

УДК 159.9-167.7: 616.24

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

В. В. Храмцова

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

### Резюме

*В статье освещены основные методологические подходы к психотерапии больных соматического профиля, показаны основные положения различных психотерапевтических школ. Подтверждены значимость и необходимость включения психотерапевтической коррекции в восстановительное лечение больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Рассмотрены вопросы психологических и психофизиологических особенностей этих лиц, обозначены психотерапевтические мишени, представлены методы психотерапевтического влияния. Разработка системы, принципов и методов психотерапевтической коррекции у данного контингента пациентов будет в дальнейшем способствовать улучшению качества лечения и реабилитации больных и инвалидов вследствие ХОБЛ.*

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, психотерапевтическая коррекция, телесно-ориентированная психотерапия, двигательная экспрессия.

### Summary

*This article presents the main methodological approaches to psychotherapy for somatic patients. It shows the major provisions of the various psychotherapeutic schools. Importance and necessity of including psychological adjustment to medical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is confirmed. We considered psychological and psycho-physiological characteristics of these individuals, identified therapeutic targets and presented psychotherapeutic methods of influence. Development of a system of principles and methods of psychological adjustment for this group of patients will facilitate improving the quality of treatment and rehabilitation of patients and people with disabilities due to COPD.*

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, psychotherapeutic correction, body-oriented psychotherapy, motor expression.

Психотерапия является специфической областью приложения психодиагностики, неверно отождествляемой с экспериментально-психологическими исследованиями. Психодиагностика, как дефиниция, состоит из диагностики психического развития, состояния психических сфер, анализа психопатологических феноменов, патопсихологических регистр-синдромов [1].

Каждый из методов психотерапии, особенно практикуемый в своем классическом варианте, предлагает свой диагностический аппарат – различного уровня сложности, оригинальности, детерминированности, клинической загруженности, семиотической информативности, патогномоничности. Вместе с тем, Б. В. Михайлов в своих работах предложил определенный универсальный набор методов, последовательно направленных на реализацию логико-тактических положений психотерапевтической диагностики. К ним относятся психотерапевтическое собеседование, сочетающееся с этиологической диагностикой, сбор психоанамнеза, патоперсоналогическое исследование, специальные диагностические (феноменные) приемы, диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома, нейропсихологическое исследование, клинико-культуральное исследование [1].

В. В. Кришталь показал, что в соответствии с выявленными причинами и механизмами развития соматической патологии система психотерапевтического вмешательства должна включать, с одной стороны, комбинированное медикаментозное лечение основного заболевания, с другой – психотерапию связанных с ним психических и поведенческих расстройств. Система должна основываться на принятых в современной психотерапии и медицинской психологии принципах дифференцированности, комплексности, этапности, последовательности и включать три компонента, соответствующих трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия, информационный (когнитивный), эмоциональный (аффективный), поведенческий (конативный). Используемые методы и конкретное содержание проводимых психотерапевтических мероприятий определяются в зависимости от тяжести соматического заболевания, формы психического и поведенческого расстройства и личностных особенностей каждого больного.

Когнитивный компонент должен осуществляться в три этапа, на которых могут использоваться методы рациональной (разъяснительной) и информативной психотерапии. Аффективный компонент необходимо реализовывать также в три эта-

па, причем с целью снятия невротических реакций нужно проводить симптоматическое лечение с потенцирующей психотерапией, рациональную психотерапию и внушение наяву. Конативный компонент может быть разделен на шесть этапов, на которых последовательно используются вербальная коррекция затрудняющих общение черт пациентов, групповые занятия (дискуссии), ролевой поведенческий и коммуникационный тренинг (конструктивную ссору), аутотренинг с целью выработки правильного отношения к своей болезни [2].

Учитывая личностные особенности соматических больных, реагирование их на заболевание, клиническую неоднородность непсихотических нарушений психической сферы, Б. В. Михайлов считает, что психотерапевтическое влияние на соматических больных должно быть системным и многоуровневым, сориентированным в трех основных направлениях, в каждом из которых можно выделить несколько уровней [1].

Первое направление – биологическое, в котором выделяется пять уровней реализации психотерапевтического влияния: организма (наивысший и тотальный уровень данного направления, которое предусматривает влияние на весь организм как тотальную биологическую систему; функциональных и физиологических систем; органов и отдельных групп клеток.

Второе направление – психологическое, в котором выделяют три уровня: личности, сфер психики и отдельных свойств этих сфер.

Третье направление – социальное, которое также предусматривает три уровня: макросоциальной и микросоциальной реадaptации личности, аутореабилитация.

При построении системы психотерапии больных с соматическими заболеваниями должны учитываться структура и особенности организации лечебного процесса в учреждении, где предполагается проведение курсовой психотерапии, характеристики основного заболевания, невротических расстройств и личностного реагирования на заболевание, отягощенность психоанамнеза и отношение больного к психотерапии [1].

В комплексе психотерапевтической коррекции могут и должны использоваться методы, которые базируются как на внушении, так и на переубеждении, разъяснении: гипносуггестивная, рациональная, групповая, косвенная психотерапия, внушение наяву, самовнушение, методы психической саморегуляции и некоторые другие, в их различных модификациях, комбинациях и вариантах. В процессе психотерапии соматических больных, как правило, комбинируются индивидуальные и групповые занятия. По наиболее распространенной методике курс лечения состоит из 10–12 групповых занятий, которые проводятся 3–4 раза на неделю в открытых смешанных психотерапевтических группах по 10–12 человек, и 4–5 индивидуальных сеансов длительностью по 55–65 минут. При групповых занятиях определенное внимание должно уделяться индивидуализации влияния (индивидуальные внушение, подбор и отработка индивидуальных

формул самовнушения, акцентуации внимания личности каждого пациента, осуждение его проблем в группе, символический прием больного в группу и напущение группы больному в конце его лечения).

Система психотерапевтической коррекции должна также строиться на основе дидактического подхода, который предусматривает, по мнению Б. В. Михайлова: этапность влияния; связь (преемственность) каждого последующего занятия с предыдущим; доступность (вразумительность) для больных информации; соответствие заданий возможностям больного; систематичность в овладении навыками психической саморегуляции [1]. При этом в процессе психотерапевтического влияния он выделяет три этапа: седативно-адаптирующий, лечебно-корректирующий, профилактически-закрепляющий.

Первый – седативно-адаптирующий – этап, как правило, состоит из 1–2 индивидуальных и 2–3 групповых занятий. Основными задачами его являются: установление эмоционального контакта с больными; формирование доверия к врачу, адекватного отношения к психотерапии; дезактуализации острой невротической симптоматики. На этом этапе, учитывая наличие у большинства больных существенных астенических проявлений и отсутствие определенных навыков, методы аутопсихотерапии, как правило, не используются. Основными методами при этом являются: гипносуггестивная, рациональная, косвенная психотерапия (потенцирование комплекса медикаментозного лечения, физиотерапия, диеты и т. п., а также профессиональные качества врача-интерниста как ключевой фигуры лечебного процесса). Главная направленность психотерапии данного этапа – симптоматическая.

Второй – лечебно-корректирующий – этап состоит из 2–3 индивидуальных и 4–6 групповых занятий. Основными задачами этого этапа являются: достижение позитивной динамики эмоционального состояния больных; осознание больными взаимосвязи и взаимообусловленности факторов и проявлений невротических расстройств с особенностями их личности и поведения, конфликтами, нерешенными эмоциональными проблемами; коррекция масштаба переживания болезни, ее социальной значимости; перестройка личности больного, системы его отношений, реадaptации в макро- и микросоциальной среде. Основными методами на этом этапе становятся коллективно-групповая, рациональная психотерапия, методы психической саморегуляции, самовнушения; вспомогательными – гипносуггестия, внушения наяву, косвенная психотерапия. Главная направленность психотерапии второго этапа – патогенетическая.

Третий – профилактически-закрепляющий – этап включает 2–3 групповых и 1–2 индивидуальных занятия. Основными задачами этапа являются закрепление достигнутого терапевтического результата; навыков психической саморегуляции; коррекция системы жизненных целей, ценностей, отношения к заболеванию, своему «Я» и окружающей среде. Психотерапевтическая работа с больными

на этом этапе осуществляется, в первую очередь, путем доработки навыков психической саморегуляции, рациональной психотерапии, внушения наяву. Главная направленность психотерапии этого этапа – профилактическая.

Таким образом, к основным принципам построения системы психотерапии больных с соматическими заболеваниями Б. В. Михайлов относит следующее: системность и многоуровневость влияния; этапность психотерапевтических мероприятий, которая базируется на дидактическом подходе; комплексность, использование нескольких методов психотерапии, с последовательным изменением их роли в зависимости от задач этапа; дифференцированное сочетание и иерархичность патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий в зависимости от клинико-психопатологических и психоанамнестических особенностей соматических больных, а также особенностей соматического страдания и личностного реагирования больных.

Между тем при общих закономерностях построения системы психотерапевтической коррекции психоэмоционального состояния и личностного реагирования соматических больных с непсихическими расстройствами психической сферы – психотерапевтическое влияние при различных формах нарушений имеет свои особенности.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. Хроническое ограничение скорости воздушного потока, характерное для ХОБЛ, вызывается как поражением мелких бронхов (обструктивный бронхолит), так и деструкцией паренхимы (эмфизема), причем степень преобладания того или другого различается у разных больных. Хроническое воспаление вызывает структурные изменения и сужение мелких бронхов. Деструкция легочной паренхимы, также являющаяся результатом воспаления, приводит к потере прикрепления альвеол к мелким бронхам и уменьшению эластической тяги легких; в свою очередь, эти изменения уменьшают способность дыхательных путей оставаться раскрытыми во время выдоха. Эмфизема, или деструкция газообменной поверхности легких (альвеол), – патоморфологический термин, который часто (однако некорректно) используется в клинической практике и описывает только одно из многих структурных изменений, имеющих при ХОБЛ [3].

У данной категории пациентов обнаруживается не только нарушение проходимости дыхательных путей, но и различные функциональные нарушения и психологические затруднения. Поэтому с учетом роли системных проявлений этого заболевания на сегодняшний день рекомендуется проведение как медикаментозной, так и немедикаментозной восстановительной терапии, затрагивающей

психофизиологический, психологический и социальный уровни функционирования [4].

У больных с ХОБЛ достаточно ярко выражены жалобы на одышку. По данным медицинской литературы, хотя одышка и является респираторным симптомом, она возникает не только при бронхо-легочной патологии, а также при сердечно-сосудистых заболеваниях, тревожно-депрессивных расстройствах и др. По своей сути одышка, во время болезни, это осознание человеком своего физического неблагополучия, в связи с возникновением дыхательного дискомфорта. Достаточно важный компонент одышки – это то, что она является субъективным отражением не только физиологический нарушений, но также и психологического, эмоционального и социального неблагополучия [5]. Поэтому одышку необходимо рассматривать в двух плоскостях на организменном, и на психологическом уровнях. С точки зрения физиологии дыхания, нарушение физиологических процессов является пусковым механизмом и одышка, выступая сигналом тревоги, реализует его через негативные эмоции, с последующим формированием мотивации на приспособительное поведение. С точки зрения процессуальной психотерапии дыхание тесно связано с эмоциональными состояниями и, в частности, с состоянием тревоги, а не осознаваемые задержки или нарушения свободного дыхания являются формой прерывания контакта со своими эмоциями и ощущениями, возникающими в теле [6]. Так как нарушение дыхания затрагивает все сферы жизнедеятельности больного от физиологических до социальных, становится важным разработку специальных подходов психотерапевтического влияния с учетом личностных особенностей этих лиц. Исходя из вышеизложенного, целесообразным будет при построении программы психотерапии использовать не монотерапию, а руководствоваться эклектическим подходом. С учетом этапности влияния и связности занятий между собой, систематичности, психотерапевтическое влияние в каждом сеансе должно затрагивать биологический уровень (систему дыхания) и психологический уровень (эмоциональное отреагирование).

С учетом физиологических и психологических особенностей методологический подход к психотерапии больных ХОБЛ должен основываться, по нашему мнению, на воззрениях телесно-ориентированных психотерапевтов Вильгельма Райха и его последователя Александра Лоуэна, которые рассматривают природу защиты психики от сильных эмоций как положительных, так и отрицательных через формирование мышечных сопротивлений с последующим их закреплением в «мышечный панцирь» [7]. Авторы отмечают, что в ответ на эмоциональные стимулы организм отвечает мускульным напряжением. При тяжелых ситуациях и сильном эмоциональном ответе обнаруживаются затрудненное дыхание и мышечные зажимы, которые сдерживают эмоции, но в то же самое время, ограничивают и искажают их выражение. В мышцах сохраняются участки хронического напряжения, что нарушает их циклическую

работу (расслабление-напряжение). Так формируется нарушенный двигательный и дыхательный стереотип. Согласно теории А. Лоуэна, затрудненное дыхание способно блокировать чувства и, как следствие, нарушать чувственное познание к миру. Важное значение придается внутреннему развитию через восстановление свободного дыхания и движения, что способствует гармонизации личности и восстановлению продуктивного взаимодействия с окружающим миром [8].

Обследованные нами пациенты с ХОБЛ отмечают появление и усиление одышки во время длительной ходьбы и при подъеме по лестнице. При этом эмоционально-личностное реагирование на одышку во время ходьбы, которое достаточно сильно выражено у этих больных, способствует закреплению отрицательных эмоционально-поведенческих паттернов, направленных на снижение двигательной активности и частичной диссоциации от телесных проявлений. Появляется своего рода отрицание телесных импульсов, снижение их переработки с сохранением зон возбуждения в коре головного мозга. Такая рассогласованность между телесными и эмоциональными проявлениями, и когнитивной переработкой снижает способность чувственного восприятия дыхания и волевого контроля над дыханием, и как в противовес ему усиливается мышечный контроль с возникновением хронических мышечных зажимов. В конечном итоге сдерживание дыхания приводит к сдерживанию и двигательной активности, так как больному становится достаточно сложно отличить нарушения дыхания, возникающие из-за болезни, от задержки дыхания имеющее психологическую природу. В связи с этим мы выбрали методы психотерапии направленные на реконструкцию дыхательных и эмоциональных патологических паттернов, сформировавшихся в процессе болезни, с восстановлением телесности.

Для построения психотерапевтической программы были выделены мишени психотерапевтического влияния данной категории больных – это дыхательные и двигательные паттерны.

Первая мишень психотерапии – дыхание как психофизиологический процесс. Выделяются две зоны влияния. Первая – это ряд неприятных ощущений, испытываемых больными, которые могут возникать как при физиологических нарушениях, так и при стрессовых состояниях. Здесь мы учитывали тот факт, что определенные нарушения дыхания, вне зависимости от их природы в конечном итоге психикой достраиваются как негативные переживания несущие психологическую окраску. К ним относятся ощущение нехватки воздуха, которое возникает не только при нарушениях бронхолегочной системы, но и является ярким проявлением выраженной степени тревоги, а так же наблюдаются в состоянии дистресса и при страхе смерти как экзистенциального, так и невротического характера. Учащенное поверхностное дыхание, которое испытывают больные, особенно при физических нагрузках, так же возникает при распознавании опасности без возможности физического отреагирования.

По данным литературы частые повторения такого дыхания приводят к формированию мышечных зажимов не отреагированных эмоций [7]. Второе звено – это собственно неприятные ощущения, связанные с особенностью заболевания и являются физиологическими, но имеющие тенденцию к усилению при негативном психологическом подкреплении. Это собственно обструктивные нарушения.

Если мы обратимся к медицинским источникам, то при обструкции для фазы выдоха характерно избыточное накопление остаточного воздуха в периферических отделах легких, оказывающее отрицательное механическое влияние на сам акт дыхания. Расширяется мертвое пространство, что способствует затруднению глубокого вдоха, снижению насыщения кислородом внутренних органов и появлению неприятных ощущений [5]. Таким образом, физиологическое нарушение дыхания вызывает чувство страха и нарастающей паники, но в тоже самое время, избыточная тревога и страх из-за своей невыносимости прерываются повышенными зажимами и спазмами, с заменой свободного паттерна дыхания на негативный. Вследствие этого соматическое нарушение становится само по себе стрессором, с которым больной не может справиться, что на физиологическом уровне проявляется в виде соматосенсорного усиления, которое выступает как личностное реагирование на телесные ощущения, воспринимаемые как тревожные или потенциально опасные. Поэтому первым этапом психотерапевтического взаимодействия мы выделили установление доверительных отношений в процессе которого повышалась активность больного по преодолению заболевания и его травмирующего влияния.

Так как наши реакции на окружающую действительность носят автоматический характер, а физиологические сдвиги, вызванные эмоцией, возникают раньше, чем их осознание, а порой и вовсе остаются эквивалентами не проявленных эмоций, мы включали в психотерапию для этих пациентов метод активной релаксации с реконструкцией прошлого опыта. Данный метод направлен на восстановление равновесия гомеостаза посредством саморегуляции, реализующейся через установление баланса между воспроизведением заданных телесных ощущений и рефлекторным ответом [9]. Механизмы саногенеза данного метода реализуются за счет активного влияния на вегетативное звено эмоций посредством перенасыщения нейтральной информацией, идущей из организма, что способствует затуханию негативных мыслей и эмоций. Переструктурирование привычных связей и развитие антистрессовых тенденций формировалось под действием попеременной целенаправленной концентрации внимания на различных органах и системах, с последующим расслаблением. Функция биологической обратной связи реализовывалась через концентрацию внимания на текущем сенсорном опыте и извлечении из памяти нужных состояний, с последующим их воспроизведением. На этой основе, включая специальные ды-

хательные упражнения, которые способствуют восстановлению свободного дыхания, мы формировали новый дыхательный паттерн.

Второй мишенью психотерапевтического влияния выступали телесные проявления неотрегированных эмоций. Взаимосвязь физического и эмоционального состояния давно известна. Любые стрессовые состояния сопровождаются повышенными мышечными напряжениями, и чем выше стресс, тем сильнее выражены эти напряжения, что способствует усугублению состояния больного. При длительном мышечном напряжении не высокой интенсивности пациент привыкает к своему состоянию мышечных психологических защит. Но так как мышечные ответы являются специфичными для каждой травмирующей ситуации, и затрагивают определенные группы мышц, то постепенно образуется такой стереотип движений, поддержания позы и дыхания, чтобы сохранять максимально нетронутым психотравмирующую ситуацию, блокируемую мышцами. Затяжные постоянно повторяющиеся негативные переживания способствуют формированию специфических нарушений на телесном уровне [8].

По нашим наблюдениям мы отмечали, что для больных ХОЛБ характерно снижение двигательной активности, которая связана как с самой болезнью, так и с плохой переносимостью физических нагрузок из-за неустойчивых эмоциональных состояний, повышенной тревоги, быстрой психической истощаемости. Такое поведение, в конечном итоге, формирует прочный круг, где физиологические проблемы со здоровьем снижают уровень физической активности, а психологические факторы, призванные к мобилизации ресурсов на восстановление или сохранение жизни и здоровья, способствуют еще большему снижению этой активности. Поэтому мы достаточно часто наблюдаем, с какой неохотой эти больные идут на программы физической реабилитации. Как им бывает достаточно трудно вести более активный образ жизни. Наши наблюдения показывают, что больных с ХОБЛ пугает не только двигательная активность, но и более выразительные и полные эмоции, расширение социальных контактов и общения. Таким образом, неосознанные внутриличностные конфликты преломляются в болезни. Человек подсознательно начинает выбирать болезнь, как форму оправдания той жизненной ситуации, которая сложилась. И, как следствие, чем дольше длится заболевание, тем большее значение приобретают психологические факторы. Отчуждение от определенных эмоций, сдерживание экспрессивных проявлений как двигательных, так и эмоциональных, формировали у этих больных зоны мышечных напряжений в виде следов памяти о не до прожитых или не прожитых эмоционально значимых ситуациях.

Поэтому психотерапевтическая работа была направлена на высвобождение заблокированной вегетативной энергии и чувств, проживание эмоциональных состояний через тело и формирование здорового двигательного паттерна с последующим нахождением своих собственных оптимальных

двигательных режимов. Как отмечает в своих работах А. Лоуэн, обозначение собственных границ и развитие простой и понятной телесной коммуникативной системы является выражением психического здоровья. Для реализации этих задач мы выбрали танцевально-двигательную терапию. Главной особенностью этой психотерапии является определенная музыка и особенно ритм, наличие группового процесса [10]. Она отличается просто от выполнения упражнений тем, что затрагивает глубинные подсознательные слои психики, соединяя воедино телесные движения, и пробуждает движения чувственные. Танцевально-двигательная терапия относится к экспрессивным видам психотерапии, здесь механизм саногенеза реализуется через развитие или восстановление исцеляющего креативного процесса. В процессе психотерапевтической работы терапевтический контакт осуществлялся посредством движений и ритмической групповой активности. Уделялось внимание восстановлению связи между телесными проявлениями, физическим и эмоциональным состоянием. Символическое выражение эмоций в танце давало возможность больным более полно и безболезненно их проживать через тело. Проработка мышечного аспекта динамического напряжения путем отреагирования через свободные танцевальные движения, нахождение собственного ритма и умение чувствовать ритм других, способствовало развитию способности реализовывать себя в окружающем мире. Особая роль уделялась дыханию и умению его контролировать в процессе движений, выбирая оптимальный ритм с последующим усилением экспрессии и длительности двигательной активности. В процессе психотерапевтической работы наблюдалась гармонизация движений, дыхания и собственного ритма, что способствовало восстановлению доверия больного не только к своему телу, но и к самому себе.

По нашим наблюдениям развитие навыков самонаблюдения, умение отслеживать собственные ощущения, гармонизация дыхания и движения является важным в концентрации внимания и одним из этапов управления эмоциями. Упражнения, которые тренируют навыки внимания к привычным ощущениям, являются почвой для восстановления естественного и непосредственного переживания полноты чувств. Умение улавливать свой собственный ритм дыхания и движения, быть в состоянии полной захваченности непосредственным опытом, присутствие в том, что непосредственно делается, способствует гармоничному развитию индивидуального и приспособления к своей среде. Поэтому воздействие на эмоциональную сферу больных через телесную экспрессию, дыхательную регуляцию является неременным условием роста личности.

Таким образом, психотерапевтические методы, направленные на снятие мышечных зажимов, увеличение экспрессии движений, восстановление свободного аутентичного двигательного паттерна, тренировки дыхания, переструктурирования негативного опыта, повышающие стрессоустойчивость способствуют восстановлению доверия к себе

и своему телу и улучшению качества жизни пациентов с ХОБЛ.

**Литература**

1. Михайлов Б. В. Психотерапия / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений. – Харьков, 2002. – 768 с.

2. Кришталь В. В. Нозогении при артериальной гипертензии / В. В. Кришталь, И. В. Дроздова, Г. В. Дзяк. – Днепропетровск.: Пороги, 2008. – 288 с.

3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А. С. Белевского. — М.: Российское респираторное общество, 2012. – 80 с.

4. Перцева Т. А. Реабилитация больных ХОЗЛ: время действовать / Т. А. Перцева // Медицинская

газета «Здоровье Украины». – 2009. – № 9. – С. 26–27.

5. Яшина Л. А. Синдром одышки в практике пульмонолога / Л. А. Яшина // Медицинская газета «Здоровье Украины». – 2009. – № 9. – С. 14–16.

6. Булюбаш И. Д. Руководство по гештальт-терапии / И. Д. Булюбаш. – М.: Психотерапия, 2011. – 768 с.

7. Райх В. Анализ характера / В. Райх. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 528 с.

8. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера / А. Лоуэн. – М.: ПАНИ, 1996. – 320 с.

9. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. Физиологически ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ) / М. Е. Сандомирский. – М.: Институт психотерапии, 2001. – 336 с.

10. Гренлунд Э. Танцевальная терапия. Теория. Методика, практика / Э. Гренлунд, Н. Ю. Оганесян. – СПб.: Речь, 2011. – 288 с.



УДК 616.71-018.3-002:616-036.82

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

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

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

**Резюме**

*В статті розглянуті групи психологічних факторів у зв'язку із високою розповсюдженістю захворювань периферичної нервової системи серед дорослого населення і значною частотою розвитку ускладнень, які несприятливо впливають на фізичний стан, психоемоційну сферу хворої людини. Визначений висновок щодо впливу психологічних факторів на формування дезадаптивного характеру особистості у цих осіб, що значно перешкоджали реалізації програм реабілітації хворих із професійними захворюваннями периферичної нервової системи.*

**Ключові слова:** захворювання периферичної нервової системи, психологічні фактори, обмеження життєдіяльності.

**Summary**

*The article deals with a group of psychological factors in the high rate of diseases of the peripheral nervous system of the adult population and a significant incidence of complications that adversely affect the physical condition, psychological and emotional sphere of the sick person. It is concluded that the impact of psychological factors on the nature of maladaptive personality in these individuals that will largely prevent the implementation of programs for the rehabilitation of patients with occupational diseases of the peripheral nervous system.*

**Key words:** diseases of the peripheral nervous system, psychological factors limiting activity.

Среди неврологических заболеваний, связанных с воздействием профессиональных факторов, синдром невропатии и полинейропатии занимает ведущее место. Поражения периферической нервной системы обуславливают ограничения жизнеде-

ятельности, что приводит к инвалидизации этой категории больных и нарушению их качества жизни. Симптоматика полинейропатий обусловлена совместным поражением сенсорных, моторных и вегетативных частей периферических нервов, что