

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧМТ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

УДК 159.922

Образцова В.С.<sup>1,2</sup>, Пичугина И.М.<sup>1</sup>, Рихтер С.В.<sup>1</sup>, Иванова Е.М.<sup>2,3</sup><sup>1</sup>ФГБНУ ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии, Москва, Россия<sup>2</sup>ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия<sup>3</sup>ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

## PSYCHOLOGICAL FACTORS OF REHABILITATION POTENTIAL IN DISORDERS OF EMOTIONAL SPECTRUM AFTER CRANIOCEREBRAL TRAUMA (REVIEW OF LITERATURE)

Obraztsova V.S.<sup>1,2</sup>, Pichugina I.M.<sup>1</sup>, Richter S.V.<sup>1</sup>, Ivanova E.M.<sup>2,3</sup><sup>1</sup>Federal Scientific and Clinical Center of Reanimatology and Rehabilitation. Moscow, Russia<sup>2</sup>Mental Health Research Center, Moscow, Russia<sup>3</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Ежегодно в мире от черепно-мозговой травмы погибает 1,5 миллиона человек, а 2,4 миллиона становятся инвалидами [1]. Повреждение головного мозга всегда влечёт за собой последствия разного характера – у таких пациентов зачастую возникают трудности как медицинского, так и социального и психологического характера. В связи с чем появляется необходимость влияния на эти аспекты, в первую очередь, восстанавливая личностный и социальный статус человека. При клинически схожих аффективных нарушениях вклад органического фактора может быть различным. Нарушения неврологического, психологического и психиатрического спектра могут тесно переплетаться и переходить друг в друга, меняя структуру РП. Однако эти различия остаются неизученными. Факторы, определяющие формирование медицинского и психологического РП при аффективных и тревожных расстройствах у пациентов с психическими заболеваниями после ЧМТ, ранее не выявлялись.

Понятие реабилитации с давних времен чаще всего используется в медицинском значении, когда основной задачей является восстановление нарушенных функций организма. С этой целью врачи Древнего Египта, Греции и Рима использовали физическую активность пациентов. А с XVIII столетия европейское видение медицинской реабилитации всё больше включает в себя элементы психологической поддержки пациентов [2].

Впервые понятие «реабилитация» появилось в 1903 г. в книге Ф. Намиста «Система общей опеки над бедными» [2]. Однако первым толчком для развития реабилитации больных стала Первая мировая война. Полученные травмы и ранения стимулировали развитие реабилитационных мероприятий в различных направлениях. В 1917 г. в США была впервые организована Ассоциация

восстановительной терапии. После Второй мировой войны реабилитация пациентов и инвалидов стала возможна в том виде, в котором она существует сейчас, а именно медицинская, психологическая, социальная, в том числе профессиональная реабилитации [2].

Термин «восстановительное лечение» изначально включал в себя использование медицинских методов лечения. Затем социально-трудовое восстановление инвалидов приобрело более широкий характер [3], а именно рассмотрение не только медицинских, но и психологических, социальных и других вопросов. В связи с этим, термин «восстановительное лечение» был заменен на «реабилитацию» [3].

Ещё полвека назад реабилитация считалась второстепенной и рассматривалась как выходящая за обычные рамки здравоохранения и была связана больше с социальным обеспечением. На сегодняшний день реабилитационная служба организационно внедрилась в структуру центров, специализирующихся на различных заболеваниях. В зависимости от вида учреждения выделяют стационарные, санаторные или поликлинические центры реабилитации [3].

Сегодня реабилитация занимает важное место среди ведущих медико-социальных направлений. В современном понимании этот термин включает в себя мероприятия, направленные на предотвращение прогрессирования патологических процессов, которые приводят к временной или стойкой утрате трудоспособности, а также на эффективный и ранний возврат больных в общество. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего развивается активное отношение к нарушенному здоровью и восстановлению положительного восприятия жизни, семьи и общества [4].

За счёт комплексного подхода в ходе реабилитационных мероприятий наиболее эффективна мультидисциплинарная бригада (МДБ), состоящая из психолога, лечащего врача, физиотерапевта и других специалистов в зависимости от потребностей пациента [5]. МДБ должна определить потребность пациента в конкретных мерах реабилитации, показания к проведению основных реабилитационных мероприятий и целесообразность разработки индивидуальной программы реабилитации.

До начала проведения реабилитационных мероприятий необходимо оценить РП пациента для определения реабилитационного прогноза, задач реабилитации, а также для формирования индивидуальной программы реабилитации. М.В. Коробов определял РП как возможность пациента восстанавливать свое нарушенное здоровье, трудоспособность, личный статус и положение в обществе путем мобилизации биологических и социально-психологических процессов компенсаторных и адаптивных механизмов [6]. Р.М. Войтенко определяет РП как возможность человека уменьшать или компенсировать социальную недостаточность и/или ограничения жизнедеятельности в связи с болезнью или дефектом [7].

В ситуациях, когда травма была очень тяжелой, усилия специалистов направлены на максимальное раскрытие возможностей сохранившихся структур мозга, помогают им овладеть новыми навыками. Это адаптирует пациента не только к повседневной жизни (самообслуживанию), но и к общению с другими людьми (социализация).

Таким образом, под РП можно понимать такие биологические и психологические характеристики человека, а также совокупность социально-средовых факторов, которые позволяют в той или иной мере реализовать его потенциальные способности [8; 9; 10].

Уровень РП при ЧМТ определяется оценкой различных функций организма, в зависимости от тяжести поражения [8;9], а также зависит от физической выносливости, особенностей личности, физического и психологического развития, трудового статуса, уровня сохранности социально-бытовых навыков [8; 11].

Выделяют следующие составляющие РП [5; 8; 12; 13]:

- анатомо-физиологическая (базовая) составляющая, которая основана на соматоличностных особенностях конкретного человека, которые не затронула болезнь или дефект и которые способствуют восстановлению определенного социального статуса;
- психологическая составляющая – определение операционального (темперамент, высшие психические функции и др.), эмоционально-волевого (эмоциональная устойчивость) и личностного (активность, мотивация и др.) уровней нарушения психологического статуса человека
- клинко-функциональная составляющая – совокупность основных характеристик заболевания и обусловленных им состояния нарушенных функций и соответствующих ограничений тех или иных видов жизнедеятельности (характер заболевания и его течение, клинический прогноз); вид, структура и степень выраженности нарушенных функций органов и систем организма; функциональный резерв организма; ограничения жизнедеятельности, их степень).
- профессионально-трудовая, которая заключается в возможности достижения определенных трудов-

вых целей, возможность к обучению, адаптация к трудовому процессу, и другие.

Следует отметить, что реабилитация – это пошаговый процесс, при котором невозможно достижение нового уровня в обход предыдущего, и эффективность реабилитации будет зависеть от результативности, слаженной работы специалистов и пациента на каждом этапе.

М.М. Косичкин выделяет три уровня определения РП, которые характеризуют реабилитационные перспективы человека относительно определенных видов деятельности путем проведения реабилитационных мероприятий: высокий РП (полное восстановление), умеренно выраженный РП (предусматривает частичное восстановление), низкий РП (отсутствие или незначительная степень восстановления) [11].

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что РП – это сложный комплекс факторов, который определяется как характеристиками организма, так и возможностью или способностью его взаимодействия с факторами внешней среды [11]. Потенциальные особенности человека, как заложенные и сохранившиеся внутренние резервы, являются основной предпосылкой использования РП в ходе реабилитации больных, перенесших ЧМТ [8], а, следовательно, служат подспорьем для более быстрой их адаптации к привычной жизни.

Реабилитационный прогноз является определяющим компонентом общей оценки РП. Так как понятие РП – многокомпонентное, то при невозможности увеличения показателя по одному параметру, его можно скомпенсировать другим, тем самым повысив общий РП.

Одним из факторов успешной реабилитации пациента является высокий уровень мотивации, приверженности к лечению и активная позиция по отношению к проводимым реабилитационным процедурам [14]. О.И. Кардаш (2016) в своем исследовании показал, что психологический реабилитационный потенциал пациентов, перенесших инсульт, обусловлен определением нозогнозического уровня перенесенного заболевания. К сожалению, зачастую пациенты занимают пассивную или негативную позицию по отношению к лечению, вследствие наличия у них значимых эмоциональных нарушений, развившихся на фоне заболевания [15]. Это является показанием для проведения психологической коррекции и психотерапевтической работы.

Понятие ПРП стало рассматриваться относительно недавно [7;13;16]. ПРП выступает одной из самых важных составляющих РП. Он определяется комплексом таких индивидуальных психологических отличительных личностных черт, как когнитивные, мотивационные и эмоциональные, а также социально-психологическими факторами, которые являются базовым источником реадaptации к изменившимся условиям среды в связи с травмой. Ж. В. Порохина (2004) разработала практическую модель, чтобы определить уровень ПРП у лиц с ограниченными возможностями (больные с ишемической болезнью сердца). Данное исследование показало, что медицинский РП в 61,1% был низким, в то время как ПРП был низким только у 22,2% пациентов. Другими словами, при наличии низкого уровня медицинского РП нередко определяется высокий уровень ПРП. Это подтверждает факт больших ресурсных возможностей личности в процессе реадaptации [16].

Психологический аспект включает в себя определение таких параметров, как уровень развития психо-

моторики, эмоционально-волевые, интеллектуально-мнестические особенности, индивидуальные свойства личности, проведение психологической коррекции, установку пациента на труд, профессиональные интересы, склонности, трудовая мотивация, свойства нервной системы и темперамента. Влияние на психологическую составляющую происходит путем социально-психологической адаптации, а именно комплексом мероприятий, включающих психологическое тестирование и психологическую коррекцию, способствующих приспособлению инвалида к жизни в конкретных условиях (семейно-бытовых, общественных и др.). Важнейшей задачей социально-психологической адаптации является формирование правильного взаимоотношения общества и инвалида.

Во многих работах [17; 18] описаны аффективные и тревожные расстройства у пациентов с ЧМТ, однако комплексная их оценка и влияние степени их выраженности на реабилитацию не было исследовано. Изменения в эмоционально-личностной сфере практически являются последствиями ЧМТ. Их можно разделить на три класса [15]:

- первый класс не связан напрямую с повреждением мозга, он является следствием стресса во время перенесенной травмы, внезапной госпитализации, утраты здоровья, снижения качества жизни, что повлекло за собой изменения в обыденной жизни человека. Данные психологические нарушения связаны прежде всего с преморбидными особенностями личности и опытом больного. В этом случае на первое место выходит помощь психологической службы в преодолении стресса, совладание с переживаниями, формирование конструктивных решений в сложившейся ситуации.
- ко второму классу относятся вторичные изменения, которые являются следствием возникших в результате травмы когнитивных дефектов, т.е. из-за нарушения когнитивного компонента эмоций страдает эмоциональная сфера – снижение памяти, ухудшение внимания, трудности восприятия обращенной речи и т.д. В данном случае помимо занятий с пациентом и его когнитивными способностями, необходима работа с родственниками больного. Следует разъяснить причинно-следственные отношения в картине поведения пострадавшего родственника и сформировать наиболее оптимальные для реабилитации межличностные отношения в семье.
- третий класс повреждений связан с поражением тех отделов головного мозга (как правило, лобных долей), которые отвечают за эмоциональную сферу человека, программирование и контроль его поведения, степень осознанности и произвольности поступков. Нарушения эмоциональной сферы могут достигать как крайних, резко выраженных проявлений, так и иметь стертый характер, когда их бывает трудно отделить от преморбидных особенностей эмоционального реагирования. При таких повреждениях в равной степени используют медикаментозное лечение и психотерапию.

Эмоциональная сфера нарушается у всех пациентов, перенесших ЧМТ [18]. В связи с наличием аффективных и тревожных расстройств, у пациентов отсутствует или снижается мотивация к выздоровлению, труду, общению [18]. Причём, по данным исследований, тяжесть повреждения головного мозга коррелирует со

степенью тяжести аффективных нарушений, поэтому у пациентов, длительно находящихся в коматозном и вегетативном состоянии аффективные расстройства более выражены [19]. Настроение таких пациентов характеризуется частой сменой от благодушия до различных оттенков агрессии [18].

Важным препятствием к выздоровлению пациентов выступает стигматизация. Она традиционно рассматривается как дискриминирующее отношение к больным, которое негативно сказывается на последних, а именно: трудности трудоустройства, сложности с получением образования, социальной и медицинской помощи, сокращение круга общения и т.д. [20; 21; 22]. Помимо ухудшения социальной адаптации, что снижает качество жизни, стигматизация способна препятствовать комплаенсу с врачом. Большой процент пациентов, которые имеют относительно небольшой уровень дефекта, могут страдать от стигматизации в большем объеме, чем от самого проявления болезни [23]. Люди, которые были подвержены стигматизации, часто сталкиваются с общим дискриминирующим настроением, который довольно часто сопровождается сильной враждебностью [24]. В связи с этим, дестигматизация рассматривается как один из основных аспектов не только социальной реабилитации, но и возможности лечения вообще.

Самостигматизация – это нозоцентрическое изменение образа «Я – социального». Она представляется одним из тактических приемов в процессе разрешения внутреннего конфликта больного [21]. Поэтому важно определить влияние стигматизации и самостигматизации на реабилитацию таких пациентов. Дестигматизация больных может являться составной частью лечебной и психосоциальной работы.

Психологическое сопровождение выступает одним из важнейших факторов комплексной реабилитации. Его задачами являются своевременная профилактика и лечение психических нарушений, восстановление нарушенных ВПФ, мотивирование пациента активно участвовать в реабилитационном процессе [4; 25].

Одним из факторов успешной реабилитации пациента является высокий уровень мотивации, приверженности к лечению и активная позиция по отношению к проводимым реабилитационным процедурам. К сожалению, зачастую пациенты занимают пассивную или негативную позицию по отношению к лечению, вследствие наличия у них значимых эмоциональных нарушений, развившихся на фоне заболевания [25]. Это является показанием для проведения психологической коррекции и психотерапевтической работы.

Психологическая реабилитация включает в себя коррекцию мотиваций для медицинской и трудовой реабилитации, повышение социальной активности и нормализации отношений с обществом и семьей [13]. Кроме того, при наличии эмоциональных нарушений, независимо от заболевания, для повышения социальной адаптации больного наиболее эффективным методом реабилитации является психотерапия – как индивидуальная, так и групповая.

Так, при неполном выздоровлении, восстановление способности к труду определяется не только степенью реституции нарушенных функций, то есть соматобиологическими факторами, но и социально-психологическими (сохранность трудового стереотипа, трудовая установка, уровень образования, профессиональный опыт) [26].

При клинически схожих аффективных нарушениях вклад органического фактора может быть различным. Нарушения неврологического, психологического и психиатрического спектра могут тесно переплетаться и переходить друг в друга, меняя структуру РП. Однако эти различия остаются неизученными. Факторы, определяющие формирование медицинского и психологического РП при аффективных и тревожных расстройствах у пациентов после ЧМТ, ранее не выявлялись.

Таким образом, под оценкой РП подразумевается определение соматических и психологических особенностей человека, которые сохранились вопреки

заболеванию или дефекту и которые служат начальным этапом к восстановлению и прогнозированию способностей к восстановлению или компенсации имеющегося дефекта. Изучение факторов, влияющих на РП, способствуют разработке алгоритма ведения и оптимизации реабилитации пациента после тяжёлого повреждения головного мозга. Практическая модель определения уровня РП пациентов, исходя из оценки нарушений его компонентов, поможет выделить мишени для реабилитации и повысить ее эффективность при аффективных и тревожных расстройствах у пациентов с психическими заболеваниями и после ЧМТ.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cao Q., Benton R.L., Whittmore S.R. et al. // J. Neurosci. Res. – 2002. – Vol. 68. – P. 501–510.
2. Медицинская реабилитация в спорте: Руководство для врачей и студентов / Под общ. ред. В.Н. Сокрыта, В.Н. Казакова. – Донецк: «Каштан», 2011. – 620 с., 36 илл.
3. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация (руководство в 3 томах). // Москва — Пермь. — 1998.
4. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. Пособие / Л.В.Козлова, С.А.Козлов, Л.А.Семенов; Под общ. ред. Б.В.Кабарухина. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: феникс, 2005. – 475с.
5. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 20–26.
6. Коробов М.В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / М. В. Коробов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1995. – Вып.17.
7. Войтенко Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р.М. Войтенко – СПб.: «МЕДЕЯ», 2007. – С. 21–28
8. Основы медико-социальной экспертизы. / А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова и др. – М.: Медицина, 2005. – С. 277–353.
9. Сивуха Т.А. Методические подходы к определению реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза у инвалидов вследствие сосудистой патологии головного мозга / Т.А. Сивуха, А.А. Еникеева и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – М., 1997. – Вып. 21.
10. Петрова Ю.Г., Пряников И.В., Пузин М.Н. Особенности ранней психосоциальной реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт. // Клиническая неврология. 2015. №1. с.18–20.
11. Лаврова Д.И. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях / Д.И. Лаврова, М.М. Косичкин, Андреева О.С. и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 93. – С. 10–14.
12. Залученова, Е.А. Принципы оценки психологического компонента реабилитационного потенциала / Е.А. Залученова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 2. – С. 29–32.
13. Маркин С.П. Оценка психологического компонента реабилитационного потенциала постинсультных больных / С.П. Маркин, В.А. Маркина // Современные аспекты нейрореабилитации. Тез. докл науч.-практ. конф. – М.: 2007. – С. 81–82.
14. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003.
15. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. (ред.) Нейротравматология. Справочник. Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 578 с. – ISBN 5–222–00634–4.
16. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (на примере больных с ишемической болезнью сердца): дис. канд. психол. наук: 19.00.10. М., 2004. 183 с.
17. Справочник по психиатрии. Издание второе, переработанное и дополненное. под редакцией А.В. Снежневского. Москва «Медицина». 1985; Захаров В.В., Дроздова Е.А. Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(4):88–93;
18. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. Издание 2-е, исправленное – М.: Издательство БИНОМ. – 2016. – 304 стр., ил.
19. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С. Психопатология черепно-мозговой травмы. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство 1, – 1998. с.269–313.
20. Link B. G., Phelan J.C. Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 2001, 27, 363–385.
21. Михайлова И.И., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.2002, №7. с. 58–65.
22. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental health care. American Psychologist, 2004, 59(7), 614–625.
23. Hinshaw S.P. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change. New York: Oxford University Press. 2007.
24. Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. Направления исследования предубежденности в западной психологии межгрупповых отношений. Вопросы психологии. 2007,1, 148–158.
25. Энциклопедический словарь медицинских терминов. В 3-х томах / Главный редактор Б.В. Петровский. — Москва: Советская энциклопедия, 1982. — Т. 3. — С. 29. — 1424 с. — 100 000 экз.
26. Шмелева С.В. Медико-социальная реабилитация: [учебник для вузов по направлению подготовки 040400.62 "Социальная работа" (бакалавр)] / С.В. Шмелева; Рос. гос. социал. ун-т. – Москва: Издательство Российской гос. социального университета, 2013.

#### REFERENCES

1. Cao Q., Benton R.L., Whittmore S.R. et al. // J. Neurosci. Res. – 2002. – Vol. 68. – P. 501–510.
2. Medicinskaja rehabilitacija v sporte : Rukovodstvo dlja vrachej i studentov / Pod obshh. red. V.N. Sokruta, V.N. Kazakova. – Doneck: «Kashtan», 2011. – 620 s., 36 ill.
3. Bogoljubov V.M. Medicinskaja rehabilitacija (rukovodstvo v 3 tomah). // Moskva – Perm'. – 1998.
4. Kozlova L.V. Osnovy rehabilitacii dlja medicinskih kolledzhej: ucheb. Posobie / L.V.Kozlova, S.A.Kozlov, L.A.Semenenko; Pod obshh. red. B.V.Kabaruhina. – Izd. 2-e. – Rostov n/D: feniks, 2005. – 475s.
5. Andreeva O.S. Principy formirovanija i realizacii individual'noj programmy rehabilitacii invalida // Mediko-social'naja jekspertiza i rehabilitacija. – 2000. – № 4. – S. 20–26.
6. Korobov M.V. Reabilitacionnyj potencial: voprosy teorii i primenenija v praktike mediko-social'noj jekspertizy i rehabilitacii invalidov / M.V. Korobov // Vračebno-trudovaja jekspertiza. Social'no-trudovaja rehabilitacija invalidov. – M., 1995. – Vyp.17.
7. Vojtenko R.M. Osnovy rehabilitologii i social'naja medicina: koncepcija i metodologija / R.M. Vojtenko – SPb.: «MEDEJa», 2007. – S. 21–28
8. Osnovy mediko-social'noj jekspertizy. / A.I. Osadchih, S.N. Pyzin, D.I. Lavrova i dr. – M.: Medicina, 2005. – S. 277–353.
9. Sivyha T.A. Metodicheskie podhody k opredelenija reabilitacionnogo potenciala i reabilitacionnogo prognoza u invalidov vsledstvie sosydistoj patologii golovnogo mozga / T.A. Sivyha, A.A. Enikeeva i dr. // Mediko-social'naja jekspertiza i rehabilitacija invalidov. – M., 1997. – Vyp. 21.
10. Petrova Ju.G., Prjanikov I.V., Puzin M.N. Osobennosti rannej psihosocial'noj rehabilitacii pacientov, perenessih cerebral'nyj insul't. // Kliničeskaja nevrologija. 2015. №1. s.18–20.
11. Lavrova D.I. Ocenka soderzhanija i urovnja reabilitacionnogo potenciala pri različnyh zabelevanijah / D.I. Lavrova, M.M. Kosichkin, Andreeva O.S. i dr. // Mediko-social'naja jekspertiza i rehabilitacija. – 2004. – № 93. – S. 10–14.
12. Zalychenova, E.A. Principy ocenki psihologičeskogo komponenta reabilitacionnogo potenciala / E.A. Zalychenova // Mediko-social'naja jekspertiza i rehabilitacija. – 1998. – № 2. – S. 29–32.

13. Markin S.P. Ocenka psihologicheskogo komponenta reabilitacionnogo potentsiala postinsyl'tnyh bol'nyh / S.P. Markin, V. A. Markina // *Sovremennye aspekty nejroreabilitacii. Tez. dokl. nauch.-prakt. konf.* – M.: 2007. – S. 81–82.
14. Repina N.V., Voroncov D.V., Jumatova I.I. *Osnovy klinicheskoy psihologii.* – Rostov n/D: Feniks, 2003.
15. Kononov A.N., Lihterman L.B., Potapov A.A. (red.) *Nejrotravmatologija. Spravochnik.* Rostov n/D: Feniks, 1999. – 578 s. – ISBN 5–222–00634–4.
16. Porohina Zh.V. *Psihologicheskij reabilitacionnyj potentsial invalida (na primere bol'nyh s ishemiceskoy bolezn'ju serdca): dis. kand. psihol. nauk:* 19.00.10. M., 2004. 183 c.
17. *Spravochnik po psichiatrii. Izdanie vtoroe, pererabotannoe i dopolnennoe.* pod redakciej A.V. Snezhnevskogo. Moskva «Medicina», 1985; Zaharov V.V., Drozdova E.A. *Kognitivnye narusheniya u bol'nyh s cherepno-mozgovoj travmoj. Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika.* 2013; (4):88–93;
18. Dobrohotova T.A. *Nejropsihiatrija. Izdanie 2-e, ispravlennoe* – M.: Izdatel'stvo BINOM. – 2016. – 304 str., il.
19. Dobrohotova T.A., Zajcev O.S. *Psihopatologija cherepno-mozgovoj travmy. Cherepno-mozgovaja travma. Klinicheskoe rukovodstvo* 1, – 1998. s. 269–313.
20. Link B.G., Phelan J.C. *Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology,* 2001, 27, 363–385.
21. Mihajlova I.I., Jastrebov V.S., Enikolopov S.N. *Kliniko-psihologicheskie i social'nye faktory, vlijajushhie na stigmatizaciju psihicheski bol'nyh raznyh nozologicheskikh grupp. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S.Korsakova.* 2002, №7. s. 58–65.
22. Corrigan P.W. *How stigma interferes with mental health care. American Psychologist,* 2004, 59(7), 614–625.
23. Hinshaw S.P. *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change.* New York: Oxford University Press. 2007.
24. Enikolopov S.N., Meshkova N.V. *Napravlenija issledovanija predubezhdenosti v zapadnoj psihologii mezhhruppovyh otnoshenij. Voprosy psihologii.* 2007,1, 148–158.
25. *Jenciklopedicheskij slovar' medicinskih terminov. V 3-h tomah / Glavnyj redaktor B.V. Petrovskij.* – Moskva: Sovetskaja jenciklopedija, 1982. – T. 3. – S. 29. – 1424 s. – 100 000 jekz.
26. Shmeleva S.V. *Mediko-social'naja reabilitacija: [uchebnik dlja vuzov po napravleniju podgotovki 040400.62 "Social'naja rabota" (bakalavr)] / S.V. Shmeleva ; Ros. gos. social. un-t. – Moskva : Izdatel'stvo Rossijskogo gos. social'nogo universiteta, 2013.*

## РЕЗЮМЕ

С каждым годом число инвалидов в результате перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) неуклонно увеличивается. В связи с перенесенной травмой у таких пациентов зачастую возникают проблемы не только медицинского, но и социального и психологического характера. Поэтому задачей реабилитации также является восстановление личностного и социального статуса пациента. Однако, факторы, определяющие формирование реабилитационного потенциала (РП) при аффективных и тревожных расстройствах у пациентов после ЧМТ, ранее не выявлялись. Их изучение будет способствовать разработке алгоритма ведения и оптимизации реабилитационных мероприятий для пациентов, перенесших ЧМТ. Разработанная практическая модель определения реабилитационных возможностей пациента, исходя из оценки нарушений его составляющих, позволит определить направления проведения реабилитационных мероприятий, повысить ее эффективность при аффективных и тревожных расстройствах, развившихся в результате ЧМТ.

**Ключевые слова:** психологический реабилитационный потенциал, черепно-мозговая травма, аффективные расстройства.

## ABSTRACT

Every year the number of people with disabilities because of traumatic brain injury is steadily increasing. Such patients often have problems not only medical, but also social and psychological nature due the suffered trauma. Therefore, the objective of rehabilitation is also to restore the personal and social status of the patient. However, the factors determining the formation of rehabilitation potential (RP) in affective and anxiety disorders in patients after traumatic brain injury have not previously been identified. Their study will contribute to the development of an algorithm for management and optimization of rehabilitation measures for patients after traumatic brain injury. The developed practical model for determining the rehabilitation capabilities of the patient, based on the evaluation of violations of its components, will determine the direction of rehabilitation measures, improve its effectiveness in affective and anxiety disorders that have developed as a result of traumatic brain injury.

**Keywords:** psychological rehabilitation potential, traumatic brain injury, affective disorders.

### Контакты:

Пичугина И.М. E-mail: dr.pichugina@gmail.com