

бронхіальної астми: дис... канд. мед. наук / Н.О. Гондуленко. – К., 2005. – 19 с.

5. Методика складання індивідуальної програми реабілітації інвалідів внаслідок бронхіальної астми та контроль ефективності її виконання: методичні рекомендації / А.В. Іпатов, Т.О. Перцева, С.С. Паніна та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. – 30 с.

6. Лемко І.С. Сучасні підходи до реабілітації хворих на бронхіальну астму / І.С. Лемко // Астма та алергія. – 2002. – № 2. – С. 42-45.

7. GINA (Global Initiative for Asthma): Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2010: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ginasthma.org>



УДК 616.8-085.851-056.24

## Психологические исследования в практике медико-социальной экспертизы

И.П. Куш, К.А. Суганяк, В.В. Храмцова

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

### *Резюме*

*У статті визначено принципи організації психологічного дослідження в рамках медико-соціальної експертизи. Обґрунтовано поділ психодіагностичного процесу в залежності від цілей і завдань дослідження. Визначено принципи оцінки психологічної складової реабілітаційного потенціалу. Визначено принципи проведення психотерапевтичної реабілітації в залежності від рівня психологічної складової реабілітаційного потенціалу.*

**Ключові слова:** психологічна складова реабілітаційного потенціалу, психодіагностика, медико-соціальна експертиза.

### *Summary*

*In this article we defined the principles of psychological research in the medical and social expertise. Grounded division psychodiagnostic process depending on the goals and objectives of the study. We defined the principles of psychological assessment component of rehabilitation potential. We have identified the principles of psychotherapeutic rehabilitation depending on the psychological component of rehabilitation potential.*

**Keywords:** psychological component of the rehabilitation building, psychodiagnostics, medical and social expertise.

**Ключевые слова:** психологическая составляющая реабилитационного потенциала, психодиагностика, медико-социальная экспертиза.

Современные подходы к исследованию инвалидности рассматривают инва-

лидность не как снижение профессиональных возможностей или неспособность за-

ниматся трудовой деятельностью, а как ограничение жизнедеятельности, включающее в себя различные сферы функционирования личности в социуме. Ограничение жизнедеятельности – это отклонение от нормального жизнотворчества человека и его реализации вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность [3, 4, 10].

На наш взгляд, этот перечень ограничений не охватывает целый ряд жизненно важных сфер, которые остаются за пределами внимания экспертов и реабилитологов: сферу сексуальных отношений, эмоциональную сферу, самооценку и образ «Я» больного, смысловую сферу, внутреннюю картину болезни и т. д. [6, 8].

Трудно отрицать, что необходимость приспособиться к новым условиям существования для индивидуума создает выраженную стрессовую ситуацию, адаптация в которой, особенно на фоне ослабления организма соматическим страданием, является существенной дополнительной нагрузкой на больного. Следует отметить, что в настоящее время эти аспекты состояния инвалида практически не учитываются в процессе лечения, медико-социальной экспертизы и реабилитации [8, 9].

Наиболее значительным шагом в решении этой проблемы стало принятие

«Положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида» (2007), согласно которому, данные аспекты проблемы инвалидности разрабатываются в нескольких направлениях: медицинской, психолого-педагогической, трудовой, профессиональной и социально-бытовой реабилитации [10].

Тем не менее, при наличии этапа психолого-психотерапевтической реабилитации инвалидов в индивидуальной программе реабилитации недостаточно разработаны и внедрены в практику принципы, организация, методология и методы ее реализации [7, 8, 9]. Также следует отметить, что при изучении различных аспектов проблемы инвалидности практически не затрагиваются вопросы адекватной оценки психического состояния инвалида в рамках медико-социальной экспертизы, и фактически не учитывается необходимость разработки реабилитационных программ, влияющих на эти аспекты жизнедеятельности [2, 5].

Именно эти проблемы в организации реабилитации инвалидов, необходимость их большего освещения, теоретической и практической (методологической и методической) разработки определили направления данной работы.

Таким образом, становится очевидным, что вопросы психологического статуса инвалида, его психологического состояния заслуживают особого внимания в ситуации экспертизы и особенно в организа-

ции реабилитационной работы.

Психологическая диагностика в рамках работы МСЭК должна быть разделена на экспресс-диагностику и полную расширенную диагностику, а также иметь различную направленность, соответственно различные цели и задачи, согласно с характером соматической патологии, а также согласно направлению реабилитационной работы (психологическая, социальная и трудовая реабилитация).

Экспресс-диагностика осуществляется в рамках работы МСЭК и направлена на краткую диагностику декларируемых больным психологических особенностей и нарушений психических функций, обусловленных как самим заболеванием, так и статусом инвалида и инвалидностью в целом, а также краткую диагностику профессиональных возможностей инвалида. Экспресс-диагностика проводится непосредственно перед или в момент работы МСЭК, и рассчитана на 20-40 минут. Учитывая сложные условия для проведения полноценной диагностики, методики используемые в данном случае должны быть максимально независимы от места и условий проведения, просты в применении, иметь комплексный характер. Далее будут подробно рассмотрены принципы организации экспресс-диагностики с точным указанием тех методик, которые могут и не могут быть применены в данных условиях.

Полная психодиагностика направлена на общую оценку психологических осо-

бенностей и нарушений психических функций больного, оценку психологического компонента его реабилитационного потенциала, диагностику психологической составляющей профессиональной пригодности инвалида, исследование задатков и способностей к дальнейшей профессиональной деятельности, выявление склонностей и особенностей профессиональной мотивации инвалида [1, 11].

Психологический инструментарий (диагностические методики, психокоррекционные, психотерапевтические и психологические реабилитационные техники и технологии), применяемый в работе МСЭК должен отвечать следующим требованиям:

1. Соответствует критериям надежности, достоверности и валидности,
2. Минимально затратный в применении и проведении и для специалиста, и для больного,
3. Максимально соответствует целям и задачам исследования.

Экспресс-диагностика проводится непосредственно перед или в момент работы МСЭК, и рассчитана на 20-40 минут.

Все это определяет следующие требования к диагностическому процессу и инструментарию, используемому при этом:

- допустимость использования данной методики в сложных условиях (невозможность создать полную тишину, множество отвлекающих факторов, большое напряжение обследуемого в связи с ситуацией

експертизы и т.п.);

- простота организации и проведения диагностики с помощью данной методики, максимальная независимость результатов от места и условий проведения;

- возможность использования данной методики в работе с обследуемыми различного возраста, пола, образования, независимо от их культуральных особенностей, национальной и религиозной принадлежности и т.п.;

- возможность получить комплексную оценку, что уменьшает число необходимых методик.

Полная психологическая диагностика на начальном этапе реабилитации позволяет получить обобщенную характеристику психологических особенностей и психологического состояния больного, оценить психологический компонент его реабилитационного потенциала, определить психологическое сопровождение медицинской реабилитации, наметить план психологической, социальной, профессиональной и трудовой реабилитации инвалида. Данный процесс не ограничивается во времени, но максимальная рекомендуемая нагрузка для непрерывной работы пациента – 1,5 часа, а в случаях невозможности больным пройти весь объем диагностических мероприятий за один раз, исследование может быть разбито на части.

Требования к инструментарию и процессу организации диагностики в данной ситуации значительно менее строгие,

так как позволяют располагать большим временем и создать более комфортные условия.

Комплекс применяемых методик на данном этапе исследования должен позволять провести комплексную оценку психических процессов (памяти, внимания, мышления, эмоционально-волевой сферы и т.д.). Специфика организации психологического обследования больного в зависимости от соматической патологии должна исходить из особенностей жалоб больного и его состояния. В зависимости от этого диагностика каждой сферы обследования может ограничиваться скрининг-методикой или быть очень детальной с применением нескольких методик. Но в любом случае приведенный выше перечень методик достаточен для полной оценки психологического статуса больного. Исключение составляет только оценка психологического статуса неврологического больного, для которого должно проводиться также нейропсихологическое тестирование. Порядок методик в рамках каждого обследования устанавливается в соответствии с особенностями больного и его психологического состояния.

Соответственно определенным задачам и принципам проведения психологической диагностики следует определять следующие функции и квалификационные требования к психологам в составе МСЭК.

Функции психолога в составе МСЭК таким образом включают в себя:

- експертную диагностику психологических особенностей и нарушений психических функций, обусловленных как самим заболеванием, так и статусом инвалида, инвалидностью в целом;

- реабилитационную диагностику, а именно исследование и оценку уровня психологического компонента реабилитационного потенциала больного;

- формирование индивидуальной программы психологической реабилитации инвалида в зависимости от реабилитационного прогноза и вероятного конечного эффекта реабилитации;

- экспертную диагностику психологической составляющей профессиональной пригодности инвалида;

- профориентационную диагностику: исследование задатков и способностей к дальнейшей профессиональной деятельности, выявление наклонностей и особенностей мотивации;

- определение плана профессиональной переподготовки: формирование сознательного подхода к выбору или смене профессиональной деятельности, вида и места трудовой деятельности соответственно состояния здоровья, обеспечение единства психолого-педагогических и медико-социальных рекомендаций, создание благоприятных условий для развития задатков и способностей, получения профессиональных навыков и умений;

- участие в разработке отраслевых программ экспертной оценки инвалидов,

подготовке и переподготовке специалистов для МСЭК.

На основании вышеизложенного нами разработаны критерии оценки психологической составляющей реабилитационного потенциала у инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями.

Критерии высокого уровня психологической составляющей реабилитационного потенциала:

- отсутствие психопатологических нарушений или нарушения легкой степени выраженности эмоционально-волевой сферы;
- общая направленность личности позволяет поддерживать адекватные связи с окружением, высокий уровень локуса контроля как собственной жизни, так и себя, уровень отклонения от аутогенной нормы не выражен, явное преобладание показателей работоспособности над показателями активности;
- адекватная оценка своего состояния;
- выше среднего уровень осмысленности жизненных ориентиров;
- концентрация своих интересов в тех сферах жизнедеятельности, которые позволяют наиболее полно реализоваться, готовность к конструктивной совместной деятельности со специалистами различного профиля – психологами, врачами, педагогами.

При высоком уровне психологической составляющей реабилитационного потенциала психотерапевтическая работа

направлена на прояснение актуальной социальной ситуации, реконструкцию полного круга социального взаимодействия, переосмысление прошлого и настоящего, формирование новой картины будущего с учетом существующих реалии соматического состояния инвалида.

Критерии среднего (удовлетворительного) уровня психологической составляющей реабилитационного потенциала:

- незначительные нарушения внимания и памяти, что является признаком истощаемости умственной деятельности, незначительные нарушения мыслительных процессов на фоне отсутствия когнитивного дефицита;
- средний уровень отклонения от аутогенной нормы, ярко выраженные личностные особенности, не достигающие личностных расстройств, с уровнем общей интернальности и интернальности в отношении здоровья и болезни ниже среднего, локус-контроль своей жизни и себя среднего уровня;
- эмоциональные нарушения не достигают высокой степени (31-45 б. по шкале Спилбергера-Ханина личностной и реактивной тревожности, легкой депрессивности ситуативного или невротического характера, 8-10 б. по госпитальной шкале тревоги и депрессии субклинически выраженной тревогой/депрессией, 7-16 б. по шкале оценки депрессии Гамильтона легкий депрессивный эпизод и т.п.), незначительное преобладание активности над ра-

ботоспособностью;

- среднесильный или средний типы НС (по теппинг-тесту);
- незначительная неадекватность самооценки;
- дезадаптивное отношение к болезни (с тревожно-ипохондрическими, неврастеническими, психастеническими, обсессивно-фобическими явлениями, чертами сенситивности, диссоциативными наслоениями), снижение мотивации к участию в лечении;
- средний уровень актуального состояния смысложизненных ориентаций, их определенность в будущем.

При среднем уровне психологической составляющей реабилитационного потенциала наиболее эффективный психотерапевтический метод работы – комплексный мультицентровой подход, в который включены элементы психодинамического, экзистенциального, когнитивно-бихевиорального подходов.

Работа направлена на устранение саморазрушительного мышления, выработку терпимого отношения к себе и другим, реконструкцию личности путем разрешения конфликтов прошлого и настоящего.

Критерии низкого уровня психологической составляющей реабилитационного потенциала:

- значительные нарушения эмоционально-волевой сферы;
- выраженные в значительной степени расстройства эмоционально-волевой сфе-

ры в виде значительной эмоциональной неустойчивости, ригидности аффекта, высокой тревожности, явное преобладание активности над работоспособностью, тревожные и депрессивные расстройства;

- выраженные расстройства личности и поведения, которые усложняют социальную адаптацию и требуют дальнейшей консультации психиатра, низкий уровень локус-контроля жизни и себя;
- неадекватная социально-психологическая реактивность, дезадаптивное отношение к болезни, тревожно-ипохондрические, неврастенические, психастенические, обсессивно-фобические, диссоциативные расстройства, черты паранойяльности, низкий уровень мотивации к лечению;
- низкий уровень осмысленности своей жизни, плохо сформированные смысло-жизненные ориентации настоящего и будущего.

Отдельно следует определить стратегию коррекционных вмешательств при различных уровнях реабилитационного потенциала, как характеристику, определяющую результат всего лечения.

В этой ситуации эффективен мультимодальный подход в терапии, включающий рациональную, эмоционально-стрессовую, транзактный анализ, телесно-ориентированную, бихевиоральную и гештальт-терапию.

Основные задачи:

- избавление от ригидных сценариев,

стереотипов, создание условий для свободных решений;

- исправление ошибочной переработки информации, модификация убеждений в сторону рационализации, выработки стратегии здравого смысла;
- развитие умения брать ответственность за свою жизнь на себя;
- выработка более адекватных способов поведения.

Эти типы реагирования на наличие хронического соматического заболевания наиболее неблагоприятны для коррекции.

Психокоррекционная работа должна начинаться с формирования более адекватного отношения к своему заболеванию, а последующая тактика вырабатывается исходя из начальных результатов.

### **Выводы**

Обоснование необходимости организации помощи людям с ограниченными возможностями является очень сложной и трудоемкой. Мы надеемся, что разработанные нами методические рекомендации позволят повысить качество медико-социальной реабилитации. Мы охотно ответим на все возникающие вопросы и будем рады всем предложениям и замечаниям.

Таким образом, обосновано и описано практическое применение нового решения научной проблемы повышения эффективности реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями за счет включения в комплекс диагностиче-

ских, лечебных и реабилитационных мероприятий комплексного воздействия на психологическую составляющую реабилитационного потенциала инвалида на всех этапах реализации индивидуальной программы реабилитации.

Обосновано, что установление инвалидности и ситуация инвалидности является кризисом развития личности и хронической психотравмирующей ситуацией, вызывающей изменения функционирования личности на всех уровнях. Предложенная теоретическая модель позволяет определить этиопатогенетические механизмы возникновения и развития непсихических психических расстройств и психологических деформаций личности в ситуации инвалидности, возникших вследствие хронического соматического заболевания.

#### Литература:

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и психиатрии. Руководство для врачей и научных сотрудников // А.Н. Белова – М.: Изд-во «Самарский дом печати», 2009. – 434 с.
2. Бойцов С.А. Донозологическая диагностика в общетерапевтической практике / С.А. Бойцов, С.Н. Шуленин, С.А. Парценьяк // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 2001. – № 1. – С. 19–24.
3. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли // В.Н. Григорьева – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской медицинской академии, 2004. – 420 с.
4. Іпатов А.В. Психологічна експертиза і психотерапевтична реабілітація в роботі МСЕК / С.М. Мороз, А.Г. Кириченко, Е.Н. Мороз, І.П. Куш // Методичні рекомендації для науковців, психологів, фахівців служби медико-соціальної експертизи і реабілітації, соціального захисту населення. – Дніпропетровськ: Пороги – 2008. – 24 с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М. – «МЕД - Прессинформ», 2007. – 588 с.
6. Михайлов Б.В. Проблемы клиники, диагностики та психотерапії соматоформних розладів в амбулаторно-поліклінічній практиці за умов індустріального центру (методологія, клініка, епідеміологія та диференційна діагностика) /Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, О.С. Добровольская // Український вісник психоневрології. – Том 12. – вип. 1 – 2004. – С. 33-39.
7. Михайлов Б.В. Психотерапия / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов. – Харьков. – 2002. – 762 с.
8. Михайлов Б.В., Мороз С.М. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б.В. Михайлов, С.М. Мороз //Архив психиатрии. – 2008. – №2(53). – Т.14. – С. 4 –8.
9. Николаева В.В. Влияние хрониче-



скої болезни на психику/ В.В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 2007. – 170 с.

10 Професійна реабілітація інвалідів: Довідково-методичний посібник / Упорядн. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. / За редакцією к.м.н. Марунича В.В. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 227 с.

11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (Практическое руководство). – М.: Апрель-Пресс, издательство Института Психотерапии, 2008. – 224 с.



УДК 616.89-008:159.947

## Непсихотические психические расстройства у инвалидов, перенесших мозговую инсульт

В.Е. Семенихина

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

### Резюме

*В роботі розглядаються питання порушень психічної сфери у хворих з цереброваскулярними захворюваннями, що перенесли мозковий інсульт. У всіх досліджених було встановлено наявність непсихотичних психічних порушень, які погіршують загальний стан хворого. По даних проведеного дослідження встановлено, що серед непсихотичних психічних розладів значно більшою мірою переважають депресивні розлади. Все вищезначене обумовлює необхідність врахування стану психічної сфери інваліда в реабілітаційному процесі.*

**Ключові слова:** непсихотичні психічні розлади, інсульт, реабілітація.

### Summary

*In this article we reviewed question of mental disorders in patients with cerebrovascular disease who have suffered stroke. In all investigated was the presence nepsyhotychnyh mental disorders that worsen the general condition of the patient. According to data of the study found that mental disorders among nepsyhotychnyh much more dominated by depressive disorders. All share the incorporation requires the scope of mental disability in the rehabilitation process.*

**Key words:** non-psychotic mental disorders, stroke, rehabilitation.

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, инсульт, реабилитация.

Цереброваскулярные заболевания в связи с их значительной распространенностью и тяжелыми последствиями – высокой заболеваемостью, длительной временной нетрудоспособностью, высокой ле-

тальностью и высокой степенью инвалидизации, не только важная медицинская, но и серьезная социальная проблема. По данным Всемирной Организации Здравоохранения инсульт занимает второе место сре-