

## **Эмоционально- личностные характеристики больных хронической обструктивной болезнью легких**

С помощью методики ММРІ исследованы эмоционально-личностные характеристики больных ХОБЛ. У больных ХОБЛ обнаружены сниженный контроль над эмоциями, склонность к депрессивному типу реагирования в условиях стресса, наклонность к ипохондрическому развитию личности и аутизму. По полученным результатам исследования можно судить о том, что выявленные психоэмоциональные нарушения у больных ХОБЛ при прогрессировании заболевания становятся более выраженными и претерпевают ряд изменений, отражающих глубину «ухода в болезнь». Целесообразна разработка и включение методов психотерапевтической коррекции в комплексную терапию ХОБЛ для улучшения качества жизни больных данной патологией .

Ключевые слова: больные ХОБЛ, эмоционально-личностные характеристики.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний. За период 90-х гг. ее частота увеличилась в среднем на 40%. Значительный экономический ущерб связан с временной и стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения, а также с ростом смертности. В ближайшие годы прогнозируется дальнейшее повышение заболеваемости ХОБЛ во всех развитых странах мира, что обусловлено увеличением числа курящих и экологическими проблемами (2, 3, 8).

Исследовательская работа и практическая деятельность врачей в последнее время концентрируется в пульмонологии вокруг ХОБЛ (3, 9). Дыхательный дискомфорт, привязанность к определенным лекарствам и в то же время страх перед этими лекарствами - все это и многое другое делает жизнь больного ХОБЛ в значительной степени отличающейся от жизни окружающих и существенно влияют на его качество жизни(9).

В связи с этим актуальными являются дальнейшее совершенствование качества диагностики и комплексной терапии ХОБЛ (3, 5, 6, 8). При этом особое значение имеет совершенствование психологической диагностики больных ХОБЛ (3, 5, 6, 9, 10).

Цель исследования - изучить эмоционально-личностные особенности больных ХОБЛ.

Материалы и методы

С помощью методики ММРІ в модификации СМОЛ нами было обследовано 78 больных ХОБЛ легкой и средней степени тяжести, 44 мужчины и 24 женщины, средний возраст которых составил  $48 \pm 2,1$  г. Контролем послужили данные тестирования 56 практически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу с больными.

Методика многостороннего исследования личности ММРІ (Minnesota Multiphase Personality Inventory) предложена в 1944 г. Hathaway и Mikenely и адаптирована и модифицирована Ф.В. Березиным, М.П. Мирошниковым, И.В. Рожанец (СМОЛ – сокращенная методика обследования личности) (1). Тест состоит из набора

утверждений и вопросов, охватывающий широкий круг личностных особенностей, психосоматических симптомов. С учетом ответов формируют оценочные и клинические шкалы. Оценочные шкалы составлены с целью минимизации установочного эффекта и определения достоверности полученного результата: шкала L, выставляющая тенденции испытуемого выглядеть в благоприятном свете, шкала F, отражающая намеренное или случайное искажение результатов исследования, и шкала К, указывающая на степень откровенности испытуемого. Основные клинические характеристики личности отражены в десяти клинических шкалах. Шкалы, расположенные в левой половине профиля – 1, 2, 3, объединяются понятием «невротическая триада». 1-я шкала отражает ипохондрические черты, соматизацию тревоги, 2-я шкала – тревогу и депрессивные тенденции, 3-я – демонстративность, 4-я шкала характеризует социальную дезадаптацию, 5-я – выраженность мужских либо женских черт характера, 6-я – параноидные черты, 7-я – психастенические тенденции, 8-я – аутизм, шизоидные черты, 9-я – гипоманиакальные тенденции, 0 – социальные контакты. Тест позволяет дать объективную количественную (в Т-баллах) оценку степени и качества актуальных невротических расстройств и квалифицировать особенности личности, во многом определяющие характер вегетативного реагирования.

Результаты исследования

Данные исследования показали, что в контрольной группе профиль теста ММРІ не превышал значений условной психической нормы.

Усредненный профиль личности больных ХОБЛ характеризовался достоверным повышением по сравнению с группой здоровых по шкалам невротической триады (1, 2, 3) ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ) (рис.1). Кроме того, выявлен подъем профиля по шкалам F, 4, 6, 7 и 8. Пик на шкале F в сочетании с подъемом в левой части профиля (невротические шкалы) и 7-й шкале свидетельствуют о наличии у больных внутренней напряженности, соматизированной тревоги с выраженным компонентом тревожных реакций, тревожно-фобического и депрессивного синдромов с недостаточно эффективным устранением тревоги путем ее вытеснения. Достоверные различия с контролем на 4-й шкале ( $p < 0,05$ ) свидетельствует о нарушении социальной адаптации у таких больных, это подтверждает и достоверное различие по 8-й шкале, характеризующей наличие аутизации и затруднения социальных контактов.

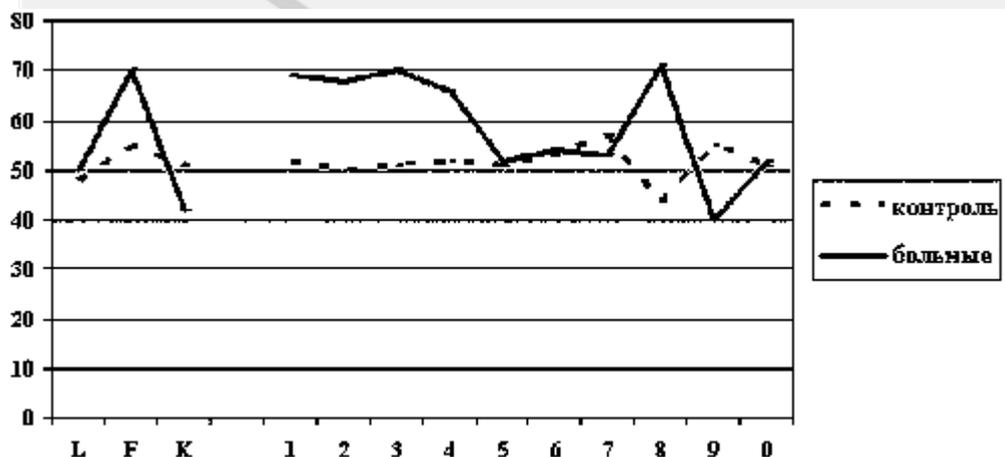


Рис. 1. Усреднённый профиль личности больных ХОБЛ.

Результаты исследования эмоционально-личностных особенностей больных в зависимости от степени тяжести заболевания показали, что при легком течении ХОБЛ усредненный профиль больных достоверно отличался от профиля практически здоровых лиц по 3-й и 6-й шкале, что свидетельствует о склонности к вытеснению негативных тенденций и формированию ригидного аффекта в поведении (рис.2). Это позволяет охарактеризовать больных с легким течением ХОБЛ как личностей, отрицающих наличие тревожно-депрессивных тенденций, ассоциированных с состоянием здоровья.

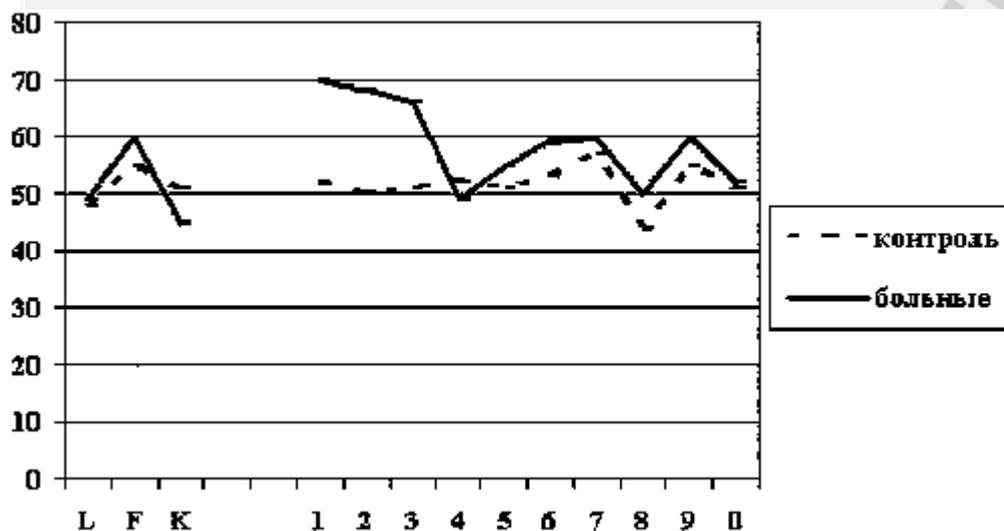


Рис.2. Усредненный профиль личности больных ХОБЛ легкой степени тяжести

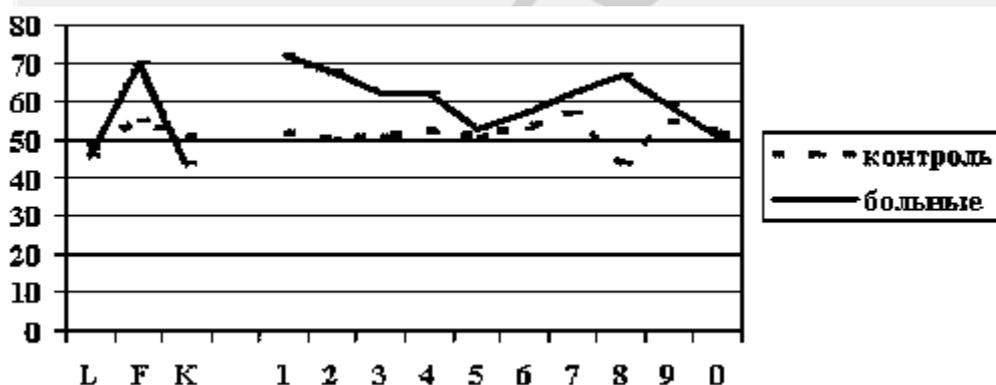


Рис.3. Усредненный профиль личности больных ХОБЛ средней степени тяжести  
Профиль личности больных средней тяжести (рис.3) характеризовался достоверным подъемом по большинству шкал относительно профиля контрольной группы. В структуре личности этих больных были выражены ипохондрические и тревожно-депрессивные черты, высокий уровень аутизма, формирование ригидного стереотипа поведения, ориентированного на заботу о физическом благополучии. Пики профиля располагались на 1-й, 2-й, 4-й (достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем при легком течении) и 8-й шкалах. Это отражает отсутствие отрицаний имеющихся тревоги и депрессии, а также появление затруднений при социальных контактах при прогрессировании заболевания.

Выводы:

1. У больных ХОБЛ обнаружены следующие характерологические особенности: сниженный контроль над эмоциями их недостаточное осознание, склонность к депрессивному типу реагирования в условиях стресса, наклонность к ипохондрическому развитию личности и аутизму.
2. По полученным результатам исследования можно судить о том, что выявленные психоэмоциональные нарушения у больных ХОБЛ при прогрессировании заболевания становятся более выраженными и претерпевают ряд изменений, отражающих глубину «ухода в болезнь».
3. Целесообразна разработка и включение методов психотерапевтической коррекции в комплексную терапию ХОБЛ для улучшения качества жизни больных данной патологией.

#### Литература

1. Березин В.Ф., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности.- М:Медицина, 1976. – С.176
2. Лаптева И.М, Лаптева Е.А. Хроническая обструктивная болезнь легких, современные аспекты диагностики и лечения // Медицинская панорама.- 2003.№7.-С.2-5
3. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные заболевания лёгких / ЗАО БИНОМ Москва, 2000
4. Adler N., Boyce T., Chesney M. Socio-economic inequities in health: no easy solution.- JAM A, 1993.- P. 269.
5. Gosselink R., Troosters T., Decramer M. Exercise training in COPD patients: the basic questions. Eur. Respir. J. 1997; 10. - P. 2884-2891
6. Greenberg C. D., Ryan J.J., Bourlier P.E. Psychological and neuropsychological aspects of COPD. Psychosomatics, 1985. - Vol. 26. - P. 29-33.
7. McSweeney A.J. Quality of life in relation to COPD. Chronic obstructive pulmonary disease. - New York, Marcel Dekker Inc. 1999-P.473-478
8. Optimal assessments and managements of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) Aconsensies statement of the European Respiratory Society (ERS)// Eur.Respir.J. – 1995.- Vol.8. – P.1398-1420
9. Siafacas N.M., Schiza s., Xirouhaki N., Bouros D. Is dyspnoea the main determinant of Quality of Life in the failing lung? // A review. Eur. Respir.Rev. – 1997. – Vol. 7, № 42. – P. 53-57.
10. Stewart A. L., Greenfield S., Hays R.D. et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcome Study // FAMA. – 1989. – Vol. 262. – P. 907-913.