

Л. О. Васякіна, канд. мед. наук, зав. терапевт. відділенням № 3  
КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» м. Донецьк

## СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ

На підставі вивчення клініко-психопатологічних, патофизиологічних та психофеноменологічних особливостей 493 хворих на пневмокониоз (ПНК) у віці від 40 до 60 років, із них чоловіків — 269 (95,13 %), жінок — 24 (4,87 %), та групи порівняння, яку склали хворі, що страждають на пилові бронхіти (ПБ) — 148 осіб, розроблені програми психологічної корекції хворих на ПНК. Програма психологічної реабілітації спрямована на гармонізацію ставлення до хвороби, корекцію емоційного стану, на підвищення мотивації до лікування, на формування конструктивних способів поведінки в умовах хвороби, на відновлення порушених захворюванням міжособистісних відносин.

Програма диференційованої психокорекції складається з підготовчого, психодіагностичного, власне корекційного та підтримуючого етапів, що збігаються з перебігом захворювання і проведеними лікувальними-діагностичними заходами основного захворювання. Застосування психокорекційної програми сприяє зниженню рівня тривожності, підвищенню пізнавальної і соціальної адаптації; гармонізації типів ставлення до захворювання, поліпшення загального самопочуття хворих на ПНК.

*Ключові слова:* професійні захворювання, пневмокониоз, психопатологія, психічні порушення, патогенез, клінічна психофеноменологія, система психокорекції, психотерапія.

Незважаючи на заходи щодо поліпшення екологічного ситуації, підвищення соціальних гарантій, матеріального добробуту і культурного рівня населення, останнім часом відбувається зростання захворюваності на професійні хронічні захворювання легенів. Актуальність терапії таких захворювань не викликає сумнівів у зв'язку з широким розповсюдженням даної патології. І хоча багато дослідників схильні бачити прямий зв'язок між захворюванням і соціально-економічною ситуацією, ця патологія має місце і в різних соціальних групах населення, в різних (в тому числі економічно розвинених) країнах світу. Психологічний стан хворого дуже впливає на ефективність лікування. У частини пацієнтів виникають проблеми, пов'язані з професійними обмеженнями, необхідністю змінити сферу діяльності у зв'язку з тривалим лікуванням і нерідко несприятливим прогнозом захворювання.

Стойкі негативні емоційні реакції у хворих бронхолегеневої патологією відзначали багато авторів, вказуючи на пригніченість, невротичні реакції, депресію, що спостерігаються у 60,0 % чоловіків і у 85,0 % жінок, що страждають на бронхолегеневу патологію [1—3, 5, 6]. В останні роки важливою проблемою стало збільшення кількості пацієнтів, що порушують режим і ухиляються від лікування. У низки хворих з'являється тенденція до аграваційно-рентних настанов, тобто до отримання максимальної вигоди зі своєї хвороби [3, 5, 7, 10]. У процесі терапії лікарі змушені розглядати проблеми етичного і психологічного порядку, надавати психологічну підтримку хворому і враховувати психологічні фактори, що негативно впливають на перебіг захворювання. Це говорить про те, що аналіз взаємозв'язку психологічного та соматичного аспектів пневмокониозів, а також факторів, що впливають на адаптацію пацієнтів до хвороби і на ефективність проведеного лікування, є актуальним. Включення в комплекс обстеження хворих з цієї патологією сучасних методів психокорекції має істотне значення для отримання більш повних об'єктивних даних про особу хворого з метою корекції неконструктивного і дезадаптивного стилів поведінки.

У літературі є поодинокі повідомлення про дослідження психологічних особливостей хворих на пневмокониоз [3, 5—8, 13]. Цілісне уявлення про індивідуально-психологічні особливості цієї групи хворих на основі комплексної психодіагностики відсутнє. Програма психологічної корекції, що сприяє поліпшенню

психологічного здоров'я пацієнтів, запобіганню відмови та самовільного припинення лікування, підвищенню ефективності терапевтичного лікування, будується на основі аналізу особливостей психологічного статусу хворих на пневмокониоз.

Мета роботи: вивчивши процеси психологічної адаптації до хвороби, вплив емоційної відповіді, фрустраційної толерантності та конструктивної системи хворих на перебіг і прогноз хронічного бронхолегеневого захворювання, розробити програму психологічної реабілітації, що базується на використовуваних в сучасній психотерапії принципах комплексності, диференційованості, послідовності й етапності психотерапевтичних впливів з урахуванням соціального, психологічного, соціально-психологічного і біологічного компонентів [9—12]. Системна корекція проводиться в трьох напрямках:

- 1) персоніфікованому — корекція характерологічних особливостей пацієнтів,
- 2) міжособистісному — корекція їх міжособистісних стосунків,
- 3) інтроспективному — нормалізація процесу персоніфікації.

На кожному з них застосовуються психотерапевтичні методи, що найбільш ефективні при наявній формі порушення психічного здоров'я і відповідають особливостям особистості пацієнта і клінічним проявам його психопатологічного розладу.

Дослідження проводилися на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ «ОКЛПЗ» в період 2008—2011 рр. До групи обстежених увійшли 493 хворих на пневмокониоз (ПНК) у віці від 40 до 60 років, із них чоловіків — 269 (95,13 %), жінок — 24 (4,87 %).

Група пацієнтів з першою стадією захворювання склала 168, другою — 298 осіб. До групи пацієнтів з третьою стадією хвороби увійшло 27 хворих.

Як група порівняння, зважаючи на відсутність психоорганічного синдрому і виражених інспіраторно-експіраторних розладів (за винятком випадків хронічного пилового обструктивного бронхіту), виступали хворі, що страждають на пилові бронхіти (ПБ), кількістю 148 осіб.

Для вирішення поставленої мети було використано клініко-психопатологічний, клініко-психофеноменологічний, психодіагностичний (експериментально-психологічний) і статистичний методи.

— **клініко-психопатологічний метод** (для вивчення структури психопатологічних розладів у хворих на пневмокониоз);

— **експериментально-психологічний метод** (психодіагностичні методики для вивчення особливостей когнітивних функцій): Стандартизована методика дослідження особистості — «СМДО» (адапований Л. М. Собчик варіант тесту ММРІ), що є квантифікованим методом вивчення особистісних властивостей і ступеня адаптації хворого; особистісний опитувальник Бехтеревського інституту — «ООБІ»; методика «таблиці Шульте»;

— **клініко-психофеноменологічний метод** (для виявлення психофеноменологічного статусу хворого задля адекватного підбору методів, методик і технік психокорекції);

— **статистичний метод** у вигляді клініко-статистичного аналізу.

В результаті обстеження хворих на пневмокозіоз було визначено структуру нервово-психічних розладів цього контингенту.

Розлади невротичного рівня (48,07 % — 237 чол.) достовірно переважали над донозологічними розладами (32,86 % — 162 чол.) і розладами особистості (19,07 % — 94 чол.),  $p < 0,05$ . З невротичних розладів частіше діагностували змішану тривожну і депресивну реакцію F 43.22 (44,12 %), рідше спостерігали короткочасну депресивну реакцію F 43.20 (25,88 %), змішаний дисоціативний розлад F 44.7 (4,9 %), змішаний тривожний і депресивний розлад F 41.2 (1,96 %).

Невротичні розлади переважно були характерними для пацієнтів з другою стадією захворювання (69,34 % всіх випадків), які на момент обстеження пред'являли скарги на почуття невпевненості, постійну тривогу, невдоволення своїм здоров'ям, звуження кола інтересів, небажання встановлювати соціальні взаємовідносини. Відзначалися астеничні прояви, спалахи агресії, роздратованість, образливість, перепади настрою, порушення сімейних відносин.

Донозологічні розлади спостерігалися частіше в осіб у першій стадії захворювання (37,27 %), як астеничного варіанту з переважанням психічної стомлюваності (20,59 %) і дистимічного варіанту (14,71 %). У цих пацієнтів були всі симптоми невротичного кола, але вони не досягали ступеня прояву, достатнього для встановлення діагнозу. Пацієнти пред'являли скарги на постійне відчуття втоми, розбитість, труднощі засипання, періоди зниженого настрою, спалахи тужливо-злобного настрою, труднощі зосередження уваги, відчуття тривоги, занепокоєння, напади задухи, що супроводжувалися тривогою.

Розлади особистості були притаманні пацієнтам як з другої, так і з третьою стадіями захворювання і характеризувалися переважно істеричними F 60.4 (13,72 %), тривожними F 60.6 (3,92 %) і епілептоїдними F 60.5 (1,96 %) проявами, що відрізняються тотальністю, стійкістю, виразністю психопатичних рис особистості і недостатньою адаптивністю в соціальних ситуаціях.

Когнітивні порушення були виявлені в переважній більшості випадків (44,83 %) у хворих з третьою стадією захворювання, хоча в поодиноких випадках (7,6 %) спостерігалися й у пацієнтів на другій стадії перебігу хвороби.

Базовим психопатологічним спектром проявів є астеничний спектр в найрізноманітніших психопатологічних аранжуваннях, що залежать від внутрішньої картини хвороби, патоперсоналогічних особливостей і стадії розвитку пневмокозіозу.

Патопластичними формуючими проявами психопатологічного регістру анкіозного кола є прояви, що асоційовані з серцево-судинною патологією і дихальною недостатністю.

Так, 1-ша стадія пневмокозіозу асоційована з розладами астеничного (астеноневротичного) кола, 2-га — із симптоматикою анкіозного кола, 3-тя — із розладами афективного (депресивного) кола.

Симптоматика обсессивного (обсессивно-фобічного або обсессивно-нозофобічного кола) залежить від преморбідних особистісних особливостей і не залежить від стадії перебігу пневмокозіозу.

У групі хворих на ПнК усереднений особистісний профіль тесту СМДО був розташований у межах нормативного «коридору» і мав лінійний характер (рис. 1.), значення більшості його базисних шкал, за винятком 4-ї й 9-ї, вірогідно перевищували відповідні показники в групі порівняння. Звертало на себе увагу відносно зниження по 4-й шкалі («імпульсивність»), значення якого виявилось вірогідно меншим у порівнянні з показниками інших провідних шкал цього профілю ( $p < 0,01$ ).

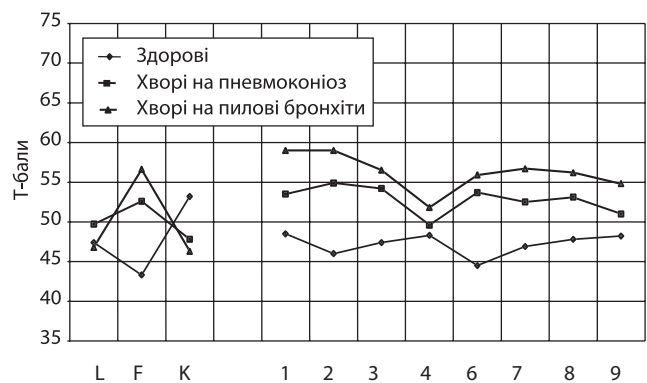


Рис. 1. Узагальнені особистісні профілі СМДО хворих на пилові бронхіти та пневмокозіоз

За даними клініко-психологічного обстеження й тесту «СМДО», в 20,0 % пацієнтів переважав слабкий, в 32,5 % — змішаний ригідний, в 20,0 % — змішаний лабільний і у 10,0 % — сильний тип особистісного реагування. В 17,5 % спостережень домінуючий тип психологічного реагування визначити не вдалося. Отже сильний, стеничний тип у цих групах хворих виявлявся вірогідно рідше в порівнянні зі слабким й змішаним ригідним типами реагування ( $p < 0,01$ ). Частота зустрічаємості сильного типу у хворих виявилася також вірогідно менше, ніж у групі порівняння (27,5 %;  $p < 0,01$ ). Особи, у яких 4-та й/або 9-та шкали були однією із трьох провідних шкал профілю «СМДО», зустрічалися вірогідно частіше серед хворих із незначним емоційним напруженням (62,5 %), ніж серед хворих зі значною психічною дезадаптацією (30,0 %;  $p < 0,001$ ).

Усереднений особистісний профіль «СМДО» хворих із 3 стадією захворювання перебував в межах нормативного «коридору» (див. рис. 1.), розташовуючись при цьому вірогідно вище в порівнянні з усередненим профілем осіб контрольної групи за всіма базисними шкалами (табл. 1).

Співвідношення шкал вірогідності також відрізнялося у хворих на ПнК і ПБ, відбиваючи труднощі адаптації в першій й прагнення уникнути зайвої відвертості в другій групі. Середня величина за 4-ю шкалою профілю у хворих з ПБ виявилася вірогідно меншою в порівнянні з показниками 1, 2, 3, 7 й 8-ї шкал ( $p < 0,01$ ). Сполучення 4-ї й 9-ї шкал як провідних шкал профілю виявлялося при ПнК (як і при ГТП) істотно рідше (4,6 % спостережень), ніж у групі здорових осіб (22,5 %;  $p < 0,001$ ).

Таблиця 1

Середні показники шкал тесту СМДО хворих на пилові бронхіти та пневмокоіоз, Т-бали ( $M \pm m$ )

Групи	Шкала										
	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
ПБ (1)	49,7 ± 0,74	52,6 ± 0,94	47,8 ± 0,75	53,5 ± 0,85	54,9 ± 0,97	54,2 ± 0,98	49,6 ± 0,88	53,7 ± 1,04	52,5 ± 0,84	53,1 ± 0,81	51,0 ± 0,85
ПнК (2)	46,8 ± 0,68	56,6 ± 1,0	46,3 ± 0,74	59,0 ± 0,81	59,0 ± 0,85	56,5 ± 0,88	51,8 ± 0,94	55,9 ± 1,06	56,7 ± 1,09	56,2 ± 1,02	54,8 ± 0,87
$p_{1-2}$	> 0,05	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	> 0,05	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Частка осіб з 4-ю або 9-ю шкалою як однією з трьох шкал особистісного профілю була вірогідно більшою в підгрупі хворих на ПнК, що мали незначну виразність емоційного напруження (58,2 %), ніж у підгрупі хворих зі значним емоційним напруженням (34,5 %).

На підставі результатів клініко-психологічного дослідження й даних тестувань із застосуванням «СМДО» в 25,3 % хворих на ПнК встановлене переважання слабого типу, в 26,0 % — змішаного ригідного, в 21,5 % — змішаного лабільного (демонстративного), в 9,4 % — сильного типу особистісного реагування й в 17,7 % спостережень домінуючий тип особистісного реагування визначити не вдалося. Отже, особи зі сценічним типом реагування склали серед пацієнтів із ПнК найменшу частину.

У порівнянні із групою хворих на ПнК показники більшості базисних шкал усередненого особистісного профілю хворих на ПБ, за винятком 4-ї й 6-ї, мали більш високі значення (див. табл. 1). Однак при цьому звертала на себе увагу подібність конфігурацій профілів хворих на ПнК і на ПБ, але спостерігалися випадки, коли шкали стеничного регістру (4-та, 9-та) розташовувалися нижче, ніж шкали гіпостеничного ряду.

Результати тесту «СМДО» виявили подібність особистісних властивостей, що переважають в обстежених груп і відрізняли їх від хворих на ПБ. Незважаючи на те, що співвідношення оцінних шкал L, F, K, а також порівняно низьке (менш 50 Т-балів) розташування усередненого особистісного профілю хворих на ПБ вказувало на настанову до заперечення проблем і свідчило про їхню схильності до активної протидії суспільним впливам. У хворих на ПнК, навпаки, усереднені профілі «СМДО» характеризувалися прагненням підкреслити свою конформність, що виражалося у підвищенні 3-ї й 7-ї, зниженні показників 4-ї шкали («імпульсивність»), а також невеликим «невротичним» нахилом з підйомом на 1-й, 2-й та 3-й шкалах. Таке співвідношення базисних шкал профілів відбивало схильність до зниження пошукової активності й блокування негативних емоцій, співіснування суперечливих тенденцій до самореалізації й до підвищеного самоконтролю, тобто виявило особливості особистісного реагування, які були сприятливі для розвитку емоційного напруження й дезадаптації за психосоматичним типом. Той факт, що 4-та або 9-та шкала були провідними шкалами профілю «СМДО» вірогідно частіше в підгрупах хворих з незначним емоційним напруженням (як при ПнК, так і при ПБ), підтверджує взаємозв'язок між виразністю стеничних особистісних характеристик і стресостійкістю.

Під час використання методики «відшукування чисел за таблицями Шульте» виявлено, що для хворих на ПнК характерні уповільнений темп роботи, швидка стомлюваність, що проявлялося значущим збільшенням часу пошуку правильного порядку чисел на таблицях у порівнянні з хворими на ПБ та прийнятими нормативними показниками. Причому ці результати мали

чітку кореляцію зі стадією захворювання. Якщо у хворих в першій стадії показники мали близьке до нормативного порогу значення, то в третій відзначалося падіння швидкості відшукування практично удвічі. Слід зазначити, що в більшості випадків подовження загального часу пошуку правильного порядку чисел на таблицях було обумовлено «випадковими» втратами. Так, наприклад, хворі без видимої причини не могли знайти одне яке-небудь число, заявляючи, що такого числа в таблиці немає. Такі паузи пояснюються короткочасним станом захисного гальмування в коркових клітинах зорового аналізатора, що вказує на виражений розлад уваги в поєднанні з підвищеною виснаженістю.

Отримані результати дають підставу для висновку про зниження темпу психічної діяльності, підвищену виснажливність, стомлюваність у хворих на ПнК.

За даними методики «ООБІ» (діагностика психічного типу реагування на соматичне захворювання) спостерігається переважання меланхолійного типу ставлення до хвороби, який виражається у невірі в одужання, пригніченні хворобою, депресивному настрою (24,27 % хворих). Анозогнозичний тип, для якого характерне активне відкидання думки про хворобу, був притаманний 15,18 % хворих. Неврастенічний, якому властива поведінка за типом «дратівливої слабкості», нетерплячість і спалахи роздратування, а потім — сльози і каяття, було діагностовано у 13,61 % хворих (табл. 2).

Таблиця 2

Типи реагування на хворобу у хворих на ПнК

Тип реагування	Стадія перебігу хвороби			Всього, %
	1 стадія	2 стадія	3 стадія	
меланхолійний	15,50	19,11	38,21	24,27
анозогнозичний	27,42	15,81	2,32	15,18
неврастенічний	5,14	14,37	21,32	13,61
апатичний	4,12	12,86	13,27	10,08
тривожний	9,41	11,72	7,53	9,55
сенситивний	5,41	9,82	8,95	8,07
гармонійний	15,44	6,51	1,11	7,68
ергопатичний	14,33	4,59	2,27	7,07
іпохондричний	3,23	5,21	5,02	4,49

Меншою мірою були відзначені типи апатичний — повна байдужість до своєї долі, пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню (10,08 %), тривожний — безперервне занепокоєння і недовірливість (9,55 %), сенситивний (8,07 %) — відчуття неповноцінності, страх буті тягарем для рідних, надмірна турбота стосовно здоров'я та майбутнього.

Незначну частину склали типи гармонійний (7,68 %) — твереза оцінка власного стану без схильності перебільшувати важкість захворювання або недооцінювати його, ергопатичний — «відхід від хвороби в роботу»,



загострене бажання зберегти працездатність (7,07 %) та іпохондричний (4,49 %) — хвороблива зосередженість на суб'єктивних відчуттях із перебільшенням їхнього значення, боязнь побічної дії ліків, процедур.

Отримані результати свідчать про відчуття хворими своєї неповноцінності, обтяження замкненістю, недовірою до оточуючих, підвищеною чутливістю до соціальної думки, що маскується награно веселим настроєм, бажання спілкуватися з оточуючими (див. табл. 2).

Діаграмне зображення результатів за методикою «ООБ» в залежності від стадії перебігу захворювання наведено на рис. 2.

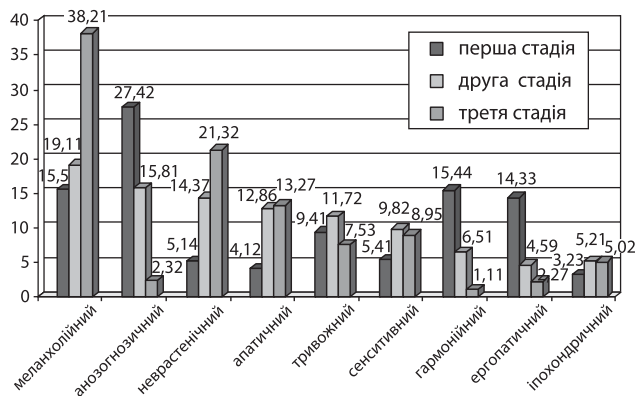


Рис. 2. Результати за методикою «ООБ»

Виявлені психічні розлади характеризуються типом цілісної стратегії поведінки, внутрішньою картиною хвороби, відбитої в розумінні хвороби як специфічної форми життя. Серед розмаїття таких форм поведінки нами виокремлено три основні загальнюючі модуси.

Перший модус (22,8 %) — шаблонних ситуаційно обумовлених реакцій, стереотипно відтворюваних в стані декомпенсації або зовнішніх провокацій, відтворених за своїми функціональними наслідками експіраторно-інспіраторних порушень, що не мають ані динамічного, ані структурно-семіотичного розвитку.

Реакції пацієнтів проявлялися в адекватній самооцінці, або тенденції до ігнорування. Пацієнти з такою поведінкою, як правило, прагнуть пройти обстеження в амбулаторних умовах і при необхідності терапії віддають перевагу консультації та короткочасній психотерапії.

Другий модус (49,1 %) — стаłego патологічного стану зі зворотним зв'язком патопластичного характеру (де-факто йдеться про формування патогенетичних проявів — психосоматозів).

Пацієнти відрізняються тривожною, депресивною, іпохондричною перебудовою особистісного сприйняття свого життя й хвороби, в основі якої лежить відступ, примирення й капітуляція перед хворобою й її наслідками.

Третій модус (28,1 %) — патологічних розладів, клінічно та патогенетично ідентичних такому модельному стану як іпохондричний розвиток особистості, який проявляється, насамперед, у порушенні соціального функціонування. Постійне внутрішнє напруження, іпохондричний відтінок настрою становлять своєрідний ґрунт для вибухів, конфліктів, формування делінквентної поведінки.

Виявлені залежності клінічних проявів невротичних розладів від індивідуально-типологічних особливостей хвороби має значення не тільки для розуміння процесів синдромогенезу, синдромокінезу і синдромотаксису психопатологічних утворень (у тому числі й для

прогнозування їх виникнення за умов патогенних психогенних впливів), а й для обґрунтованої оцінки терапевтичного впливу, зокрема, при визначенні способів психотерапевтичного впливу.

В основу розробленої програми психологічної корекції хворих на ПнК покладено результати проведеного дослідження із використанням принципу комплексно-диференційованого підходу до лікування. Програма психологічної реабілітації була спрямована на гармонізацію ставлення до хвороби, корекцію емоційного стану, на підвищення мотивації до лікування, на формування конструктивних способів поведінки в умовах хвороби, на відновлення порушених захворюванням міжособистісних відносин.

Програма диференційованої психокорекції, створена на основі результатів дослідження, складається з підготовчого, психодіагностичного, власне корекційного та підтримуючого етапів.

На підготовчому етапі при плануванні лікувально-діагностичних заходів рекомендується враховувати психосоціальні особливості хворих у зв'язку з психогенним впливом хвороби, що потребує інтеграції діяльності лікаря та медичного психолога під час здійснення лікувального процесу.

Для оптимізації медичної допомоги та підвищення ефективності терапевтичних заходів психокорекційні заняття з хворими рекомендується проводити вже на початкових етапах лікувального процесу. І вже на початковому етапі, під час оцінки психологічного статусу хворих на ПнК та вивчення соціальних умов, рекомендується застосовувати комплексний психодіагностичний підхід, що забезпечує оптимальне проведення дослідження та складання індивідуальних психокорекційних програм.

На третьому етапі значне місце в курсі психокорекції, поряд з індивідуальною, відводиться груповій психотерапії, метою якої є нівелювання несприятливих для спілкування характерологічних особливостей пацієнта. Метод заснований на використанні в лікувальних цілях групової динаміки, що виникає в результаті взаємної і взаємодії членів групи між собою і з психотерапевтом. Групова психотерапевтична корекція спрямована на ліквідацію неадекватних форм реагування, спілкування і поведінки, обумовлених особливостями особистості та/або психотравмуючим факторами.

Третій етап так само був присвячений формуванню у пацієнта нових настанов, типу реагування, перспективи адекватного вирішення суперечностей між ним і суспільством шляхом перебудови його активності, спрямованості особистості, самосвідомості, рівня домагань відповідно до реальних обставин життя. Метою цього етапу було, таким чином, досягнення максимальної персоналізації пацієнта.

Четвертий етап — супортивна (підтримуюча) психотерапія — проводився для закріплення досягнутого рівня персоналізації хворого. Слід зазначити, що показання до персоналізованої психотерапії визначаються не тільки наявними у людини порушеннями, але й її здатністю до персоналізації, рівнем інтелекту й особливостями особистості. Персоналістична психотерапія проводилася у формі індивідуальних бесід, що, однак, не виключає можливості одночасного проведення симптоматичної та групової психотерапії. Якщо остання впливає на інтерособистісні характеристики особистості, то персоналістична психотерапія, що впливає і на метаіндивідні її характеристики, значно підвищує ефективність лікування.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. Хворі на ПнК мають дезадаптивні типи психологічних захистів і типи ставлення до хвороби, використовують малоефективні копінг-стратегії, в результаті чого у них підвищується тривожність і знижується фрустраційна толерантність.

2. Психологічні порушення у хворих на ПнК призводять до розвитку стійкої дезадаптації до захворювання і знижують якість проведених лікувально-діагностичних та терапевтичних заходів.

3. Порушення адаптації хворих на ПнК відображають зниження фрустраційної толерантності і високий рівень соціальної фрустрації і залежать від форми організації лікувального процесу.

4. На формування дезадаптивних типів ставлення до хвороби впливають дисфункціональні сімейні відносини, підвищення рівня реактивної та особистісної тривожності, поєднання високих показників з інтроверсією і нейротизму; знижений рівень суб'єктивного соматичного і психологічного самопочуття; переважання дезадаптивних типів психологічного захисту і копінг-стратегій.

4. Конструктивна система хворих на ПнК, яка відображає адаптацію до дійсності, характеризується когнітивної простотою, наявністю конфліктних відносин з соціальним оточенням, порушенням сімейних відносин.

5. Програма диференційованої психокорекції, розроблена на основі результатів дослідження, складається з підготовчого, психодіагностичного, власне корекційного, супортного етапів, що збігаються з перебігом і проведеними лікувально-діагностичними заходами основного захворювання.

6. Застосування психокорекційної програми сприяє зниженню рівня тривожності, підвищенню пізнавальної і соціальної адаптації; гармонізації типів ставлення до захворювання; поліпшення загального самопочуття хворих на пневмоконіозі.

#### Список літератури

- Александрова, Н. И. Современные возможности и принципы лечения хронического бронхита / Н. И. Александрова // Рос. мед. журнал. — 1997, № 2. — С. 18—21.
- Проблемы и перспективы медико-социальной и социально-психологической реабилитологии / [Т. С. Алферова, С. А. Шиган, В. Б. Гаптов, Е. Ю. Шаталова] // Там же. — 1998, № 6. — С. 14—18.
- Антонов, Н. С. Эпидемиология, факторы риска, профилактика / Н. С. Антонов, О. Ю. Стулова, О. Ю. Зайцева. — В кн.: Хроническая обструктивная болезнь лёгких / под ред. А. Г. Чучалина. — М., 1998. — С. 66—82.
- Анцыферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. — 1994. — Т. 15. — № 1. — С. 3—19.
- Богомазова, А. В. Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 4-й: Сб. резюме / А. В. Богомазова. — М., 1994. — С. 205.
- Болезни органов дыхания: Руководство по медицине / гл. ред. Р. Беркоу; пер. с англ. — М.: Медицина, 1997. — С. 407—503.
- Викулин, С. В. Психологические особенности больных хроническими обструктивными заболеваниями лёгких / С. В. Викулин, Ю. Ю. Бяловский, В. Н. Абросимов // Сб.-резюме 9-го нац. конгресса по болезням органов дыхания. — М., 1999. — С. 384.
- Валиев, Р. Т. К проблеме взаимоотношения врача и больного при туберкулезе / Р. Т. Валиев, Г. А. Идиятулина // Проблемы туберкулеза. — 2000. — № 1. — С. 4—7.
- Визель, А. А. Частота бронхообструктивного синдрома среди больных, обратившихся к фтизиопульмологу / А. А. Визель, М. Ф. Яушев, И. Н. Халфиев // Казанский мед. журнал. — 1998. — № 5. — С. 339 — 343.
- Викулин С. В. Психологические особенности больных хроническими обструктивными заболеваниями легких / С. В. Викулин, Ю. Ю. Бяловский, В. Н. Абросимов // Сб.-резюме 9-го нац. конгресса по болезням органов дыхания. — М., 1999. — С. 384.

11. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — № 8. — С. 1195—1198.

12. Ломаченков, В. Д. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом лёгких, и их социальная адаптация / В. Д. Ломаченков, Г. Я. Кошелева // Проблемы туберкулеза. — 1997. — № 3. — С. 9—11.

13. Мазур, Е. С. Психологические особенности курящих и некурящих больных хроническим обструктивным бронхитом / Е. С. Мазур // Сб.-резюме 6-го национального конгресса по болезням органов дыхания. — Новосибирск, 1996. — С. 13.

Надійшла до редакції 13.12.2011 р.

Л. А. Васякина

КЛПУ «Областная клиническая больница профессиональных заболеваний» (м. Донецк)

#### Система психокоррекции психопатологических расстройств у больных пневмоконіозом

На основе изучения клинико-психопатологических, патопсихологических и психофеноменологических особенностей 493 больных пневмоконіозом (ПнК) в возрасте от 40 до 60 лет, из них мужчин — 269 (95,13%), женщин — 24 (4,87%), и группы сравнения, которую составили больные, страдающие пылевыми бронхитами (ПБ) — 148 человек, разработаны программы психологической коррекции больных ПнК. Программа психологической реабилитации направлена на гармонизацию отношения к болезни, коррекцию эмоционального состояния, на повышение мотивации к лечению, на формирование конструктивных способов поведения в условиях болезни, на восстановление нарушенных заболеванием межличностных отношений.

Программа дифференцированной психокоррекции состоит из подготовительного, психодиагностического, собственно коррекционного и поддерживающего этапов, которые совпадают с течением заболевания и проведенными лечебно-диагностическими мероприятиями основного заболевания. Применение психокоррекционной программы способствует снижению уровня тревожности, повышению познавательной и социальной адаптации; гармонизации типов отношения к заболеванию, улучшению общего самочувствия больных ПнК.

**Ключевые слова:** профессиональные заболевания, пневмоконіоз, психопатология, психические нарушения, патогенез, клиническая психофеноменология, система психокоррекции, психотерапия.

L. A. Vasyakina

Communal medical prophylactic establishment «Regional clinical hospital of professional diseases» (Donets'k)

#### System psychocorrection psychopathological disorders in patients with pneumoconiosis

Based on the study clinical psychopathological, pathopsychological, psychophenomenological features of 493 patients with pneumoconiosis (PnC) aged 40 to 60 years, of which 269 (95,13%) men and 24 (4,87%) women, and comparison groups that were patients suffering from dust bronchitis (DB) — 148 people developed programs of psychological adjustment of patients with PnC. Psychological rehabilitation program aimed at harmonizing the treatment of disease, correction of emotional state, to enhance motivation for treatment, the formation of constructive ways of behavior in terms of illness, to restore the disturbed condition of interpersonal relations.

It differentiated psychocorrection consists of preparatory, psychodiagnostic, in fact, correctional, and supportive phases that coincide with the course of the disease and the medical-diagnostic measures of underlying disease. Application psychocorrection program helps reduce anxiety, improve cognitive and social adaptation; harmonization type attitude to the disease, improving the overall health of patients with PnC.

**Key words:** occupational diseases, pneumoconiosis, psychopathology, mental disorders, pathogenesis, clinical psychophenomenology, system of psychocorrection, psychotherapy.