентов, активизация коммуникабельных умений, повышение интереса к духовной культуре, увеличение вовлеченности участников в общественную жизнь.

Так, количество пациентов с социальной дезадаптацией уменьшилось с 20 до 8 %, с затрудненной социальной адаптацией – с 57 до 40 %.

Произошло увеличение пациентов с результатом «хорошая социальная адаптация» от 23 до 49 %. Так же изменилась ситуация и с эмоциональными проявлениями пациентов: ситуативная высокая тревожность снизилась с 60 до 34 %, почти у половины пациентов появились позитивные мысли. В плане личностной тревожности тоже показатели изменились в лучшую сторону, хотя еще достаточно высокий уровень тревожности, с 57 до 42 %.

Таким образом, положительная динамика в социальной адаптации, а также снижение уровня тревожности у пациентов является наглядным индикатором повышения уровня социализации лиц с ментальной инвалидностью.

Включение в процесс социальной реабилитации программы с использованием теологического компонента способствовало улучшению результативности психосоциальных мероприятий, повышению уровня социального функционирования и социальной адаптации, мотивации к продуктивной деятельности, творческой самореализации, появлению новых коммуникативных структур, формированию комплаенса.

Считаем необходимым продолжить работу в заданном направлении, разработать дальнейший комплекс мероприятий с включением теологического компонента в социальную реабилитацию пациентов с ментальной инвалидностью для улучшения их эмоциональной сферы и коммуникативных навыков, с целью полной социальной интеграции в общество.

Источники

Борисова О. А., Гусев В. В., Двойнин А. М., Копейко Г. И. (2019) Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением. Культурно-историческая психология, т. 15, № 4, с. 56–67.

Бурно М. Е. (2009) Клинический театр-сообщество в психиатрии. М., Альма Матер: Академический Проект, 718 с.

Данилов Д. С. (2008) Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты). Психиатрия и психофармакотерапия, т. 10, № 1, с. 13–20.

Егорова А. М. (2012) Духовные потребности человека. Молодой ученый, № 2, с. 224–226. https://moluch.ru/archive/37/4192.
Кабанов М. М. (1985) Реабилитация психически больных. Л., Медицина, 216 с.
Каледа В. Г. (2021) Основы пастырской психиатрии. Руководство для священнослужителей. М., Издательство Московской Патриархии РПЦ, 232 с.
Копейко Г. И., Борисова О. А., Казьмина О. Ю. (2016) Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. Психиатрия, № 71, с. 40–49. DOI: 10.30629/2618-6667-2016-70-40-49.
Лазаренко А. А., Кузичкина М. В. (2016) Социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами. Вестник магистратуры, № 12-3 (63), с. 71–72.
Модели медицинской этики (2022). https://zdrav82. ru/rus/modeli-meditsinskoy-etiki.
Недоступ А. В. (2015) Что такое православная медицина. I Съезд православных врачей России. Церковь и Медицина, № 2 (14). https://mag.opvspb.ru/publications/materialy-meditsinskih-konferentsii--i-sezdov-opvr/161.
Незнанов Н. Г. (2017) Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы. Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты. Сост. Н. М. Залуцкая; под общ.ред. Н. Г. Незнанова. СПб., СпецЛит, 600 с.
Храмцова И. В, Байбекова Ф. Б., Черкасова И. И. (2016) Теосоциореабилитация в реабилитационном центре инвалидов. Социальное обслуживание, № 11, с. 53–58. http://socchel.ru/sites /default/files/
Целевич Т. И., Белобородова Е. А. (2013) Теория и практика психосоциальной работы. М., Форум: Инфра-М, 352 с.
Anthony W. A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, no. 16 (4), pp. 11–23.
Bosc M., Dubini A., Polin V. (1997) Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self–evaluation Scale. European Neuropsychopharmacology, Suppl. 1, pp. 57–70. DOI: 10.1016/s0924-977x(97)00420-3.
Hefti R. (2011) Review Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. Religions, no. 2 (4). DOI:10.3390/rel2040611.
Koenig H. G. (2009) Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Canadian Journal of Psychiatry, no. 54 (5), pp. 283–291. DOI: 10.1177/070674370905400502.
Mohr S., Brandt P-Y., Borras L., Gilliéron C., Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, no. 163 (11), pp. 1952-9. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1952.

References

Anthony W. A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, no. 16 (4), pp. 11–23.
Borisova O. A., Gusev V. V., Dvojnin A. M., Kopejko G. I. (2019) Struktura i soderzhanie cennostno-smyslovoj sfery psihicheski bol'nyh s religioznym mirovozzreniem [The structure and content of the value-semantic sphere of the mentally ill with a religious worldview]. Cultural-Historical Psychology, vol. 15, no. 4, pp. 56–67 (In Russian).
Bosc M., Dubini A., Polin V. (1997) Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self–evaluation Scale. European Neuropsychopharmacology, Suppl. 1, pp. 57–70. DOI: 10.1016/s0924-977x(97)00420-3.
Burno M. E. (2009) Klinicheskij teatr-soobshhestvo v psihiatrii. [Clinical theater-community in psychiatry]. Moscow, Al'ma Mater: Akademicheskij Proekt, 718 p (In Russian).
Danilov D. S. (2008) Komplaens v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevticheskieaspekty). [Compliance in medicine and methods for its optimization (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)]. Psychiatry and psychopharmacotherapy, vol. 10, no. 1, pp. 13–20 (In Russian).
Egorova A. M. (2012) Duhovnye potrebnosti cheloveka [Spiritual needs of a person]. Young scientist, no. 2, pp. 224–226. https://moluch.ru/archive/37/4192 (In Russian).
Hefti R. (2011) Review Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. Religions, no. 2 (4). DOI:10.3390/rel2040611.
Kabanov M. M. (1985) Reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh [Rehabilitation of the mentally ill]. Leningrad, Meditsina Publ., 216 p.
Kaleda V. G. (2021) Osnovy pastyrskoy psikhiatrii. Rukovodstvo dlya svyashchennosluzhiteley [Fundamentals of pastoral psychiatry. Guide for clergy]. Moscow Patriarchate of the Russian Orthodox Church Publishing House, 232 p.
Khramtsova I. V, Baybekova F. B., Cherkasova I. I. (2016) Teosocioreabilitacija v reabilitacionnom centre invalidov [Theosociorehabilitation in the rehabilitation center for the disabled]. Social'noe obsluzhivanie – Social services, no. 11, pp. 53–58. http://socchel.ru/sites/default/files/ (In Russian).
Koenig H. G. (2009) Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Canadian Journal of Psychiatry, no. 54 (5), pp. 283–291. DOI: 10.1177/070674370905400502.
Kopeiko G. I., Borisova O. A., Kazmina O. Yu. (2016) Religioznyye koping-strategii v reabilitatsii psikhicheski bol'nykh [Religious coping strategies in the rehabilitation of mentally ill patients]. Psychiatry, no. 71, pp. 40–49. DOI: 10.30629/2618-6667-2016-70-40-49 (In Russian).

Lazarenko A. A., Kuzichkina M. V. (2016) Sotsial'naya zashchita lits, stradayushchikh psikhicheskimi rasstroystvami [Social protection of persons suffering from mental disorders]. Vestnik magistratury – Bulletin of Magistracy, no. 12-3 (63), pp. 71–72 (In Russian).
Modeli medicinskojj etiki [Models of medical ethics] (2022). https://zdrav82.ru/rus/modeli-meditsinskoy-etiki (In Russian).
Mohr S., Brandt P-Y., Borras L., Gilliéron C., Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, no. 163 (11), pp. 1952-9. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1952.
Nedostup A. V. (2015) Chto takoye pravoslavnaya meditsina. I S''yezd pravoslavnykh vrachey Rossii [What is Orthodox medicine. I Congress of Orthodox Doctors of Russia]. Tserkov' i Meditsina – Church and Medicine, no. 2 (14). https://mag.opvspb.ru/publications/materialy-meditsinskih-konferentsii--i-sezdov-opvr/161 (In Russian).
Neznanov N. G. (2017) Biopsikhosotsial'naya paradigma – novyye tendentsii i staryye problem [Biopsychosocial paradigm – new trends and old problems]. Psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psikhiatrii i nevrologii. Metodologicheskiye i organizatsionnyye aspekty [Psychosocial rehabilitation in psychiatry and neurology. Methodological and organizational aspects]. Comp. N. M. Zalutskaya; edited by N. G. Neznanova. St. Petersburg, SpetsLit Publ., 600 p. (In Russian).
Tselevich T. I., Beloborodova E. A. (2013) Teorija i praktika psihosocial'noj raboty [Theory and practice of psychosocial work: study guide]. Moscow, Forum: Infra-M Publ., 352 p. (In Russian).

Информация об авторах

Морозова Оксана Вагизовна
Кандидат педагогических наук, доцент кафедры социальной педагогики и социальной работы. Омский государственный педагогический университет, г. Омск, РФ.
ORCID ID: 0000-0001-6309-1112.
E-mail: okasya@bk.ru

Целевич Татьяна Ивановна
Кандидат педагогических наук, доцент кафедры социальной педагогики и социальной работы. Омский государственный педагогический университет, г. Омск, РФ.
ORCID ID: 0000-0002-7281-9889.
E-mail: celevicht@mail.ru

Autor's information

Morozova Oksana Vagizovna
Cand. Sc. (Ped.), Associate Professor of the Department of Social Pedagogy and Social Work. Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russian Federation.
ORCID ID: 0000-0001-6309-1112.
E-mail: okasya@bk.ru

Tselevich Tatyana Ivanovna
Cand. Sc. (Ped.), Associate Professor of the Department of Social Pedagogy and Social Work. Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russian Federation.
ORCID ID: 0000-0002-7281-9889.
E-mail: celevicht@mail.ru