

ством профилактики первичной детской инвалидности.

Создание системы реабилитации с разработкой нормативно-правовой базы, типизацией учреждений, оснащением их современной реабилитационной аппаратурой и оборудованием, стандартизацией услуг, определением критериев эффективности реабилитации, плановой подготовкой специалистов в области детской реабилитологии позволило бы решить многие проблемы.

Междисциплинарный межведомственный подход в реабилитации детей раннего возраста – шанс избежать или уменьшить степень тяжести детской инвалидности.

Литература

1. Бак А. Забота и уход / А. Бак, К. Грюневальд – СПб.: Институт раннего вмешательства, 2001.

2. Зелинская Д. И. Основы детской реабилитологии // Педиатрия – 2012. – Том 91. – № 3. – С. 16–20.

3. Зелинская Д. И. Инвалидность детского населения России / Д. И. Зелинская Р. Н. Терлецкая. – М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008 – С. 135–160.

4. Лильин Е. Т. Детская реабилитология / Е. Т. Лильин, В. А. Доскин – М.: «Литерра», 2011.

5. Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии: доклад ЮНИСЕФ, 2005.

6. Современные технологии реабилитации в педиатрии // Под ред. Е. Т. Лильина – М., 2000, 2003, 2005; тт. 1, 2, 3.

7. Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности. Современные подходы в реабилитации / Сост. Е. В. Ключкова. – СПб.: Изд-во «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», 2003.



УДК 616.118: 616.9–008.19

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ И КОММУНИКАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

И. В. Дроздова, Ю. А. Гончар, В. В. Храмцова, А. Е. Голубева

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

Психические изменения, наблюдающиеся при формировании и развитии артериальной гипертензии (АГ), изучены достаточно давно [1, 2, 5, 6, 8]. П. Е. Вишневский [5] выделил четыре состояния психических изменений у больных АГ: прегипертензивная (неврастеническая) фаза, и три препсихотические фазы – гипертензивная утомляемость и раздражительность; псевдоневрастенический синдром, эмоционально-двигательное торможение, эйфорическое состояние; и невротический, эпилептиформный, дистимический, сумеречный, делириозный, шизоформный синдромы. В дальнейшем, Е. С. Авербух [1] разделил психопатологические проявления при АГ на четыре следующие основные группы: невротические и психопатоподобные состояния (псевдоневрастенические, псевдофобические, псевдопсихопатические); аффективно-личностные психотические состояния (тревожно-депрессивные, тревожно-бредовые, тревожно-экстатические); состояния нарушенного сознания (сумеречные, оглушенные, тревожные сновидения); состояния слабости (снижение личностных возможностей, лаку-

нарная деменция, амнестическая деменция, псевдопаралитическая деменция, постапоплектическая деменция, псевдосенильная деменция); смешанные (комбинированные) состояния. И. С. Еремеев [6] выделил четыре психопатоподобных варианта: чистый астенический; астенообсессивный; астенопсихондрический; эксплозивный. При этом все исследователи сходятся во мнении, что диапазон нервно-психических расстройств у больных АГ достаточно широк: от легких астенических состояний до выраженных когнитивных расстройств [1, 8, 13].

Цель исследования – изучить интеллектуальные, эмоционально-волевые и коммуникативные особенности больных на разных стадиях артериальной гипертензии.

Материалы и методы

Ретроспективно были использованы материалы обследования 40 больных АГ 1-й и 2-й стадии, проводившегося в КРУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова». На базе ГУ «Украинский государ-

ственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины» было обследовано 20 больных с АГ 3-й стадии, перенесших в прошлом мозговую инсульт. Критерием включения в исследование была эссенциальная АГ 1-3-х стадий у больных в возрасте 40–59 лет.

Для определения характерологических черт больных применяли методику Р. Кеттелла [10]. Оценивали факторы А (замкнутость-общительность), В (интеллект), Е (подчиненность-доминантность), F (озабоченность-беспечность), G (подверженность чувствам-высокая нормативность поведения), Н (робость-смелость), I (жесткость-чувствительность), L (доверчивость-подозрительность), М (практичность-развитое воображение), N (прямолинейность-дипломатичность), О (уверенность в себе-тревожность), Q1 (консерватизм-радикализм), Q2 (конформизм-нонконформизм), Q3 (низкий-высокий самоконтроль), Q4 (расслабленность-напряженность). На основе качественного и количественного анализа содержания личностных факторов и их взаимосвязей, выделены следующие блоки факторов: интеллектуальные (факторы В, М, Q1), эмоционально-волевые (факторы С, G, I, О, Q3, Q4) и коммуникативные (факторы А, Н, F, Е, Q2, N, L).

Статистическая оценка выборки включала первичный статистический анализ: оценку среднего арифметического (M), среднего квадратичного отклонения (S), ошибку средней арифметической (m). Для оценки различий между выборками использовали критерии однородности. Уровень доверительной вероятности (р) считали > 0,95 [11].

Результаты и их обсуждение

Усредненный характерологический профиль больных АГ 1-й и 2-й стадий, охарактеризованный по методике Р. Кеттелла, укладывался в пределы нормы и практически не имел ни низких, ни высоких оценок, тогда как у лиц с АГ 3-й стадии было очень много низких оценок.

Как описано в литературе, в начальных стадиях АГ у больных преобладают явления повышенной раздражительности, плаксивости, быстрой утомляемости, вспыльчивости, пониженного настроения, снижение работоспособности, головная боль, нарушение сна с тревожными сновидениями, ощущение разбитости по утрам, которые в дальнейшем проявляются психической астенией, усложняющейся за счет ситуационно-реактивных расстройств. Соматогенная астенция проявляется гипостеническим синдромом и повышенной утомляемостью, апатией, вялостью, раздражительностью в виде непереносимости резких звуков и шумов [1, 5, 6].

По результатам наших исследований, у больных АГ 1-й стадии самыми высокими были показатели +G (выраженная сила «Я»-беспринципность), +Q3 (высокий-низкий самоконтроль), +O (уверенность в себе-тревожность); самыми низкими –Q1 (радикализм-консерватизм), –F (озабоченность-беспечность), –I (жесткость-чувствительность). Для этих лиц были характерны осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в дости-

жении цели, точность, ответственность, деловая направленность (+G). Развитый самоконтроль, точность выполнения социальных требований привели к тому, что эти больные следовали своему представлению о себе, хорошо контролировали свои эмоции и поведение, доводили всякое дело до конца. Им были свойственны целенаправленность и интегрированность личности, высокий уровень внутреннего контроля поведения (+Q3). Вместе с тем, у них наблюдались тревожность, депрессивность, ранимость, впечатлительность (+O). Такие люди характеризовались консерватизмом, устойчивостью по отношению к традиционным трудностям; они знали, во что должны верить, и несмотря на несостоятельность каких-то принципов, не искали других, с сомнениями относились к новым идеям, склонны были к морализации и нравоучениям. Они противились переменам и не интересовались аналитическими и интеллектуальными соображениями (–Q1). Больным было свойственно благоразумие, осторожность, рассудительность, молчаливость, склонность все усложнять, некоторая озабоченность и пессимизм в восприятии действительности (–F). Одновременно этим лицам присущи мужественность, самоуверенность, рассудительность, реалистичность суждений, практичность, жесткость, черствость по отношению к окружающим (–I).

Среди интеллектуальных факторов у пациентов этой группы были наиболее выраженным фактор В (интеллект), что свидетельствовало о наличии у них абстрактного мышления, сообразительности и быстрой обучаемости, связанных с уровнем вербальной культуры и эрудицией. Несколько ниже, чем у больных с АГ 2-й стадии, были факторы М (практичность-развитое воображение) и Q1 (консерватизм-радикализм).

Эмоционально-волевые факторы были у лиц с АГ 1-й стадии наиболее выраженными: С (эмоциональная устойчивость-неустойчивость), G (подверженность чувствам-высокая нормативность поведения), I (жесткость-чувствительность), O (уверенность в себе-тревожность), Q3 (низкий-высокий самоконтроль), Q4 (расслабленность-напряженность). Таким пациентам были характерны выдержка, высокая работоспособность, эмоциональная зрелость, реалистический настрой. Они хорошо следовали требованиям группы, характеризовались постоянством интересов, малым эмоциональным утомлением, хотя изредка были эмоционально ригидны и нечувствительны (+С). У них наблюдалось осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в достижении цели, точность, ответственность, деловая направленность (+G). Больным АГ 1-й стадии были присущи мягкость, устойчивость, зависимость, стремление к покровительству, склонность к романтизму, артистичность натуры, женственность, художественное восприятие мира (+I). И вместе с тем, им были свойственны тревожность, депрессивность, ранимость и впечатлительность (+O). Развитый самоконтроль, точность выполнения социальных требований проявлялись у них в следовании своему представлению

о себе, хорошем контроле своих эмоций и поведения, целеустремленности и интегрированности личности (+Q3). Напряженность, фрустрированность, наличие возбуждения и беспокойства у них могли выступать результатом повышенной мотивации, активной неудовлетворенности стремлений.

К особенностям межличностного взаимодействия у больных АГ 1-й стадии можно было отнести высокие уровни факторов А (замкнутость-общительность), Н (робость-смелость) и средние уровни факторов F (сдержанность-экспрессивность), Е (подчиненность-доминантность), Q2 (конформизм-неконформизм), N (прямолинейность-дипломатичность), L (доверчивость-подозрительность). Такие люди были открыты и добросердечны, общительны и добродушны, им были свойственны естественность и непринужденность в поведении, внимательность, доброта, мягкосердечность в отношениях. Они охотно работали в группах, были активными в устранении конфликтов, доверчивы, не боялись критики, испытывали яркие эмоции, живо откликались на любые события (+А). Им были свойственны социальная смелость, активность, готовность иметь дело с незнакомыми обстоятельствами и людьми, склонность к риску, свободное и расторможенное поведение (+Н).

По мере прогрессирования АГ, как показано в ряде работ [5, 6, 8, 9], аффективные расстройства приобретают характер, свойственный органическим заболеваниям: усиливаются неустойчивость настроения и плаксивость, раздражительность становится постоянной, иногда приступообразного характера, появляется подавленное настроение, особенно в периоды ухудшения самочувствия. Печальное, подавленное, мрачное, угрюмое или тоскливое настроение, постоянное ожидание какого-либо несчастья, беспричинная тревога с немотивированными или недостаточно обоснованными опасениями, страхами за себя и своих близких; самые мрачные прогнозы в отношении будущего и своего здоровья, обуславливают у этих больных эмоциональную насыщенность ипохондрических представлений и становятся обычными психопатологическими явлениями при АГ [13].

У пациентов с АГ 2-й стадии самыми высокими были показатели +G (выраженная сила «Я» – беспринципность), +Q3 (высокий-низкий самоконтроль), +М (практичность-богатое воображение), самыми низкими – -Q1 (радикализм-консерватизм), -F (озабоченность-беспечность), -С (эмоциональная устойчивость-неустойчивость). Как и у больных с АГ 1-й стадии, при прогрессировании заболевания, пациентам были присущи определенные нормы и правила, которые регулировали их поведение и отношение к происходящему, они осознанно их соблюдали, были настойчивы в достижении цели, точными, ответственными, имели деловую направленность (+G). Такие лица ориентировались на свой внутренний мир, имели высокий творческий потенциал и развитое воображение (+М); и вместе с тем развитый самоконтроль, высокую точность выполнения социальных требований. Они хорошо контролировали свои эмоции и поведение,

следовали своим представлениям о себе, были целенаправленными и интегрированными личностями (+Q3). Как и при начальной стадии АГ, так и при ее прогрессировании, пациенты были консервативны, устойчивы к трудностям, с сомнениями относились к новым идеям, склонны были к морализации и нравочужению. Они противились переменам и не интересовались аналитическими и интеллектуальными соображениями (-Q1). Больным с АГ 2-й стадии также было свойственно благоразумие, осторожность, рассудительность, молчаливость, склонность все усложнять, некоторая озабоченность и пессимизм в восприятии действительности (-F). В отличие от лиц с АГ 1-й стадии, при прогрессировании заболевания отмечались снижение толерантности к фрустрации, повышалась чувствительность и изменялись интересы, появлялись раздражительность, утомляемость, невротические симптомы (-С).

Среди интеллектуальных факторов у пациентов этой группы были наиболее выраженными факторы М (практичность-развитое воображение) и Q1 (радикализм-консерватизм), несколько ниже был фактор В (интеллект). При этом можно говорить о развитом воображении этих лиц, ориентации на свой внутренний мир, высоком творческом потенциале (+М), критическом настрое, наличии у них интеллектуальных интересов и аналитического мышления, хорошей информированности. Они были более склонны к экспериментам, спокойно воспринимали новые взгляды и перемены, не доверяли авторитетам, на веру ничего не принимали (+Q1).

Среди эмоционально-волевых факторов при прогрессировании заболевания наиболее выраженными оставались: G (подверженность чувствам-высокая нормативность поведения), I (жесткость-чувствительность), тогда как С (эмоциональная устойчивость-неустойчивость), O (уверенность в себе-тревожность), Q3 (низкий-высокий самоконтроль), Q4 (расслабленность-напряженность) – значительно снижались в сравнении с больными с АГ 1-й стадии. У них наблюдалось осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в достижении цели, точность, ответственность, деловая направленность (+G); с одновременным присутствием мягкости, устойчивости, зависимости, стремления к покровительству, склонности к романтизму, артистичности натуры, женственности, художественного восприятия мира (+I).

У больных АГ 2-й стадии уменьшались выдержка, снижались работоспособность, эмоциональная зрелость и реалистический настрой. Они в меньшей степени следовали требованиям группы, постоянно сохраняли определенные интересы, быстро эмоционально утомлялись, часто были эмоционально ригидны и нечувствительны (+С). Им были присущи тревожность, депрессивность, ранимость и впечатлительность (+O). Снижение развитого самоконтроля и точности выполнения социальных требований проявлялись у них в ухудшении контроля за своими эмоциями и поведением, уменьшении целеустремленности и интегрированности личности (+Q3). Напряженность, фрустриро-

ванность, наличие возбуждения и беспокойства у них могли быть результатом снижения мотивации, частичной удовлетворенности стремлений (+Q4).

К особенностям межличностного взаимодействия у больных АГ 2-й стадии относились высокие уровни факторов А (замкнутость-общительность), Q2 (конформизм-неконформизм), N (прямолинейность-дипломатичность) и уменьшение уровней факторов Н (робость-смелость), F (сдержанность-экспрессивность), Е (подчиненность-доминантность), L (доверчивость-подозрительность). Как и при АГ 1-й стадии, при прогрессировании заболевания у пациентов отмечались открытость и добросердечность, общительность и добродушие, естественность и непринужденность поведения, внимательность, доброта, мягкосердечность в отношениях. Они охотно работали в группах, были активными в устранении конфликтов, доверчивы, не боялись критики, испытывали яркие эмоции, живо откликались на любые события (+А). Такие люди предпочитали собственные решения, были независимыми, следовали по выбранному ими самими пути, сами принимали решения и сами действовали, имея частное мнение, не стремились навязать его окружающим. Нельзя сказать, что они не любили людей, они просто не нуждались в их одобрении и поддержке (+Q2). Им были характерны расчетливость, пронизательность, разумный и сентиментальный подход к событиям и окружающим людям (+N).

В дальнейшем симптомы органической астении усложняются, аффективные реакции укорачиваются и усиливаются, увеличивается их лабильность и спонтанность, беспричинные колебания настроения приводят к реакциям по типу истеро вегетативных пароксизмов [7]. Особенно часто указывается на интерперсональное напряжение в структуре личности больных АГ, существующие между агрессивными импульсами и чувством зависимости [3]. Одни авторы отмечали у больных АГ эмоциональную возбудимость, вязкость и ригидность [8], другие – активность, энергичность и уверенность в себе [4], третьи – впечатлительность, тревожность, мнительность, вязкость, склонность к длительным переживаниям, обидчивость [14], четвертые – доминантность, авторитарность в сочетании с повышенной чувствительностью к различным стрессам [15].

У больных АГ 3-й стадии, в отдаленный период после перенесенного инсульта, самыми высокими были показатели +F (озабоченность-беспечность), +L (доверчивость-подозрительность), +Е (подчиненность-доминантность), самыми низкими – -Q1 (радикализм-консерватизм), -Q3 (низкий-высокий самоконтроль), -М (практичность-развитое воображение), -А (замкнутость-общительность), -G (подверженность чувствам-высокая нормативность поведения).

Такие лица были властными, независимыми, самоуверенными, упрямыми до агрессивности. Независимость в суждениях и поведении приводила к тому, что свой образ мыслей они были склонны считать законом для себя и окружающих. В кон-

фликтах такие лица обвиняли других, не признавали власти и давления со стороны, предпочитали авторитарный стиль, боролись за высокий социальный статус, были конфликтны и своенравны (+Е). Их импульсивность, жизнерадостность, беспечность, разговорчивость и подвижность требовали социальной значимости социальных контактов. Эмоциональность, динамичность общения приводили к тому, что они часто хотели стать лидерами в групповой деятельности (+F). Ревность, завистливость, подозрительность, большое самомнение приводило к тому, что их интересы были направлены сами на себя, они были осторожны в поступках, эгоистичны (+L). И это сочеталось у них с консервативностью, устойчивостью по отношению к традиционным трудностям, склонностью к морализации и нравочениям. Они противились переменам и не интересовались аналитическими и интеллектуальными соображениями (-Q1). Такие больные были недисциплинированными, с внутренним конфликтом представлений о себе, не обеспокоены выполнением социальных требований (-Q3). Практичность и добросовестность этих лиц приводила их к ориентации на внешнюю реальность и следованию общепринятым нормам, некоторой ограниченности и излишнему вниманию к мелочам (-М). Пациенты с АГ 3-й стадии характеризовались необщительностью, замкнутостью, безучастностью, некоторой ригидностью и излишней строгостью в оценке людей. Они были скептически настроены, холодны по отношению к окружающим, любили быть в одиночестве, не имели близких друзей, с которыми можно было быть откровенными (-А). Такие люди были склонны к непостоянству, подвержены влиянию случая и обстоятельств, не делали усилий по выполнению групповых требований и норм. Они характеризовались беспринципностью, неорганизованностью, безответственностью, гибкими установками по отношению к социальным нормам. Свобода от влияния норм могла приводить их к антисоциальному поведению (-G).

Среди интеллектуальных особенностей у пациентов этой группы наблюдались резкое снижение всех факторов, в сравнении с АГ 1-й и 2-й стадии, наиболее выраженным оставался фактор В (интеллект), но резко уменьшались факторы М (практичность-развитое воображение) и Q1 (радикализм-консерватизм). Таким пациентам были свойственны конкретность и некоторая ригидность мышления, иногда достигающая эмоциональной дезорганизации мышления (-В); ориентация на внешнюю реальность и следование общепринятым нормам, приводили к некоторой ограниченности и излишней внимательности к мелочам (-М). Консерватизм, устойчивость по отношению к трудностям, склонность к морализации и нравочениям способствовали нежеланию перемен и отсутствию интереса к аналитическим и интеллектуальным соображениям (-Q1).

Среди эмоционально-волевых факторов при прогрессировании заболевания наблюдалось их резкое снижение, менее выраженное по факторам: Q4 (расслабленность-напряженность), О (уверен-

ность в себе-тревожность), I (жесткость-чувствительность), C (эмоциональная устойчивость-неустойчивость); и значительно выраженное по факторам G (подверженность чувствам-высокая нормативность поведения) и Q3 (низкий-высокий самоконтроль). У них наблюдались расслабленность, вялость, спокойствие, низкая мотивация (-Q4), лень, излишняя удовлетворенность и невозмутимость (-O), самоуверенность, реалистичность суждений, некоторая жесткость, черствость по отношению к окружающим (-I). У больных АГ 3-й стадии была низкая толерантность по отношению к фрустрации, высокая подверженность чувствам и переменчивость интересов, склонность к лабильности настроения, раздражительность, утомляемость, невротические симптомы, ипохондрия (-C). Они характеризовались беспринципностью, неорганизованностью, безответственностью, гибкими установками по отношению к социальным нормам. Свобода от влияния норм могла приводить их к антисоциальному поведению (-G). Такие люди недисциплинированы, имеют внутренний конфликт в представлениях о себе, не обеспокоены выполнением социальных требований (-Q3).

К особенностям межличностного взаимодействия у больных АГ 3-й стадии относились снижение всех факторов, менее выраженное у Q2 (конформизм-неконформизм), N (прямолинейность-дипломатичность), F (сдержанность-экспрессивность), E (подчиненность-доминантность) и резкое – у факторов A (замкнутость-общительность), H (робость-смелость), L (доверчивость-подозрительность). Эти больные были зависимы от группы, ориентированы на социальное одобрение, у них часто отсутствует инициатива принятия решений (-Q2), они были прямолинейны, наивны, естественны, непосредственны (-N). Такие лица характеризовались благоразумием, осторожностью, рассудительностью, молчаливостью. Им свойственно было все усложнять, некоторая озабоченность, пессимизм в восприятии действительности. Они сильно беспокоились о будущем, ожидали неудачи; окружающим они казались скучными, вялыми и чрезмерно чопорными (-F). Эти пациенты были застенчивы, склонны уступать дорогу другим, часто оказывались зависимыми, брали вину на себя, тревожились о возможных своих ошибках. Им были свойственны тактичность, безропотность, почтительность, покорность до полной пассивности (-E). Такие больные представлялись необщительными, замкнутыми, безучастными, ригидными и излишне строгими в оценке людей. Они были скептически настроены, холодны по отношению к окружающим, любили быть в одиночестве, не имели близких друзей, с которыми можно было быть откровенными (-A). Они были застенчивы, не уверены в своих силах, робки, предпочитали находиться в тени, отличались повышенной чувствительностью к тревоге (-H).

Заключение

Таким образом, полученные нами результаты обследования пациентов с АГ показали, что у больных АГ 1-й стадии самыми значимыми характеро-

логическими особенностями были: высокие показатели выраженной силы «Я» – беспринципности, высокого-низкого самоконтроля, уверенности в себе-тревожности; низкие – радикализма-консерватизма, озабоченности-беспечности), жесткости-чувствительности. У пациентов с АГ 2-й стадии самыми высокими были показатели выраженной силы «Я» – беспринципности, высокого-низкого самоконтроля, практичности-богатого воображения, самыми низкими – радикализма-консерватизма, озабоченности-беспечности, эмоциональной устойчивости-неустойчивости.

У больных АГ 3-й стадии, в отдаленный период после перенесенного инсульта, самыми высокими были показатели озабоченности-беспечности, доверчивости-подозрительности, подчиненности-доминантности, самыми низкими – радикализма-консерватизма, низкого-высокого самоконтроля, практичности-развитого воображения, замкнутости-общительности, подверженности чувствам-высокой нормативности поведения.

Наиболее существенными при сравнении всех групп были изменения эмоционально-волевой сферы обследованных. Среди них у больных АГ 1-й стадии наиболее выраженными были: эмоциональная устойчивость-неустойчивость, подверженность чувствам-высокая нормативность поведения, жесткость-чувствительность, уверенность в себе-тревожность, низкий-высокий самоконтроль, расслабленность-напряженность. При прогрессировании заболевания, у лиц с АГ 2-й стадии, наиболее выраженными оставались: подверженность чувствам-высокая нормативность поведения, жесткость-чувствительность, тогда как эмоциональная устойчивость-неустойчивость, уверенность в себе-тревожность, низкий-высокий самоконтроль, расслабленность-напряженность – значительно снижались в сравнении с больными с АГ 1-й стадии. У лиц, перенесших инсульт, при АГ 3-й стадии наблюдалось резкое снижение показателей, характеризующих эмоционально-волевую сферу, менее выраженное по факторам расслабленность-напряженность, уверенность в себе-тревожность, жесткость-чувствительность, эмоциональная устойчивость-неустойчивость и значительно выраженное по подверженности чувствам-высокой нормативности поведения и низкого-высокого самоконтроля.

Полученные материалы подтверждают, что изучение интеллектуальных, эмоционально-волевых и коммуникативных особенностей больных АГ необходимо проводить при составлении индивидуальных программ реабилитации таких пациентов, так как именно они лежат в основе формирования комплайенса этих больных.

Литература

1. Авербух Е. С. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте / Е. С. Авербух, М. Э. Телешевская. – М.: Медицина, 1976. – 160 с.
2. Александровский Ю. А. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств / Ю. А. Александровский, Л. М. Барденштейн, А. С. Аведисова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. – 232 с.

3. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр; пер. с англ. С. Могилевского. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
4. Бокий И. В. Некоторые особенности высшей нервной деятельности у больных гипертоническими психозами в процессе их лечения / И. В. Бокий // Журн. высш. нервн. деят. – 1954. – Т. 4, № 4. – С. 339.
5. Вишневский П. Е. О состоянии психики у гипертоников / П. Е. Вишневский // Военно-морской сборник. – М. – Л.: Военмориздат, 1945. – С. 73–80.
6. Еремеев М. С. Варианты психосоматического развития при гипертонической болезни / М. С. Еремеев // Журн. неврол. и психиат. – 1974. – Т. 74, № 4. – С. 1699–1703.
7. Корабельникова Е. А. Психофизиологические особенности невротических расстройств / Е. А. Корабельникова, В. Л. Голубев // Журн. неврол. и психиат. – 2004. – Т. 44, № 10. – С. 69–72.
8. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л.: Изд-во Лен. ун-та, 1960. – 426 с.
9. Наталевич Э. С. Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика, лечение / Э. С. Наталевич, В. Д. Королёв. – Минск: Наука и техника, 1988. – 135 с.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.
11. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка и др.]. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.
12. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
13. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
14. Чазова Л. В. Психологические особенности лиц с пограничной артериальной гипертензией и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Л. В. Чазова, В. М. Иванов // Кардиология. – 1984. – Т. XXIV, № 11. – С. 63–67.
15. Taylor C. Essential hypertension (psychosomatic illness, review) / C. Taylor, S. Fortman // Psychosomatics. – 1983. – Vol. 24, № 5. – P. 433–448.



УДК 616-036.83

РОЛЬ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ІНВАЛІДІВ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

В. В. Лепський, С. В. Макаренко, О. В. Семененко

Співпраця комунального закладу «Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи Черкаської обласної ради» з громадськими організаціями інвалідів області. Комунальний заклад «Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи Черкаської обласної ради»

Загальна кількість громадських організацій в Україні складає близько 50 000, із них 9% – це громадські організації інвалідів, і з кожним роком їхня кількість зростає. В державі існує безліч громадських організацій та об'єднань інвалідів, які покликані надавати цим верствам населення різноманітну допомогу та сприяти їхньому повноцінному життю. Однак коло діяльності таких організацій дуже широке та має свою специфіку.

В Черкаській області зареєстровано більш ніж 100 громадських організацій інвалідів всеукраїнського та місцевого (обласного, районного, міського) рівнів, але з них реально функціонують 63 організації: 14 обласних, 36 районних та 15 міських.

Загальна діяльність громадських організацій та об'єднань регламентується Законом «Про об'єднання громадян». Статтею 4 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» визначено, що діяльність держави щодо захисту інвалідів полягає в наданні їм можливості задовольняти свої потреби у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посиленій трудовій та громадській діяльності. В державі існує ціла структура державних та місцевих органів, які покликані створювати правові, економічні, політичні, соціально-побутові та соціально-психологічні умови задля реалізації цієї мети. Цим же Законом визначено, що держава повинна надавати інвалідам