

УДК 159.9:616.233

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ)

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

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

### Резюме

У статті розглянуто та виділено найбільш значущі особистісні та емоційні особливості, психологічні захисти та їх взаємозв'язки у хворих з ХОЗЛ. Дана характеристика психологічним чинникам, у залежності від стадії захворювання. Рекомендовано проведення психотерапевтичної корекції та розробки реабілітаційних програм з урахуванням психологічних особливостей цих осіб.

**Ключові слова:** психологічні особливості, психотерапевтична корекція, хронічне обструктивне захворювання легень.

### Summary

In the article and highlighted the most significant personal and emotional characteristics, psychological defenses, and their relationship in patients with COPD. The characteristic psychological factors, depending on the stage of the disease. Recommended to carry out psychological correction, rehabilitation and development programs, taking into account the psychological characteristics

**Keywords:** psychological characteristics, psychotherapeutic correction, chronic obstructive pulmonary disease.

Внешнее дыхания является одной из ведущих и определяющих возможностей адаптационной системы организма к разнообразным факторам окружающей среды. На сегодня ряд авторов отмечает влияние эмоциональных состояний на проявление заболеваний дыхательной системы [1, 2] и, в частности, хронического обструктивного заболевания легких [3].

Цель нашего исследования – определение ведущих эмоциональных состояний, являющихся психологическими мишенями психотерапевтической коррекции.

**Материалы и методы.** В исследовании, проведенном на базе Государственного учреждения «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», приняли участие 102 больных с хроническим обструктивным заболеванием легких; средний возраст –  $55,5 \pm 1,2$  лет, 85,8% лица мужского пола. Психологические защитные механизмы изучались с помощью опросников – «Индекс жизненного стиля» и «Методики психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» в адаптации Л. И. Вассермана [4, 5]; личностные особенности – при помощи методики многостороннего исследования личности в модификации Ф. Б. Березина [6], эмоциональные состояния – с использованием Фрайбургского многомерного личностного опросника [7]. Для обработки резуль-

татов использовался первичный статистический, корреляционный, регрессивный анализ [8].

**Результаты и их обсуждение.** У больных с ХОЗЛ II стадии наиболее сильными эмоциональными особенностями, изученные по методике Фрайбургского многомерного личностного опросника, выступали невротичность, застенчивость, реактивная агрессивность; гораздо меньше были выражены общительность, спонтанная агрессивность и экстраверсия-интроверсия и маскулинизм-феминизм.

Высокая невротизация личности, свойственная 75,9% обследованных, свидетельствовала о выраженном невротическом синдроме астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями.

Застенчивость, как эмоциональная особенность, отражала предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. У 70,1% больных выраженными были тревожность, скованность, неуверенность, следствием чего являлись трудности социальных контактов.

Для 66,7% обследованных характерным был высокий уровень психопатизации экстратенсивного типа, характеризующийся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию.

У 58,6% больных с ХОЗЛ II стадии наблюдалось неустойчивое эмоциональное состояние

со склонностью к аффективному реагированию. Депрессивность отмечалась у 41,4 % пациентов и проявлялась в их эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде.

Эмоциональная стабильность, как проблема, стояла перед 34,5 % обследованных лиц. Неустойчивость их эмоционального состояния проявлялась в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции.

Изучение открытости как эмоциональной личностной особенности у таких пациентов позволяло охарактеризовать их отношение к социальному окружению и уровень самокритики. Только у 28,7 % больных наблюдалось стремление к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности, у остальных (72,3 %) было выражено желание продемонстрировать себя «в лучшем свете».

Уравновешенность, отмечавшаяся у 25,3 % лиц с ХОЗЛ II стадии, свидетельствовала о хорошей защищенности к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимизме и активности.

У 17,2 % больных уровень эмоционального реагирования по шкале маскулинизм-феминизм свидетельствовал о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу, у 82,8 % – по женскому.

Характеристика спонтанной агрессивности у таких лиц давала возможность выявить и оценить психопатизацию интротенсивного типа. У 14,9 % обследованных наблюдался высокий уровень психопатизации, создававший предпосылки для импульсивного поведения.

У 9,2 % больных наблюдалась выраженная экстравертированность личности, у 81,8 % – значительная интравертированность.

Социальная активность была существенно снижена у 95,4 % обследованных, и только у 4,6 % пациентов отмечались выраженная потребность в общении и постоянная готовность к удовлетворению этой потребности.

Личностные и эмоциональные особенности у больных ассоциированы между собой и у таких лиц невротичность и эмоциональная лабильность коррелировали с желанием представить себя «в лучшем свете», Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Pa-паранойей, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью и Ma-гипоманией. Спонтанная и реактивная агрессивности связаны у пациентов с желанием представить себя «в лучшем свете», Pa-паранойей и Ma-гипоманией, тогда как спонтанная агрессивность еще с Ну-истерией и Sc-шизоидностью. Депрессивность и раздражительность этих людей сопряжены с желанием представить себя «в лучшем свете», D-депрессией, Pa-паранойей, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью и Ma-гипоманией, тогда как раздражительность еще и с Ну-истерией. Общительность больных ассоциирована лишь с Pt-психастенией, а уравновешенность – с Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией

и Pd-психопатией. Застенчивость, как эмоция, была связана с желанием представить себя «в лучшем свете», Pa-паранойей и Sc-шизоидностью; а открытость – также с желанием представить себя «в лучшем свете» и Ma-гипоманией. Экстраверсия-интраверсия таких лиц ассоциированы с желанием представить себя «в лучшем свете», D-депрессией и Ma-гипоманией; а маскулинизм-феминизм – с Hs-ипохондрией и D-депрессией.

Таким образом, для больных ХОЗЛ II стадии наиболее выраженными и распространенными эмоциональными особенностями были невротичность, застенчивость, реактивная агрессивность; с частыми комбинациями с желанием представить себя «в лучшем свете», Pa-паранойей, Sc-шизоидностью и Ma-гипоманией.

По мере прогрессирования заболевания менялось эмоциональное реагирование пациентов и ведущее место стала занимать их застенчивость.

У больных с ХОЗЛ III стадии наиболее значимыми эмоциональными особенностями были застенчивость, невротичность, реактивная агрессивность; гораздо меньше были выражены спонтанная агрессивность, общительность и маскулинизм-феминизм.

Самыми распространенными эмоциями этих лиц выступали: застенчивость (в 93,3 %), невротичность (в 80,0 %), реактивная агрессивность (в 60,0 %); редко встречающимися – общительность (в 6,7 %), спонтанная агрессивность и маскулинизм-феминизм (по 13,3 % случаев).

Невротичность и эмоциональная лабильность больных коррелировали с Hs-ипохондрией, D-депрессией и Ma-гипоманией. Спонтанная агрессивность связана у пациентов с Hs-ипохондрией; раздражительность – с Ma-гипоманией; застенчивость – с Pt-психастенией.

То есть, у больных ХОЗЛ III стадии наиболее выраженными и распространенными эмоциональными особенностями были застенчивость, невротичность, реактивная агрессивность; с более редкими комбинациями с Pt-психастенией, Hs-ипохондрией, D-депрессией и Ma-гипоманией. Можно говорить о том, что по мере прогрессирования заболевания ведущей эмоцией у пациентов становилась застенчивость, эмоциональные реакции в меньшей степени были связаны с личностными особенностями больных.

Эмоциональные особенности тесно связаны с активными и пассивными психологическими защитами. У лиц с ХОЗЛ II стадии наиболее выраженными пассивными психологическими защитами, которые мы изучали по методике «Индекс жизненного стиля», были отрицание, реактивное образование, вытеснение и интеллектуализация.

Отрицание, которое было значительным для 93,1 % пациентов, выступало психологическим защитным механизмом, благодаря которому личность отрицала некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства либо какие-либо внутренние импульсы. Действие этого механизма проявлялось в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, являясь очевидными для

окужающих, не принимались или не признавались самими больными. У этих лиц информация, которая тревожила и могла привести к конфликту, не воспринималась (подразумевался конфликт, возникший при проявлении мотивов, противоречащих основным установкам личности, или информация, угрожавшая самосохранению, самоуважению или социальному престижу пациентов). Как процесс, направленный вовне, отрицание часто противопоставлялось вытеснению – защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. Отрицание как механизм психологической защиты реализовывался у больных ХОЗЛ при конфликтах любого рода и характеризовался внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

У 82,8% больных проекция была одной из наиболее интенсивных психологических защит, в основе которой лежал процесс, благодаря которому неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализовались вовне, приписывались другим людям и становились как бы вторичными.

Для 79,3% обследованных интеллектуализация выступала значимым защитным механизмом, основой формирования которого было отрицание личностью переживаний, вызванных неприятной ситуацией, с использованием логических установок и манипуляций, даже в случае наличия убедительных доказательств в пользу противоположного. 75,9% лиц с ХОЗЛ II стадии использовали реактивное образование как интенсивную психологическую защиту. Эти личности предотвращали выражение неприятных или неприемлемых для них мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений; им была присуща трансформация внутренних импульсов в субъективно воспринимаемую ими противоположность. У таких пациентов жалость или заботливость можно было рассматривать как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоциональному безразличию.

Менее выраженными у больных с ХОЗЛ были такие психологические защиты, как вытеснение (у 69,0%), компенсация (у 65,5%), замещение (у 52,9%), регрессия (у 49,4%). Вытеснение выступало у 69,0% обследованных нами лиц как психологический защитный механизм, благодаря которому неприемлемые для личности импульсы (желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу) становились бессознательными. При этом подавленные импульсы, не находя разрешения в поведении, сохраняли свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. У 65,5% таких пациентов ведущим механизмом пассивной психологической защиты была компенсация. Этот защитный механизм интенсивно был выражен при сдерживании чувства печали, горя по поводу реальной или мнимой потери, утраты, нехватки, недостатка, ущербности; он предполагал попытку исправления или нахождения замены этой неполноценности. Люди такого типа стремились не только компенсировать проблемы со своими легкими, у них также

появлялось чувство неполноценности, которое развивалось из ощущения собственного психологического или социального бессилия. Ощущение неполноценности по разным причинам становилось часто чрезмерным, и в ответ на чувство неполноценности у этих лиц появлялись две формы защитных механизмов: компенсация и гиперкомпенсация. Гиперкомпенсация (интенсивное использование компенсации и реактивного образования) проявлялась в том, что больные с ХОЗЛ стремились развить данные, которые у них были слабо развиты.

Действие психологической защиты замещение проявлялось у 52,9% этих лиц в виде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые были направлены на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. 49,4% больных ХОЗЛ использовали регрессию в качестве неосознанной интенсивной защиты, у них регрессия психической активности и поведения проявлялась в возврате к более примитивным формам, которые были характерны для предыдущих этапов онтогенетического и психического развития. Регрессия происходила подсознательно, фрустрированные личности непроизвольно стремились вернуться к более раннему и безопасному периоду своей жизни. Регрессируя, они уходили от неприятной реальности к тому периоду, когда пользовались защитой других; воспроизводили старые приспособительные реакции (плач, разные эмоционально-импульсивные действия), которые в прошлом обеспечивали удовлетворение потребностей, но для разрешения актуальных проблемных ситуаций уже не являлись адекватными. Состояние неуверенности, постоянное эмоциональное напряжение – это та группа психических факторов, которые создавали готовность личности больных с ХОЗЛ к регрессии, в конечном итоге сама регрессия являлась реакцией на фрустрацию. Импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля, свойственная психопатическим личностям, определялись актуализацией именно этого механизма защиты на общем фоне изменения мотивационно-потребностной сферы в сторону большей упрощенности и доступности.

Психологические защитные механизмы у лиц с ХОЗЛ часто были ассоциированы как между собой, так и с личностными и эмоциональными особенностями. Отрицание, как защита, было связано с вытеснением, регрессией, компенсацией, замещением, интеллектуализацией и реактивным образованием. Оно также коррелировало с Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью, невротичностью и эмоциональной лабильностью. Вытеснение соединено было с отрицанием и регрессией, и в то же время еще и с Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Pa-паранойей, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью, спонтанной агрессивностью и депрессивностью.

Регрессия, как защитный механизм, сопряжена с отрицанием, вытеснением, компенсацией, замещением и проекцией, а также с такими эмоциями,

как спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность и эмоциональная лабильность. Компенсация не связана ни с личностными, ни с эмоциональными особенностями; она коррелировала лишь с отрицанием, регрессией и проекцией.

Проекция была ассоциирована с такими защитами, как отрицание, регрессия, компенсация и интеллектуализация. Личностные и эмоциональные особенности влияли на проекцию: желание представить себя «в выгодном свете», D-депрессия, Pa-паранойя, Sc-шизоидность, Ma-гипомания, невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, открытость и эмоциональная лабильность. Замещение связано было с регрессией, Ну-истерией, раздражительностью, открытостью и эмоциональной лабильностью. Интеллектуализация коррелировала с отрицанием и проекцией, желанием представить себя «в выгодном свете», Ну-истерией и Pa-паранойей. Реактивное образование было сопряжено с отрицанием, Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией и реактивной агрессивностью.

Таким образом, у пациентов с ХОЗЛ II стадии ярко выраженными пассивными психологическими защитами были отрицание, реактивное образование, вытеснение и интеллектуализация; наиболее распространенными – отрицание, проекция, интеллектуализация и реактивное образование; с частыми комбинациями между собой и с Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией.

По мере прогрессирования заболевания наблюдалось изменение интенсивности разных видов пассивных психологических защит и у больных с ХОЗЛ III стадии наиболее выраженными выступали отрицание, вытеснение, реактивное образование и проекция. Существенно возростала значимость таких психологических защитных механизмов, как отрицание (в 100,0 %), реактивное образование (в 86,6 %) и вытеснение (в 73,3 %), при одновременном снижении интенсивности и распространенности проекции, интеллектуализации (по 73,3 %), регрессии (в 46,6 %) и замещения (в 26,6 % случаев).

У пациентов с ХОЗЛ III стадии психологические защиты в значительно меньшей степени были ассоциированы между собой, а также с личностными и эмоциональными особенностями. Замещение коррелировало с общительностью, застенчивостью и экстраверсией-интроверсией; интеллектуализация – с желанием представить себя «в выгодном свете» и застенчивостью; между собой реактивные образование и агрессивность.

То есть, у лиц с ХОЗЛ III стадии интенсивными пассивными психологическими защитами были отрицание, вытеснение, реактивное образование и проекция; часто встречались – отрицание, реактивное образование, вытеснение, проекция и интеллектуализация; не связанные ни между собой, ни с эмоциональными и личностными особенностями. Определенное влияние на формирование их защит оказывали лишь желание представить себя «в выгодном свете», общительность и застенчивость, реактивная агрессивность и экстраверсия-

интроверсия. Копинг-стратегии, или активные психологические защиты, у обследованных нами лица мы изучали по методике психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями.

У пациентов с ХОЗЛ II стадии наиболее выраженными копинг-стратегиями были дистанцирование, конфронтация, планирование решения; наименее четкими – положительная переоценка ценностей и самоконтроль. Адаптивный и пограничный варианты копинга наблюдались у 18,4 % больных, высокая напряженность копинга – у 81,6 % обследованных. Самыми распространенными среди больных ХОЗЛ были дистанцирование (в 56,3 %), конфронтативный копинг (в 48,3 %), бегство-избегание (в 40,2 %), гораздо реже встречались: положительная переоценка ценностей (в 9,2 %), самоконтроль (в 16,1 %), планирование решения (в 26,4 %) и ответственность (в 27,6 % случаев).

По степени конструктивности копинг-стратегии разделяются на три группы: конструктивные (планирование решения, самоконтроль, поиск социальной поддержки), относительно конструктивные (принятие ответственности, положительная переоценка ценностей) и неконструктивные (конфронтативный копинг, дистанцирование, бегство-избегание). Среди неконструктивных копингов у лиц с ХОЗЛ II стадии преобладали дистанцирование, конфронтативный копинг и бегство-избегание.

Дистанцирование, которое наблюдалось у 56,3 % обследованных нами больных, свидетельствовало о присутствии у них выраженных когнитивных усилий с целью отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость, либо в попытке забыть или проигнорировать ситуацию, либо найти в ней что-то хорошее. У 48,3 % пациентов наличие интенсивного конфронтативного копинга свидетельствовало об их агрессивных усилиях по изменению ситуации, предполагало наличие выраженности и готовности к риску, определяло действия, направленные на активное отстаивание своего мнения и желаний в отношениях с окружающими и попытки добиться своего. Они действовали хаотично, для них не важно было изменить ситуацию, а главное – делать хоть что-нибудь, пытаясь агрессией разрядить отрицательные эмоции, вызванные сложившимися ситуациями.

Бегство-избегание, характерное для 40,2 % обследованных лиц, свидетельствовало об их мысленном стремлении и поведенческих усилиях, направленных на уход, избегание проблемы (а не на дистанцирование от нее). Чаще всего это выражалось в попытках улучшения своего самочувствия путем алкоголизации, еды, курения, избегания общения. Среди относительно конструктивных копинг-стратегий чаще всего встречались принятие ответственности, реже – положительная переоценка.

У 27,6 % пациентов отмечалось принятие ответственности, как выраженная копинг-стратегия. Они признавали свою роль в сложившихся ситуа-

циях, пытались их решить, понять свою роль в возникших проблемах и активно стремились сгладить свою вину и изменить ситуации. Их самыми яркими характеристиками были понимание своей вины, самокритика и самобичевание.

Положительная переоценка ценностей, как основной копинг, была характерна для 9,2 % больных ХОЗЛ II стадии. Такие лица прилагали неимоверные усилия для создания положительного фокусирования и пристального внимания окружающих к изменению собственной личности. Среди конструктивных копинг-стратегий наиболее распространенными у обследованных нами лиц были поиск социальной поддержки, планирование решения, самоконтроль, хотя среди всех копингов их значимость была наименее выраженной.

Почти 31,0 % больных в виде копинга пытались найти социальную поддержку, проявляли значительные усилия в поиске информационной, действительной и эмоциональной опоры. Планирование решения проблемы, характерное для 26,4 % пациентов, было основным их копингом и проявлялось в концентрации усилий для изменения ситуации, включавшее аналитический подход к решению проблемы.

Для 16,1 % людей свойственным был самоконтроль, когда копинг был направлен на регулирование своих чувств и действий, контролирование эмоций, что давало возможность для анализа проблем и поиска путей выхода из сложившихся ситуаций. Копинг-стратегии были ассоциированы между собой, с личностными и эмоциональными особенностями, а также с пассивными психологическими защитами.

К неконструктивным копингам относились дистанцирование, конфронтативный копинг и бегство-избегание. Дистанцирование, как наиболее распространенный неконструктивный копинг, коррелировал с личностными (Hs-ипохондрией, Ну-истерией, Sc-шизоидностью) и эмоциональными особенностями (невротичностью, спонтанной агрессивностью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью и открытостью), пассивными (отрицанием, вытеснением, компенсацией, проекцией) и активными психологическими защитами (дистанцированием, поиском социальной поддержки, бегством-избеганием, планированием решения).

Конфронтативный копинг у этих больных сопряжен с личностными (Pd-психопатией, Sc-шизоидностью, Ма-гипоманией) и эмоциональными особенностями (невротичностью, спонтанной агрессивностью, раздражительностью, открытостью и эмоциональной лабильностью), пассивными (отрицанием, вытеснением, компенсацией, проекцией, замещением) и активными психологическими защитами (дистанцированием, поиском социальной поддержки, бегством-избеганием, планированием решения).

Бегство-избегание у таких лиц связано с личностными (Ну-истерией, Pd-психопатией, Sc-шизоидностью, Ма-гипоманией) и эмоциональными особенностями (спонтанной агрессивностью и экстраверсией-интроверсией), пассивными (отрицани-

ем и проекцией) и активными психологическими защитами (конфронтативным копингом, дистанцированием, поиском социальной поддержки, принятием ответственности и планированием решения). Общими для неконструктивных копингов у лиц с ХОЗЛ II стадии были ассоциации с Sc-шизоидностью, спонтанной агрессивностью, отрицанием, проекцией, поиском социальной поддержки и планированием решения. К относительно конструктивным копингам относились принятие ответственности и положительная переоценка ценностей.

Принятие ответственности у этих пациентов коррелировало с личностными (желанием представить себя «в выгодном свете», Ма-гипоманией) и эмоциональными особенностями (спонтанной агрессивностью, раздражительностью, открытостью), пассивными (регрессией) и активными психологическими защитами (дистанцированием, самоконтролем, поиском социальной поддержки, бегством-избеганием, планированием решения и положительной переоценкой ценностей).

Положительная переоценка ценностей у больных с ХОЗЛ II стадии сопряжена с личностными особенностями (желанием представить себя «в выгодном свете»), пассивными (проекцией, замещением) и активными психологическими защитами (поиском социальной поддержки, принятием ответственности). Общими для относительно конструктивных копингов у лиц с ХОЗЛ II стадии были связи с желанием представить себя «в выгодном свете» и поиском социальной поддержки. К конструктивным копингам относятся поиск социальной поддержки, планирование решения и самоконтроль.

У этих пациентов поиск социальной поддержки ассоциирован с личностными (желанием представить себя «в выгодном свете») и эмоциональными особенностями (невротичностью, спонтанной агрессивностью, депрессивностью, раздражительностью, открытостью, эмоциональной лабильностью), пассивными (отрицанием, регрессией, компенсацией, проекцией, интеллектуализацией) и активными психологическими защитами (конфронтативным копингом, дистанцированием, самоконтролем, принятием ответственности, бегством-избеганием, планированием решения и положительной переоценкой ценностей).

Планирование решения у этих больных коррелировало с личностными (Hs-ипохондрией, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью) и эмоциональными особенностями (невротичностью, спонтанной агрессивностью), пассивными (отрицанием, регрессией, компенсацией, проекцией, замещением) и активными психологическими защитами (конфронтативным копингом, дистанцированием, самоконтролем, поиском социальной поддержки, принятием ответственности, бегством-избеганием).

Самоконтроль таких лиц сопряжен с эмоциональными особенностями (спонтанной агрессивностью и открытостью), пассивными (регрессией, проекцией, интеллектуализацией) и активными психологическими защитами (поиском социальной

поддержки, принятием ответственности, планированием решения). Общими для конструктивных копингов у больных с ХОЗЛ II стадии были спонтанная агрессивность, регрессия, проекция и ответственность.

Таким образом, у больных ХОЗЛ II стадии наиболее выраженными копинг-стратегиями были дистанцирование, конфронтация, планирование решения; самыми незначительными – положительная переоценка ценностей и самоконтроль. Высокая напряженность копинга отмечалась у 81,6 % обследованных, адаптивный и пограничный варианты – у 18,4 % лиц. Среди неконструктивных копингов у лиц с ХОЗЛ II стадии преобладали дистанцирование (в 56,3 %), конфронтативный копинг (в 48,3 %) и бегство-избегание (в 40,2 %), ассоциированные с Sc-шизоидностью, спонтанной агрессивностью, отрицанием, проекцией, поиском социальной поддержки и планированием решения. Среди относительно конструктивных копингов – принятие ответственности (в 27,6 %) и положительная переоценка ценностей (в 9,2 %), связанные с желанием представить себя «в выгодном свете» и поиском социальной поддержки. Поиск социальной поддержки (в 31,0 %), планирование решения (в 26,4 %) и самоконтроль (в 16,1 %), как конструктивные копинги коррелировали со спонтанной агрессивностью, регрессией, проекцией и ответственностью таких больных.

При прогрессировании заболевания происходило изменение копинг-стратегий и у пациентов с ХОЗЛ III стадии наиболее выраженными копингами были бегство-избегание, дистанцирование, конфронтативный копинг; наименее четкими – положительная переоценка ценностей и самоконтроль. Высокая напряженность копинг-механизмов наблюдалась у всех (в 100,0 %) обследованных, адаптивного и пограничного вариантов копинга у больных ХОЗЛ III стадии не было. Самыми распространенными среди больных были бегство-избегание (в 53,3 %), дистанцирование и конфронтативный копинг (по 46,7 %), гораздо реже встречались: принятие ответственности (в 33,3 %), поиск социальной поддержки и планирование решения (по 26,7 %), самоконтроль (в 13,3 %), положительная переоценка ценностей (в 6,7 % случаев).

У больных как при ХОЗЛ II, так и при ХОЗЛ III стадий копинг-стратегии были ассоциированы между собой, с личностными и эмоциональными особенностями, а также с пассивными психологическими защитами. Как уже было отмечено выше, к неконструктивным копингам относились дистанцирование, конфронтативный копинг и бегство-избегание. Конфронтативный копинг у этих больных сопряжен с пассивными (интеллектуализацией) психологическими защитами. Бегство-избегание у таких лиц связано с личностными (желанием представить себя «в лучшем свете») и эмоциональными особенностями (депрессивностью). Общих ассоциаций для неконструктивных копингов у лиц с ХОЗЛ III стадии не было выявлено.

К относительно конструктивным копингам относились принятие ответственности и положи-

тельная переоценка ценностей, которые у больных с данной стадией ХОЗЛ не были связаны ни с какими личностными и эмоциональными особенностями, пассивными и активными психологическими защитами. К конструктивным копингам относятся поиск социальной поддержки, планирование решения и самоконтроль.

У этих пациентов поиск социальной поддержки ассоциирован с эмоциональными (открытостью); планирование решения – с личностными (желанием представить себя «в лучшем свете»); самоконтроль – с эмоциональными особенностями (депрессивностью и открытостью). Общим для конструктивных копингов у больных с ХОЗЛ III стадии была корреляция с открытостью.

То есть, у больных ХОЗЛ III стадии наиболее выраженными копинг-стратегиями были бегство-избегание, дистанцирование, конфронтация; самыми незначительными – положительная переоценка ценностей и самоконтроль. Высокая напряженность копинга отмечалась у всех обследованных, адаптивный и пограничный варианты – отсутствовали. Среди неконструктивных копингов у лиц с ХОЗЛ III стадии преобладали бегство-избегание (53,3 %), дистанцирование и конфронтативный копинг (по 46,7 %); относительно конструктивных – принятие ответственности (33,3 %) и положительная переоценка ценностей (6,7 %). Неконструктивные и относительно конструктивные копинги у таких больных были не связаны ни с какими личностными и эмоциональными особенностями, пассивными и активными психологическими защитами. Среди конструктивных копингов в равной степени наблюдались поиск социальной поддержки и планирование решения (по 26,7 %), а также самоконтроль (13,3 % случаев), коррелировавшие с открытостью как эмоциональной особенностью таких пациентов.

Таким образом, проведенное нами изучение эмоциональных особенностей лиц с ХОЗЛ показало, что общими для всех них были застенчивость, невротичность, реактивная агрессивность, связанные с личностными особенностями – Ма-гипоманией. В начальных стадиях развития ХОЗЛ эти характеристики были ассоциированы с желанием представить себя «в лучшем свете», Ра-паранойей, Sc-шизоидностью; по мере прогрессирования заболевания застенчивость становилась основной эмоцией пациентов и коррелировала с Pt-психастенией, Hs-ипохондрией, D-депрессией. Полученные результаты свидетельствовали о том, что общим для пассивных психологических защит у лиц с ХОЗЛ были выраженность отрицания, реактивного образования, вытеснения. Отличительными особенностями в начальных стадиях заболевания были ассоциации защит с Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией; при прогрессировании заболевания – еще и с желанием представить себя «в выгодном свете», общительностью и застенчивостью, реактивной агрессивностью и экстраверсией-интроверсией.

У всех пациентов с ХОЗЛ преобладающими копинг-стратегиями были дистанцирование, кон-

фронтация и планирование решения, а высокая напряженность копинга наблюдалась у большинства пациентов. Из неконструктивных копингов преобладали дистанцирование, конфронтативный копинг и бегство-избегание; среди относительно конструктивных – принятие ответственности и положительная переоценка ценностей; из конструктивных – поиск социальной поддержки, планирование решения и самоконтроль. Отличительными особенностями копинг-стратегий у больных ХОЗЛ II стадии были их ассоциации между собой, а также с желанием представить себя «в выгодном свете» и Sc-шизоидностью, спонтанной агрессивностью, отрицанием, проекцией. При прогрессировании заболевания у этих лиц отсутствовали ассоциации копинг-стратегий с личностными и эмоциональными особенностями, пассивными и активными психологическими защитами. Именно эти психологические особенности должны учитываться при проведении психотерапевтической коррекции и реабилитационной работе с больными хроническим обструктивным заболеванием легких.

#### Литература

1. Kubzansky L. D., Sparrow D., Jackson B. Angry breathing: a prospective study of hostility and lung function in the Normative Aging Study // *Thorax*. – 2006. – V. 61. – P. 863–868.

2. Ritz T., Steptoe A., DeWilde S., Costa M. Emotions and stress increase respiratory resistance in asthma // *Psychosom. Med.* – 2000. – V. 62, № 3. – P. 401–412.

3. Crockett A., Cranston J., Moss J. The impact of anxiety, depression, and living alone in chronic obstructive pulmonary disease // *Qual. Life. Res.* – 2002. – V. 11. – P. 309–316.

4. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля // Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова [и др.]. – С-Пб., 2005. – 54 с.

5. Вассерман Л. И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. – С-Пб., 2009. – 38 с.

6. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. Б. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.

7. Крылов А. А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб.: Питер, 2003. – 560 с.

8. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.



УДК 616.14–002: 616.14–089

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А. В. Косинский, Д. Л. Бузмаков, В. В. Ржемовский

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

#### Резюме

У статті подана оцінка результатів реабілітації 52 інвалідів унаслідок післятромботичної хвороби нижніх кінцівок. У 31 з них виконувалися патогенетично обґрунтовані малоінвазивні операції. До лікування та у строки 24–48 місяців після реабілітації проводилася оцінка якості життя, клінічних даних, результатів інструментального та лабораторного обстеження. Застосовувалися опитувальники якості життя SF-36 та CIVIQ-2, клінічні шкали тяжкості захворювання Villalta, VCSS та VSDS. Віддалені результати хірургічної реабілітації показали достовірне поліпшення якості життя оперованих пацієнтів і високу (96,3 %) частоту позитивних результатів.

**Ключові слова:** малоінвазивні хірургічні втручання, комплексна реабілітація, післятромботична хвороба.

#### Summary

The article presents the evaluation of rehabilitation of 52 disabled due to post-thrombotic disease of the lower extremities. In 31 of them performed pathogenesis based minimally invasive surgery. Prior to treatment, and in terms of 24–48 months of rehabilitation the quality of life, clinical data, results of instrumental and laboratory examination were