

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. Булобаш И. Д. Руководство по гештальт-терапии / И. Д. Булобаш. – 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 перешкоджає 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

обуславлює наявність в клінічній картині комбінації трьох видів симптомів (сенсорних, моторних і вегетативних).

Середі захворювань периферическої нервної системи полінейропатії займають друге місце після вертеброгенних уражень і, без сумніву, є частішою причиною тимчасової втрати працездатності, розвитку стійких обмежень життєдіяльності, інвалідності, і зв'язок проявлень з психологічним станом людини дуже суттєва [1].

Актуальність вивчення психологічних предикторів полінейропатій, як однієї з варіантів психосоматических захворювань, визначається як високою поширеністю захворювання серед дорослого населення, так і значною частотою розвитку ускладнень, які несприятливо впливають на фізичний стан, психоемоційній сфері хворого людини. Дегенеративні захворювання периферическої нервної системи викликають тривале порушення працездатності і суттєво знижують якість життя. Довготривале болюче страждання, негативні емоційні переживання, пов'язані з болючими проявленнями, призводять до значного зниження якості життя пацієнтів, що проявляється в обмеженні спілкування і неможливості повноцінного участя в соціальному житті [2].

Велике вплив на виникнення і прогресування захворювання периферическої нервної системи викликає психогенний фактор. Довірено, що ризик розвитку болю значно вище у осіб з великою кількістю стресових ситуацій у житті. В частині, близько 25% пацієнтів з болями в спині спробували хронічний стрес, а 10% опитаних назвали стрес безпосередньою причиною виникнення таких. Не викликає сумніву, що психологічні фактори значно впливають на інвалідизацію, пов'язану з болем, частоту і тривалість болючих епізодів. Крім того, значимою складовою болю є «катастрофізація» – дуже негативне уявлення хворого про власне здоров'я, асоціація болю з найгіршими прогнозами [3].

Психічне напруження, виникаюче у цього контингенту хворих в результаті наростаючої нетрудоспособності і інвалідизації, є джерелом дезадаптації особистості з її різними проявленнями в формі розладів непсихотического реєстра. Можливість виникнення цих розладів, їх характер, частота, вираженість і динаміка залежать від взаємодії різних факторів, таких як характер захворювання, особистісні особливості, соціальні фактори, що є стресовим ударом для індивідуума, в результаті якого виникають психічні розлади, пов'язані з психогенією [4].

Всі ці фактори призводять до зниження працездатності хворих, більшість з яких стикається з рядом медических, соціальних і тривожно-депресивних проблем, що негативно впливають на якість їх життя. Встає питання не тільки медическої, але і соціально-

психологічної реабілітації цього контингенту хворих.

Александр Ф. в своїх роботах відзначав, що в положенні туловища проявляється несприятливо переживане внутрішнє стан людини. «Прямий стан», який людина намагається зберегти при зовнішніх перешкодах і внутрішніх суперечках, відображає його внутрішнє стан.

Протистояти натиску середовища, предметів і людей, доросла людина повинна зберігати стійкість, відстоювати своє положення, не схилятися, але і не напружитися надмірно. Є багато звичайних мовних оборотів, описують зусилля, направлені на те, щоб не зігнутися і не піддатися тиску, щоб не залишитися твердим і незламним при тривалому напруженні, а також, щоб не бути несговорливим або надто м'яким в стосунках з іншими людьми. Тому не дивно, що епідеміологічно хронічний біль в спині і попереку є однією з найбільш частих скарг загальної природи. Він зустрічається у здорових людей, в тому числі при сильному м'язовому напруженні, а також в зв'язку з функціональними розладами як друге по частоті порушення, набуває характеру хвороби, що вказує на її соціально-медическе значення.

Страх і тривога здатні призводити до напруженню скелетних м'язів і сприяти формуванню м'язового каркаса, який, в свою чергу, може спровокувати формування неадекватного м'язового стереотипу, що в механізмі уражень хребта відіграє важливу роль саме емоційний стан людини [5].

За думкою Карвасарського Б. Д., емоційно-особистісні зміни можуть грати роль як первинних, так і вторинних тригерів в механізмах запуску і підтримки патологічного процесу на всіх стадіях його розвитку, що має особливе значення в наше час, характеризується значним зростанням частоти тривожно-депресивних і тривожно-фобіеских розладів. Часте поєднання тривоги і депресії навіть викликало необхідність виникнення терміна «смішані тривожно-депресивні стани» [6].

Шухов В. С. в своїх дослідженнях відзначає, що найбільш часто (у 61% хворих) на преморбідному фоні виявляється синдром невротическої гіпотонії, основним компонентом якого є знижений фон настроєння, не досягає ступеня тоски. Погіршення настроєння звичайно поєднується з легкою тривогою, астеною, погіршенням апетиту і ночного сну. Астеничний синдром, в преморбіді, відзначається у 42,8% хворих. Слід відзначити, що у більшості переважає гіперстеніеская форма астениеского синдрому. Тривожно-фобіескі симптоми в преморбіді захворювань периферическої нервної системи спостерігалися у 28,6% хворих. Відсутність ефективно психологічної допомоги на етапах первинної і вторинної профілактики призводить до ускладненню перебігу захворювання, до відмови пацієнта

ентов от профессиональной деятельности или снижению эффективности их труда до 40 % [7].

Болевой синдром и различные осложнения данного заболевания сами по себе представляют мощный психотравмирующий фактор, который при наличии определенных особенностей личности больных и недостаточности механизмов психологической защиты может привести к развитию невротических расстройств.

Распространенность профессиональных заболеваний периферической нервной системы обуславливает возрастание интереса к данной проблематике, разработку дифференцированного подхода к терапии и реабилитации с учетом клинико-функциональных особенностей течения заболевания и психологических особенностей пациентов.

На базе ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины» проводится исследование психологических особенностей лиц с заболеваниями периферической нервной системы в рамках научной тематики «Усовершенствование технологии проведения медико-социальной экспертизы инвалидов вследствие профессиональных заболеваний периферической нервной системы с разработкой количественных оценочных критериев и экспертно-реабилитационных программ: медицинские, социальные и психологические аспекты». В комплекс психологического обследования входит методический инструментарий, позволяющий выявить психологические особенности лиц с заболеваниями периферической нервной системы.

Для исследования личностных свойств в исследовании включен сокращенный вариант ММРІ – опросник «Мини-муль», который был предложен американскими психологами. Адаптация была проведена в институте им. В. Н. Бехтерева Ф. Б. Березиным и М. П. Мирошниковым. Диагностика типов отношения к болезни проводится при помощи личностного опросника Бехтеревского института (ЛЮ-БИ). Также в психодиагностический инструментарий включены методики для исследования качества жизни (SF – 36), механизмов психологической защиты (Опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля») и копинг-стратегий (копинг-тест Лазаруса). По заданной схеме прошли обследование 32 пациента института. Общая психологическая тенденция пациентов с заболеваниями периферической нервной системы направлена в сторону развития дезадаптивного невротического профиля личности с пиками по шкалам депрессии, истерии и психастении. Это определяет повышенную тревожность, эмоциональную ригидность, пониженную самооценку, пессимистическую оценку перспектив и интрапунитивность, сочетающиеся с постоянной внутренней напряженностью, тревогой и страхами, что проявляется на фоне демонстрации своего состояния, стремлением вызвать покровительственное отношение со стороны окружающих, подчеркнутой

беспомощностью. Все вышеперечисленное способствует легкости возникновения различных декомпенсаций. При этом пациенты болезненно воспринимают сомнения относительно своего здоровья, могут реагировать по типу «отказа от общения». Для пациентов с заболеваниями периферической нервной системы характерны реакции, сопровождающиеся чувством вины, аутоагрессии, в крайней степени могут доходить до усиления депрессивных тенденций.

Отсутствие эффективной психологической помощи больным на начальных этапах заболевания приводит к ухудшению течения заболевания, его трансформации, повышает резистентность к терапии. Следует подчеркнуть, что включение психотерапии и психокоррекции в комплекс лечебных мероприятий действительно позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома.

Все вышеизложенное, на наш взгляд, указывает на целесообразность использования психологических методов в ранней диагностики личностных качеств, способствующих развитию заболевания, для своевременной профилактики и комплексной терапии больных с заболеваниями периферической нервной системы.

Литература

1. Фищенко В. Я. Консервативное лечение остеохондроза позвоночника / В. Я. Фищенко, Г. Ф. Мартыненко, В. А. Швец, В. С. Шаргородский. – Киев: Здоров'я, 1989. – 168 с.
2. Колядко С. П. Немедикаментозная коррекция эмоциональной саморегуляции у больных невралгией и неврозом навязчивых состояний / С. П. Колядко // Український вісник психоневрології, 1996. – Т. 5, вип. 1. – С. 95–101.
3. Заболевания периферической нервной системы в практике невролога / научно-практическая конференция «Патоморфоз заболеваний нервной системы» // Медична газета здоров'я України, 2012. – № 3(22) – С. 16–17.
4. Александровский Ю. А. Психиатрические, психологические и неврологические характеристики больных с хроническими болями в спине / Ю. А. Александровский, Н. Н. Яхно, А. С. Аведисова и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – № 4. – С. 26–30.
5. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С. Могилевского. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
6. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов. – Кишинёв: Штиинца, 1998. – 166 с.
7. Шухов В. С. Реабилитация: методические подходы к определению эффективности и прогнозированию результатов лечебно-профилактической помощи / В. С. Шухов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1989. – Т. 89, вып. 10.

