

УДК 159.9.072:316.6:616.233

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

И. В. Дроздова, В. В. Храмова

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

Резюме

У статті розглянуто та виділено найбільш значущі обмеження життєдіяльності для хворих з ХОЗЛ, згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Дано характеристику чинникам, які перешкоджають та сприяють життєдіяльності цих осіб. Зроблено висновок щодо виявлення психологічних факторів, що перешкоджають відновленню здоров'я, та визначено сукупність адаптаційних механізмів, які впливають на відновлення життєдіяльності, пристосування до хвороби та підвищення працездатності.

Ключові слова. обмеження життєдіяльності, хронічне обструктивне захворювання легень, психологічні особливості.

Summary

In the article the most significant limitations of life in patients with COPD, according to the International Classification of Functioning, vital activity limitation and Health. We gave a description of factors that hinder and facilitate the life of these people. It is concluded that the identification of psychological factors that impede the restoration of health. Determined set of adaptive mechanisms that affect the recovery of vital activity, adaptation to the disease and improve efficiency.

Keywords: vital activity limitation, chronic obstructive pulmonary disease, psychological characteristics.

Актуальность проблемы. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) основное внимание уделяет показателям здоровья и показателям, связанным со здоровьем. МКФ отражает профиль функционирования и ограничений жизнедеятельности через взаимосвязь функции и структуры организма, активности и участия. МКФ занимает нейтральную позицию по отношению к этиологии заболевания, что способствует установлению причинно-следственных связей. Для исследования детерминант и факторов риска предложены факторы внешней среды, в которой живет индивид. МКФ представлена двумя частями: 1–функционирование и ограничение жизнедеятельности и 2–факторы контекста; каждая составляющая может быть как позитивной, так и негативной. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при изучении активности и участия выделяет несколько доменов: обучение и применение знаний, общие задачи и требования, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные взаимодействия и отношения, главные сферы жизни [1].

Цель исследования. Изучить психологические особенности при формировании ограничений жизнедеятельности у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких.

Материалы и методы. На базе ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский

институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после подписания информированного согласия приняли участие 119 больных с хроническим обструктивным заболеванием легких; средний возраст – $55,5 \pm 1,2$ года, 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 [2, 3]; личностные особенности – при помощи методики многостороннего исследования личности в модификации Ф. Б. Березина [4], эмоциональные состояния – с использованием Фрайбургского многомерного личностного опросника [5]; проводили клинко-функциональные исследования, включающие спирографию. У 66 пациентов изучали ограничения жизнедеятельности согласно МКФ (Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, 2001) [1]. Для обработки результатов использовался первичный статистический, корреляционный, регрессивный анализы и метод отбора информативных признаков [6].

Результаты и их обсуждение. Методом отбора информативных признаков были выделены наиболее значимые для лиц с ХОЗЛ домены жизнедеятельности [1]: главные сферы жизни (100), бытовая жизнь (99), мобильность (81), межличностное взаимодействие (50), обучение и применение

ние знаний(27), самообслуживание (0).

Основными сферами среди них были: управление транспортом (100), работа и занятость (87), образование (85), приобретение жилья и передвижение, отличающееся от ходьбы (по 74), жизнь в сообществах (69), экономическая жизнь (65), семейные отношения (59), помощь другим (57), ходьба и передвижение с использованием транспортных средств и по различным поверхностям (по 54), ведение домашнего хозяйства (51), формальные отношения и отдых и досуг (по 50), забота о домашнем имуществе, религия и духовная практика (по 49), изменение позы тела (42), неформальные социальные отношения (36), выполнение работы по дому (35), поддержание положения и перемещение тела (32), общение с использованием средств связи (30), применение знаний (29), общие задачи и требования (26), преодоление стресса (25), сложные межличностные отношения и перенос объектов (по 21), базисные межличностные отношения (15), общение (14), базисные навыки при обучении (8), самообслуживание (0).

МКФ для оценки главных сфер жизни рекомендует изучать: образование (неформальное, дошкольное, школьное, профессиональное и высшее); работу и занятость (подготовку к профессиональной деятельности, получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений, оплачиваемую и неоплачиваемую работу); экономическую жизнь (базисные и сложные экономические отношения, экономическую самостоятельность и жизнь) [1]. Анализ полученных результатов показал, что в главных сферах жизни наиболее значимыми для лиц с ХОЗЛ были работа и занятость, возможность получения образования и экономическая жизнь.

При оценке работы и занятости МКФ предлагает изучение периода ученичества, поиска, выполнения и прекращения работы, индивидуальной и частичной трудовой деятельности [1].

Период ученичества у лиц с ХОЗЛ ассоциирован лишь с пассивной психологической защитой в виде проекции. К барьерам, связанными с поиском работы у них относились личностные (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (уравновешенность), активная психологическая защита (самоконтроль), форсированная и жизненная ёмкости лёгких на вдохе (ФЖЁЛ).

К факторам, препятствующим выполнению работы такими пациентами, принадлежали личностные особенности (Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения), форсированная и жизненная ёмкости лёгких на вдохе, объём форсированного выдоха за 1 сек. и мгновенная объёмная скорость 75 % ФЖЁЛ; и лишь уравновешенность, как эмоция, способствовала выполнению работы больными ХОЗЛ.

Проблемами при прекращении трудовых отношений у этих лиц были личностная черта (Pd-психопатия), пассивная психологическая защита (компенсация), сенситивный вид реагирования на заболевание, форсированная и жизненная ёмкость лёгких на вдохе, объём форсированного вы-

доха за 1 сек., средние объёмные скорости выдоха на уровне 25 и 75 % ФЖЁЛ, мгновенные объёмные скорости 50 и 75 % ФЖЁЛ; и лишь уравновешенность, как эмоция, препятствовала возникновению проблем при завершении работы больными ХОЗЛ.

К барьерам, препятствующим индивидуальной трудовой деятельности у таких пациентов, можно отнести личностные (Ну-истерия, Ра-паранойя), эмоциональные особенности (депрессивность, раздражительность), тревожный и меланхолический типы отношения к болезни; и только планирование решений, как активная психологическая защита, способствовала занятиям индивидуальной трудовой деятельностью у больных ХОЗЛ.

Частичной трудовой деятельности у таких лиц мешали личностные особенности (Hs-ипохондрия, Ну-истерия, Ра-паранойя), полной трудовой занятости – D-депрессия и Ну-истерия, выполнению неоплачиваемой работы – уровень жизненной ёмкости лёгких на вдохе; и лишь уравновешенность как эмоция была направлена у них на возможность выполнения работы.

Таким образом, препятствием в реализации выполнения работы и занятости для лиц с ХОЗЛ были личностные особенности (Ну-истерия, Ра-паранойя, Рт-психастения) и уровень жизненной ёмкости лёгких на вдохе; но способствовали эмоциональные свойства (уравновешенность).

При оценке уровня образования в МКФ предусмотрено изучение возможности получения неформального, дошкольного, школьного, профессионального и высшего образования [1]. Возможность получения неформального образования больными ХОЗЛ ассоциирована с личностными особенностями (желанием представить себя в «выгодном свете», Hs-ипохондрией, Ра-паранойей, Рт-психастенией, Sc-шизоидностью), меланхолическим типом отношения к болезни; и все эти психологические особенности выступали препятствиями.

К барьерам, связанным с получением дошкольного образования, пациенты отнесли личностные (Hs-ипохондрию, Рт-психастению, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (раздражительность, застенчивость, эмоциональную лабильность), пассивную психологическую защиту (реактивное образование), тревожный, меланхолический и неврастенический типы отношения к болезни.

Получению школьного образования препятствовало желание представить себя в «выгодном свете», как личностный фактор, но способствовали такие эмоциональные особенности, как спонтанная агрессивность и уравновешенность, и активные психологические защиты (дистанцирование, принятие ответственности, бегство-избегание и планирование решения).

Успешному завершению профессионального образования способствовала пассивная психологическая защита «регрессия»; высшего образования – активная психологическая защита «соблюдение дистанции». Так, возможности получения образования у лиц с ХОЗЛ препятствовали личностные особенности (стремление показать себя только

с положительной стороны и Рт-психастения), но способствовали эмоциональные свойства (спонтанная агрессивность и экстраверсия), пассивная психологическая защита «замещение» и активная психологическая защита «принятие ответственности».

МКФ в оценке экономической жизни рассматривает изучение базисных и сложных экономических отношений, экономической самостоятельности и доступа к общественным экономическим фондам [1]. Формированию базисных и сложных экономических отношений у пациентов с ХОЗЛ препятствовали личностные особенности (Нс-ипохондрия, Ну-истерия, Рд-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность).

Возможности свободно распоряжаться личными экономическими ресурсами у них препятствовала тяжесть соматического состояния – функция внешнего дыхания (жизненная ёмкость лёгких на вдохе, объём форсированного выдоха за 1 сек., средняя объёмная скорость выдоха на уровне 25 % ФЖЁЛ, мгновенные объёмные скорости 50 и 75 % ФЖЁЛ); и только пассивные (проекция) и активные психологические защиты (планирование решения) способствовали этому. Способности оказывать влияние на общественные экономические фонды препятствовало стремление больных представлять себя лучше, чем есть на самом деле, способствовала Ма-гипомания, как свойство личности.

К барьерам, возникающим у этих пациентов в экономической жизни, следовало отнести личностные особенности (Ну-истерия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), функцию внешнего дыхания (жизненная ёмкость лёгких на вдохе), и лишь вытеснение, как пассивная психологическая защита, благоприятствовала этому.

Таким образом, реализации больных с ХОЗЛ в главных сферах жизни препятствовали их личностные особенности (желание представить себя в «выгодном свете», Ну-истерия, Рт-психастения, Sc-шизоидность), и лишь уравновешенность как эмоция и планирование решения как активная психологическая защита способствовали этому.

МКФ в домене «бытовая жизнь» выделяет: приобретение предметов первой необходимости (приобретение жилья, приобретение товаров и услуг); ведение домашнего хозяйства (приготовление пищи, выполнение работы по дому); забота о домашнем имуществе и помощь другим [1]. Анализ полученных нами результатов показал, что в домене «бытовая жизнь» наиболее значимыми для пациентов с ХОЗЛ были приобретение жилья, ведение домашнего хозяйства и забота об имуществе, выполнение работы по дому.

При оценке бытовой жизни МКФ предлагает изучение возможности приобретения жилья (покупки, аренды и благоустройства жилья), ведения домашнего хозяйства (осуществления покупок, обеспечения повседневными потребностями, готовки пищи, стирки белья вручную, уборки на кухне и жилой части помещения, использовании бытовой техники, хранения предметов, удаления мусора) [1].

К барьерам, возникавшим при оценке возможности покупки жилья у больных с ХОЗЛ, относились Ра-паранойя как личностная особенность и компенсация как пассивная психологическая защита. При возможности аренды жилья, препятствующими факторами у них выступали: личностные (Нс-ипохондрия, Рд-психопатия, Ра-паранойя, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (невротичность) и пассивная защита «компенсация»; при вопросе благоустройств жилья – активная психологическая защита – положительная переоценка ценностей.

Таким образом, к барьерам, возникающим у этих пациентов в оценке собственной возможности приобретения жилья, относились личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны, Нс-ипохондрия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность). При оценке возможности осуществления покупок больными препятствующими факторами были лишь особенности личности (Нс-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Рд-психопатия, Рт-психастения, Sc-шизоидность). Барьерам, в оценке обеспечения себя повседневными потребностями, можно назвать личностные (Ра-паранойю, Рт-психастению, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (открытость), активную психологическую защиту «самоконтроль».

Положительной оценке способностей приготовления пищи у этих лиц способствовала пассивная психологическая защита в виде замещения, и препятствовали – личностные особенности в виде Ра-паранойи и Sc-шизоидности, активная психологическая защита, в виде самоконтроля. То есть, возможности ведения домашнего хозяйства у лиц с ХОЗЛ препятствовали личностные черты (Нс-ипохондрия, D-депрессия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), активная (самоконтроль), но способствовала пассивная психологическая защита «замещение».

Барьерами при стирке белья вручную являлась у лиц с ХОЗЛ форсированная и жизненная ёмкость лёгких на вдохе; при мытье посуды – личностные особенности (Ра-паранойя, Sc-шизоидность), пассивная (компенсация) и активная психологические защиты «самоконтроль», форсированная и жизненная ёмкость лёгких на вдохе, объём форсированного выдоха за 1 сек., пиковая объёмная скорость выдоха.

При уборке жилой части помещения препятствующими факторами для пациентов были личностные особенности в виде Ра-паранойи и жизненная ёмкость лёгких на вдохе; при использовании бытовой техники – личностные особенности (Ну-истерия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность). К факторам, препятствующим возможности хранения предметов повседневного пользования, у этих лиц относились личностные (Нс-ипохондрия, Ра-паранойя, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (депрессивность), активная психологическая защита «самоконтроль» и апатический тип отношения к болезни. Ежедневному удалению мусора мешали Ну-истерия и Рт-пси-

хастения, как личностные особенности, апатический тип отношения к болезни; но способствовала уравновешенность как эмоциональная черта.

Таким образом, барьерами при выполнении работы по дому у пациентов с ХОЗЛ были: личностные особенности (Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), активная психологическая защита «самоконтроль», объём форсированного выдоха за 1 сек. При заботе о домашнем имуществе и помощи другим МКФ рекомендует оценку возможности сохранности домашнего имущества, ремонта одежды, бытовой техники и транспорта, заботы о растениях и животных, помощи посторонним в самообслуживании и передвижении, помощь в общении, в питании и в поддержании здоровья. Препятствующими факторами, возникавшими у лиц с ХОЗЛ при заботе о домашнем имуществе были личностные особенности (Hs-ипохондрия, Рт-психастения, Sc-шизоидность) и апатический тип отношения к болезни.

К барьерам при оценке собственных возможностей ремонта одежды у этих лиц относились личностные особенности (Ну-истерия, Ра-паранойя) и апатический вид реагирования на заболевание, уменьшали эти препятствия пассивная психологическая защита «замещение». Возможности поддержания сохранности жилья и обстановки препятствовали раздражительность, как эмоциональная особенность, апатический тип отношения к болезни – мешал, а гармоничный, наоборот, способствовал.

Препятствующими факторами, возникавшими у лиц с ХОЗЛ при оценке способности использовать бытовую технику, были: личностные (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (депрессивность и эмоциональная лабильность), пассивная (проекция) и активная психологические защиты (самоконтроль), апатический вид реагирования на заболевание. К барьерам при их оценке возможности управления транспортом относились личностные (Hs-ипохондрия, Ну-истерия, Ра-паранойя), эмоциональные особенности (невротичность, депрессивность), пассивная психологическая защита «компенсация», жизненная емкость легких на вдохе.

Возможности заботиться о животных у этих лиц препятствовали личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (депрессивность).

Таким образом, препятствующими факторами при заботе о домашнем имуществе у больных с ХОЗЛ были: Hs-ипохондрия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (депрессивность), апатический вид реагирования на заболевание; но к облегчающим относилась активная психологическая защита «планирование решения».

При самообслуживании у этих лиц проблемы возникали в связи с личностными особенностями (стремление показать себя только с положительной

стороны, Ну-истерией, Pd-психопатией, Ра-паранойей, Рт-психастенией, Sc-шизоидностью), эмоциональными особенностями (депрессивностью), апатическим типом отношения к болезни. Препятствующими факторами для оказания помощи другим при движении у больных были личностные особенности (D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения) и эмоциональные особенности (депрессивность и уравновешенность), тогда как способствующими факторами – пассивная («компенсация») и активная психологические защиты «планирование решений».

При осуществлении помощи другим в общении у наших пациентов барьерами выступали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения и Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (невротичность и уравновешенность), но способствующими факторами – активная психологическая защита «планирование решений», формирование внутренней картины болезни по меланхолическому и апатическому типу. Барьерами в осуществлении межличностных отношений у больных ХОЗЛ были личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны, Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (невротичность, депрессивность, застенчивость), пассивная (реактивное образование) и активная психологическая защита (дистанцирование), меланхолический и апатический виды реагирования на заболевание.

Оказанию помощи другим в питании у таких лиц препятствовали личностные (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойя, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (невротичность и депрессивность); поддержанию здоровья – также личностные (Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (спонтанная агрессивность и депрессивность). То есть, барьерами при оказании помощи другим у этих больных выступали личностные (стремление показать себя только с положительной стороны, Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (невротичность и депрессивность), апатический тип реагирования на заболевание; но способствующим фактором оказалась активная психологическая защита «планирование решений».

Таким образом, реализации больных с ХОЗЛ в домене «бытовая жизнь» препятствовали их личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность) и показатели функции внешнего дыхания (жизненная емкость легких на вдохе). МКФ в домене «мобильность» выделяет изменение и поддержание положения тела (изменение позы тела, поддержание положения и перемещение тела); перенос перемещения и манипулирование объектами (поднятие и перенос объектов, перемещение объектов ногами, использование точных движений кисти, использование

кисти и руки); ходьба и передвижение (ходьба, передвижение, отличающееся от ходьбы, передвижение в различных местах и с использованием технических средств); передвижение с использованием транспорта (использование пассажирского транспорта, управление транспортом, езда верхом) [1].

Анализ полученных нами результатов показал, что в домене «мобильность» наиболее значимыми для больных с ХОЗЛ были передвижение, отличающееся от ходьбы, ходьба и передвижение с использованием транспортных средств и по различным поверхностям, изменение позы тела, поддержание положения и перемещение тела и перенос объектов. В разделе «изменение и поддержание положения тела» МКФ рассматривает изменение и поддержание позы тела лежа, на корточках, на коленях, сидя и стоя, а также перемещение сидя и стоя [1].

Способствующими факторами для осуществления пациентами изменения позы тела лежа были эмоциональная особенность (уравновешенность) и ипохондрический вид реагирования на заболевание; в положении на коленях – эмоциональная особенность (уравновешенность) и анозогнозический тип отношения к болезни; в положении сидя – обсессивно-фобический вид, а в положении стоя – личностная особенность (стремление показать себя только с положительной стороны) и пассивная психологическая защита (интеллектуализация). Препятствующими факторами для поддержания тела в положении лежа пациентами с ХОЗЛ выступали активные психологические защиты «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки»; в положении на корточках – жизненная емкость легких на вдохе; в положении на коленях – форсированная и жизненная емкость легких на вдохе, объем форсированного выдоха за 1 сек.; в положении стоя – активные психологические защиты «самоконтроль», «поиск социальной поддержки» и тревожный тип отношения к болезни.

Барьерами в оценке возможности перемещения сидя и лежа у этих лиц были личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны), а способствующими факторами – формирование внутренней картины болезни по ипохондрическому и анозогнозическому типам. То есть, препятствующим фактором при поддержании и изменении положения тела у больных ХОЗЛ выступали жизненная емкость легких на вдохе, а способствующими – эмоциональная особенность (уравновешенность) и пассивная психологическая защита «интеллектуализация».

В МКФ в разделе «Перенос, перемещение и манипулирование» объектами рассматриваются возможности поднятия предметов, переноса кистями, руками, на плечах и на голове, опускания объектов, толкания и удара ногами, подбирания, захвата, отпущения и вращения кистью, манипулирования пальцами, притягивания, отталкивания, вытягивания руки, бросания и хватания [1]. Оценка возможности поднятия предметов у пациентов ассоциирована с барьерами в виде личностных особенностей (Sc-шизоидности), способствующим факто-

ром при этом выступал анозогнозический тип отношения к болезни.

Способствующими факторами при переносе кистями у больных с ХОЗЛ были анозогнозический и эргопатический виды реагирования на заболевание; при переносе руками – пассивная психологическая защита «интеллектуализация»; при переносе на плечах – эмоциональные особенности (невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность, открытость и эмоциональная лабильность); при переносе на голове – обсессивно-фобический и анозогнозический типы отношения к болезни. При этом препятствующими факторами выступали личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны, Ну-истерия) и формирование внутренней картины болезни по эгоцентрическому типу.

Барьерами при отпускании объектов у этих лиц были личностные особенности (Pt-психастения, Sc-шизоидность) и пассивная психологическая защита в виде отрицания. Способствующими факторами при отталкивании и вытягивании выступал анозогнозический тип отношения к болезни; препятствующими – для вытягивания были Pt-психастения в виде личностной особенности и жизненная емкость легких на вдохе, как показатель функции внешнего дыхания. При вращении кистями рук барьерами были личностные особенности (Pt-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональная особенность (раздражительность), а барьерами – анозогнозический и эйфорический виды реагирования на заболевание. Выполнение бросания ограничено функцией внешнего дыхания (жизненной емкостью легких на вдохе), но способствующим фактором являлся анозогнозический тип отношения к болезни. Так, барьером для переноса, перемещения и манипулирования объектами у больных ХОЗЛ выступала Pt-психастения как свойство личности и анозогнозический вид реагирования на заболевание.

МКФ в разделе «Ходьба и передвижение» предлагает изучать ходьбу на короткие, дальние расстояния, по различным поверхностям, с преодолением препятствий, ползание, преодоление препятствий, бег, прыжки, плавание, передвижение в пределах квартиры и здания, с использованием технических средств [1]. Ходьба на короткие расстояния у этих лиц, в отличие от дальних, ассоциирована со способствующими факторами в виде эмоциональных особенностей (уравновешенности) и внутренней картины болезни (анозогнозического типа отношения к болезни).

Субъективная оценка способности ходьбы на дальние расстояния не связана с личностными особенностями и функцией внешнего дыхания. Препятствующим фактором в оценке возможности ходьбы по различным поверхностям у пациентов с этой патологией был эгоцентрический вид реагирования на заболевание, а способствующим – эмоциональная особенность в виде экстраверсии-интроверсии. Барьерами при ходьбе с преодолением препятствий у таких лиц выступают личностные особенности (Hs-ипохондриа, D-депрессия), тогда

как способствующими – эмоциональные особенности (спонтанная агрессивность, уравновешенность, экстраверсия-интроверсия). Таким образом, при общей оценке ходьбы у больных ХОЗЛ были лишь способствующие факторы, это реактивная агрессивность и экстраверсия-интроверсия.

Передвижение в пределах жилища ограничено у этих лиц за счет активной психологической защиты (самоконтроля) и функции внешнего дыхания (форсированной жизненной емкости легких, жизненной емкости легких на вдохе и объема форсированного выдоха за 1 сек.), но благоприятствующим являлась эмоциональная черта – уравновешенность. У пациентов с ХОЗЛ препятствующими факторами при передвижении в пределах других зданий были активная психологическая защита (самоконтроль), эгоцентрический тип отношения к болезни, форсированная жизненная емкость легких и жизненная емкость легких на вдохе. Вне дома передвижение у них ограничивали личностные особенности (D-депрессия, Pa-паранойя, Pt-психастения, Sc-шизоидность) и пассивная психологическая защита «проекция», но благоприятствующим фактором был анозогностический вид реагирования на заболевание.

Барьерами при использовании технических средств при передвижении у больных выступали личностные (Hs-ипохондрия, Ну-истерия, Pa-паранойя) и эмоциональные особенности (невротичность), пассивные (компенсация) и активные психологические защиты (конфронтативный копинг, поиск социальной поддержки), тогда как способствующими факторами – эмоциональная черта (маскулинизм-феминизм) и анозогностический тип отношения к болезни. Так, препятствующими факторами при передвижении по различным поверхностям у пациентов с ХОЗЛ были личностные особенности (Pa-паранойя и Sc-шизоидность), пассивные (компенсация, проекция) и активные психологические защиты (самоконтроль), тогда как способствующим – анозогностический вид реагирования на заболевание.

При оценке передвижения с использованием транспорта, МКФ предлагает рассматривать возможность использования и управления пассажирским, немоторизованным, частным и общественным моторизованным транспортом, управление гужевым транспортом и езду верхом [1]. Уравновешенность, как эмоциональная особенность, и анозогностический тип отношения к болезни, как элемент внутренней картины болезни у больных с ХОЗЛ, способствовали оценке своих способностей к передвижению с использованием транспортных средств.

Барьерами при оценке возможности передвижения с использованием транспорта, в котором главной движущей силой является человек, выступали у них личностные особенности (Hs-ипохондрия, Ну-истерия), эгоцентрический вид реагирования на заболевание, форсированная и на вдохе жизненная емкость легких, мгновенная объемная скорость на 75 % ЖЕЛ. Препятствующими факторами в оценке возможности передвижения мотори-

зованным транспортом у таких лиц были личностные особенности (Hs-ипохондрия, Ну-истерия), а при передвижении пассажирским транспортом – жизненная емкость легких на вдохе.

Таким образом, препятствующими факторами в оценке своих возможностей к передвижению с использованием транспорта у пациентов с ХОЗЛ были личностные особенности (Pd-психопатия, Pa-паранойя), функция внешнего дыхания (жизненная емкость легких на вдохе), а способствующими факторами – уравновешенность и анозогностический тип отношения к болезни.

Управление транспортом, в котором движущей силой является человек, ограничивалось пассивной психологической защитой – отрицанием; управление гужевым транспортом – личностными (Hs-ипохондрией, Pa-паранойей), эмоциональными особенностями (невротичностью) и формированием внутренней картины болезни по неврастеническому типу; езда верхом – форсированной жизненной емкостью легких. Способствующими факторами в оценке возможности управления моторизованным транспортом у этих лиц были активная психологическая защита «поиск социальной поддержки» и анозогностический вид реагирования на заболевание. Так, в оценке возможности управления транспортом у больных с такой патологией препятствующим фактором была личностная особенность (Pa-паранойя), но способствующим – анозогностический тип отношения к болезни. Барьером в общей оценке ограничений жизнедеятельности в домене «мобильность» у пациентов с ХОЗЛ было формирование внутренней картины болезни по анозогностическому типу.

МКФ в домене «межличностные взаимодействия и отношения» выделяет: общие межличностные взаимодействия (базисные и сложные межличностные взаимоотношения), специфичные межличностные отношения (отношения с незнакомыми людьми, формальные, неформальные социальные, семейные и интимные отношения) [1]. Наиболее информативными для оценки ограничений жизнедеятельности лиц с ХОЗЛ были семейные и неформальные отношения, базисные и сложные межличностные отношения.

В разделе «Общие межличностные взаимодействия» МКФ предлагает изучать уважение, сердечность и положительное восприятие отношений, терпимость, критику, физический контакт, намеки, формирование и завершение отношений, регуляцию поведения во время взаимодействия, взаимодействие в соответствии с социальными нормами и соблюдение дистанции [1]. Проявлению уважения больными препятствовали личностные особенности (Hs-ипохондрия и Sc-шизоидность), положительному восприятию отношений – личностные особенности (Hs-ипохондрия, Pd-психопатия, Pa-паранойя, Pt-психастения, Sc-шизоидность), проявлению терпимости в отношениях – эйфорический вид реагирования на заболевание и объем форсированного выдоха за 1 сек., выраженный в процентах. При этом способствующими особенностями были эмоциональная особенность (реак-

тивная агрессивность) и пассивная психологическая защита (замещение).

Барьерами у них в восприятии критики были объём форсированного выдоха за 1 сек., индекс Тиффно, мгновенные объёмные скорости 25 и 75 % ФЖЁЛ, способствующим фактором – эмоциональная особенность (экстраверсия-интроверсия). Восприятие намеков в отношениях у таких лиц было ограничено личностными особенностями (Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Pd-психопатией, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью), формированием внутренней картины болезни (апатический вид), функцией внешнего дыхания (индексом Тиффно, мгновенной объёмной скоростью 75 % ФЖЁЛ), но способствовало этому – эмоциональная особенность (экстраверсия-интроверсия) и пассивная психологическая защита «замещение».

Препятствующими факторами в оценке физического контакта у них выступали личностные (Hs-ипохондрией, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Pt-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (раздражительность, реактивная агрессивность), пассивная психологическая защита «отрицание». Таким образом, барьерами в оценке базисных межличностных отношений у больных ХОЗЛ выступали личностные особенности (Hs-ипохондрией, Pd-психопатия, Pt-психастения), пассивная психологическая защита «отрицание», объём форсированного выдоха за 1 сек., индекс Тиффно, средние объёмные скорости выдоха на уровне 25 % ФЖЁЛ, мгновенные объёмные скорости 75 % ФЖЁЛ; в это же время пассивная психологическая защита «замещение» была способствующим фактором для этих лиц.

Начало формирования отношений у этих пациентов ограничивалось их личностными особенностями (Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Pd-психопатией, Ра-паранойей, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью) и функцией внешнего дыхания (индексом Тиффно). Барьерами для завершения формирования отношений были Hs-ипохондрией, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойей, Pt-психастения, Sc-шизоидность, как личностные особенности, неврастенический и сенситивный вид реагирования на заболевание как составляющие внутренней картины болезни.

Препятствующими факторами в регуляции поведения во время взаимодействия были личностные (Pd-психопатия, Ра-паранойей, Pt-психастения) и эмоциональные особенности (депрессивность), функция внешнего дыхания (жизненная ёмкость лёгких на вдохе, объём форсированного выдоха за 1 сек., пиковая объёмная скорость). При соблюдении дистанции способствующим фактором выступала пассивная психологическая защита «замещение», а барьером – эргопатический тип отношения к болезни. То есть, сложные межличностные отношения ограничивались личностными (Ну-истерией, Pd-психопатией, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью) и эмоциональными особенностями (раздражительностью), активной психологической защитой «бегством-избеганием».

Специфические межличностные отношения, согласно МКФ, оценивают отношения с незнакомыми людьми, с людьми, обладающими властью и авторитетом, с подчиненными, с равными по положению индивидами, неформальные отношения с друзьями, с согражданами, со знакомыми, с соседями, отношения родители-дети и дети-родители, детей в семье, с дальними родственниками, романтические, супружеские и сексуальные отношения [1]. Барьерами при формировании отношений с незнакомыми людьми были личностные (Hs-ипохондрией, D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойей, Pt-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (раздражительность, эмоциональная лабильность), тревожный и неврастенический виды реагирования на заболевание.

Препятствующими факторами при построении взаимоотношений с людьми, обладающими властью и авторитетом, выступали личностные (Hs-ипохондрией, D-депрессия, Ну-истерия, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (невротичность и раздражительность). Отношения с подчиненными ограничивались у этих лиц личностными особенностями (Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Sc-шизоидностью), пассивной психологической защитой «замещением», сенситивным и эргопатическим типами отношения к болезни; а отношения с равными – личностными особенностями (Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Ра-паранойей, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью), пассивными психологическими защитами «отрицанием» и «компенсацией».

Таким образом, формирование отношений ограничивалось у больных ХОЗЛ как личностными (Hs-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией, Ра-паранойей, Pt-психастенией, Sc-шизоидностью) и эмоциональными особенностями (невротичностью, раздражительностью), так и пассивной психологической защитой «компенсацией». Препятствующими факторами в отношениях с друзьями были личностные особенности (Hs-ипохондрией, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психастения), способствующими – пассивная психологическая защита «замещение».

Барьерами в отношениях с согражданами выступали личностные особенности (желание представить себя в «выгодном свете», Hs-ипохондрией, D-депрессия, Ну-истерия), меланхолический вид реагирования на заболевание, функция внешнего дыхания (объём форсированного выдоха за 1 сек., индекс Тиффно, средняя объёмная скорость выдоха на уровне 25 % ФЖЁЛ, мгновенные объёмные скорости 50 и 75 % ФЖЁЛ), способствовали построению этих отношений – пассивные (замещение) и активные психологические защиты (положительное планирование решения).

Отношения со знакомыми ограничивались личностной особенностью (Ну-истерией), функцией внешнего дыхания (мгновенной объёмной скоростью 75 % ФЖЁЛ), но способствовали их построению – пассивная (замещение) и активная психологическая защиты (положительное планирование решения). Препятствующими факторами в от-

ношениях с соседями были личностные особенности (Ну-истерия, Pd-психастения), функция внешнего дыхания (объем форсированного выдоха за 1 сек., индекс Тиффно, средняя объемная скорость выдоха на уровне 25 и 75 % ФЖЁЛ, мгновенные объемные скорости 50 и 75 % ФЖЁЛ), а способствующими – активная психологическая защита (положительное планирование решения).

Так, создание неформальных социальных отношений у больных ХОЗЛ ограничивалось личностными особенностями (Нс-ипохондрией, D-депрессией, Ну-истерией), меланхолическим видом реагирования на заболевание, функцией внешнего дыхания (индексом Тиффно, средней объемной скоростью выдоха на уровне 25 % ФЖЁЛ, мгновенной объемной скоростью 75 % ФЖЁЛ), но способствовали этому – пассивная (замещение) и активная психологические защиты (положительное планирование решения).

Отношения родители-дети у этих лиц ограничивались личностными (желанием представить себя в «выгодном свете»), эмоциональными особенностями (застенчивостью), апатическим и эгоцентрическим видами реагирования на заболевание; отношения дети-родители – личностными особенностями (желанием представить себя в «выгодном свете», Ра-паранойей); отношения детей в семье – личностными (желанием представить себя в «выгодном свете», D-депрессией, Ра-паранойей, Рт-психастенией, Sc-шизоидностью), апатическим и анозогнозическим типами отношения к болезни. Способствовали укреплению отношений детей в семье – уравновешенность, как эмоциональная особенность, и замещение, как пассивная психологическая защита.

Препятствовали формированию отношений с дальними родственниками личностные (Нс-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), эмоциональные (спонтанная агрессивность), активные психологические защиты (конфронтативный копинг, бегство), индекс Тиффно, апатический вид реагирования на заболевание. Созданию романтических отношений мешали Ну-истерия, как личностная особенность и меланхолический и апатический типы отношения к заболеванию как элементы внутренней картины болезни; сексуальных отношений – личностные (желание представить себя в «выгодном свете», Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), меланхолический тип отношения к болезни. Так, барьерами в формировании семейных отношений у этих лиц выступали личностные (Нс-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), меланхолический и апатический виды реагирования на заболевание; способствующим фактором была пассивная психологическая защита (замещение).

Таким образом, в домене «межличностные взаимодействия у больных с ХОЗЛ» препятствующими факторами были личностные особенности (Нс-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), меланхо-

лический и апатический типы отношения к болезни, объем форсированного выдоха за 1 сек., индекс Тиффно, мгновенная объемная скорость 75 % ФЖЁЛ; способствующими – эмоциональная особенность (уравновешенность) и пассивная психологическая защита (замещение).

МКФ в домене «обучение и применение знаний» выделяет: целенаправленное использование органов чувств (использование зрения, слуха и других органов чувств); базисные навыки при обучении (копирование, повторение, усвоение навыков чтения, письма и счета, базисные и сложные навыки); применение знаний (концентрация внимания, мышление, чтение, письмо, вычисление, решение проблем и принятие решений) [1]. Для больных ХОЗЛ наиболее информативными были применение знаний, общие задачи и требования, преодоление стресса, базисные навыки при обучении.

Препятствующими факторами в оценке зрения у этих лиц выступали личностные (стремление показать себя только с положительной стороны) и некоторые эмоциональные особенности (общительность), а способствующими – другие эмоции (депрессивность, эмоциональная лабильность), тревожные и ипохондрический типы отношения к болезни. Барьером при оценке слуха была личностная особенность (стремление показать себя только с положительной стороны), способствовал этому – апатический вид реагирования на заболевания.

Оценке других ощущений способствовали пассивные (замещение) и активные (положительная переоценка ценностей), апатический и эгоцентрический типы отношения к болезни; препятствовали – личностная (стремление показать себя только с положительной стороны) и эмоциональная особенность (общительность). Барьером в оценке целенаправленного использования органов чувств были личностная (стремление показать себя только с положительной стороны) и эмоциональная особенность (общительность); но способствовали этому – эмоциональная лабильность, как черта эмоций; регрессия, как пассивная психологическая защита; эгоцентрический тип отношения к болезни, как элемент внутренней картины болезни. Способствовала выполнению копирования у этих лиц – пассивная психологическая защита (вытеснение).

Препятствующими факторами при повторении у них выступали личностные черты (стремление показать себя только с положительной стороны, форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха за 1 сек., тогда как способствующими были эмоциональные особенности (спонтанная и реактивная агрессивность, экстраверсия-интроверсия), пассивная психологическая защита «замещение». Барьером при чтении этими лицами были личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны) и гармоничный тип отношения к болезни, но в это же время мешали этому – эмоции, такие как спонтанная и реактивная агрессивность, открытость.

Возможность написания писем у них ограничивали личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны,

Рт-психастения), способствовали этому Ма-гипомания как особенность личности, спонтанная и реактивная агрессивность как эмоциональные черты, и принятие ответственности как активная психологическая защита. Способности хорошо считать у больных ХОЗЛ препятствовала личностная особенность (стремление показать себя только с положительной стороны), но способствовали гораздо больше факторов: эмоциональные особенности (спонтанная и реактивная агрессивность, депрессивность, раздражительность, эмоциональная лабильность и открытость), активные психологические защиты («дистанцирование», «положительное планирование решений»), эгоцентрический вид отношения к болезни.

Освоению базисных навыков при обучении препятствовала эмоциональная особенность (общительность), но способствовала пассивная психологическая защита «регрессия». Получению комплексных навыков у таких лиц мешали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Pa-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), пассивная (отрицание) и активная психологическая защита «конфронтация», аэногнозический вид реагирования на заболевание; но способствовали: гармоничный и апатический типы отношения к болезни. Таким образом, приобретению лицами с ХОЗЛ базисных навыков при обучении препятствовали особенности личности (стремление показать себя только с положительной стороны, Рт-психастения), меланхолический вид реагирования на заболевание, но способствовали: эмоциональные особенности (спонтанная и реактивная агрессивность), пассивная психологическая защита «замещение».

Повышению внимания у этих больных способствовали эмоциональные особенности (уравновешенность, реактивная агрессивность, экстраверсия-интроверсия). Ограничивали мышление у них Hs-ипохондрия, как особенность личности, и меланхолический тип отношения к болезни, но способствовали ему пассивная («замещение») и активные психологические защиты («конфронтация», «поиск социальной поддержки», «положительная переоценка ценностей»). При написании писем и чтении барьерами у больных ХОЗЛ была особенность личности (стремление показать себя только с положительной стороны), а способствовали этому эмоциональные черты (невротичность, спонтанная агрессивность, эмоциональная лабильность), пассивные психологические защиты («регрессия» и «замещение»).

Осуществлению вычислений у них мешали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pa-паранойя, Рт-психастения), но способствовали эмоциональные черты (спонтанная агрессивность и экстраверсия-интроверсия), активная психологическая защита «планирование решения». Общими барьерами при решении простых и сложных задач у этих лиц были особенности личности (Hs-ипохондрия, D-депрессия), форсированная жизненная емкость легких, но способствовали этому эмоции в виде спонтанной агрессивности.

Помехами при решении сложных задач были еще такие личностные особенности как стремление показать себя только с положительной стороны, Ну-истерия, Рт-психастения, Sc-шизоидность), апатический вид реагирования на заболевание, но способствовали этому – эмоции в виде уравновешенности и экстраверсии-интроверсии, эйфорический тип отношения к болезни. Принятию больными решений препятствовали особенности личности (стремление показать себя только с положительной стороны, Hs-ипохондрия, D-депрессия, Pa-паранойя), но способствовали эмоции в виде спонтанной агрессивности и уравновешенности, пассивная психологическая защита в виде замещения. Так, применение знаний у больных ХОЗЛ ограничивали личностные особенности (стремление показать себя только с положительной стороны, Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Рт-психастения), меланхолический тип отношения к болезни, но способствовали эмоциональные особенности (спонтанная и реактивная агрессивность, экстраверсия-интроверсия), пассивная («замещение») и активная психологическая защита («планирование решения»). Решению отдельных задач этими пациентами способствовали экстраверсия-интроверсия как эмоциональная черта и замещение как пассивная психологическая защита.

Выполнению сложных задач у них препятствовали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия), паранойяльный тип отношения к болезни, но помогали спонтанная агрессивность и экстраверсии-интроверсии, пассивная психологическая защита «замещение». Решению задач самостоятельно способствовали эмоции (уравновешенность, экстраверсия-интроверсия), пассивная психологическая защита «замещение». Выполнению задач препятствовали личностные (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pa-паранойя, Рт-психастения, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (невротичность, раздражительность, открытость, эмоциональная лабильность), но способствовал аэногнозический вид реагирования на заболевание.

Барьерами при решении многоплановых задач выступали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Рт-психастения), апатический и эгоцентрический типы отношения к болезни. Препятствовали завершению многоплановых задач особенности личности (Hs-ипохондрия, D-депрессия), пассивная психологическая защита «вытеснение», меланхолический вид реагирования на заболевание, индекс Тиффно. Выполнению многоплановых задач самостоятельно мешали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Pa-паранойя), меланхолический тип отношения к болезни, форсированная жизненная емкость легких, но благоприятствовали этому эмоции в виде спонтанной агрессивности и маскулинизма-феминизма. Выполнению многоплановых задач в группе препятствовали Hs-ипохондрия, D-депрессия Рт-психастения, как особенности личности, и меланхолический тип отношения к болезни как элемент внутренней картины болезни.

Организации распорядка у этих пациентов препятствовала жизненная емкость легких на вдохе, но способствовали вытеснение как пассивная и дистанцирование как активная психологическая защита. Исполнению распорядка препятствовали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойя), меланхолический и апатический типы отношения к болезни, но способствовали эмоциональная особенность (уравновешенность) и пассивная психологическая защита «замещение». Управление собственной активностью у больных ограничивалось пассивными психологическими защитами (отрицанием и реактивным образованием), паранойальным типом отношения к болезни, но способствовало этому замещение как пассивная и поиск социальной поддержки как активная психологические защиты.

Так, выполнению общих задач и требований больными ХОЗЛ препятствовали личностные особенности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Pt-психастения), меланхолический тип отношения к болезни, но способствовали этому эмоциональные особенности (реактивная агрессивность, экстраверсия-интроверсия), пассивная психологическая защита (вытеснение). Барьерами в формировании ответственности у этих лиц были особенности личности (стремление показать себя только с положительной стороны, Hs-ипохондрия, D-депрессия, Ну-истерия, Pd-психопатия, Ра-паранойя, Pt-психастения, Sc-шизоидность), эмоциональные черты (невротичность, депрессивность, застенчивость, эмоциональная лабильность), пассивная психологическая защита «вытеснение». Апатический тип отношения к болезни мешал, а обсессивно-фобический вид способствовал ее повышению. Преодолению стресса мешали объём форсированного выдоха за 1 сек. в процентах, но способствовали этому эмоциональные особенности (реактивная агрессивность и открытость), активная психологическая защита «дистанцирование».

Барьером в формировании кризиса был апатический тип отношения к болезни, но способствовала Ма-гипомания как особенность личности. В общем, способствовала преодолению стресса у них уравновешенность как эмоциональная черта и мешал апатический тип отношения к заболеванию. Таким образом, препятствовали обучению и применению знаний у больных ХОЗЛ особенности личности (Hs-ипохондрия, D-депрессия, Pt-психастения) и меланхолический тип отношения к болезни, как элемент внутренней картины болезни, но способствовали этому эмоциональные особенности (спонтанная и реактивная агрессивность, экстраверсия-интроверсия), пассивная психологическая защита «замещение».

МКФ в домене «Самообслуживание» выделяет: мытье, уход за частями тела, физиологические отправления, одевание, прием пищи и питье, заботу о собственном здоровье [1]. Барьерами в уходе за кожей у этих лиц были личностные (Ну-истерия, Ра-паранойя, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (депрессивность, эмоциональная ла-

бильность), но способствовал этому анозогностический тип отношения к болезни. Препятствовали уходу за полостью рта у таких больных личностные (Ну-истерия, Pt-психастения, Sc-шизоидность) и эмоциональные особенности (депрессивность, эмоциональная лабильность), но способствовала этому пассивная психологическая защита (замещение). Уход за ногтями на ногах у пациентов мешала депрессивность как эмоция, но способствовало замещение как пассивная психологическая защита. Надевание и снятие с нижних конечностей носков ограничено было личностными особенностями (Ра-паранойей, Sc-шизоидностью, Ма-гипоманией), но способствовал этому анозогностический тип отношения к болезни.

Барьерами при выборе соответствующей одежды были особенности личности (D-депрессия, Ну-истерия, Ра-паранойя, Pt-психастения, Sc-шизоидность; а в приеме пищи, в соответствии с социальными требованиями, – Sc-шизоидность как особенность личности, проекция как пассивная, а самоконтроль и принятие ответственности как активные психологические защиты. Соблюдение диеты, здорового образа жизни и забота о собственном здоровье ограничены раздражительностью и эмоциональной лабильностью, как эмоциями. Барьером в оценке возможности самообслуживания у больных ХОЗЛ выступала лишь раздражительность как эмоциональная особенность.

Выводы. Выявление психологических барьеров, препятствующих восстановлению здоровья у лиц с ХОЗЛ и повышение компенсаторно-адаптационных возможностей; определение совокупности адаптационных механизмов как стимуляторов компенсации, что эффективно влияют на восстановление жизнедеятельности, приспособляемости к болезни и их работоспособности, могут быть основой оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с ХОЗЛ.

Литература.

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. – ВОЗ: Женева, 2001. – 295 с.
2. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова [и др.] – С-Пб., 2005. – 54 с.
3. Вассерман Л. И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. – С-Пб., 2009. – 38 с.
4. 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.
5. Крылов А. А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб.: Питер, 2003. – 560 с.
6. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВІЦ, 2001. – 388 с.

