

В. Лазоришинец, Н. Руденко // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 23–25.

8. Коваленко В. Н. Некоронарогенные болезни сердца / В. Н. Коваленко, Е. Г. Несукай. – К.: Морион, 2001. – 480 с.

9. Кнышов Г. В. Сердечная хирургия: задачи и перспективы / Г. В. Кнышов // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 9–11.

10. Лисунець О. М. Оцінка якості життя хворих із вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддалений після хірургічної корекції термін / О. М. Лисунець, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова // Запор. мед. журнал. – 2011. – № 4. – С. 32–35.

11. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). – Харьков: Арис, 2002. – 144 с.

12. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах). – К., 2007. – 307 с.

13. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Межд. медицин. журн. – 2003. – № 3. – С. 22–27.

14. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади / В. Д. Мішиєв. – Львів: МС, 2004. – 208 с.

15. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Х.: Торнадо, 2003. – 350 с.

16. Проблемні питання медико-експертної та реабілітаційної допомоги хворим з уродженими вадами серця / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова [та ін.] // Укр. вісник медико-соціальної експертизи. – 2012. – № 2 (4). – С. 26–31.

17. Психотерапия / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко и др.]. – Х.: Око, 2002. – 768 с.

18. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.

19. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута [и др.] // Мед. психология. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 3–9.

20. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка. – К.: Морион, 2011. – С. 407.

21. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. / А. Б. Смулевич. – М.: МИА, 2001. – 253 с.

22. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

23. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). The Task Force on the Management of Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) / H. Baumgartner, P. Bonhoeffer, N. De Groot [et al.] // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 31 (23) – P. 2915 – 2957.

24. Zellweger M., Osterwolder R., Langewitz W., Pfisterer M. Coronary artery disease and depression // Europ. Heart. Journal. – 2004. – Vol. 25(1). – P. 3–9.



УДК 616.126-008.331.1:159.923-039.76

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ В ФОРМИРОВАНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

И. В. Дроздова, В. В. Храмова, К. А. Суганяк

ГУ «Украинский Государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

Вивчено психологічні механізми захисту та види реагування на захворювання у хворих із вродженими вадами серця у віддалений після оперативних втручань термін. Виділені значущі психологічні показники для оцінки стану цих пацієнтів. Неадекватне ставлення до хвороби у виді сенситивного, егоцентричного, неврастенічного, паранояльного та ейфоричного типів реагування, які спостерігались у 85,5 % хворих; «заперечення» та «регресія», як провідні механізми психологічного захисту, що притаманні 78,9 % пацієнтам, були значимими чинниками їх психологічної дезадаптації. Зроблено висновки щодо

дезадаптивного характеру формування внутрішньої картини хвороби у цих осіб, буде значно перешкоджати реалізації програм реабілітації даного контингенту хворих.

Ключові слова: оперовані вроджені вади серця, механізми психологічного захисту, ставлення до хвороби, обмеження життєдіяльності.

Summary

Studied psychological defenses and types of response to the disease in patients with congenital heart disease in the late period after surgery. Identified the most important indicators to assess the psychological state of these patients. Inappropriate attitude to the disease in the form of sensitivity, egocentric, neurotic, paranoid, and euphoric response types observed in 85.5 % of patients, "denial" and "regression" as the main types of psychological defenses, met in 78.9 % of patients had good causes of their psychological maladjustment. It is concluded that the formation of the inner nature of the maladaptive pattern of disease in these individuals, which will largely prevent the implementation of rehabilitation programs for this group of patients.

Keywords: *the operated congenital heart diseases, personality features, limitations of vital functions.*

Под психологическими защитными механизмами личности («психологические защиты», «защитные механизмы психики», «защитные механизмы личности») обычно понимают систему приспособительных психологических механизмов, которые предохраняют личность от различного рода отрицательных эмоциональных переживаний и перцепций, способствуют сохранению психологического гомеостаза, стабильности, разрешению внутриличностных конфликтов, протекают на бессознательном и подсознательном психологических уровнях [4]. Это приспособительные процессы, свойства и качества, которые человек приобретает при своей социализации в целях ее успешного прохождения. При этом психологические защиты (ПЗ) в процессе социализации могут возникать, изменяться и перестраиваться под влиянием социальных воздействий. Е. Романова, Л. Гребенников, А. Налчаджян, А. Вайнер выделяют группы психологических механизмов по критерию фрустраторов: защитные механизмы, направленные против внешних фрустраторов и для защиты от внутренних фрустраторов. Механизмы ПЗ способствуют стабилизации индивидуальной картины мира в соответствии с общепринятыми стандартами. При этом поведение индивида оценивается обществом как нормальное, а интерперсональные конфликты не создают угрозу позитивного «Я», не переходят во внутриличностные проблемы [2, 8, 9]. Достаточно часто акти-

визация ПЗ является не только следствием воздействия определенного фрустратора, но и наблюдается в ситуациях, отличных от соответствующих фрустрирующих ситуаций, то есть становится непроизвольной подсознательной формой актуализируемого поведения. При этом невозможность спонтанного реагирования создает энергетическое напряжение, которое выражается в чувстве беспокойства по поводу дестабилизации позитивного образа «Я». В ряде работ, посвященных механизмам ПЗ, показано, что механизмы защиты находятся между потребностью личности и ее удовлетворением, ПЗ можно рассматривать как неосуществленные в прошлом желаемые цели [1, 7]. В доступной нам литературе особенности механизмов ПЗ исследовались лишь у больных с хронической сердечной недостаточностью: диагностировалась повышенная напряженность ПЗ отрицания и вытеснения существующих проблем [3].

Психопатологические и психологические особенности больных с оперированными врожденными пороками сердца (ВПС) в отдаленные сроки после хирургической коррекции достаточно хорошо изучены, однако работ, посвященных механизмам ПЗ у этих пациентов в литературе нет. Лица с ВПС характеризовались ипохондрической фиксацией, избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья; эмоциональной лабильностью, демонстративным поведением. Им были

присущи аффективная ригидность, склонность к «застреванию» на негативных переживаниях, тревожность, неуверенность; индивидуализм, своеобразие интересов, непредсказуемость поступков; затруднения в осуществлении межличностных контактов, обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний [5]. Однако особенности личности этих лиц изучены отдельно от характерологических характеристик, внутренней картины болезни, механизмов психологической защиты и качества жизни.

Цель работы – изучить психологические защитные механизмы и их влияние на формирование внутренней картины болезни у лиц с врожденными пороками сердца в отдаленные сроки после хирургических вмешательств.

Материал и методы исследований

Открытое контролируемое исследование, проводившееся на базе Государственного учреждения «Украинский Государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после получения информированного согласия, охватывало 256 больных с врожденными пороками сердца (ВПС); из них по 15 больных с открытым артериальным протоком (Q 25.0) и стенозом легочной артерии (Q 25.6), 49 пациентов с врожденными пороками развития сердечной перегородки (Q 21.0), 53 человека с тетрадой Фалло (Q 21.3), 61 больной с дефектом межпредсердной перегородки (Q 21.1) и 63 особы с коарктацией аорты (Q 25.1). Диагноз ВПС устанавливали согласно рекомендациям Украинского и Европейского обществ кардиологов. Кодирование заболевания проводилось в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ-10). Дизайн исследования: критериями включения было наличие ВПС после хирургической коррекции, возраст от 18 до 50 лет; критериями исключения – наличие тяжелых резидуальных состояний или осложнений хирургической коррекции, необходимость повторного хирургического вмешательства, коморбидность с тяжелой сопутствующей патологией. Средними величинами у обследованных больных ВПС бы-

ли: возраст пациентов – $31,7 \pm 11,22$; время после хирургической коррекции – $15,9 \pm 10,04$; возраст, в котором им была проведена операция – $14,4 \pm 11,94$ года соответственно. Среди пациентов было 130 мужчин и 126 женщин. Группы были сопоставимы между собой и достоверно не отличались по возрасту. Детальный анализ обследованного контингента, полная клиническая, социальная и медико-экспертная характеристики приведены в предыдущих наших работах [10]. Для изучения механизмов ПЗ использовали методику «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» [3]; типов реагирования на болезнь – личностный опросник Бехтеревского института для оценки типов психического реагирования на соматическое заболевание [5]; для обработки результатов исследования применяли первичный статистический, корреляционный и кластерный анализы [11]. В методику, предложенную Л. Вассерманом, включены содержательные характеристики основных видов ПЗ: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование. Сырые баллы по каждой шкале переводились в процентиля от 0 до 99. Суммарная оценка по шкале отражала степень напряженности защиты. В методике были предложены нормативные показатели верхних значений по шкалам, что оценивалось как легкая степень напряженности защиты: отрицание – 50, вытеснение – 63, регрессия – 53, компенсация – 63, проекция – 46, замещение – 48, интеллектуализация – 59, реактивное образование – 61 процентилей соответственно [3].

Результаты исследования

и их обсуждение

Изучение механизмов психологических защит у больных с ВПС показало, что наиболее выраженными у них были: «компенсация» (у 84,8 %), «отрицание» и «регрессия» (по 78,9 %), «реактивное образование» (у 69,5 %).

«Компенсация», которую чаще всего использовали больные с ВПС, относится к интегративным ПЗ. Л. Вассерман разделяет все ПЗ на интегративные и неинтегративные. Интегративные – это группа за-

щитных механизмов, которую условно можно обозначить как «преобразование информации с помощью различных механизмов защиты». Искажение, трансформация информации могут осуществляться различными способами. В результате действия этих защит личность начинает обладать неадекватной реальностью информацией и жить в мире иллюзий [3].

У 84,8 % таких пациентов ведущим механизмом ПЗ была «компенсация», из них у 60,8 % она выражалась сверхинтенсивно (78–97 перцентилей). По данным Л. Вассермана, «компенсация» – онтологически самый поздний и когнитивно сложный защитный механизм. Он предназначен для сдерживания чувства печали, горя по поводу реальной или мнимой потери, утраты, нехватки, недостатка, ущербности; этот защитный механизм предполагает попытку исправления или нахождения замены этой неполноценности [3]. А. Адлер указал на то, что процесс компенсации имеет место и в психической сфере: люди часто стремятся не только компенсировать недостаточность органа, но у них также появляется субъективное чувство неполноценности, которое развивается из ощущения собственного психологического или социального бессилия. Ощущение неполноценности по разным причинам может стать чрезмерным. В ответ на чувство неполноценности у индивидуума появляются две формы защитных механизмов: «компенсация» и «гиперкомпенсация» [цит. по 3]. «Гиперкомпенсация» (интенсивное использование компенсации и реактивного образования) характерна была для 54,7% лиц с данной патологией; она проявлялась в том, что больные с ВПС стремились развить данные, которые у них были слабо развиты.

У 78,9 % пациентов основной ПЗ было «отрицание», из них у 76,7 % данная защита была сверхинтенсивной (79–98 перцентилей). Это механизм ПЗ, посредством которого личность отрицала некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства либо какие-либо внутренние импульсы. Действие этого механизма проявлялось в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевид-

ными для окружающих, не принимались или не признавались самими больными. У этих лиц, информация, которая тревожила и могла привести к конфликту, не воспринималась (подразумевался конфликт, возникавший при проявлении мотивов, противоречащих основным установкам личности или информация, угрожающая самосохранению, самоуважению или социальному престижу пациентов). Как процесс, направленный вовне, «отрицание» часто противопоставлялась «вытеснению» – защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. «Отрицание» как механизм ПЗ реализовался у больных с ВПС при конфликтах любого рода и характеризовался внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

Такое же число больных (78,9 %) использовали «регрессию» в качестве неосознанной ПЗ; из них у 76,7 % она была сверхинтенсивной (79–97 перцентилей). У этих пациентов «регрессия» психической активности и поведения проявлялась в возврате к более примитивным их формам, которые были характерны для предыдущих этапов онтогенетического и психического развития. «Регрессия» происходила подсознательно и наблюдалась не только у детей, но и у взрослых с данной патологией. Фрустрированные личности непроизвольно стремились вернуться к более раннему и безопасному периоду своей жизни. Регрессируя, они уходили от неприятной реальности к тому периоду, когда пользовались защитой других; воспроизводили старые приспособительные реакции (плач, разные эмоционально-импульсивные действия), которые в прошлом обеспечивали удовлетворение потребностей, но для разрешения актуальных проблемных ситуаций уже не являлись адекватными. Состояние неуверенности, постоянное эмоциональное напряжение – это та группа психических факторов, которые создавали готовность личности больных с ВПС к «регрессии», в конечном итоге сама «регрессия» являлась реакцией на фрустрацию. Одна из форм «регрессии» – болезнь домашнего очага, если личность во внешнем мире и в новой социальной

среде сталкивалась с трудностями, то происходил возврат к родительской семье и дому.

В классических представлениях «регрессия» рассматривалась как механизм ПЗ, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремилась избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо [цит. по 3]. При этой форме защитной реакции пациенты, подвергнувшись действию фрустрирующих факторов, заменяли решение субъективно более сложных задач на относительно простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняло общий (потенциально возможный) арсенал преодоления конфликтных ситуаций. Также к этому механизму относилась упоминаемая в литературе защита по типу «реализации в действии», при которой неосознаваемые желания или конфликты реализовывались в действиях, препятствовавших их осознанию. Импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля, свойственная психопатическим личностям, определялись актуализацией именно этого механизма защиты на общем фоне изменения мотивационно-потребностной сферы в сторону большей упрощенности и доступности. В настоящее время различаются две разновидности регрессии: а) ретроагрессивное поведение, когда человек ведет себя как ребенок для того, чтобы вновь получать ту любовь и те ласки, которыми был окружен в детстве, и б) примитивизация [цит. по 3].

По данным Л. Вассермана, «реактивное образование» относится также, как и «компенсация», к интегративным ПЗ и часто отождествляется с «гиперкомпенсацией» [3]. 69,5 % обследованных пациентов с ВПС использовали «реактивное образование», как ПЗ; из них у 82,6 % оно было сверхинтенсивным (76–99 процентов). Эти личности предотвращали выражение неприятных или неприемлемых для них мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений; им была присуща трансформация внутренних импульсов в субъ-

ективно воспринимаемую ими противоположность. У таких пациентов жалость или заботливость можно было рассматривать как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоциональному безразличию.

Менее выраженными у больных с ВПС были такие ПЗ: «проекция» (у 57,4 %), «вытеснение» и «интеллектуализация» (по 54,7 %), «замещение» (у 45,3 %).

В основе ПЗ в виде «проекции» у этих пациентов был процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализовались вовне, приписывались другим людям и становились как бы вторичными.

«Вытеснение» – это механизм ПЗ, посредством которого неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становились бессознательными. При этом подавленные импульсы, не находя разрешения в поведении, сохраняли свои эмоциональные и психовегетативные компоненты.

В основе ПЗ «интеллектуализация» у больных с ВПС находились механизмы пресечения личностью переживаний, вызванных неприятной ситуацией с использованием логических установок и манипуляций, даже в случае наличия убедительных доказательств в пользу противоположного.

Действие ПЗ «замещение» проявлялось у этих лиц в виде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые были направлены на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

По интенсивности использование ПЗ, методом кластерного анализа (К-средних) среди всех обследованных пациентов было выделено 2 кластера. В первый кластер вошли 57,8 % больных с ВПС, он объединил лиц с выраженными (70 процентилями) ПЗ, с наиболее частыми комбинациями «регрессии», «компенсации» и «реактивного образования». Этим лицам было присуще состояние неуверенности, постоянное эмоциональное напряжение – психические факторы, которые создавали готовность личности к регрессии. При этом ос-

новой формой защиты от фрустрации у таких больных была замена решения субъективно сложных задач на относительно более простые и привычные поведенческие стереотипы. Достаточно часто формировалась «гиперкомпенсация» с преувеличенным развитием противоположных стремлений.

Второй кластер объединил 42,2 % лиц с ВПС, наиболее частыми комбинациями ПЗ у которых были «отрицание», «компенсация» и «интеллектуализация», с значительным преобладанием «отрицания» (80 процентилей). Это были больные, устранявшие возникающую тревогу на фрустратор посредством отрицания аспектов внешней реальности, которые не признавались ими самими; уничтожавшие внутренний конфликт, возникающий при проявлении мотивов, противоречащих основным установкам личности. Посредством «интеллектуализации» пациенты пресекали любые переживания, вызванные неприятной ситуацией, при помощи логических установок и снижали ценность недоступного для них опыта; «компенсация» осуществлялась за счет переоценки и эмоциональной переработки информации. Всей этой выборке больных было характерно интенсивное использование «компенсации», как механизма ПЗ. Это проявлялось в виде попыток найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик других лиц. Компенсаторные механизмы у таких лиц находились в плоскости внутренней перестройки, упорядочивания и структурирования от упрощения структуры, направленности на шаблон, до ее усложнения.

Е. Клубова считает, что анализ отношения к заболеванию предполагает использование психологической диагностики скрытых эмоциональных нарушений, доминирующих социально-фрустрирующих факторов и межличностных конфликтов, а так же индивидуальных механизмов переработки стресса и ПЗ, которые вместе объединяются понятием «индекс жизненного стиля» [6]. Внутренняя картина бо-

лезни (отношение к болезни) формируется в защитных целях, и ее сущностные характеристики не могут быть осмыслены без анализа механизмов ПЗ.

Наиболее выраженными у больных с оперированными ВПС были гармоничный и эйфорический типы отношения к болезни. Чистые виды реагирования на заболевание встречались у 21,9 %, смешанные – у 78,1 % обследованных. В структуре чистых типов паранойяльный наблюдался у 33,2 %, апатический, неврастенический, гармоничный, сенситивный – по 14,5 % больных. Среди смешанных видов наиболее распространенными были паранойяльный и сенситивный (по 44,1 %), эйфорический (у 32,0 %), неврастенический и эгоцентрический (по 28,1 %) [5].

Типы отношения к болезни объединялись в блоки с адекватной социальной адаптацией и психологической дезадаптацией в связи с заболеванием. При этом адаптация существенно не нарушалась у больных с гармоничным, эргопатическим и анозогностическим типами отношения к болезни [цит. по 5].

Среди всех реакций на заболевание эргопатический тип был определен у 15,6 % больных с оперированными ВАС. Для этих лиц был характерен «уход от болезни в работу», они старались продолжать работу, трудились с ожесточением, с большим рвением, отдавали работе все время, даже обследоваться и лечиться старались так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Гармоничный тип отношения к болезни выявлен у 12,5 % больных. Для этих пациентов была характерна трезвая, адекватная оценка своего состояния, без преувеличения и без недооценки тяжести болезни. Они не были склонны видеть все в мрачном свете, стремились во всем активно содействовать успеху лечения и старались не обременять других тяготами ухода за собой.

Анозогностический тип отношения к болезни диагностировался у 15,6 % больных с оперированными ВАС. Эти лица активно отбрасывали мысли о болезни, ее о возможных последствиях, отрицали очевидные проявления заболевания, при-

писывали их случайным обстоятельствам или другим менее серьезным болезням, отказывались от обследования и лечения, стремились обходиться своими средствами.

К нарушению социальной адаптации больных приводили преимущественно типы реагирования на болезнь с интрапсихической (тревожный, обсессивно-фобический, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический) и интерпсихической направленностями (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и эйфорический).

Неврастенический тип отношения к болезни диагностировался у 28,1 % больных. Их поведение характеризовалось «раздражительной слабостью». У них часто возникали вспышки раздражения, особенно при болях или неприятных ощущениях, при неблагоприятных результатах обследования, причем раздражение нередко изливалось на первого встречного и завершалось раскаянием и слезами. Для этих больных характерны были непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения, раскаяние в приносимом окружающем беспокойстве и своей несдержанности.

Тревожный тип отношения к болезни выявлялся у 15,6 % лиц и характеризовался непрерывным беспокойством и мнительностью больных, опасавшихся неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Больные с этим типом реагирования на болезнь все время искали новые способы лечения, требовали дополнительной информации о своем заболевании, его вероятных осложнениях, методах лечения, верили только «авторитетам». Этим лицам больше интересовали объективные данные о болезни, результаты анализов, заключения специалистов, чем собственные ощущения, поэтому они больше слушали мнения других, чем высказывали собственные жалобы. Свойственная этим пациентам тревожность обуславливала их угнетенность.

Лица с ипохондрическим типом отношения к болезни (18,8 %) были сосредоточены на субъективных болезненных

и иных неприятных ощущениях, постоянно рассказывали о них окружающим, преувеличивали действительные и выискивали несуществующие болезненные проявления и свои страдания, были сосредоточены на страхе побочных действий лекарств, желание лечиться сочеталось у них с неверием в успех лечения, требования тщательного обследования – с боязнью вреда и болезненности процедур.

Апатический тип отношения к болезни (11,3 %) характеризовался безразличным отношением больных к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, они утратили интерес ко всему, что ранее их волновало, и пассивно подчинялись процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны.

У пациентов с обсессивно-фобическим типом отношения к болезни (12,5 %) наблюдалась тревожная мнительность, которая заключалась в опасении не реальных опасностей, а маловероятных осложнений болезни, возможных (но малообоснованных) неудач в жизни и работе. Воображаемые опасности волновали этих больных больше, чем реальные, они искали приметы и ритуалы, которые могли бы защитить их и избавить от тревоги.

Лица с сенситивным типом отношения к болезни (43,8 %) были озабочены возможным неблагоприятным впечатлением, которое могли произвести на окружающих сведения об их заболевании. Они опасались, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской к ним относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Такие больные боялись стать обузой для близких из-за своей болезни, вызвать их неблагоприятное отношение к себе в связи с заболеванием.

Больные с паранойяльным типом отношения к болезни (43,8 %) были уверены в том, что их заболевание – результат чьего-то злого умысла, они крайне подозрительно относились к назначаемым лекарствам и процедурам, приписывали возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или

злому умыслу врачей, обвиняя их и, требуя в связи с этим, их наказания.

Для пациентов с эйфорическим типом отношения к болезни (34,4 %) были характерны необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное, пренебрежение, легкомысленное отношение к своему заболеванию, надежда на то, что «само все обойдется». Они стремились получать от жизни все удовольствия, несмотря ни на что, и легко нарушали режим, хотя эти нарушения могли неприятно сказываться на течении болезни.

Основной характеристикой больных с эгоцентрическим типом отношения к болезни (25,0 %) был «уход в болезнь». Эти пациенты выставляли напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания, стремились полностью завладеть их вниманием, требовали исключительной заботы о себе, любой разговор окружающих переводили на себя. Они постоянно подчеркивали свое особое положение, исключительность своей болезни, а в других людях, также требующих внимания и заботы, видели только «конкурентов» и относились к ним неприязненно.

Для лиц с меланхолическим типом отношения к болезни (3,1 %) были характерны удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможность улучшения своего состояния, в эффект лечения. У них имели место депрессивные установки, вплоть до суицидальных мыслей, пессимистический взгляд на окружающий мир, они не верили в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Наиболее информативными для оценки внутренней картины болезни были: меланхолический, паранойяльный, ипохондрический, тревожный, неврастенический, обсессивно-фобический, эйфорический, эгоцентрический виды реагирования на заболевание.

Таким образом, у больных с оперированными ВПС преобладали смешанные типы отношения к болезни. При этом в структуре чистых типов реагирования на болезнь наиболее распространенным был паранойяльный; в структуре всех диагностированных видов реагирования на заболевание – сенситивный, эгоцентрический,

неврастенический, паранойяльный и эйфорический. Интрапсихическая адаптация больных с ВПС осуществлялась преимущественно за счет протективных механизмов ПЗ («отрицания» и «регрессии»), затрудняющих осознание внутриличностных проблем. Внутренняя картина болезни сформировалась у лиц с ВПС в отдаленные после оперативных вмешательств сроки в защитных целях, и ее сущностные характеристики должны переосмысливаться учитывая механизмы ПЗ. Неадекватное отношение к болезни, наблюдавшееся у 85,5 % больных; «отрицание» и «регрессия», как основные виды ПЗ, встречавшиеся у 78,9 % пациентов, обуславливали их дезадаптацию, что в значительной степени затрудняло процесс реабилитации данного контингента лиц.

Литература

1. Бассин Ф. В. О «силе Я» и психологической защите / Ф. В. Бассин. Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара: Бахрам-М, 2006. – 656 с.
2. Вайнер А. Б. Защитные механизмы психики / А. Б. Вайнер // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2010. – С. 65–73.
3. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей // Л. И. Вассерман, Ф. О. Ерышев. – Санкт-Петербург: СПб НИПНИ, 2005. – 54 с.
4. Демина Л. Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности / Л. Д. Демина, И. А. Ральникова. – Изд-во Алтайского гос. университета, 2000. – 123 с.
5. Дроздова И. В. Психологические особенности больных с оперированными врожденными аномалиями сердца / И. В. Дроздова, Е. М. Лысунец // Міжнар. медичний журнал. – 2010. – № 3. – С. 6–11.
6. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов / Е. Б. Клубова // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб., 1994. – С. 77.
7. Менинжер В. Психические механизмы / В. Менинжер, М. Лиф. – Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара: Бахрам-М, 2006. – 656 с.
8. Налчаджян А. А. Психологические защитные механизмы / А. А. Налчаджян. – Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара: Бахрам-М, 2006. – 656 с.
9. Романова Е. С. Механизмы защиты как специфические средства решения универсальных проблем адаптации / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников. – Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара: Бахрам-М, 2006. – 656 с.

10. Проблемні питання медико-експертної та реабілітаційної допомоги хворим з уродженими вадами серця / О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова [та ін.] // Укр. вісник медико-

соціальної експертизи. – 2012. – № 2 (4). – С. 26 – 31.

11. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка та ін.]. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.



УДК 6160.89.1:347.440.16

О СТАНДАРТАХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ, ИНФОРМИРОВАННЫХ СОГЛАСИЯХ ПАЦИЕНТА; ЕГО ИСКЕ К МЕДУЧРЕЖДЕНИЮ О ВОЗМЕЩЕНИИ МАТЕРИАЛЬНОГО УЩЕРБА И МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

Профессор А. В. Ипатов, Ю. И. Коробкин, Л. В. Кузьмина,
Е. Н. Мороз, Г. Г. Колесниченко, Н. С. Бевзюк, Е. О. Игнатенко,
Ю. А. Полубабкина, Г. П. Семириков

ГУ «Украинский Государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

1. В статье освещены: тезисы генезиса, философии, идеологии и истории развития институтов права:

1.1. «Информированное согласие на медицинское вмешательство».

1.2. Возмещение материального ущерба.

1.3. Возмещение морального вреда.

2. Точка зрения Законодателя в национальном (Отечественном) праве.

3. Проблематика исковых требований в конкретном гражданском деле.

Ключевые слова: согласие пациента; ответственность врача; этика отношений.

Summary

1. The paper covers: theses on genesis, philosophy, ideology and history of legal institutes development:

1.1. "Informed consent for medical interference"

1.2. Damage to the material person

1.3. Damage to the moral harm

2. Point of view of Legislator in national (domestic) right.

3. Lawsuit requirements` problems in specific civil cases.

Keywords: patient consent, doctor`s responsibility, relations` ethics.

Dura lex sed lex
Закон есть закон

В 1767 г. состоялся прецедент в британском судопроизводстве, – решение по делу, связанному с ортопедической операцией: впервые в письменных свидетельствах, дошедших до нашего времени, нашло свое место и роль в правовом поле

понятие «Согласие пациента» – как профессиональный стандарт деятельности медицинского работника.

Позднее (практически повсеместно в мире) зарождается институт права: «ин-