

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ПРОФЕСІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Досліджено особистісні особливості хворих із професійною патологією органів дихання та периферичної нервової системи. В обстежених пацієнтів виявлено іпохондричні та депресивні тенденції, а також ознаки дезінтеграційних та дезадаптаційних проявів і екстерналізації, що можуть розглядатися як симптоми стійкої невротизації з іпохондричним розвитком особистості.

Ключові слова: професійна патологія, особистісні особливості, суб'єктивний контроль.

Професійна патологія (ПП) є важливою медичною і соціальною проблемою [1]. В Україні нараховується понад 180 тисяч осіб хворих на ПП, і попри зменшення абсолютної кількості працюючих на виробництвах цей показник продовжує зростати [2–4]. Важливим фактором комплексного лікування та реабілітації таких хворих є усунення несприятливих психічних порушень, асоційованих із ПП. Ця патологія — потужний патогенний чинник зазначених порушень, оскільки, окрім безпосереднього впливу тяжкого соматичного захворювання з інвалідизуючими наслідками та несприятливим прогнозом, він кардинально змінює соціальний стан хворого, унеможливаючи або суттєво утруднюючи його професійну реалізацію, накладаючи серйозні обмеження на його соціальне функціонування [5, 6]. Розглядаючи як основний патопсихологічний механізм формування патологічних соматогенних симптомокомплексів зміну біопсихосоціального статусу особистості внаслідок соматичного захворювання як чинника, що не залежить від суб'єктивно-вольової сфери хворого [7], слід визнати, що ПП потребує особливого підходу через синергичний вплив несприятливих соматогенних та соціально-психологічних факторів. Однак попри важливу медичну й соціальну значущість ПП особистісні особливості таких хворих в Україні не досліджувалися, що суттєво ускладнює розробку адекватних корекційних заходів.

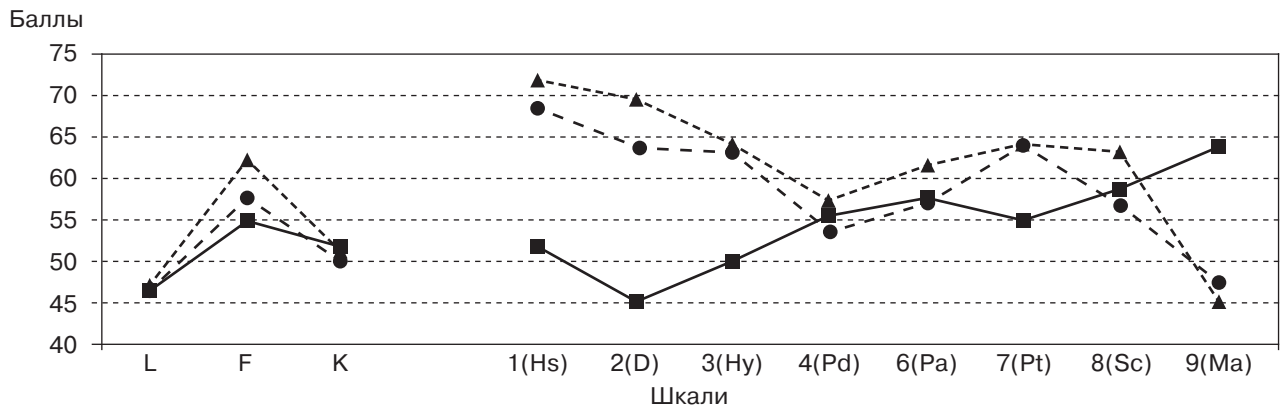
Метою роботи було вивчення особистісних особливостей хворих на ПП органів дихання (ОД) та периферичної нервової системи (ПНС).

Нами було обстежено 85 хворих на ПП дихальної системи (туберкульоз легень, емфізема легень, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмокониози, бронхіальна астма) — основна група 1 (ОГ1) та 84 пацієнтів з ПП ПНС (моно- та полінейропатії, радикулопатії, вплив вібрації) — основна група 2 (ОГ2), яким було встановлено діагноз

професійного захворювання відповідно до чинного законодавства. Обстеження проведено за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника особистості (СБОО) — варіанта психологічного тесту Mini-Mult, розробленого В. П. Зайцевим [8], та опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю» Дж. Роттера (в інтерпретації Е. Ф. Бажина та ін., 1984) [9]. Контрольну групу (КГ) становили 60 практично здорових осіб, які співвідносяться з хворими ОГ1, ОГ2 за віковими та соціальними характеристиками. Статистичний аналіз даних проводився з використанням непараметричних методів (точний критерій Фішера, тест Манна — Уїтні).

Основними характеристиками профілю СБОО у хворих на ПП є домінування іпохондричних та депресивних тенденцій, а також ознаки дезінтеграційних і дезадаптаційних проявів (рисунок). При цьому в обстежених було виявлено як спільні риси, так і певні особливості, асоційовані з різними видами ПП.

Спільними рисами є високі показники за шкалами іпохондрії (провідна у профілі) та депресії, причому кількісні значення за домінуютьою шкалою у профілі у 85,9% хворих ОГ1 і у 92,9% пацієнтів ОГ2 перевищують 70 Т-балів, що відповідає ознакам акцентуації. Відмінності полягають у тому, що у хворих ОГ1 другою у профілі є шкала психастенії, а у пацієнтів ОГ2 — депресії, третьою — відповідно депресії та істерії, четвертою — істерії та психастенії, п'ятою — паранояльності та шизоїдності, шостою — шизоїдності та паранояльності. Сьома і восьма позиції (шкали психопатії та гіпоманії) в обох групах збігаються. Слід зауважити, що наявність ПП зазвичай унеможливує або значно утруднює соціально-професійну реалізацію індивіда, що сприяє його фіксації на хворобливих переживаннях і формуванню своєрідного «хворобочентричного» патерну реагування. Такі хворі фіксовані на неприємних



Усереднені профілі за тестом СБОУ у хворих на різні форми професійної патології: —■— КГ (здорові); —●— ОГ1 (патологія ОД); —▲— ОГ2 (патологія ПНС)

соматичних переживаннях, схильні до драматизації власного соматичного стану, мають ознаки «втєчі у хворобу», причому хвороба, набута під час виконання трудових обов'язків, у ряді випадків виявляється зручним засобом перекласти відповідальність за існуючий стан речей на оточуючих та суспільство, соціально прийнятним способом виправдати власну пасивність.

Середнє значення за шкалою іпохондрії у хворих ОГ1 дорівнює $68,38 \pm 11,04$, у хворих ОГ2 — $71,67 \pm 10,95$, у здорових — $51,77 \pm 6,07$ Т-бала. Розбіжності достовірні для КГ та ОГ1, КГ та ОГ2 ($p < 0,001$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,1$). Високі значення за шкалою іпохондрії відповідають психосоматичній предиспозиції, і в контексті наявності тяжкої інвалідизуючої соматичної патології, наявної в обстежених, можуть розглядатися як ознаки стійкої невротизації з іпохондричним розвитком особистості, що свідчить про іпохондричні тенденції та соматичні фіксації.

Високі показники за шкалою іпохондрії у профілі хворих на ПП поєднуються з високими показниками за другою шкалою (депресії), що може бути свідченням акцентуації за гіпотимним (дистимічним) типом. Середнє значення за шкалою депресії у хворих ОГ1 становить $63,66 \pm 11,55$, ОГ2 — $69,35 \pm 9,99$, у здорових — $44,97 \pm 8,48$ Т-бала. Розбіжності достовірні при порівнянні між собою всіх груп ($p < 0,001$). Високі показники за шкалою депресії вказують на фрустраційні тенденції, пов'язані з наявністю тяжкого соматичного захворювання, що унеможливує або значно утруднює соціальну та професійну реалізацію пацієнта. На наш погляд, з урахуванням особливостей психопатологічних змін, зафіксованих під час клініко-психологічного обстеження, ці особливості слід розглядати як закономірну депресивну реакцію у рамках адаптаційного синдрому. Оскільки обстежений контингент складався з осіб із різними психотипами й особливостями реакції на стрес,

загальна тенденція до збільшення визначених депресивних та іпохондричних проявів має інтерпретуватися як універсальна реакція на дистрес та фрустрацію, пов'язана з прямим впливом ПП та асоційованою із нею соціально-психологічною дезадаптацією.

Третьою у профілі хворих на ПП є шкала психастенії, що належить до показників гіпостенічного, гальмівного кола. Середнє значення за цією шкалою у хворих ОГ1 становило $63,89 \pm 16,07$, у пацієнтів ОГ2 — $63,93 \pm 13,06$, у здорових осіб — $54,90 \pm 8,61$ Т-бала; розбіжності достовірні при порівнянні КГ з ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,001$). Високі значення за цією шкалою свідчать про переважання пасивно-страждальної позиції, невпевненості у собі та ситуації, сенситивність та високу чутливість до середовищних впливів, загострення тривожно-помисливих, ананкастних і сенситивних рис особистості. Поєднання з високими показниками за шкалою депресії також може вказувати на акцентуації за гальмівним типом з тривожно-помисливими рисами. Особливості профілю хворих на ПП свідчать про наявність у них стану дезадаптації, а співставлення цих даних із результатами клініко-психологічного обстеження — про формування у них специфічного психопатологічного патерну, що включає знижений настрій, пасивність, іпохондричні фіксації, тривогу, неспокій, помисливість у контексті несприятливих соматичних змін. Такі особливості можуть трактуватися як стан дезадаптації і потребують психотерапевтичної корекції.

Доволі високими у профілях хворих на ПП є значення за шкалою істерії: у хворих ОГ1 у середньому $63,00 \pm 11,29$, у пацієнтів ОГ2 — $64,23 \pm 10,60$, у здорових осіб — $49,95 \pm 6,59$ Т-бала; розбіжності достовірні при порівнянні КГ з ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,001$), що може трактуватися як нестійкість емоцій та ознаки дисоціації у мотиваційно-особистісній сфері. Дещо нижчими у хворих на ПП є показники за шкалою шизоїдності (у хворих ОГ1

середнє значення $56,79 \pm 11,00$, у хворих ОГ2 — $63,18 \pm 11,42$, у здорових — $58,70 \pm 8,25$ Т-балав; розбіжності достовірні при порівнянні КГ і ОГ2, а також ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,01$), що у поєднанні з характерним профілем може свідчити про тенденцію до фіксації на негативних переживаннях, сенситивність, прагнення до самоізоляції та уникнення контактів з оточуючими, бажання позбутися неприємних болісних переживань.

Репресивні позиції у профілях хворих на ПП займають шкали: паранояльності (середнє значення показника у хворих ОГ1 — $56,92 \pm 9,60$, ОГ2 — $61,71 \pm 12,43$, КГ — $57,50 \pm 9,49$ Т-бала; розбіжності достовірні при порівнянні КГ і ОГ2 ($p < 0,05$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,01$)), психопатії (відповідно $53,47 \pm 11,19$; $57,12 \pm 13,12$; $55,53 \pm 13,21$ Т-бала; для ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$)) та гіпоманії (відповідно $47,25 \pm 9,54$; $44,93 \pm 8,98$ та $63,65 \pm 8,34$ Т-бала; для КГ і ОГ1, КГ і ОГ2 ($p < 0,001$), для ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,05$)). Такі особливості можуть інтерпретуватися як зниження активності, оптимізму та життєлюбства, мотивації досягнення, пасивність та депресивні переживання, що є закономірним для даного контингенту і може розглядатися в рамках розладів адаптації, притаманних хворим на ПП.

При дослідженні особливостей суб'єктивного контролю (СК) також було виявлено важливі закономірності. Середній показник загальної інтернальності у хворих ОГ1 становив $5,20 \pm 1,40$, в обстежених ОГ2 — $4,86 \pm 1,07$, у здорових осіб — $6,33 \pm 1,53$ стелу, тобто у пацієнтів ОГ1 він є незначно нижчим від межового рівня інтернальності — екстернальності ($5,5$ стелу), тоді як у хворих ОГ2 — нижчим, а в контролі — суттєво вищим за межовий рівень ($p < 0,01$). Таким чином, хворі на ПП більшою мірою відчувають себе об'єктом, а не суб'єктом діяльності, їм притаманна пасивна позиція, вони не вважають себе здатними контролювати розвиток подій у власному житті. Для індивідів з екстернальним типом реагування характерні підвищена тривожність та заклопотаність, конформність. На наш погляд, зростання екстерналізаційних проявів у хворих на ПП необхідно розглядати у комплексі соціально-психологічних змін, що супроводжують її розвиток. Стрижневі особистісні характеристики СК при цьому залишаються незмінними, однак під впливом ПП і пов'язаними із цим соціальними та клінічними наслідками відбуваються певні трансформації його у значущих сферах. Так, в області досягнень хворі ОГ2 в цілому виявляють ознаки інтернального типу ($5,96 \pm 2,44$ стелу), а ОГ1 — екстернального ($5,41 \pm 2,49$ стелу, $p < 0,1$), у КГ показник становив $5,65 \pm 1,75$ стелу, а в області невдач — навпаки, хворим ОГ1 притаманний інтернальний тип СК ($5,69 \pm 2,10$ стелу), тоді як

пацієнти ОГ2 виявляють у цілому екстернальний тип СК ($5,19 \pm 2,01$ стелу). Такі особливості можна пояснити впливом соціальних факторів ПП: вищим соціальним статусом та освітнім рівнем хворих ОГ1. У здорових обстежених показник за цією сферою становив $6,57 \pm 1,88$ стелу; розбіжності достовірні для КГ і ОГ1 ($p < 0,05$), КГ і ОГ2 ($p < 0,01$), ОГ1 і ОГ2 ($p < 0,1$). В області сімейних відносин встановлено схожі закономірності: показник інтернальності в ОГ1 становив $5,72 \pm 1,62$ (інтернальний тип), у ОГ2 — $5,20 \pm 1,45$ (екстернальний тип) ($p < 0,05$), у контролі — $6,25 \pm 1,84$ стелу ($p < 0,01$). В області виробничих відносин показник інтернальності у хворих ОГ1 становив $5,54 \pm 1,94$ стелу, що відповідає інтернальному типу, а у пацієнтів ОГ2 — $5,02 \pm 1,58$, що відповідає екстернальному типу. У КГ показник становив $6,13 \pm 1,94$ стелу (інтернальний тип). Розбіжності достовірні при порівнянні КГ та ОГ1 ($p < 0,1$), КГ та ОГ2 ($p < 0,01$), ОГ1 та ОГ2 ($p < 0,01$). В області міжособистісних відносин суттєвих розбіжностей не виявлено: показник в ОГ1 становив $5,42 \pm 1,37$, в ОГ2 — $5,60 \pm 1,42$, у КГ — $5,57 \pm 1,54$ стелу. У найважливішій для даного контингенту сфері — здоров'я і хвороби — у пацієнтів з ПП чітко простежуються тенденції до екстернальності: середній показник в ОГ1 становив $4,92 \pm 2,29$, в ОГ2 — $4,24 \pm 2,51$ ($p < 0,05$), у здорових осіб — $5,58 \pm 2,63$ стелу; розбіжності значущі при порівнянні з ОГ2 ($p < 0,01$). На нашу думку, вирішальний вплив на ці особливості справляють соціальні характеристики хворих різних груп. Так, патологія ПНС, що виникає в осіб із низьким освітнім рівнем, зайнятих у сільському господарстві, упродовж щоденної механічної роботи суб'єктивно сприймається ними як результат дії об'єктивних зовнішніх факторів, на які індивід має обмежений вплив, а лікування — як процес, що переважно залежить від лікарів, а не від хворого. Натомість патологія ОД значною мірою є результатом недотримання хворим вимог профілактики професійної захворюваності (невикористання засобів індивідуального захисту, профілактичного протитуберкульозного лікування тощо), що усвідомлюється хворими з високим освітнім та інтелектуальним рівнем, серед яких багато медичних працівників. Лікування також сприймається ними як процес двосторонньої взаємодії лікаря та пацієнта, тож виявлені відмінності є закономірними.

У динаміці патоперсоналогічних змін, асоційованих із ПП, у хворих із патологією ОД та ПНС виявлено як спільні риси, так і суттєві відмінності. Спільними рисами є поступове зростання в міру прогресування захворювання депресивних, тривожно-депресивних та астено-депресивних проявів, а також агравацийних тенденцій, що може

бути пов'язане із усвідомленням «цінності» професійного захворювання як джерела соціальних виплат, послуг і пільг. Відмінностями, притаманними хворим на ПП ОД, є більша вираженість динаміки емоційної лабільності, нестійкості, фіксації на неприємних соматичних відчуттях, тривожності, а пацієнтам із ПП ПНС — поступове наростання астенизації, виражених депресивних, астено-депресивних та апато-депресивних тенденцій у поєднанні з ригідністю афекту і схильністю до пасивно-апатичного патерну реагування.

Таким чином, при дослідженні особистісних особливостей хворих на ПП різних форм виявлено значну вираженість іпохондричних та соматичних фіксацій, стійких депресивних та тривожних проявів, а також тенденцію до екстерналізації у міжособистісній взаємодії. Ці зміни є диференційованими залежно від виду ПП; важлива роль у їх формуванні також може належати соціальним особливостям хворих. Поєднання несприятливих особистісних та психосоціальних особливостей є фактором ризику непсихотичних психічних порушень, їх треба враховувати при розробці психокорекційних заходів для хворих на різні форми ПП.

Перспективи подальших досліджень полягають у створенні сучасних схем психотерапевтичної корекції несприятливих змін у психоемоційній сфері хворих на різні форми ПП.

Список літератури

1. Frank J. Preventing injury, illness and disability at work / J. Frank, K. Cullen // Scemd. J. Work, Environ and Health.— 2006.— Vol. 32, № 2.— С. 160–167.
2. Гречківська Н. В. Структура професійної захворюваності працівників певних категорій на підприємствах міста Києва / Н. В. Гречківська // Ліки України.— 2013.— № 1 (14).— С. 42–45.
3. Короленко В. В. Професійні захворювання шкіри у працівників охорони здоров'я міста Києва / В. В. Короленко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології.— 2006.— № 3.— С. 15–19.
4. Динаміка професійної захворюваності в Україні та досвід інституту медицини праці НАМН України / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, М. Соколова, І. Кононова // Укр. журн. з проблем медицини праці.— 2013.— № 4 (37).— С. 11–22.
5. Підсумки діяльності Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України за 2014 рік: інф. збірн.; [відп. ред. В. В. Ніконенко].— К.: ФССНВ, 2015.— С. 6–24.
6. Нагорна А. М. Економічні та медико-соціальні втрати від професійної захворюваності в Україні: методологія та розрахунки / А. М. Нагорна, О. І. Колодяжна // Журн. НАМН України.— 2014.— Т. 20, № 2.— С. 220–228.
7. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев.— Харьков: Прапор, 2002.— 128 с.
8. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В. П. Зайцев // Психологический журн.— 1981.— № 3.— С. 118–123.
9. Реан А. А. Практическая психодиагностика личности / А. А. Реан.— СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та.— 2001.— 224 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Н. Г. ПШУК, А. А. БЕЛОВ

Исследованы личностные особенности больных с профессиональной патологией органов дыхания и периферической нервной системы. У обследованных пациентов выявлены ипохондрические и депрессивные тенденции, а также признаки дезинтеграционных и дезадаптационных проявлений и экстернализации, которые могут рассматриваться как симптомы устойчивой невротизации с ипохондрическим развитием личности.

Ключевые слова: профессиональная патология, личностные особенности, субъективный контроль.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH OCCUPATIONAL RESPIRATORY DISEASES AND PATHOLOGY OF PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM

N. G. PSYUK, O. O. BELOV

Personality characteristics of patients with occupational pathology of the respiratory organs and the nervous system were examined. The presence of hypochondriac and depressive tendencies, as well as the signs of disintegration and deadaptation manifestations and externalization that can be considered the signs of neurotization with hypochondriac development of personality, was revealed.

Key words: occupational pathology, personality characteristics, subjective control.

Надійшла 23.07.2015