

УДК 159.923.3-922.2:616.233-002.036.12

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

В. В. Храмцова, Л. Г. Степанова, Н. А. Яковенко,  
Л. В. Омельницкая, М. Н. Емец

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

### Резюме

Особистісні характеристики та соматичні проблеми у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) впливають одне на одного за механізмом замкнутого кола, тому виявлення цих особливостей повинно бути основою для стратегії профілактики та лікування таких пацієнтів. Хворим на ХОЗЛ притаманні такі особистісні особливості, як іпохондрична фіксація на порушеннях соматичного здоров'я, демонстративність поведінки, емоційна лабільність, незадоволеність своїм соціальним становищем, афективна ригідність, тривожність та боязливність, оголений егоцентризм, індивідуалізм, відрив від реальності, низька самооцінка, складності міжособистісної взаємодії. Вивчення особистісних особливостей хворих на ХОЗЛ необхідно для розробки індивідуальних програм реабілітації.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, особистісні особливості, реабілітація.

### Summary

For patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), personality traits and somatic problems affect each other in a vicious circle. Identification of these features should be the basis for the strategy of prevention and treatment of such patients. It is common for patients with COPD to have such personality traits as a hypochondriac fixation on health disorders, demonstrative behavior, emotional lability, dissatisfaction with their social position, affective rigidity, anxiety and fearfulness, exposed egocentricity, individualism, detachment from reality, low self-esteem, interpersonal difficulties. The study of personality traits of patients with COPD is required to develop individual rehabilitation programs.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, personality characteristics, rehabilitation.

В последние десятилетия разворачивается широкий фронт психологических исследований в области соматической медицины. Это связано с признанием роли психологических факторов в возникновении, течении и лечении разнообразных соматических расстройств, с усилением внимания к сложным кольцевым зависимостям психических и физических качеств человека в условиях болезни, отразившимся в понятиях психосоматических и соматопсихических взаимосвязей [1].

Признание биопсихосоциальной сущности человека, необходимость его целостного видения стало предпосылкой к пересмотру концепции здоровья и болезни в медицине, а также взглядов на процесс лечения, роль пациента в нем и позицию врача по отношению к больному. Стала очевидной необходимость больше внимания уделять больному как уникальной личности и оценки возможностей влияния свойств этой личности на формирование заболевания [1, 2].

В конце XX века появилось немало новых концепций медицины, справедливо противопоставляющих интеграцию, целостность, единство и системность дискретности и дезинтеграции, свойственных прежней биомедицинской модели [1]. В современной психологической науке тенденция интегрального междисциплинарного исследования человека впервые с большой полнотой и всесторонностью проявилась в школе Б. Г. Ананьева.

Именно в его трудах обоснована идея комплексности проблем человека, предложен принципиально новый методологический подход к исследованию психики, отражающий ее целостный системный характер [1, 2].

Ситуация болезни резко изменяет характер взаимоотношений человека с окружающим миром. Поэтому комплексное рассмотрение взаимосвязи болезни и личности позволяет говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру. Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности В. Н. Мясищева, в которой человек понимается как единая биопсихосоциальная система, а личность – как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой. В этой системе болезнь как ситуация неопределенности и непрогнозируемого исхода может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя «картину мира», разрушая самооценку индивида, привычный порядок происходящих вокруг него событий, характер межличностного взаимодействия, и, в целом, социальное функционирование личности [1].

Следует отметить, что, несмотря на признание роли личности в этиопатогенетических механизмах, лечении и компенсации многих соматических

расстройств, соматическая медицина столкнулась с существенными трудностями в принятии гуманистических идей, предполагающих изучение целостной личности, обладающей индивидуальной ценностно-смысловой сферой [3–5].

Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) – это группа хронических заболеваний бронхо-легочной системы неспецифической природы, включающая в себя бронхиальную астму (БА) и хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ). Хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма – серьезная проблема здравоохранения. ХНЗЛ в силу своей большой распространенности и значимости в прогностическом плане являются важной медицинской проблемой. ХНЗЛ имеют значительные психологические и социальные последствия для больных, что обуславливает внимание специалистов различных областей медицины и психологии, а также необходимость разработки комплексного медико-психологического подхода в лечении [6, 7].

По данным М. А. Ярославской эмоциональное состояние пациентов с ХОБЛ характеризуется отсутствием чрезмерно выраженных признаков тревоги, напряжения, психологического дискомфорта, приводящих к нарушению социальной адаптации. Наиболее выраженным компонентом в структуре психического состояния является астенический компонент тревожности. На всех стадиях болезни уровень личностной тревожности выше, чем уровень ситуативной (актуальной) тревоги. Это отражает высокую степень зависимости пациентов от клиники, где они чувствуют себя более эмоционально комфортно и уверенно, чем дома. Недостаточная осведомленность о ХОБЛ усиливает у пациентов тревожную оценку перспективы и тревожность, связанную с реакцией социального окружения [5].

При изучении структуры личности больных ХОБЛ наиболее значительные отличия от нормативной выборки выявляются в мотивационно-волевой сфере: пациенты с ХОБЛ более зависимы, менее активны, самостоятельны и стеничны в достижении целей; их поведение в большей степени, чем поведение здоровых лиц, подвержено влиянию внешних факторов. Уровень интернальности (сознания значимости своей личности и ответственности за происходящее) у больных ХОБЛ снижен по сравнению со здоровыми во всех сферах жизни, и особенно – в сфере семейных и производственных отношений. Уровень интернальности в этих сферах резко снижается на четвертой стадии заболевания по сравнению с третьей [4, 5].

В структуре совладающего (стресс-преодолевающего) поведения больных ХОБЛ преобладают конструктивные копинг-стратегии «самоконтроль» и «планирование решения проблемы» (стремление к подавлению внешних проявлений эмоций и к проблемному анализу). Показатели этих стратегий больных у ХОБЛ статистически значимо превосходят нормативные данные. Характерным для больных ХОБЛ является также конструктивный «поиск социальной поддержки», то есть спо-

собность обратиться к окружающим за действенной помощью и сочувствием. В то же время, больные ХОБЛ по сравнению со здоровыми лицами чаще используют неконструктивный копинг «бегство» (избегание трудностей, уход от решения проблем) и реже – копинг «положительная переоценка» (способность увидеть в трудной ситуации положительные стороны) [3, 4, 5].

В структуре качества жизни больных ХОБЛ в наибольшей степени представлен астенический компонент (неудовлетворенность жизнью в связи со снижением умственной и физической работоспособности). По мере развития болезни и перехода на следующую стадию происходит значительное снижение физических возможностей, существенно влияющее на все аспекты жизнедеятельности больных. В наименьшей степени в структуре качества жизни больных ХОБЛ представлен компонент, отражающий изменения социального функционирования в связи с болевым синдромом, не характерным для данного заболевания [3–5].

Основные параметры качества жизни больных ХОБЛ, отражающие субъективную удовлетворенность больных различными аспектами своего существования в условиях болезни, взаимосвязаны с такими клиническими характеристиками, как стадия (тяжесть) болезни, длительность заболевания, влияние ХОБЛ на жизнедеятельность больных (по оценкам лечащих врачей), эффект лечения. Параметры качества жизни взаимосвязаны также с клинико-психологическими характеристиками больных: неудовлетворенность своим физическим состоянием и социальным функционированием коррелируют с низким уровнем информированности о своей болезни и внезапною постановкой диагноза ХОБЛ. Основные параметры качества жизни больных ХОБЛ взаимосвязаны с их эмоционально-личностными характеристиками. Нарастание в связи с болезнью неудовлетворенности и пассивности в различных сферах жизни сопровождается у больных ХОБЛ усилением неуверенности к себе, зависимости, интровертированности, тревожности и пассивности [3–5].

**Цель исследования** – изучить личностные особенности больных хронической обструктивной болезнью легких и их особенности в зависимости от тяжести болезни.

**Материал и методы исследования.** В открытом контролируемом исследовании, проводившемся на базе Государственного учреждения «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины» в 2008–2013 гг., методом сплошной выборки было отобрано 102 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) II и III степеней, из них 87 больных II и 15 – III степени. Для определения личностных особенностей больных использовали методику многостороннего исследования личности [8, 9]; для обработки результатов исследования применяли первичный статистический анализ [10, 11].

**Результаты и их обсуждение.** Усредненный профиль личности лиц с ХОБЛ II степени характе-

ризовался подъемом профиля на шкалах Нs–ипохондрии, Нy–истерии, Ра–паранойи, Sc–пизоидности, а также снижением на шкалах Pd–психопатии и Pt–психастении.

Конфигурация профиля на шкалах L, F, K свидетельствовала об открытости лиц с ХОЗЛ в раскрытии своей личности и проблем. Они пытались представить себя в выгодном свете, декларируя строгое соблюдение социальных норм, однако были внутренне напряжены и недовольны ситуацией.

Беспокойство о состоянии физического здоровья, которое возникало у этих лиц на фоне высокого уровня тревожности, базировалось у таких больных на ощущениях одышки, чувства нехватки воздуха, приступообразного кашля с большим количеством мокроты, неприятных ощущений в груди. Тревога в дальнейшем соматизировалась, пациентами создавалась система ее интерпретации, обростала конкретностью. Исходно повышенное внимание к себе, обусловленное повышенной тревожностью, сочеталось у этих лиц с неспособностью контролировать свои эмоции. Они постоянно предъявляли большое число жалоб, были пессимистично настроены в отношении успеха лечения и не верили в возможность улучшения их состояния. Их соматическое состояние превращалось в объект тщательного изучения, при этом формировалась даже новая теория этиопатогенеза данного заболевания, создавалась новая специальная терминология.

Вначале поглощенность своим соматическим состоянием связывалась пациентами с объективным ухудшением состояния, возникшей необходимостью пользоваться ингаляторами, а затем она трансформировалась в объект тщательного наблюдения, формирования новой концепции. Одновременно с углубленным анализом своего соматического состояния формировалась тенденция к «невосприимчивости», «резистентности» к проводимым лечебным и психотерапевтическим мероприятиям, которую окружающие воспринимали как неговорчивость и упрямство.

Наличие демонстративного поведения у таких больных позволяло истолковывать жизненные трудности, неспособность оправдать ожидания окружающих и семьи, несоответствие собственному уровню притязаний, с точки зрения социально приемлемой для них самих. Реакции такого типа у этих лиц могли трансформироваться либо в значительное увеличение соматических жалоб, либо в появление непсихотической психопатологической симптоматики (утомляемости, раздражительности, неспособности к концентрации внимания).

Эти лица отличались эгоцентризмом, демонстративностью поведения, стремлением отрицать трудности социальной адаптации и подчеркивать тяжесть своего соматического состояния, то есть они сочетали стремление подчеркивать соматическое неблагополучие тенденцией отрицать затруднения в социальной адаптации.

Им были присущи недостаток критической оценки ситуации и своего поведения, они игнорировали отрицательные сигналы со стороны окру-

жающих, сохраняли высокую самооценку, стремились «играть себя» в соответствии с принятой в данный момент ролью. Пренебрежение к окружающим отрицательным сигналам приводило к бесцеремонному поведению в ближайшем окружении, у них почти всегда отсутствовали критическая оценка ситуации и своего поведения.

Больные ХОЗЛ II степени старались привлечь к себе внимание, искали признания и поддержки любыми способами, иногда косвенными, но настойчивыми действиями. В своих фантазиях они очень часто преобразовывали действительность до неузнаваемости, теряли реальность ситуации, но при этом никогда не утрачивали реальности собственных чувств и желаний, которыми определялось их поведение. При всей изменчивости их ролей, эгоцентрическая ориентация всегда оставалась, что приводило к «незрелости и бедности» поведения, осуществлению межличностных контактов на незрелом и поверхностном уровне.

Соматические симптомы использовались ими как средство разрешения конфликтных ситуаций, уменьшения напряженности, как способ избежать ответственности или уменьшить ее, как средство давления на окружающих. К декомпенсации состояния таких больных приводили частые и длительные обострения ХОЗЛ, необходимость прохождения лечебно-консультативных и медико-социальных экспертных комиссий. Вне зависимости от характера симптоматики, возникающей в состоянии декомпенсации у этих лиц, ее возникновение связано с удовлетворением потребности во внимании и поддержке, в любовании своими страданиями и стойкостью, со стремлением разрешить конфликтную ситуацию социально приемлемым способом.

При проведении корректирующей терапии (медикаментозной и психологической) реакция в самом начале лечения была положительной, благодаря выраженной потребности пациентов во внимании, однако в дальнейшем вмешательство врача либо психотерапевта вызывало у них чувство протеста. Чаще всего это было обусловлено неспособностью таких личностей извлекать пользу из собственного негативного опыта и затруднениями формирования внутренней связи с врачом и приверженности к лечению.

Обследованные больные в большинстве относились к конвенциональным личностям, обнаруживали высокий уровень идентификации с социальным статусом как больного, так и инвалида, тенденцию к сохранению постоянных установок, интересов и целей.

Длительно неугасающие отрицательные эмоции находили удовлетворяющее объяснение больных за счет избирательного отбора информации, подтверждающей их адекватность, а мнения, противоречащие сформулированной точке зрения, не воспринимались и не учитывались в достаточной мере. Благодаря этому аффект представлялся таким лицам обоснованным и хорошо контролируемым.

Интенсивная разработка собственных концепций не только обеспечивала ощущение адекватности эмоций, но и позволяла сохранить приемлемое представление и о собственной личности, создавала впечатление независимой позиции, верности собственным установкам и внутренним критериям. В действительности же их поступки определялись внешними воздействиями, являлись ответом на действия окружающих, воспринимаемые аффективно, и уже на такой основе происходило построение ригидных, трудно корригируемых установок и концепций.

Селективность отбора информации этими больными снижала реалистичность их оценки и суждений, они обнаруживали ошибочные восприятия и неправильную интерпретацию ситуаций, хотя их рассуждения были непротиворечивы, казались логичными и опирались на реальные факты. Устойчивость формирования концепций возрастала в результате повторявшегося неотрагированного аффекта даже при мысленном обращении к обуславливающим его обстоятельствам, несмотря на отсутствие ситуации, подкрепляющей эти переживания. Неотрагированный ригидный аффект у таких лиц был связан с эгоистическими побуждениями и в сочетании с идеаторной переработкой информации приводил к возникновению у них «застревающей» злопамятности.

У обследованных нами пациентов наблюдались решительность, достаточная гибкость поведения и уверенность для достижения намеченных целей. Несмотря на то, что поведение таких лиц выглядело лишенным естественной эмоциональной окраски, своеобразным, эксцентричным и надменным, им были свойственны неудовлетворенность ситуацией и ранимость, которые ослаблялись аутизацией, как механизмом психологической защиты.

Своеобразие восприятия и логики сопровождалось у этих больных трудностями в коммуникации с окружающими, которые проявлялись как при вербальных, так и невербальных контактах. При невербальных контактах затруднения коммуникации проявлялись недостаточно адекватной мимикой, нередко моторной скованностью и дискордантностью; в вербальных контактах – двусмысленностью и недостаточной понятностью высказываний, построенных вроде логично и правильно. Склонность к неопределенным и расплывчатым формулировкам связана у этих лиц с тем, что построение четко структурированных положений для них являлись источником тревоги, напряженности, вмешательством в собственный внутренний мир. Нарушение социальной коммуникации у них приводило к отсутствию четкого представления о том, как необходимо вести себя в определенной ситуации. Своеобразие мышления пациентов было обусловлено потерей возможности контролировать понятость и принятость своих суждений окружающими вследствие нарушений межличностного общения.

Затруднения повседневных контактов приводили к еще большей изоляции этих лиц, в связи с тем, что потребность поддерживать контакты

усиливала у них чувство внутренней напряженности. Дистанцированность, отчужденность приводили к тому, что эти пациенты испытывали иногда трудности в реальной оценке ситуации, ощущали свою непонятость и неспособность стать членом группы, к которой они принадлежали формально.

Стремление ликвидировать свою отстраненность и неспособность преодолеть коммуникативность затруднения порождало у таких больных амбивалентность в отношении с людьми, связанную с ожиданием внимания и тепла со стороны окружающих и боязнью холодности с их стороны. В результате такие лица проявляли к окружающим то чрезмерное дружелюбие, то неоправданную враждебность, стремления к контактам сменялись внезапными разрывами.

Таким образом, больным ХОБЛ II степени были характерны ипохондрия, фиксация на нарушениях физического здоровья (повышение на шкале Нs–ипохондрии), тревожность, эмоциональная лабильность, демонстративное поведение (конверсионный V), идентификация социального статуса, постоянство интересов (понижение на шкале Pd–психопатии), аффективная ригидность, подозрительность, злопамятность (повышение на шкале Pa–паранойи), осмотрительность, осторожность, боязливость, конформность (понижение на шкале Pt–психастении), сложности межличностных контактов, социальная изоляция (повышение на шкале Sc–шизоидности).

По мере прогрессирования заболевания изменялись и личностные особенности пациентов. В сравнении с пациентами с ХОБЛ II степени усредненный профиль личности лиц с ХОБЛ III степени определялся подъемом профиля на шкалах Нs–ипохондрии, D–депрессии, Ну–истерии, Pd–психопатии, Pa–паранойи, Pt–психастении, Sc–шизоидности, а также снижением на шкале Ma–гипомании.

Невротические реакции больных, связанные с недостаточностью физических и психических ресурсов для реализации мотивированного поведения, были в большей степени обусловлены не реальными препятствиями, мешающими удовлетворению актуальных потребностей, а невозможностью мотивированного поведения в связи с наличием разнонаправленных потребностей.

Тенденции отрицать неуверенность, трудности и любые формы неблагополучия у этих лиц ограничивали наиболее яркие внешние проявления демонстративности, незрелости и эгоцентризма. Больные обнаруживали стремление подчеркивать гармонию в отношениях с окружающими даже за счет отказа от ранее принятых установок и критериев. Им были характерны конформность и стремление строго следовать конвенциональным нормам, повышенная идентификация со своим социальным статусом, усиленное стремление к положительной оценке со стороны окружающих. Тенденции к утверждению гармонии в межличностных отношениях и ориентация на поддержку окружающих приводили к тому, что ситуации, требующие четких самостоятельных решений, резкого, откры-

венного отпора в отношении окружающих или применения власти, являлись для таких личностей ситуациями стресса, которых они старались избежать.

Ипохондрические тенденции, обуславливающие в профиле личности повышение на шкале Нь-ипохондрии, были у наших пациентов неоднородными. С одной стороны, они подчеркивали возрастание уровня тревожности, особенно при наличии конституциональных черт, определяющих относительную легкость возникновения и выраженности вегетативных реакций. В основе представления больных о своем заболевании лежала потребность объяснить все увеличивающееся количество ощущений и возникающее на этой основе «сверхценное» отношение к своему соматическому здоровью. С другой стороны, это могло быть свидетельством ригидности личности, характеризовавшейся повышенной устойчивостью аффективно насыщенных переживаний и возникновением на этой основе трудно корригируемых концепций.

Дисгармоничность личности больных ХОБЛ III степени отражала одновременное существование демонстративных и тревожных тенденций, при которых свойственное демонстративным личностям вытеснение было не полным; высокий уровень тревоги предопределял повышенное внимание к любым отрицательным сигналам и событиям, которые воспринимались как угрожающие, либо указывали на возможность угрозы в будущем. И, вместе с тем, склонность к демонстративному поведению с поисками признания, стремлением расширять контакты, быть в центре внимания противоречила построению ограничительного поведения, стремлению сузить круг вызывающих тревогу стимулов.

Интрапсихический конфликт у таких пациентов был обусловлен противоречиями между эгоцентризмом (свойственным демонстративным личностям) и выраженной симбиотической тенденцией, сопровождающейся снижением ценности собственных потребностей (характерной субдепрессивной личности). Снижение настроения, характерное для этих лиц, либо доминирует, либо окрашивалось расстройствами тревожного ряда, либо выражалось в ощущениях слабости и апатии. Поведение больных было направлено на сочувствие, внимание и поддержку окружающих, однако цель достигалась не столько за счет подчеркивания соматических жалоб, сколько за счет аффективной подачи непсихотических психических нарушений (снижение настроения, памяти, повышение утомляемости). Эти жалобы использовались ими как средство давления на окружающих, врачей, членов семьи.

Такие лица были неудовлетворены жизнью, своей принадлежностью к определенной социальной группе или своим положением в этой группе, ощущением собственной непригодности и переживанием несправедливости и непонимания со стороны окружающих. Они отличались пренебрежением к общественным нормам, моральным и этическим ценностям, установившимся правилам поведения и обычаям. В зависимости от уровня

активности это пренебрежение проявлялось в гневных и агрессивных реакциях или выражалось более пассивно. Неспособность организовывать свое поведение в соответствии с общепризнанными требованиями, интересами и целями делали поведение таких лиц плохо предсказуемым, они неспособны были планировать будущие поступки и пренебрегали последствиями своих действий.

У этих больных беспокойство о состоянии своего физического здоровья «затушевывало» асоциальное поведение. Соматические жалобы эти люди использовали для давления на окружающих, врачей, родственников, сотрудников, с целью получения преимуществ и рационального объяснения недовольства своим местом в группе, ощущения несправедливости и изоляции.

Затруднения социальной адаптации и повышенная тревожность связаны у таких лиц с неспособностью строить свое поведение в соответствии с социальными нормами, со склонностью к самоупрекам, самообвинениям, самоуничтожению при нарушении этих норм. Эти больные относятся к эмоционально незрелым личностям, характерная демонстративность которых и стремление ориентироваться на внешнюю оценку препятствовали асоциальному поведению, позволяли контролировать асоциальные импульсы. Враждебность, протест, неспособность и нежелание считаться с интересами окружающих проявлялись у них обратно пропорционально социальной дистанции, которая обнаруживалась чаще в отношении с близкими людьми, иногда приобретая характер узконаправленной враждебности.

По мере прогрессирования заболевания беспокойство пациентов о состоянии своего физического здоровья ассоциировалось с аффективной ригидностью. При этом число неприятных физических ощущений могло быть и невелико, но их значимость и влияние на поведение больных весьма велики; у таких лиц наблюдались неопределенное беспокойство о состоянии здоровья, а хорошо разработанная концепция заболевания. Этим людям была характерна ярко выраженная личностная дисгармония, проявляющаяся в одновременном существовании депрессивных тенденций и аффективной ригидности. Такое сочетание могло возникать у части больных на основе исходной субдепрессии, у других – при сочетании аффективной ригидности и чувства враждебности при разрыве межличностных связей. Стремление избежать разочарования, ограничивающее контакты тревожных и субдепрессивных личностей, сочеталось у наших пациентов с ожиданием враждебных или недобросовестных действий окружающих, характерных для аффективно ригидных личностей.

О глубокой дисгармоничности больных ХОБЛ III степени свидетельствовало одновременно существовавшее стремление ориентироваться на внешнюю оценку и ощущение враждебности со стороны окружающих. В результате сочетания указанных тенденций такие лица подавляли свою подозрительность и агрессивность при осуществлении социальных контактов, декларируя свое положитель-

ное отношение к окружающим и ситуациям. Однако при тесных и постоянных контактах агрессивность все же проявлялась, особенно в ближайшем окружении; для давления на членов семьи использовались немногочисленные, но упорные соматические жалобы. У них сочетались пренебрежение к морально-этическим нормам, обычаям, правилам, запретам с аффективной ригидностью; некорректируемые асоциальные проявления сменялись стойкой недоброжелательностью к окружающим. Такие лица отличались угрюмостью или дисфорически-злым аффектом, склонностью к упорным возражениям, и в этой связи были трудны и неприятны в общении.

У больных ХОБЛ по мере прогрессирования заболевания нарастали сензитивность, тревога, страх, немотивированные опасения, пониженная самооценка и навязчивость. Склонность к пунктуальности, тщательности, точности, основательности, некоторой тяжеловесности и снижение социальной спонтанности парадоксальным образом сочетались у них с демонстративностью, эгоцентричностью, стремлением быть в центре внимания. Сохраняя высокую потребность во внимании, признании и демонстративном поведении такие лица критично и болезненно реагировали на отрицательные сигналы извне.

Для этих пациентов были характерны социальная изоляция и слабость семейных связей, отсутствие глубоких интересов, внутренняя напряженность и неудовлетворенность ситуацией, своеобразное восприятие. Их ригидный стереотип поведения был ориентирован на заботу о физическом благополучии, а сама забота использовалась как средство, рационально объясняющее отчужденность и отгороженность от окружающих наличием соматически обусловленных затруднений.

Демонстративные тенденции сочетались у таких больных с чувствами отчужденности, непонятности и социальной изоляции; у них парадоксально совмещались ориентация на актуальное поведение, на внешнюю оценку, на одобрение окружающих со склонностью строить свое поведение, исходя из внутренних критериев и трудностей межличностной коммуникации. Такие люди были обеспокоены вопросами о своей личности в обществе и ее значимости, так формировали круг своих знакомств и контактов, чтобы создать своеобразную среду, в которой их значимость безоговорочно признавалась.

Нарушения межличностных связей и нарастающая аутизация сопровождалась у больных ХОБЛ формированием аффективных идей, трудно корректируемых или некорректируемых концепций, связанных с представлением о наличии угрожающих или опасных действий окружающих. Для них была характерна выраженная избирательность перцепции, при которой воспринималась преимущественно информация, подкреплявшая уже сформированные концепции.

Недостаток побуждений, неспособность испытывать удовольствия, снижение активности, легко возникающее чувство вины и недостаточная оценка

собственных возможностей существенно ухудшали состояние таких лиц.

То есть, при прогрессировании заболевания личностные особенности пациентов с ХОБЛ изменялись: у них усиливались ипохондрическая фиксация, зажатость, сверхконтроль, ориентация на нормативность, как устойчивое свойство личности, избыточное внимание к нарушениям физического здоровья (повышение на шкале Нs–ипохондри); пессимизм, неудовлетворенность, склонность к волнениям, гипостенический тип реагирования (повышение на шкале D–депрессии); вытеснение тревоги, эмоциональная лабильность, высокая чувствительность к средовым воздействиям, демонстративное поведение (повышение на шкале Ну–истерии); неудовлетворенность жизнью, принадлежностью к определенной социальной группе, ощущение собственной неприспособленности, непонимание со стороны окружающих (повышение на шкале Pd–психопатии); аффективная ригидность, подозрительность, злопамятность, сензитивность, обидчивость (повышение на шкале Ра–паранойи); пунктуальность, тщательность, тяжеловесность, снижение социальной спонтанности (повышение на шкале Pt–психастении); индивидуализм, своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности, социальная изоляция (повышение на шкале Sc–шизоидности); недостаток побуждений, снижение активности, неспособность испытывать удовольствия, недостаточная оценка собственных возможностей (снижение на шкале Ма–гипомании).

В целом, для всех лиц с ХОБЛ характерными были такие личностные особенности, как ипохондрическая фиксация на нарушениях соматического здоровья, демонстративность поведения, эмоциональная лабильность, неудовлетворенность своим социальным положением, аффективная ригидность, тревожность и боязливость, обнаженный эгоцентризм, индивидуализме отрыв от реальности, низкая самооценка, сложности межличностного взаимодействия.

Особенностями больных ХОБЛ II степени были идентификация своего социального статуса, постоянство интересов, осмотрительность, осторожность, боязливость, конформность, апатия, чувство вины, недостаточная оценка собственных возможностей; пациентов с ХОБЛ III степени – пессимизм, неудовлетворенность, склонность к волнениям, гипостенический тип реагирования, высокая эмоциональная лабильность, выраженное демонстративное поведение, неудовлетворенность жизнью и принадлежностью к определенной социальной группе, аффективная ригидность, подозрительность, злопамятность, пунктуальность, снижение социальной спонтанности, своеобразие интересов, социальная изоляция, снижение активности.

#### Литература

1. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1984 – 272 с.
2. Авдеев С. Влияние личностного и клинического профиля на выживаемость пациентов с хро-

ническими обструктивными заболеваниями легких / С. Авдеев // Рос. Мед. журнал. – 2000. – № 2. – С. 25–26.

3. Ахмедова О. С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: Дис...канд. психол. наук: 19.00.04. / О. С. Ахмедова. – Санкт-Петербург, 2009. – 250 с.

4. Ермаков Г. И. Показатели психоэмоционального состояния и качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / Г. И. Ермаков, Л. Ф. Молчанова // Общественное здоровье и здравоохранение. – М., 2010. – № 1. – С. 90–93.

5. Ярославская М. А. Исследование пассивных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации, дезадаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких / М. А. Ярославская // Вестник Московского Университета. Серия 14. «Психология». – 2011. – № 1. – С. 125–137.

6. Болезни органов дыхания / Под ред. Н. Р. Палева. – М.: Медицина, 1989. – 186 с.

7. 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.

8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.

9. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 175 с.

10. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка и др.]. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

11. Афифи А. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ: [монография] / А. Афифи, С. Эйзен. – М.: Мир, 1982. – 488 с.



УДК 616-073.7;611.711,611.82;616-036.86

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЕКСПЕРТИЗИ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВИХ ТРАВМ В УКРАЇНІ

О. М. Тарасенко, Л. В. Мирончук, О. Ю. Забара

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

### Резюме

*В основе работы лежит наблюдение за 52 больными с последствиями травм позвоночника и спинного мозга, которые находились на обследовании в неврологическом и травматологическом отделениях ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины» с 2011 по 2013 г. Спондилография позволяла обнаруживать травматические костные изменения у пациентов с последствиями травм позвоночника и спинного мозга. Мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) проводили при подозрении на вторичные смещения отломков в направлении спинномозгового канала. МРТ проводили для уточнения уровня нейрокомпрессионного синдрома. Спондилография остаётся методом выбора при оценке костных изменений и нестабильности позвоночника у пациентов с острой травмой и с последствиями травм позвоночника и спинного мозга. МСКТ является методом выбора для оценки вторичных изменений костной системы у пациентов после травм позвоночника и спинного мозга. МРТ является методом выбора для оценки вторичных изменений нервной системы и паравертебральных мягких тканей у пациентов после травм позвоночника и спинного мозга.*

**Ключевые слова:** лучевая диагностика, травма, информативность.

### Summary

*Work is basis on a supervision above patients with consequences of spine and spinal cord traumas, which were on an inspection in the neurological and traumatology departments of SI «Ukrainian State Scientific Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of Ministry of Healthcare of Ukraine» from 2011 to 2012. Spondilography is the most accessible and reliable method of estimation of bone changes for patients with acute trauma and consequences of spine and spinal cord traumas. MSCT is the method of choice for the estimation of the second changes of the*