

УДК 613.0

Акцентуации характера курящих больных туберкулезом легких

М.А. Смирнова, С.С. Иванова, Л.И. Арчакова

Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России

Accentuation character of smoking patients with pulmonary tuberculosis

M.A. Smirnova, S.S. Ivanova, L.I. Archakova

Saint-Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology at Ministry of Health

Резюме

Целью настоящей работы явилось изучение психологических особенностей курящих больных туберкулезом легких. Всего было обследовано 145 больных туберкулезом легких в возрасте от 18 до 56 лет (95 курящих и 45 некурящих больных ТБ), госпитализированных в ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России в 2013–2014 гг. Критерии включения в исследование: лица 18–80 лет, регулярно курящие табак. Критерии исключения: психические заболевания и расстройства, алкогольная, наркотическая зависимости. Исследование включало определение статуса курения [число выкуриваемых в день сигарет, длительность табакокурения, степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), мотивация к отказу от курения (Левшин В.Ф.)], оценку медико-социальных факторов, а также психологических особенностей по многофакторному личностному опроснику «Адаптивность». Показано, что у курящих больных туберкулезом достоверно чаще определялись акцентуации характера по астеноневротическому (Hs), депрессивному (D) и психопатическому (Pd), психоастеническому (Pt), шизоидному (Sc), гипертимному типам (Ma) и по шкале социальной интраверсии (Si) по сравнению с некурящими, при этом наличие акцентуаций характера было ассоциировано с более высокой степенью никотиновой зависимости и выраженностью синдрома отмены. Раннее начало табакокурения было характерно для больных с акцентуациями по шкалам психоастении, психопатии, шизоидности и гипомании.

Ключевые слова: табакокурение; психологические особенности; туберкулез легких.

Summary

The aim of this work was to study the psychological characteristics of smoking patients with pulmonary tuberculosis. There were examined 145 patients with pulmonary tuberculosis (age of 18 to 56 years, 95 smokers and 45 non-smokers with TB), treated in the Saint-Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology at Ministry of Health in 2013–2014. Inclusion criteria: persons 18–80 years, regularly smoking tobacco. Exclusion criteria were: mental illness and disorders, alcohol, and drug addiction. The study included smoking status determination [number of cigarettes per day, the duration of the smoking, the degree of nicotine dependence (Fagerstrom test), motivation to quit smoking (Levshin V.F.)], assessment of medical and social factors, psychological characteristics by multifactorial personal questionnaire «Adaptability». It is shown that smokers with tuberculosis had significantly more determined accentuation: asthenoneurotic (Hs), depressive (D) and psychopathic (Pd), psihoasteniya (Pt), schizoid (Sc), hypomania (Ma) and social introversion (Si) compared to non-smokers. Accentuations character was associated with a higher degree of nicotine dependence and withdrawal syndrome. Early onset of smoking was typical for patients with accentuation on scales psihoasteniya, psychopathy, schizoid and hypomania.

Keywords: tobacco smoking; sychological characteristic; pulmonary tuberculosis.

Введение

Туберкулез (ТБ) и табакокурение (ТК) являются в настоящее время двумя ведущими причинами смертности в мире, при этом Российская Федерация входит в число стран с наибольшим числом курильщиков и больных туберкулезом. В 2009 г. был опубликован доклад Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Туберкулез и табак», в котором на основании изданных исследований показано, что более 20% заболеваемости туберкулезом в мире может быть вызвано курением (вследствие токсического воздействия на клетки организма), при этом ТК является фактором риска развития ТБ независимо от употребления алкоголя и других социально-экономических факторов риска.

Большинство курящих хотят отказаться от ТК [1, 2], однако, даже понимая опасность и вред ТК, человек не реализует намерение вести здоровый образ жизни из-за дефицита навыков саморегуляции, умения найти альтернативные, безопасные для здоровья способы получения удовольствия, преодоления стресса.

Целью настоящей работы явилось изучение психологических особенностей курящих больных туберкулезом легких.

Материалы методы

Всего было обследовано 145 больных туберкулезом легких в возрасте от 18 до 56 лет (95 курящих и 45 некурящих больных ТБ), госпитализированных в ФГБУ «СПбНИИФ» Минздрава России в 2013–2014 гг.

Критерии включения в исследование: лица 18–80 лет, регулярно курящие табак. Критерии исключения: психические заболевания и расстройства, алкогольная, наркотическая зависимости.

Исследование включало определение статуса курения [число выкуриваемых в день сигарет, длительность ТК, степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), мотивацию к отказу от курения (Левшин В.Ф.)], оценку медико-социальных факторов, а также психологических особенностей по многофакторному личностному опроснику (МЛО) «Адаптивность» [3, 4]. Определяли акцентуации характера (АХ): шкалы Hs (ипохондри), D (депрессии), Hy (истерии), Pd (психопатии), Mf (мужественности–женственности), Pa (паранойальности), Pt (психастении), Sc (шизоидности), Ma (гипомании), Si (социальной интроверсии). Акцентуированными считали тех опрошенных, у которых выраженность соответствующего типа АХ была в пределах 71–80 ед. Превышение изучаемых показателей по шкалам более 81 ед. свидетельствовало о наличии выраженных акцентуаций характера.

Статистическая обработка велась с использованием программы SPSS 11.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование психологических особенностей больных ТБ показало, что у курящих больных ТБ не было отличий по средним показателям шкал МЛО «Адаптивность» от некурящих больных ТБ (табл. 1).

Таблица 1

Значения шкал МЛО «Адаптивность» в группах курящих и некурящих больных туберкулезом легких

| Шкала | Группа курящих, n=95 | Группа некурящих, n=50 | Достоверность различий |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| Hs (ипохондри) | 59,52±1,28 | 57,40±1,0 | 0,191 |
| D (депрессии) | 68,37±1,13 | 66,45±0,9 | 0,152 |
| Hy (истерии) | 57,36±1,14 | 57,59±1,02 | 0,550 |
| Pd (психопатии) | 64,60±1,18 | 62,16±0,99 | 0,116 |
| Mf (мужественности–женственности) | 58,76±0,67 | 59,97±0,70 | 0,215 |
| Pa (паранойальности) | 58,36±1,04 | 58,48±0,77 | 0,314 |
| Pt (психастении) | 66,24±0,76 | 65,21±0,67 | 0,131 |
| Sc (шизоидности) | 65,24±1,08 | 63,31±0,76 | 0,149 |
| Ma (гипомании) | 60,72±1,21 | 59,78±0,96 | 0,554 |
| Si (социальной интроверсии) | 62,04±1,16 | 57,94±1,88 | 0,051 |

* Различия достоверны (p<0,05) по сравнению с группой курящих лиц.

Таблица 2

Частота акцентуаций характера у курящих и некурящих больных ТБ, %

| Тип акцентуации | Группа курящих, n= 95 | | Группа некурящих, n=50 | |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | Наличие акцентуаций | В том числе выраженных | Наличие акцентуаций | В том числе выраженных |
| Hs (ипохондри) | 11,3* | 0 | 7,6* | 0 |
| D (депрессии) | 39,6* | 4,2 | 22,7* | 6,7 |
| Hу (истерии) | 1,9 | 2,1 | 4,5 | 0 |
| Pd (психопатии) | 22,6* | 2,1 | 10,9* | 2,6 |
| Mf (мужественности–женственности) | 8,7 | 0 | 10,6 | 0 |
| Pa (паранойальности) | 6,7 | 2,1 | 6,1 | 0 |
| Pt (психастении) | 28,3 | 0,5 | 21,2 | 2,0 |
| Sc (шизоидности) | 25,0 | 8,4 | 16,2 | 5,3 |
| Ma (гипомании) | 21,7* | 0 | 13,6* | 0 |
| Si (социальной интроверсии) | 15,1* | 0 | 9,1* | 1,3 |

* Различия достоверны ($p < 0,05$) между группами.

В то же время у некурящих больных ТБ значительно реже определялись акцентуации характера и выраженные акцентуации характера по сравнению с курящими больными ТБ (табл. 2).

Самым частым типом АХ у курящих и некурящих больных ТБ был депрессивный (рис. 1), у курящих в 1,7 раз чаще отмечались значения по шкале депрессии МЛО «Адаптивность» выше 70 баллов, т. е. среди куря-

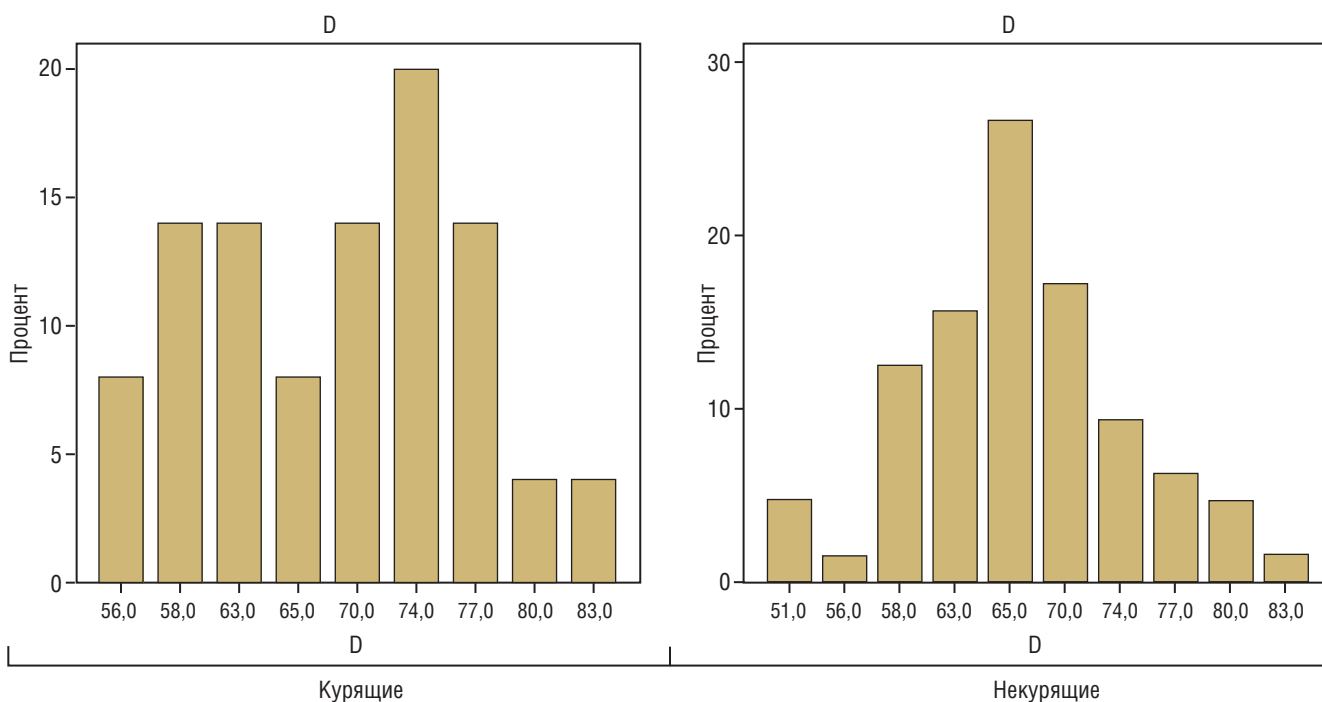


Рис. 1. Частоты различных значений шкалы депрессии ЛО «Адаптивность» у курящих и некурящих больных ТБ

щих чаще встречались люди, склонные к снижению фону настроения, неуверенные в своих силах, тревожные, с повышенным чувством вины, ослаблением волевого контроля, обладающие низкой толерантностью к психическим и физическим нагрузкам [3].

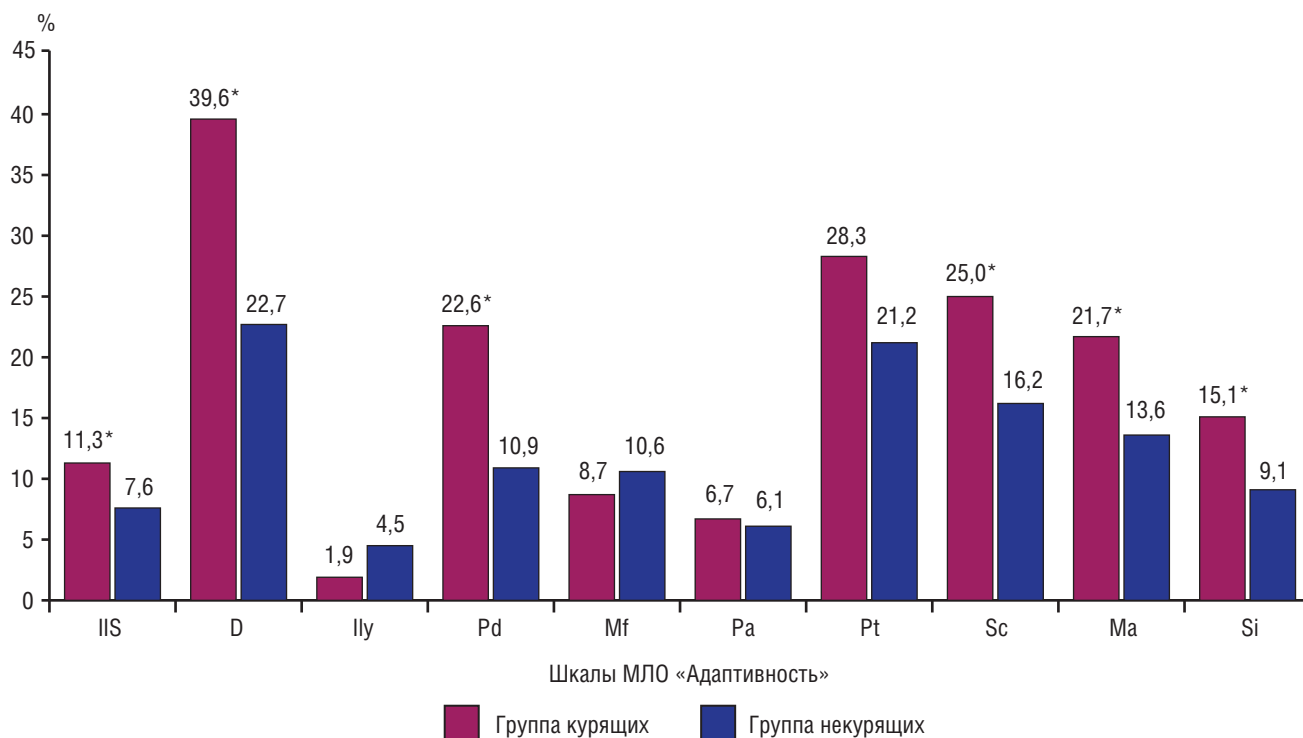
Кроме того, у курящих и некурящих больных ТБ в 28,3 и в 21,2% случаев соответственно отмечались изменения по шкале психоастении. АХ «психастеничность» соответствует тревожно-мнительному типу личности, основным признаком которого является постоянная тревожность, заниженная самооценка, неуверенность в себе [3, 4].

Достоверные ($p < 0,05$) различия отмечены по шкалам ипохондрии, психопатии, гипомании и социальной интроверсии (рис.2). Для лиц с психопатической акцентуацией характера свойственны признаки социальной дезадаптации, конфликтности, частой перемены настроения, интересов и привязанностей, обидчивости, склонности к аффектам. Они часто пренебрегают социальными нормами и имеют неустойчивое настроение [4]. Повышение значений по шкале ипохондрии (Hs) свидетельствует о тенденции к астено-невротическому типу реагирования, склонности к социальной пассивности, медленной адаптации при смене обстановки, чрезмерному беспокойству по поводу своего здоровья [5, 6]. Повышение показателей по шкале истерии выявляет эмоциональную лабиль-

ность, наличие истерических проявлений, стремление казаться лучше, желание обратить на себя внимание окружающих [3].

Особенностями шизоидного (аутистического) типа личности является парадоксальность мышления, эмоций и поведения. Такие люди способны тонко чувствовать и эмоционально реагировать на воображаемые, абстрактные образы. Внимание их избирательно направлено только на интересующие их проблемы. Л.Н. Собчик [7] пишет, что у лиц с шизоидной АХ отмечается обособленно-созерцательная личностная позиция и склонность к раздумьям превагирует над активностью. Выраженные АХ шизоидного типа встречались достоверно чаще у курящих по сравнению с некурящими. Повышенные показатели шкалы гипомании чаще встречаются у людей, склонных к риску, общительных, но часто меняющих свои вкусы и привязанности; а при АХ по шкале социальной интроверсии, напротив, человек склонен к замкнутости [3, 4].

При раннем начале (до 13 лет включительно) ТК у больных ТБ чаще определялись акцентуации характера по шкалам: Pt (70%), Sc (48%), Pd (64%), Ma (57%), т. е. типами повышенного риска начала ТК являются тревожно-мнительный (Pt, Ma), шизоидный типы личности, склонные к социальной дезадаптации и аффективному поведению (Pd).



* — различия достоверны между группами курящих и некурящих

Рис. 2. Частота акцентуаций характера в группах курящих и некурящих больных ТБ

Таблица 3

Показатели статуса курения при различных типах акцентуаций характера больных ТБ, %

| Тип акцентуации характера | Высокая степень НЗ | Высокая степень выраженности синдрома отмены |
|-----------------------------------|--------------------|--|
| Hs (ипохондрии) | 60,0* | 34,0* |
| D (депрессии) | 78,8* | 30,4* |
| Hу (истерии) | 27,0* | 60,5* |
| Pd (психопатии) | 45,7* | 37,4* |
| Mf (мужественности–женственности) | 20,5 | 30,4 |
| Pa (паранойальности) | 20,6 | 27,4 |
| Pt (психастении) | 60,4* | 37,2* |
| Sc (шизоидности) | 37,4* | 27,4* |
| Ma (гипомании) | 28,0 | 25,5 |
| Si (социальной интроверсии) | 30,4* | 28,6* |

* Различия достоверны между группами курящих и некурящих.

Имелась корреляционная взаимосвязь между значениями шкал МЛО «Адаптивность», определяющими АХ, и числом выкуриваемых в день сигарет ($r=0,296$ для Hs; $r=0,146$ для D; $r=0,287$ для Pd; $r=0,219$ для Pt; $r=0,303$ для Sc; $r=0,219$ для Si; $p<0,05$); степенью никотиновой зависимости (НЗ) ($r=0,370$ для Pd; $r=0,398$ для Sc; $r=0,296$ для Hу).

У больных ТБ с АХ (кроме АХ по шкалам паранойальности, мужественности–женственности и гипомании) в несколько раз чаще определялась высокая степень НЗ (табл. 3).

Выраженность синдрома отмены измерялась по трем категориям: сильно выражен, практически не выражен и средняя степень выраженности. Сильная выраженность синдрома отмены (непреодолимое желание курить, раздражительность, снижение концентрации внимания и др.) отмечалась при АХ в 60,5% случаев при повышенных значениях шкалы истерии (Hу), в 37,4% — шкалы психопатии (Pd), в 37,2% — психастении (Pt). При отсутствии АХ выраженный синдром отмены определялся в 10% случаев (различия достоверны по сравнению с группами с АХ, $p<0,05$).

Эффективность воздержания от ТК в течение 6 мес. и более была достоверно ниже у больных с АХ, кроме лиц с АХ по шкалам паранойальности, мужественности–женственности и гипомании.

Таким образом, проведенное исследование показало, что частота встречаемости акцентуаций характера у курящих больных ТБ была достоверно выше, чем

среди некурящих: отмечено увеличение АХ по шкалам ипохондрии, депрессии, психопатии, психастении, шизоидности и социальной интроверсии.

Наиболее частыми типами АХ среди курящих больных ТБ были депрессивный, психопатичный, шизоидный и психастеничный типы, для которых характерны постоянная тревожность, заниженная самооценка, неуверенность в себе, ослабление волевого контроля, обладание низкой толерантностью к психическим и физическим нагрузкам. Акцентуации характера обуславливали как раннее начало табакокурения (для лиц с тревожно-мнительным, шизоидным типами личности, склонным к социальной дезадаптации и аффективному поведению), так и большее число выкуриваемых в день сигарет, высокую степень никотиновой зависимости.

Выполненное исследование показывает важность проведения коррекционных мероприятий при наличии акцентуаций характера для успешного отказа от потребления табака. Так, было показано, что использование методов психологической коррекции приводит к нормализации показателей психосоциального фона [8], является эффективным средством восстановления и укрепления профессионального здоровья и вызывает целостные позитивные изменения на физиологическом, психологическом и социальном уровнях регуляции [9], а также позволяет повысить качество жизни путем снижения уровней тревоги и депрессии, повышения стрессоустойчивости [10, 11]. Кроме того, проведение когнитивно-по-

веденческой терапии при отказе от ТК способствует успешности отказа и длительности воздержания от потребления табака [12].

Выводы

1. У курящих больных туберкулезом достоверно чаще определялись акцентуации характера по астеноневротическому (Hs), депрессивному (D) и психопатическому (Pd), психоастеническому (Pt), шизоидному (Sc), гипертимному (Ma) типам и по шкале социальной интраверсии (Si) по сравнению с некурящими.
2. Раннее начало (до 13 лет включительно) табакокурения было характерно для больных с тревожно-мнительным, шизоидным типами личности, склонных к социальной дезадаптации и аффективному поведению (акцентуации по шкалам

психоастении, психопатии, шизоидности и гипомании).

3. Больные туберкулезом легких при наличии акцентуаций личности (шкалы ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психоастении, шизоидности, социальной интроверсии) имели более высокую степень никотиновой зависимости по сравнению с неакцентуированными больными, у них чаще определялась высокая степень никотиновой зависимости. Ассоциированными с прогрессированием табакокурения являются акцентуации по шкалам ипохондрии, депрессии, психоастении, психопатии, шизоидности и социальной интроверсии; с прогрессированием табачной зависимости — акцентуации по шкалам истерии, психопатии, шизоидности.

Выраженность синдрома отмены была выше при наличии акцентуаций характера.

Список литературы

1. Суховская О.А. Помощь при отказе от курения // Доктор. ру. — 2010. — № 6(57). — С. 41–44.
2. Суховская О.А., Лаврова О.В., Шаповалова Е.А., Петрова М.А., Колпинская Н.Д., Куликов В.Д. Социальные аспекты табакокурения женщин // Журнал акушерства и женских болезней. — 2011. — Т. 60, вып. 2. — С. 115–119.
3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / ред. и сост. Д.Я. Райгородский — Самара: БАХРАХ-М, 2006. — С. 549–672.
4. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22. — № 116. — С. 16–24.
5. Вепренцова С.Ю. Анализ эффективности использования программы «Ровесник — Ровеснику» как метода первичной профилактики употребления психоактивных веществ подростками // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация: материалы Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием, 22–23 апреля 2011 г. — М.: МГППУ, 2011. — С. 91–96.
6. Дмитриева Н.В., Дубровина О.В. Аддиктивная идентичность виртуально зависимой личности. — Ишим: Изд-во ИГПИ им. П.П. Ершова, 2010. — 200 с.
7. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ): практич. руководство к традиционному и компьютерному вариантам теста. — М.: Боргес, 2009. — 256 с.
8. Матвиенко В.В., Цоллер К.А., Бучнов А.Д. Коррекция нарушений психоэмоционального состояния студентов медицинского колледжа с низким уровнем нервно-психической устойчивости. // Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. — 2014. — № 4. — С. 6–10.
9. Булка А.П., Костюк Г.П., Лобачев А.В., Булка К.А. Технологии биологической обратной связи в диагностике и коррекции нервно-психической дезадаптации курсан-

- тов военных образовательных учреждений // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2010. — № 2(30). — С. 126–129.
10. Laperriere A., Ironson G.H., Antoni M.H., Pomm H., Jones D., Ishii M., Lydston D., Lawrence P., Grossman A., Brondolo E., Cassells A., Tobin J.N., Schneiderman N., Weiss S.M. Decreased depression up to one year following CBSM + intervention in depressed women with AIDS: the smart/EST women's project // J. Health Psychol. — 2005. — V. 10, N 2. — P. 223–231.
11. Antoni M.H., Lutgendorf S.K., Blomberg B., Carver C.S., Lechner S., Diaz J., Stagl J., Arevalo J.M., Cole S.W. Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics // Biol. Psychiatry. — 2012. — V. 71, N 4. — P. 366–372.
12. Суховская О.А., Иванова С.С., Смирнова М.А. Когнитивно-поведенческая терапия в практике телефонного консультирования в отказе от табакокурения // Тюменский мед. журнал. — 2012. — № 4. — С. 13–15.

Bibliography

1. Sukhovskaya O.A. Pomoshh' pri otkaze ot kurenija // Doktor. ru. — 2010. — № 6(57). — S. 41–44.
2. Sukhovskaya O.A., Lavrova O.V., Shapovalova E.A., Petrova M.A., Kolpinskaja N.D., Kulikov V.D. Social'nye aspekty tabakokurenija zhenshhin // Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej. — 2011. — T. 60, vyp. 2. — S. 115–119.
3. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy: ucheb. Posobie / red. i sost. D.Ja. Rajgorodskij — Samara: BAN-RAH-M, 2006. — S. 549–672.
4. Maklakov A.G. Lichnostnyj adaptacionnyj potencial: ego mobilizacija i prognozirovanie v jekstremal'nyh uslovijah // Psihologicheskij zhurnal. — 2001. — T. 22. — № 116. — S. 16–24.
5. Veprencova S.Ju. Analiz jeffektivnosti ispol'zovanija programmy «Rovesnik — Rovesniku» kak metoda pervichnoj profilaktiki upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv podrost-

- kami // Addiktivnoe povedenie: profilaktika i rehabilitacija: materialy Vseros. nauch.-praktich.konf. s mezhdunar. uchastiem, 22–23 aprelja 2011 g. — M.: MGPPU, 2011. — S. 91–96.
6. *Dmitrieva N.V., Dubrovina O.V.* Addiktivnaja identichnost' virtual'no zavisimoj lichnosti. — Ishim: Izd-vo IGPI im. P.P. Ershova, 2010. — 200 s.
 7. *Sobchik L.N.* Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti (SMIL): praktich. rukovodstvo k tradicijnomu i komp'yuternomu variantam testa. — M.: Borges, 2009. — 256 s.
 8. *Matvienko V.V., Coller K.A., Buchnov A.D.* Korrekcija narushenij psihohemocional'nogo sostojanija studentov medicinskogo kolledzha s nizkim urovnem nervno-psihicheskoj ustojchivosti. // Fizioterapija. Bal'neologija. Rehabilitacija. — 2014. — N 4. — S. 6–10.
 9. *Bulka A.P., Kostjuk G.P., Lobachev A.V., Bulka K.A.* Tehnologii biologicheskoj obratnoj svyazi v diagnostike i korrekcii nervno-psihicheskoj dezadaptacii kursantov voennyh obrazovatel'nyh uchrezhdenij // Vestn. Ros. Voen.-med. akad. — 2010. — № 2(30). — S. 126–129.
 10. *Laperriere A., Ironson G.H., Antoni M.H., Pomm H., Jones D., Ishii M., Lydston D., Lawrence P., Grossman A., Brondolo E., Cassells A., Tobin J.N., Schneiderman N., Weiss S.M.* Decreased depression up to one year following CBSM + intervention in depressed women with AIDS: the smart/EST women's project // J. Health Psychol. — 2005. — V. 10, N 2. — P. 223–231.
 11. *Antoni M.H., Lutgendorf S.K., Blomberg B., Carver C.S., Lechner S., Diaz A., Stagl J., Arevalo J.M., Cole S.W.* Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics // Biol. Psychiatry. — 2012. — V. 71, N 4. — P. 366–372.
 12. *Suhovskaja O.A., Ivanova S.S., Smirnova M.A.* Kognitivno-povedencheskaja terapija v praktike telefonnogo konsul'tirovanija v otkaze ot tabakokurenija // Tjumenskij med. zhurnal. — 2012. — № 4. — S. 13–15.



Левифлорипин®

Оригинальная комбинация –
универсальное решение



Новый комбинированный противотуберкулезный препарат —
гарантия успеха в лечении лекарственно-устойчивых форм туберкулеза

Химико-фармацевтический комбинат «АКРИХИН»
142450, Московская область, Ногинский район, г. Старая Купавна, ул. Кирова, 29
Тел.: (495) 702-95-06. Факс: (495) 702-95-03
www.akrihin.ru

