

психологічних порушень та задовільними даними обстеження серцево-судинної системи потребують поглибленого психологічного обстеження та їх корекції. Реабілітаційний потенціал високий.

4. Хворі без ведучого синдрому комплексу потребують стандартного клініко-експертного обстеження при даній патології. У цих хворих не виявлено обмежень життєдіяльності. Реабілітаційний потенціал високий, що припускає повне відновлення працездатності в процесі проведення реабілітаційних заходів.

Література:

1. Шабалин Б.В. Прошлое, настоящее и будущее в хирургическом лечении ишемической болезни сердца/ Б.В. Шабалин // *Анналы РНЦХ РАМН.* – 1998. - №7. –

С. 159-162.

2. Кнышов Г.В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее/ Г.В. Кнышов // *Серце і судини.* – 2003. – №1. – С. 8-14.

3. A Clinical Trial Comparing Primary Coronary Angioplasty with Tissue Plasminogen Activator for Acute Myocardial Infarction. The Global Use of Strategies To Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO IIb) Angioplasty Substudy Investigators // *N. Engl. J. Med.* – 1997. – Vol. 336. – P. 1621.

4. Andersen H.R. A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction/H.R. Andersen, T.T. Nielsen, K. Rasmussen et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2003. – 349. – P. 733-742.



УДК 616.8-085.851-056.24

Психопатология и патопсихология инвалидности

С.М. Мороз

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

Резюме

В статті представлено нове вирішення наукової проблеми підвищення ефективності реабілітації інвалідів з хронічними соматичними захворюваннями за рахунок включення в комплекс діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів психотерапевтичного впливу на психологічну складову реабілітаційного потенціалу інваліда на всіх етапах реалізації індивідуальної програми реабілітації.

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

Summary

In this article presents a new solution of scientific problems of increasing the effectiveness of rehabilitation of disabled persons with chronic medical conditions by including a set of diagnostic,

therapeutic and rehabilitation measures psychotherapeutic influence the psychological component of the rehabilitation potential of disabled person at all stages of the individual program of rehabilitation.

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

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

На современном этапе развития медицины становится все более очевидным, что научно обоснованное и эффективное ведение реабилитационной работы с инвалидами возможно лишь с учетом знания внутренних психологических закономерностей, возникающих изменений психики пациента в условиях соматического заболевания, особенностей формирования тех или иных изменений психики в условиях ограничения возможностей личности [2, 4, 5].

Проведенное нами ранее исследование психической сферы инвалидов показало, что инвалидность сама по себе является сложной психотравмирующей ситуацией, которая видоизменяет и усугубляет психические расстройства, возникшие на фоне основного соматического заболевания [6, 8]. Инвалидизация способствует развитию особых нарушений психической сферы инвалидов, сопровождающихся формированием личностно-реактивных новообразований – компенсаторных, приспособительных, но чаще всего дезадаптивных: невротических, психопатоподобных или патохарактерологических [3, 8].

Также следует отметить, что полученные результаты всестороннего исследова-

ния личности инвалидов с различными соматическими заболеваниями позволили выделить устойчивые психологические закономерности, подтверждающие, что ситуация инвалидности патогенным образом влияет на все уровни личностной организации, приводит к глобальным личностным изменениям [7, 9].

На психофизиологическом уровне (нейрофизиологической базы) нарушения обусловлены разворачиванием собственно соматической патологии и взаимовлияния соматического и психического в структуре единого организма. Изменения и нарушения на данном уровне проявляются раньше других и к моменту инвалидизации больного являются наиболее видимыми [1, 8].

Нарушения на индивидуально-психологическом или индивидуально-исполнительском уровне проявляются в процессе хронизации основного соматического заболевания, когда больной сталкивается с начальными проявлениями ограничения активности его деятельности. Прежде всего, это определяется нарушениями эмоциональной сферы и личностных структур, связанных с ними. Для инвалидов характерны достоверно более высокий уровень тревоги и депрессии, в сравнении с боль-

ными, что указывает на то, что сама ситуация инвалидизации значительно снижает адаптивные возможности эмоционального реагирования индивида. В своем развитии эти нарушения могут достигать степени утраты адекватных способов реализации своих устремлений и отношений [7, 8].

И, наконец, нарушения личностно-смыслового уровня – уровня формирования смысловых ориентаций, определения назначения своей жизни, качества смысловых отношений к бытию начинают своё развитие и появляются именно в момент установления инвалидности, что делает личностную ситуацию человека максимально неопределенной и напряженной [8].

Следует отметить, что нарушения каждого из уровней протекает в условиях нарушений на других уровнях, но определяются не столько их наличием, а их включенностью в общую, в том числе и социальную ситуацию индивида. Индивидуальное развитие ситуации определяет качество и степень нарушения каждого из уровней, но не защищает от их появления и проявления.

Таким образом, патогенное влияние складывающихся в ситуации инвалидизации обстоятельств имеет чрезвычайно сложную структуру и определяется сочетанием и взаимодействием следующих основных факторов: накопленной физической и психологической астенизацией организма, неспецифической отягощенно-

стью соматическими нарушениями и дефектами, нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности нервной системы), актуальным психическим и физическим состоянием, личностными особенностями, уровнем нарушений различных личностных структур, ценностной и нравственной дезорганизацией, направленностью интересов, пространственно-временной организацией личности, фоном семейных и других межличностных контактов, неблагоприятным воздействием социальных факторов и т.д.

Для оптимизации системы реабилитации нами разработана интегративная модель инвалидности как психотравмирующей ситуации, которая объединила интерпретационные схемы патогенетического развития в ситуации инвалидности, факторного анализа патогенного воздействия ситуации инвалидности с учетом всех дезинтегрирующих моментов, данных объективного исследования биоэлектрической активности мозга, всех структурных компонентов личности, организации межличностного взаимодействия.

Основная направленность патогенного воздействия носит преимущественно социально обусловленный характер (схема 1). К такому виду воздействия могут быть отнесены изменение социального статуса больного, изменение структуры межличностного взаимодействия. Переоценка и обесценивание собственного прошлого опыта и осознание необратимости патоло-

гического развития хотя и протекают на уровне рефлексии и внутриличностных процессов, осуществляются только с обязательным включением в этот процесс со-

циального положения больного. Отдельно следует остановиться на том, что при анализе факторов, оказывающих воздействие в процессе установления больному группы



Схема 1. Схема развития психотравмирующего воздействия в ситуации инвалидизации

инвалидности те нарушения, которые начинаются под воздействием описанных факторов, также становятся патогенетическими.

Развитие патологических изменений на уровне индивидуально-психологическом очень неравномерны. Так дезорганизация процессов высшей психической деятельности в ситуации установления инвалидности развивается незначительно, в отдельных случаях усиление нарушений восприятия, внимания, памяти и мышления практически не наблюдаются.

Нарушения эмоциональной сферы, напротив, выражены значительно, а анамнез больного и основное соматическое заболевание определяют характер и направленность этих нарушений.

Видоизменение структуры личностных особенностей является пролонгированным процессом, для которого ситуация инвалидизации является пусковым механизмом. В связи с этим при оценке психологического состояния инвалида и его личностной организации необходимо учитывать даже минимально проявляющиеся тенденции изменения личности не только в процессе организации лечебного процесса, но и в процессе психотерапии.

Наиболее значимыми являются изменения, выявляемые на личностно-смысловом уровне. Прежде всего, следует отметить, что данные изменения характерны только в ситуации установления инвалидности. Первыми проявляются смеще-

ние пространственно-временных ориентиров и нарушение смысложизненных ориентаций, ценностная и нравственная дезорганизации – следствие травматического действия и самой ситуации инвалидизации.

В результате анализа патопсихологического исследования эмоционально-динамического паттерна личности инвалида выявлена также взаимообусловленность изменений не только в рамках какого-либо уровня, но и межуровневые взаимовлияния.

Таким образом, можно говорить о тотальном характере выявляемых нарушений и патологических воздействий (схема 2).

Нами выделен целый комплекс реабилитационного потенциала инвалида, связанный с психической организацией функционирования личности. Оценка реабилитационного потенциала данной сферы включается в несколько разделов индивидуальной программы реабилитации: медицинская и психолого-педагогическая реабилитации, как оказывающие одно из ведущих влияний на раздел в целом, и как опосредованное влияние на профессиональную, социально-бытовую сферы реабилитации. Так, оценка профессионального потенциала и экспертиза профпригодности базируются на результатах изучения уровня профессиональных знаний, навыков, умений, склонностей и возможностей больного к профессиональной деятельности в обычных или специально созданных

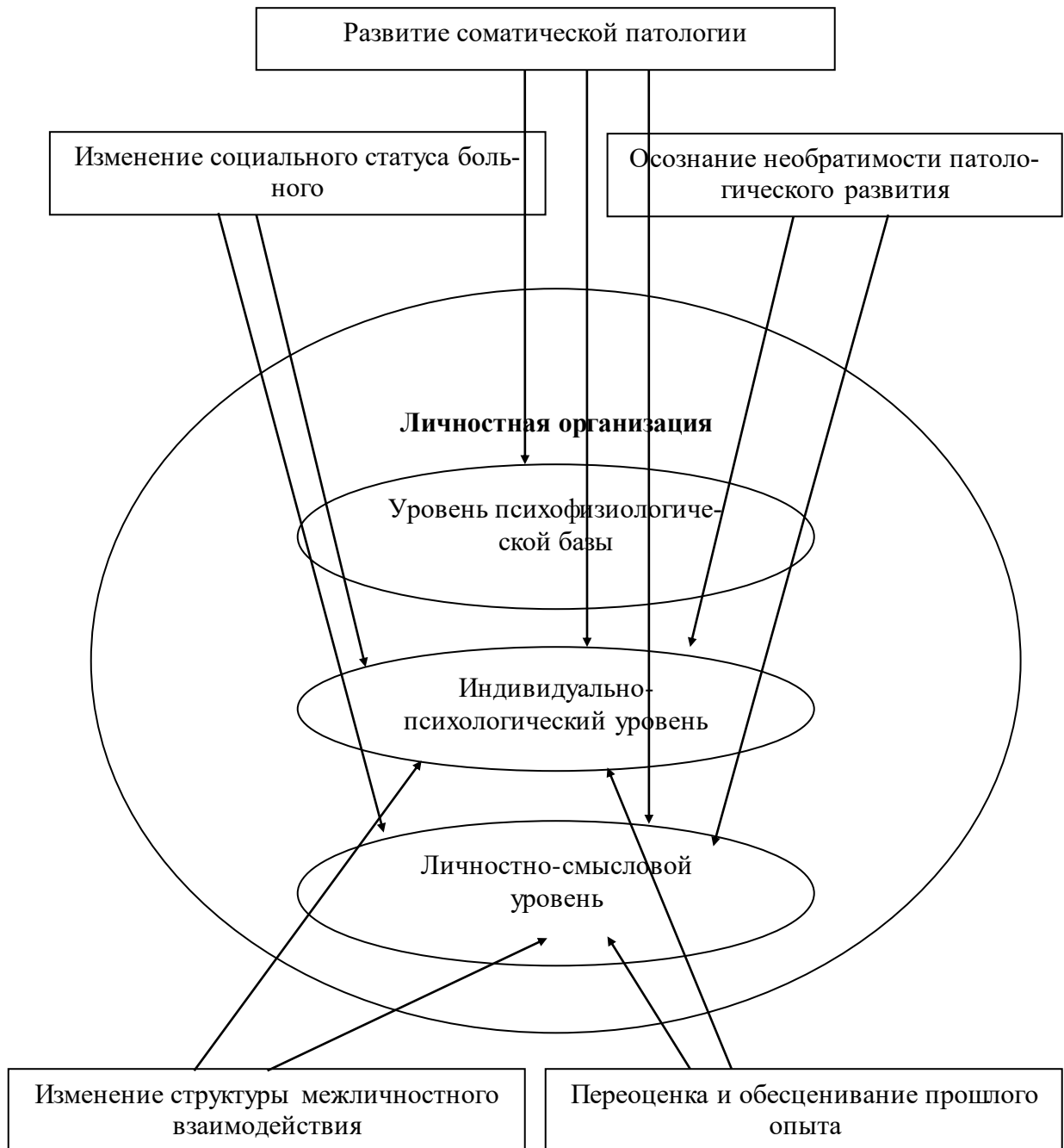


Схема 2.

Схема факторного анализа патогенного воздействия ситуации инвалидности

условиях, необходимости условий и возможностей переобучения и переквалификации. Устранение этих нарушений зависит также от адекватного и своевременного использования психосоциальных воздействий, недостаточность которых нередко есть следствием переживаний и затяги-

вание болезненного состояния.

Таким образом, нами разработана поэтапная программа реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями:

1. Медицинский этап.

На этом этапе производится:

- психологическая диагностика особенностей эмоционально-динамического паттерна личности, совместно с психиатром выявление психопатологических расстройств;
- патопсихологическая диагностика всей личностной организации психической деятельности, оценка качества жизни инвалида;
- подбор медикаментозной терапии, направленной на устранение психопатологических синдромов;
- выявление и обоснование наиболее эффективного психотерапевтического воздействия.

2. Проведение медицинской модели психотерапии

Этот этап осуществляется в рамках соматического стационара или поликлиники врачом-интернистом и врачом-психотерапевтом.

3. Психолого-педагогический этап.

На этом этапе проводится следующая работа:

- в случае необходимости психологическая диагностика особенностей личности и уровня подготовки для дальнейшей психотерапевтической работы и профессиональной адаптации;
- осуществляется психологическая модель психотерапии;
- проводится профессиональная переподготовка и социальная адаптация.

Этот этап осуществляется психологом-психотерапевтом в рамках реабилитацион-

ных центров или в рамках работы МСЭК.

Выводы

Таким образом, обосновано и описано практическое применение нового решения научной проблемы повышения эффективности реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями за счет включения в комплекс диагностических, 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 кризисным развитием личности и хронической психотравмирующей ситуацией, вызывающей изменения функционирования личности на всех уровнях. Предложенная теоретическая модель позволяет определить этиопатогенетические механизмы возникновения и развития непсихотических психических расстройств и психологических деформаций личности в ситуации инвалидности, возникших вследствие хронического соматического заболевания.

Литература:

1. Бойцов С.А. Донозологическая диагностика в общетерапевтической практике /С.А. Бойцов, С.Н. Шуленин, С.А. Парценьяк – Питер: С-Пб, 2007 – 192 с.

2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. пер. с нем. /

В. Бройтигам, П. Коистиан, М. Рад; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисловие В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

3. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли /В.Н. Григорьева – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. Медицинской академии, 2004. – 420 с.

4. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів: Посібник. / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко – Вінниця: О. Власюк, 2006. – 48 с.

5. Ипатов А.В. Психотерапевтические аспекты индивидуальной программы реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями и пути повышения ее эффективности /А.В. Ипатов,

Б.В. Михайлов, С.М. Мороз //Архив психиатрии. – 2009, №3-4. – С. 67-71.

6. Михайлов Б.В., Мороз С.М. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация /Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Архив психиатрии. – 2008. – Т. 14, №2 (53). – С. 4 - 8.

7. Михайлов Б.В. Психотерапия / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов. – Харьков. – 2002. – 762 с.

8. Мороз С.М. Непсихотические психические расстройства у инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями / С.М. Мороз // Таврический журнал психиатрии. – 2009. – Т. 13, №2 (47). – С. 23 - 28.

9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 170 с.



УДК 616-036.86+616.147.3

Структура первинної інвалідності у хворих на захворювання венозної системи нижніх кінцівок в Україні

О.В. Косинський, Д.І. Дзевицький, Д.Л. Бузмаков,
А.В. Снісар, С.Д. Дорогань

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України», відділення МСЕ та реабілітації при захворюваннях хірургічного профілю,
м. Дніпропетровськ

Резюме

В результате анализа нозологической структуры причин первичной инвалидности вследствие патологии венозной системы нижних конечностей установлено, что ведущей причиной в структуре первичной инвалидности вследствие этой патологии в 2010 году в Украине являются венозные тромбозы и ПТБ, составляющие 77,4% осмотренных. Большинство (88,2%) составляют больные, признанные инвалидами в трудоспособном возрасте.