

УДК 616.24-002.5:316.4

ББК Р542-18

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗАБОЛЕВАНИЮ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

С.А. Петунова

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Введение

Вопросы интеграции в практику современной клинической медицины психологических знаний о природе здоровья и болезни относятся к разряду наиболее актуальных [7], поскольку они помогают в необходимых случаях учитывать психосоматические механизмы развития и течения заболевания [4], получать углублённые представления об адаптационных возможностях пациента [13, 17], степени его активности в лечении [8], в том числе при таком социально опасном заболевании, как туберкулёз [9, 18].

Общеизвестно, что отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо. Однако психологический анализ показывает, что отношение конкретного человека, оставаясь уникальным, может быть описано через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам отношений, то есть через выявление сходства с уникальными по своей природе отношениями других людей [10].

Под типом отношения к болезни подразумевается совокупность представлений пациента о своем заболевании, его ощущений и переживаний в связи с болезнью, а также эмоциональных реакций. По мнению В.Д. Менделевича, тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни». Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно разделить на социально-конституциональные и индивидуально-психологические. Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека, под индивидуально-психологическими – свойства темперамента, особенности характера и качества личности [6]. Субъективное

отношение к заболеванию называется также «внутренней картиной болезни» [5], концепцией болезни, нозогнозией.

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) впервые ввел А.Р. Лурия, продолживший развитие идей А. Гольдшейдера об «аутопластической картине заболевания». По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.) «внутренняя картина болезни» является наиболее общим и интегративным [3]. Под «внутренней картиной болезни» Лурия предлагал понимать «всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самопереживание, его представление о своей болезни, о её причинах... – весь тот огромный мир больного, который складывается с довольно сложных составляющих восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [5, 14].

Настоящая внутренняя картина болезни не всегда совпадает с жалобами больных и, конечно, часто не соответствует данным объективного обследования. Сегодня внутренняя картина болезни понимается как система психической адаптации, которая имеет в своей основе механизмы психологической защиты и копинг-поведения, которые формируются в защитных целях для снижения эмоциональной напряженности и преодоления трудностей, вызванных заболеванием [14].

Первоначальное представление о структуре ВКБ, включающей два уровня (сенситивный и интеллектуальный), в дальнейшем было дифференцировано путем выделения четырех уровней: 1) чувственный – комплекс болезненных ощущений; 2) эмоциональный – переживание заболевания и его последствий; 3) интеллектуальный – знание о болезни и ее реальная оценка; 4) мотивационный – выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление [3].

Выделяются различные обстоятельства, которые, несомненно, принимают участие в формировании ВКБ: объективные условия жизни больного (социальные условия, объективная тяжесть заболевания, объективный прогноз, степень витальной угрозы), субъективные факторы (направленность больного, уровень общей активности, особенности самосознания, весь комплекс преморбидных особенностей личности), ситуационные факторы, в особенности связанные с лечением (тяжесть и длительность ле-

чебных процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала и т.п.) [15].

Субъективная оценка своего состояния и характера болезненных симптомов редко бывает адекватной, так ряд серьезных соматических заболеваний длительное время протекают бессимптомно, а при сильных аффективных реакциях возможно большее количество жалоб без объективной патологии [1].

Многочисленные клинические наблюдения показывают, что на начальных этапах заболевания, когда симптомы еще незначительны, реакция на болезнь может проявляться ее отрицанием либо преуменьшением значимости последствий и возможных осложнений, что подтверждается психодиагностическими исследованиями. Противоположная картина наблюдается при заболеваниях с ярко очерченной клинической картиной, хроническим течением, наличием болевых ощущений либо иных телесных или душевных страданий, при которых с наибольшей частотой проявляют себя дезадаптивные типы отношения к болезни [16].

Сравнительный анализ реакций на болезнь у детей с выражением туберкулиновых проб и разными формами активного туберкулеза легких показал, что в раннем периоде инфицирования туберкулезом у детей 10–14 лет в 50% имеют место преимущественно адаптивные типы отношения к данному состоянию, в структуре которых анозогностический тип отношения к болезни составлял 15,6%, а у заболевших туберкулезом легких частота встречаемости адаптивных типов отношения к болезни (ТОБ), включая анозогностический, снижалась в 3–5 раз. Установлена высокая значимость диагноза как психотравмирующего и стигматизирующего фактора. При положительной динамике в процессе лечения анозогнозия снова выступала на первое место, защитными механизмами становились отрицание перенесенного заболевания, отстранение от прошлого и гиперсоциальное поведение. Таким образом, не форма туберкулезного процесса имеет решающее значение в формировании внутренней картины болезни и ТОБ, а тяжесть заболевания, длительность лечения [12].

Исследователями также подчеркивается весомый вклад не только личностных, но и микросоциальных факторов в формирование отношения больных туберкулезом к своему заболеванию [18, 22]. При туберкулезе легких отмечены высокий уровень социальной тревожности и низкий уровень качества жизни, страх социальной изоляции, что имеет гендерные особенности [20]. Уровень самооценки больных туберкулезом тесно связан с особенностями

восприятия ими отношения других людей [19]. Очень большую роль играет стигматизация больных туберкулезом со стороны своего социального окружения [21]. Все это напрямую отражается на приверженности лечению [22-24] – ведь вопрос несоблюдения пациентами предписаний врача, «срывов» лечения способствует формированию устойчивых форм заболевания и рецидивов.

Цель работы – определение типов отношения к болезни, обладающих у больных туберкулезом легких и психосоциальных переменных, обуславливающих отношение к болезни этих пациентов. К числу изучаемых переменных отнесены длительность заболевания, пол, трудовая занятость, образование, наличие семьи, информированность о болезни, взаимоотношения с окружающими, наличие вредных привычек.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Республиканского противотуберкулезного диспансера Минздрава Чувашии в г.Чебоксары. Выборку исследования составили пациенты стационара и амбулаторного отделения в количестве 60 чел. с диагнозом туберкулез легких, в том числе 55 человек (91,6%) с закрытой формой (отсутствии бацилловыделения); 5 человек (8,4%) имеют открытую форму данной патологии (бацилловыделение). Из них 40 мужчин и 20 женщин, возраст от 20 до 79 лет. Возрастная группа от 25 до 44 лет является доминирующей – 21 человек (35%). У 57 человек (94,4%) диагноз установлен впервые и у 3 человек (5,6%) – повторно. Диагноз поставлен менее 2 месяцев у 25 человек (41,7%), от 2 до 6 месяцев – 19 человек (31,7%), от 6 месяцев до 1 года – 13 человек (21,6%), 3 человека (5%) находятся на лечении более года. Результаты исследования профессионального состава больных показали, что большинство пациентов – это рабочие – 33 человека (55,6%); служащие – 5 (8,3%); занятые в сельском хозяйстве – 2 (2,7%); учащиеся – 2 (2,7%); пенсионеры – 3 (5,6%); безработные – 15 (25,1%).

В работе использовались клиническое интервью и психодиагностические методики:

1) анкета Е.М. Богородской с соавт. (2006) для определения у пациентов социально-демографических показателей, социальных факторов риска, информированности о заболевании, приверженности лечению, отношения к болезни и социуму [11];

2) методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) [10].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы «Microsoft Excel». Для обработки результатов исследования и выявления взаимосвязей данные были подвергнуты корреляционному анализу. Подсчитывался коэффициент корреляции Пирсона. Результаты корреляционного анализа учитывали наличие значимой статистической связи на уровне $p = 0,05$ при значении коэффициента корреляции не меньше критического значения 0,25.

Результаты исследования и их обсуждение

Субъективная оценка комплекса болезненных ощущений исследуемых (чувственный уровень ВКБ) проводилась посредством клинического интервью и анкетирования. Результаты указывают на то, что большинство пациентов (78,3%) считают, что у них нет тяжелых клинических проявлений болезни, в особенности это характерно для исследуемых с впервые выявленным туберкулезом легких в первый месяц болезни и более трех месяцев госпитализации. Субъективно это создает восприятие себя как здорового. К числу симптомов болезни большинство опрошенных отнесли: слабость, сонливость (66,7%), потоотделение (75%), боли в области спины (28,3%), проблемы с ЖКТ (63,3%). Наибольшее количество симптомов отмечают пациенты в начальный период приема лекарств.

Эмоциональный уровень ВКБ определялся особенностями реагирования пациентов на заболевание и его последствия. На вопрос «Как Вы отнеслись к тому, что у Вас обнаружили туберкулез?» 25% опрошенных ответили, что впали в панику, 22,2% закрылись и ушли в себя, но большинство – 52,8% спокойно отнеслись к диагнозу. Общий фон настроения у большинства пациентов хороший и оптимистичный – 83,3%, 16,7% отмечают у себя перепады настроения. 94,4% верит в положительный исход лечения, 5,6% не могут однозначно ответить на этот вопрос, при этом 5,6% не хотят продолжать лечение. Наличие страхов и тревоги отмечено у 35% исследуемых. Переживания связаны с неопределенностью их профессионального будущего, беспокойством за здоровье родных.

Надо отметить, что в ходе исследования группа пациентов (12 человек), в основном женщины, отказалась от участия в анкетировании и диагностике. Результаты наблюдения и беседы с медицинским персоналом указывают на наличие у данных пациентов депрессивных, апатичных и гневных эмоциональных реакций, что явилось показанием для консультации психотерапевта.

При оценке когнитивного уровня ВКБ нами учитывались представления пациентов о сроках лечения, собственных возможностях в борьбе с болезнью, особенностях формирования информационной среды. «Сколько времени Вам нужно, чтобы вылечиться?» – отвечая на данный вопрос, 22,2% считают, что полгода, 19,4% – один год, 11,1% – указывают три-четыре месяца, что говорит об их адекватной оценке своего состояния, характера болезни и лечения. О недостаточной информированности может свидетельствовать такой ответ на данный вопрос, как «не знаю» – 47,2% [8].

Исследование особенностей формирования информационной среды больных туберкулезом показало, что большинство опрошенных стремятся расширить свои знания о болезни – 83,4% , а у 8,6% нет данной потребности. В качестве основного источника информации для основной массы пациентов являются лечащие врачи и медперсонал больницы – 35,8%, а для 30,6% – стенгазеты в поликлинике. Интернет как источник информации является вторым по популярности для 23,2%. Кроме вышеуказанных были также отмечены: научно-популярная литература, периодическая печать, другие больные и родственники. Причем в результате общения с другими больными туберкулезом у 72,2% появилось желание и уверенность в исходе лечения, у 19,4% желание лечиться не изменилось, а 5,6% утверждают, что в результате обмена информацией с другими пациентами желание лечиться пропало и они стали принимать не все препараты. По мнению самих пациентов, они склонны больше доверять мнению квалифицированных специалистов, дополняя информацию посредством Интернета. Отсутствие информации мотивирует больных к самостоятельному ее поиску, источник которой может быть не всегда достоверным и надежным. Кроме того, большинство опрошенных – 83,4% считают, что инициатива должна исходить от медицинского персонала, так как есть проблемы, связанные с болезнью, о которых пациенты даже не догадываются либо которые отрицаются ими в силу действия защитных механизмов. Так на вопрос: «Вы знаете, какой болезнью легких болеете?» – 66,7% ответили: «Туберкулезом», а 33,3% ответили, что не знают. Причем во всех случаях у больных диагноз установлен. Некоторая неопределенность была выявлена при ответе на вопрос: «Можно ли от Вас заразиться этой болезнью?» – 8,3% считают, что да; 22,2% – считают, что нет; 69,5% – не знают [5].

Мотивационно-поведенческий компонент ВКБ подразумевает изменение образа жизни и актуализацию деятельности, направ-

ленной на выздоровление, готовности придерживаться лечебных предписаний. Если факт наличия вредных привычек является косвенной причиной возникновения заболевания туберкулезом, то употребление алкоголя и никотина во время лечения не только снижает его эффективность, но и усугубляет состояние больного. Среди опрошенных больных 63,9% курящих, из них употребляют алкоголь каждую неделю (несмотря на болезнь) – 5,6%, употребляют по большим праздникам – 83,3%, не употребляют – 8,3% . Причем, несмотря на заболевание, не отказались от вредных привычек 50%. Нежелание больных отказаться от пагубных привычек в определенной степени свидетельствует о нарушении предписаний врача, нежелании менять свой образ жизни, помогая процессу выздоровления. Отвечая на вопрос: «Кто должен Вам помочь вылечиться?» – 44,4% считают, что врачи и медперсонал, 50% – убеждены, что исход лечения зависит только от них самих; 5,6% – надеются на помощь родственников и друзей. В качестве места лечения опрошенные указывают такие варианты, как «больница» – 30,6%; «жить дома, но каждый день приходиться за таблетками» предпочитают 58,2%; «хочу, чтобы таблетки привозили домой» – так считают 5,6% , и для 5,6% – «не имеет значения».

Использование в работе данных опросника ТОБОЛ позволит углубить результаты исследования ВКБ пациентов с туберкулезом легких. Исходя из полученных результатов, преобладающие ТОБ были сгруппированы в три блока. Первый блок состоит из 30 человек (50%) и включает эргопатический (22 человека – 36,7%), анозогностический (6 человек – 10%) и гармоничный (2 человека – 3,3%) типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок (4 человека – 6,7%) включает тревожный (3 человека – 5%) и ипохондрический (1 человек – 1,7%) ТОБ, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения отсутствуют в данной выборке. В третий блок (12 человек – 20%) вошли сенситивный (11 человек – 18,3%), эгоцентрический (1 человек – 1,7%) ТОБ, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Дисфорический и паранойяльный типы отношения у данных испытуемых не выражены. Смешанные типы отношения к болезни: эргопатиче-

ский-анозогнозический – 6 человек (10%), эргопатический-сенситивный – 5 человек (8,3%), меланхолический-сенситивный – 1 человек (1,7%), апатический-паранойальный – 1 человек (1,7%), эргопатический-тревожный – 1 человек (1,6%).

Преобладание эргопатического типа у больных характеризуется стремлением продолжать работу, сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. В данной группе нет ни одного пациента со статусом безработного. Средний возраст до 35 лет. Результаты оценки изменений материального положения больными показали, что 59,1% считают, что их материальное положение ухудшилось, 40,9% – полагают, что оно существенно не изменилось. По мнению больных, их тревожит неопределенность дальнейшей профессиональной карьеры, так как наличие туберкулеза в диагнозе может стать причиной утраты трудоспособности или невозможности работы по своей специальности. Беспокойство за свою дальнейшую судьбу, наличие материальных проблем негативно сказываются на их эмоциональном состоянии, заставляют их скрывать болезнь от сослуживцев, знакомых. У 40,9% опрошенных никто из знакомых (кроме родственников) не знает о заболевании, а 9,1% вообще никому не рассказали о диагнозе.

При интерпретации типа реагирования на болезнь учитывались содержательные характеристики «зачетных» утверждений по темам опросника. Анализ ответов исследуемых эргопатического ТОБ показал, что они стараются «скрыть плохое самочувствие от окружающих», «не позволяют себе из-за болезни предаваться унынию и грусти». В отношении лечения проявляют готовность «на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни», при этом возлагают надежды на медицинский персонал. В общении с окружающими «стараются не говорить о болезни», «родным и близким не показывать виду, что больны, чтобы не омрачать им настроения», убеждены, что «несмотря на болезнь, надо продолжить работу (учебу)».

Результаты корреляционного анализа указывают наличие статистически значимой связи между эргопатическим ТОБ и сроком заболевания менее 2 месяцев ($r = 0,437$ при $p < 0,05$), семейным положением ($r = 0,242$ при $p < 0,05$), а также обратной корреляции со статусом безработного ($r = -0,512$ при $p < 0,05$).

Для пациентов со смешанным эргопатическим-анозогнозическим ТОБ характерно желание прервать лечение, мотивируя это, с

одной стороны, необходимостью зарабатывать деньги, а с другой – отсутствием субъективных жалоб на самочувствие в целом. Считают, что их «самочувствие вполне удовлетворительно», «опасность моей болезни врачи преувеличивают» и «ни в каком лечении не нуждаются», а состояние их здоровья «не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу», с окружающими «стараясь не говорить о своей болезни», и в целом их здоровье «пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее».

Несмотря на то, что анозогнозический тип отношения к болезни относится к группе адаптивных, многочисленные клинические наблюдения показывают, что он оправдан на начальных этапах заболевания как реакция отрицания, преуменьшения значимости возможных последствий болезни. Пациенты с данным ТОБ в ходе интервью указывают на отсутствие у них каких-либо клинических симптомов болезни, имея в анамнезе отрицательные результаты бактериального посева, сомневаются в точности диагноза, необходимости приема препаратов и стационарного лечения. Группу риска составляют безработные пациенты, так как, по оценкам врачей, именно безработные больные чаще нарушают больничный режим и имеют перерывы в приеме лекарств. Отсутствие необходимости в листе нетрудоспособности, а также тяжелых клинических проявлений болезни (в особенности на начальных этапах) субъективно создает восприятие себя как здорового и, как следствие, приводит к срывам в лечении. Кроме того, в ходе оценки мотивационно-поведенческого аспекта ВКБ именно данная категория больных имеет вредные привычки и, несмотря на диагноз, не желает от них отказываться. 5 исследуемых в данной категории пациентов находились в местах лишения свободы. Своё самочувствие считают «вполне удовлетворительным», стараются «не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью», равнодушны к процессу лечения и работе, а здоровье «не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется», не считают, что болезнь «может существенно отразиться на моем будущем».

Анозогнозический ТОБ имеет положительную корреляцию со статусом безработного ($r = 0,528$ при $p < 0,05$), отсутствием желания отказываться от вредных привычек ($r = 0,265$ при $p < 0,05$), стажем заболевания более 6 месяцев ($r = 0,465$ при $p < 0,05$), средним образованием ($r = 0,287$ при $p < 0,05$).

У больных с сенситивным типом отношения к болезни на первый план в структуре болезни выступает эмоциональный уровень.

Они отмечают колебания в настроении, опасаясь неблагоприятного отношения со стороны знакомых, скрывают диагноз, вынуждены перестраивать свои отношения с окружающими, по их мнению, «здоровые люди не способны понять больных, так как не переживали того, что переживают больные» – 45,5%. 36,36% чувствуют отличия между собой и окружающими, так как «приходится ограничивать свое общение с окружающими». Результаты оценки отношений с родными, наоборот, показали, что «семья стала более внимательно ко мне относиться, проявляя заботу и поддержку» – 54,54%. Первичная реакция на болезнь «закрылись и ушли в себя». «Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим», малейшие неприятности, связанные с болезнью, их сильно огорчают, их «пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением», негативный эмоциональный фон сказывается на взаимоотношениях с окружающими, они «стесняются своей болезни даже перед близкими», стараются, «чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни», а окружающие ее не замечали.

Среди впервые выявленных больных присутствует положительная корреляция с сензитивным ТОБ ($r = 0,412$ при $p < 0,05$). Данный ТОБ также коррелирует с наличием у пациентов семьи ($r = 0,510$ при $p < 0,05$), чувства отличия между собой и окружающими ($r = 0,586$ при $p < 0,05$), переменчивости настроения ($r = 0,312$ при $p < 0,05$).

В подгруппе исследуемых с эргопатическим-сензитивным ТОБ (все мужчины, рабочих специальностей) в ходе интервью и опроса были выявлены признаки так называемой социальной фобии, они стесняются говорить о своем заболевании, проявляют опасения за здоровье близких, испытывают чувство вины, считают, что «близкие и друзья стали избегать общения с ними», самочувствие зависит от того, как относятся к ним окружающие, «настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем». Больше всего в болезни угнетает то, что «люди стали сторониться». Переживают, что из-за болезни их «близких ждут трудности и невзгоды», поэтому считают, «что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)», стесняясь болезни, стараются отдалиться от людей, а в одиночестве скучают по людям. «Уход от болезни в работу» является для них возможностью поддержания связи с социумом, желанием отвлечься от мыслей о болезни, компенсировать причиненный вред родным, сохраняя материальную независимость.

Тот факт, что тревожный тип отношения к болезни присутствует лишь у 5% исследуемых (причем все из них это женщины с высшим образованием), в определенной степени определяет реакцию пациентов на диагноз – «впали в панику». По ответам исследуемых, «плохое самочувствие появляется от ожидания неприятностей», «беспокойства за близких, неуверенности в будущем». В отношении болезни и лечения испытывают постоянное беспокойство, думают «о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью», ищут «новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываются», «новые лекарства, процедуры и операции вызывают бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных», считают, что из-за их болезни «близких ждут трудности и невзгоды». У женщин вызывает беспокойство за здоровье детей, чувство вины, что им придется принимать лекарства, которые могут нанести вред их здоровью. Тревога становится источником конфликтов с окружающими, исследуемые признаются, что «бывают нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалеют об этом», им кажется, что окружающие их сторонятся и не могут понять их страданий. Из беседы с медицинским персоналом установлено, что данная категория пациентов чаще остальных вступает в конфликты, часто ведут себя раздражительно. В структуре ВКБ особое место занимает когнитивный компонент: постоянный поиск дополнительной информации о болезни, ее дальнейших последствиях и возможностях лечения. Часто общаются с другими пациентами, причем сами же отмечают, что в результате таких бесед «желание лечиться пропало».

Эгоцентрический и ипохондрический ТОБ отмечены лишь у двух исследуемых. Интересен тот факт, что у данных пациентов диагноз установлен повторно, в анамнезе имеют открытую форму данной патологии (БК+), были перерывы в лечении. Ярко выражен сенситивный и эмоциональный уровни – отмечают большое количество жалоб на свое самочувствие, подавленность, пессимизм. Вместе с тем не проявляют интереса к дополнительной информации о возможностях лечения, сомневаются в возможности вылечиться, надеются исключительно на врачей и в идеале хотели, чтобы лекарства им привозили на дом.

Заключение

Анализ результатов исследования особенностей ВКБ у пациентов с туберкулезом легочной локализации указывает на то, что

восприятие своего заболевания пациентами данной группы определяется отсутствием острых клинических симптомов, что значительно снижает адекватность оценки серьезности и опасности заболевания. Необходимость длительного приема лекарственных препаратов и нахождения в стационаре является фактом, дестабилизирующим эмоциональную составляющую отношения к болезни, а при отсутствии патологических симптомов заставляет сомневаться в диагнозе и необходимости лечения, что делает неадекватной оценку болезни. Оценка когнитивного аспекта отношения к болезни указывает на недостаточную осведомленность пациентов о характере заболевания, собственных возможностях борьбы с болезнью, но при этом на выраженную направленность на поиск дополнительной информации. Уровень комплаентности исследуемых высокий, 100% принимают все лекарственные препараты, но при этом личностная мотивационная направленность недостаточно выражена, что находит подтверждение в нежелании отказываться от вредных привычек, непонимании всей степени важности того, что беспрекословное соблюдение всех лечебных предписаний, ответственный прием медицинских препаратов являются залогом успешного лечения туберкулеза.

В целом результаты оценки данной выборки исследования указывают на присутствие у большинства исследуемых адаптивных ТОБ – эргопатического и анозогнозического. Но имеются некоторые искажения в оценке характера заболевания и его прогнозов вследствие недостаточной информированности. Данный тип присутствует у пациентов в первые два месяца постановки диагноза. Эргопатический ТОБ обусловлен, с одной стороны, снижением материального благополучия пациентов, страхом потерять работу, отрицанием факта болезни, а с другой стороны, в случае сочетания данного типа с сенситивным ТОБ, возможностью сохранить связи с социумом, желанием отвлечься от мыслей о болезни, компенсировать причиненный вред родным, сохраняя материальную независимость.

Стойкая приверженность к анозогнозическому ТОБ у пациентов с туберкулезом легких взаимосвязана с наличием таких факторов, как отсутствие работы, наличие вредных привычек и судимости.

Для пациентов с сенситивным ТОБ участие семьи и близких является основным, а в ряде случаев единственным источником эмоциональной, психологической и моральной поддержки. Данный фактор особенно актуален для формирования устойчивой привер-

женности лечению, так как большинство пациентов указывают на наличие вынужденной социальной изолированности, негативное отношение окружающих к их диагнозу, что вызывает отрицательные эмоции. Тревожный ТОО наиболее характерен для женщин с высшим образованием. Доминирующими мотивами являются поиск дополнительной информации о болезни и тревога за близких.

Ученые свидетельствуют, что более полные представления врача о психосоциальных особенностях отношения больного к своему заболеванию помогают в формировании психотерапевтических мишеней в системе комплексной терапии соматического заболевания [2]. Результаты данного исследования также позволяют сформулировать рекомендации для психологов, врачей-фтизиатров и медицинских сестер, работающих с пациентами в противотуберкулезных диспансерах:

- для повышения эффективности лечебно-диагностического процесса учитывать в работе социально-демографические характеристики пациентов с туберкулезом (уровень образования, наличие работы, семьи, вредных привычек, судимости);

- в ходе клинических бесед с пациентами определять уровень знаний пациентов о заболевании и особенностях течения туберкулезного процесса с целью последующей информационной поддержки на доступном для их понимания уровне; использовать методы информационно-образовательного воздействия на пациентов (организация встреч со специалистами, печать брошюр и т.п.);

- у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких проводить тестирование с помощью методики ТООЛ, а результаты исследования вносить в карту больного (маркировать); с пациентами сенситивного и тревожного ТОО особое внимание в процессе психотерапии надо уделять внимание обучению психотехническим навыкам контроля состояния тревожности (аутотренинг, релаксация, дыхательная гимнастика), воздействуя на его когнитивный компонент, особое значение при этом имеет получение адекватной медицинской информации, что в целом должно способствовать адекватности поведенческих реакций; с пациентами, конфликтно и агрессивно настроенными, необходимо проявлять спокойствие, но при этом авторитетность позиции врача, так как данная реакция часто бывает связана с тревогой, а уверенность врача поможет справиться со скрываемым страхом;

- в ходе регулярных бесед помочь пациентам осознать, что в лечении туберкулеза огромное значение имеет фактор времени,

так как своевременно начатое лечение и строгое соблюдение приема лекарств являются залогом успеха. Медицинскому персоналу необходимо поощрять проявление ответственности и дисциплинированности, делового подхода к плану своего лечения со стороны пациентов;

- организовывать беседы с родственниками пациентов с целью информирования особенностей течения заболевания, оказывать психологическую поддержку в случае необходимости;
- поскольку лечение туберкулеза связано с длительным пребыванием в условиях стационара, оторванностью от работы, необходимо организовывать в условиях больницы различные формы досуга, возможности заняться приятной отвлекающей от тревожных мыслей деятельностью. Способствовать сохранению чувства полноценности и сохранности социальных связей, расширению круга интересов, повышать социально опосредованные ценностные ориентации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Геррус, 2000. 296 с.
2. Барановский А.Ю., Вассерман Л.И., Михайличенко Т.Г. Психосоматический контекст внутренней картины болезни и качества жизни у больных с неалкогольной жировой болезнью печени в рамках метаболического синдрома // Вестник психотерапии. 2008. № 28. С. 80–86.
3. Карпенко Л.А., Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Краткий психологический словарь. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. 505 с.
4. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
5. Лурья А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / Хрестоматия по патопсихологии. М.: Мир, 1981. С. 49–59.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс-информ, 2008. 432 с.
7. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164–170.
8. Петунова С.А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 78.
9. Петунова С.А., Ермакова И.В. Фазы развития специфических реакций больных туберкулезом легких // Теоретические и прикладные вопросы науки и образования: сб. науч. тр. по материалам междунар. науч.-практ. конф.: в 16 ч. Тамбов, 2015. С. 91–93.
10. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
11. Пьянзова Т.В. Информационная среда больных туберкулезом и ее влияние на приверженность терапии // Туберкулез и болезни лёгких. 2012. № 5. С. 33–38.

12. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Влияние раннего периода туберкулезной инфекции и активного туберкулеза на психический статус детей // Психиатрия. 2009. № 3. С. 47–51.
13. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чувашского университета. 2006. № 1. С. 281–288.
14. Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б., Бабюк И.А., Гашкова Л.А. Основы клинической психологии. Донецк: Крила, 2010. 179 с.
15. Тюнеева Е.В. Особенности адаптации к ситуации болезни пациентов с офтальмологической патологией [Электронный ресурс]. URL: <http://psychoster.ru/literatura-ro-psihiologii/otslojka-setchatki> (дата обращения: 27.04.2015).
16. Узлов Н.Д., Габдрахманова Н.Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. № 3(20). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.04.2015).
17. Abitov I.R. Model of psychological disadaptation at psychosomatic and neurotic disorders. *Review of European Studies*, 2015, vol. 7, no. 1, pp. 136–140. doi:10.5539/res.v7n1p136.
18. Bam K., Bhatt L.P., Thapa R., Dossajee H.K., Angdembe M.R. Illness perception of tuberculosis (TB) and health seeking practice among urban slum residents of Bangladesh: a qualitative study. *BMC Res. Notes*, 2014, Aug. 27, vol. 7, p. 572. doi: 10.1186/1756-0500-7-572.
19. Feng D., Xu L. The relationship between perceived discrimination and psychological distress among Chinese pulmonary tuberculosis patients: the moderating role of self-esteem. *Psychol. Health. Med.*, 2015, vol. 20(2), pp.177-185. doi: 10.1080/13548506.2014.958505.
20. Kibrisli E., Bez Y., Yilmaz A., Aslanhan H., Taylan M., Kaya H., Tanrikulu A.C., Abakay O. High social anxiety and poor quality of life in patients with pulmonary tuberculosis. *Medicine* (Baltimore), 2015, Jan., vol. 94(3), p. e413. doi:10.1097/MD.0000000000000413.
21. Paul S., Akter R., Aftab A., Khan A.M., Barua M., Islam S., Islam A., Husain A., Sarkar M. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health*, 2015, Jan. 31, vol. 15, p. 52. doi: 10.1186/s12889-015-1390-5.
22. Rondags A., Himawan A.B., Metsemakers J.F., Kristina T.N. Factors influencing non-adherence to tuberculosis treatment in Jepara, central Java, Indonesia. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*, 2014, Jul., vol. 45(4), p. 859–868.
23. Shen T.C., Wang C.Y., Lin C.L., Liao W.C., Chen C.H., Tu C.Y., Hsia T.C., Shih C.M., Hsu W.H., Chung C.J. People with tuberculosis are associated with a subsequent risk of depression. *Eur. J. Intern. Med.*, 2014, Dec., vol. 25(10), pp. 936–940. doi: 10.1016/j.ejim.2014.10.006.
24. Shiotani R., Hennink M. Socio-cultural influences on adherence to tuberculosis treatment in rural India. *Glob. Public Health*, 2014, vol. 9(10), pp. 1239–1251. doi: 10.1080/17441692.2014.953562.ru.

REFERENCES

1. Aleksander F. *Psikhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic Medicine]. Moscow, Gerrus Publ., 2000, 296 p.

2. Baranovskii A.Yu., Vasserman L.I., Mikhailichenko T.G. *Psikhosomaticheskii kontekst vnutrennei kartiny bolezni i kachestva zhizni u bol'nykh s nealkogol'noi zhirovoi boleznyu pecheni v ramkakh metabolicheskogo sindroma* [Psychosomatic context of internal picture of illness and quality of life in patients with nonalcoholic fatty liver disease as part of the metabolic syndrome]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of psychotherapy], 2008, no. 28, pp. 80–86.
3. Karpenko L.A., Petrovskii A.V., Yaroshevskii M.G. *Kratkii psikhologicheskii slovar'* [Short psychological dictionary]. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 1998, 505 p.
4. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic interrelations in cardiac pathology: Current research trends]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
5. Luriya A.R. *Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya* [Internal picture of illness and iatrogenic disease]. *Khrestomatiya po patopsikhologii* [The chrestomathy of pathopsychology]. Moscow, Mir Publ., 1981, pp. 49–59.
6. Mendelevich V.D. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Medical Psychology]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2008, 432 p.
7. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. *Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya* [Clinical and psychological discourse of health research]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2010, no. 4, pp. 164–170.
8. Petunova S.A. *Psikhologicheskie faktory kompliaentnosti bol'nykh tuberkulezom* [Psychosocially factors of tuberculosis patients compliance]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2015, no. 3, p. 78. Available at: www.science-education.ru/123-18727 (Accessed: 27 Apr. 2015).
9. Petunova S.A., Ermakova I.V. *Fazy razvitiya spetsificheskikh reaktsii bol'nykh tuberkulezom legkikh* [Phases of development of specific response in pulmonary tuberculosis patients]. *Teoreticheskie i prikladnye voprosy nauki i obrazovaniya: sb. nauch. tr. po materialam mezhdunar. nauch.-prakt. konf.: v 16 ch.* [Proc. of Int. Conf. «Theoretical and applied problems of science and education». 16 vols]. Tambov, 2015, pp. 91–93.
10. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni* [Psychological diagnostics of attitude to the disease]. St. Petersburg, 2005, 32 p.
11. P'yanzova T.V. *Informatsionnaya sreda bol'nykh tuberkulezom i ee vliyanie na priverzhennost' terapii* [Information environment of tuberculosis patients and impact on the compliance to therapy]. *Tuberkulez i bolezni legkikh* [Tuberculosis and lung disease], 2012, no. 5, pp. 33–38.
12. Sirenko I.A., Rybalka V.V. *Vliyanie rannego perioda tuberkuleznoi infektsii i aktivnogo tuberkuleza na psikhicheskii status detei* [The impact of the early period of tuberculosis infection and active tuberculosis in the mental status of children]. *Psikhiatriya* [Psychiatry], 2009, no. 3, pp. 47–51.
13. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskie mekhanizmy sovladaniya pri deza-daptatsii lichnosti: kul'tural'nyi aspekt* [Psychological mechanisms of coping with the maladjustment of the individual: culture aspect]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2006, no. 1, pp. 281–288.
14. Tabachnikov A.E., Abdryakhimova Ts.B., Babyuk I.A., Gashkova L.A. *Osnovy klinicheskoi psikhologii* [Fundamentals of Clinical Psychology]. Donetsk, 2010, 179 p.

15. Tyuneeva E.V. *Osobennosti adaptatsii k situatsii bolezni patsientov s oftal'mologicheskoi patologiei* [Features of adaptation of patients with ophthalmic disorders for the illness]. Available at: <http://psychostep.ru/literatura-po-psihologii/otslojka-setchatki> (Accessed: 27 Apr. 2015).
16. Uzlov N.D., Gabdrakhmanova N.N. *Sovladayushchee povedenie i zashchitnye mekhanizmy lichnosti u bol'nykh tuberkulezom legkikh s anozognozicheskim tipom otnosheniya k bolezni* [Coping and defense mechanisms of personality in patients with pulmonary tuberculosis with anosognostic type of attitude to the illness]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia], 2013, no. 3 (20). Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed: 27 Apr. 2015).
17. Abitov I.R. Model of psychological disadaptation at psychosomatic and neurotic disorders. *Review of European Studies*, 2015, vol. 7, no. 1, pp. 136–140. doi:10.5539/res.v7n1p136.
18. Bam K., Bhatt L.P., Thapa R., Dossajee H.K., Angdembe M.R. Illness perception of tuberculosis (TB) and health seeking practice among urban slum residents of Bangladesh: a qualitative study. *BMC Res. Notes.*, 2014, Aug. 27, vol. 7, p. 572. doi:10.1186/1756-0500-7-572.
19. Feng D., Xu L. The relationship between perceived discrimination and psychological distress among Chinese pulmonary tuberculosis patients: the moderating role of self-esteem. *Psychol. Health. Med.*, 2015, vol. 20(2), pp. 177–185. doi:10.1080/13548506.2014.958505.
20. Kibrisli E., Bez Y., Yilmaz A., Aslanhan H., Taylan M., Kaya H., Tanrikulu A.C., Abakay O. High social anxiety and poor quality of life in patients with pulmonary tuberculosis. *Medicine* (Baltimore), 2015, Jan., vol. 94(3), p. e413. doi:10.1097/MD.0000000000000413.
21. Paul S., Akter R., Aftab A., Khan A.M., Barua M., Islam S., Islam A., Husain A., Sarker M. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health.*, 2015, Jan. 31, vol. 15, p. 52. doi: 10.1186/s12889-015-1390-5.
22. Rondags A., Himawan A.B., Metsemakers J.F., Kristina T.N. Factors influencing non-adherence to tuberculosis treatment in Jepara, central Java, Indonesia. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health.*, 2014, Jul., vol. 45(4), p. 859–868.
23. Shen T.C., Wang C.Y., Lin C.L., Liao W.C., Chen C.H., Tu C.Y., Hsia T.C., Shih C.M., Hsu W.H., Chung C.J. People with tuberculosis are associated with a subsequent risk of depression. *Eur. J. Intern. Med.*, 2014, Dec., vol. 25(10), pp. 936–940. doi:10.1016/j.ejim.2014.10.006.
24. Shiotani R., Hennink M. Socio-cultural influences on adherence to tuberculosis treatment in rural India. *Glob. Public Health.*, 2014, vol. 9(10), pp. 1239–1251. doi:10.1080/17441692.2014.953562.ru.

Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 60–78.

Аннотация

Введение. Цель работы: определить типы отношения к болезни, преобладающие у больных с туберкулезом легких и обуславливающие их психосоциальные переменные.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского противотуберкулезного диспансера в г. Чебоксары. Выборку исследования составили 60 пациентов стационара и амбулаторного отделения с диагнозом туберкулез легких, в том числе 55 человек (91,6%) с закрытой формой; 5 человек (8,4%) имеют открытую форму данной патологии. Из них 40 мужчин и 20 женщин, возраст от 20 до 79 лет. В работе использовалась анкета Е.М. Богородской с соавт., методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Результаты и обсуждение. У большинства исследуемых сформированы адаптивные типы отношения к болезни – эргопатический и анозогнозический. Имеются некоторые искажения в оценке характера заболевания и его прогнозов вследствие недостаточной информированности. Эргопатический тип отношения к болезни обусловлен снижением материального благополучия, страхом потерять работу, отрицанием факта болезни. В случае его сочетания с сенситивным типом характеризуется стремлением сохранить связи с социумом, желанием отвлечься от мыслей о болезни, компенсировать причиненный вред родным, сохраняя материальную независимость. Выраженное анозогнозическое отношение к заболеванию связано с наличием таких факторов, как безработица, наличие вредных привычек и судимости. Для пациентов с сенситивным типом отношения участие семьи и близких является основным, а в ряде случаев единственным источником эмоциональной, психологической и моральной поддержки. Данный фактор актуален для формирования устойчивой приверженности лечению, так как большинство пациентов указывают на наличие вынужденной социальной изолированности, негативное отношение окружающих к их диагнозу, что вызывает отрицательные эмоции.

В заключении подведены итоги, даны рекомендации для психологов, врачей-фтизиатров и медицинских сестер, работающих с пациентами в противотуберкулезных диспансерах.

Ключевые слова: туберкулез легких, внутренняя картина болезни, типы отношения к заболеванию, психосоциальные особенности.

Информация об авторе:

Петунова Светлана Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, *petunova75@mail.ru*.

Petunova S.A. Psichosotsial'nye osobennosti otnosheniya k zabolevaniyu u bol'nykh tuberkulezom legochnoi lokalizatsii [Psychosocial characteristics of attitude toward disease in patients with pulmonary localization of tuberculosis] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 60-78.

Abstract

Introduction. The aim of the research is to determine the types of attitude to disease, which are typical of pulmonary tuberculosis patients and are a cause for their psychosocial variables.

Material and methods. The research was conducted on the base of the Republican TB Dispensary in Cheboksary. The sample group is 60 in-patients and out-patients diagnosed with pulmonary tuberculosis: 55 persons (91,6%) with latent TB and 5 persons (8,4%) with active TB. The group consists of 40 men and 20 women aged 20 to 79. The research made use of the questionnaire by E.M. Bogorodskaya et al., the technique for psychological diagnosis of the types of attitude to disease (TAD).

Results and discussion. Most subjects have formed adaptive types of attitude to their disease: ergopathic and anosognosic ones. There are some distortions in the evaluation of the nature of the disease and the prognosis for the disease due to lack of awareness. The ergopathic type of attitude to the disease is caused by a decrease in material well-being, the fear of losing the job, the denial of the disease. When combined with the sensitive type, it is characterised by the motivation to keep in contact with society, the wish to escape from the thoughts of the disease, to compensate for the damage to family by maintaining financial independence. The marked anosognosic attitude to the disease is connected with such factors as unemployment, bad habits and having conviction records. In case of the patients with the sensitive attitude, family's attention is the main, and sometimes, the only source of emotional, psychological and moral support. This factor is relevant for the formation of adherence to treatment, as most patients point out their involuntary social isolation, negative reactions of other people to their disease, and these can cause the patients' negative emotions.

The conclusion contains the results of the research, recommendations for psychologists, TB specialists and nurses working with patients in TB dispensaries.

Keywords: pulmonary tuberculosis, internal picture of the disease, attitude toward disease type, psychosocial characteristics.

Information about author:

Petunova Svetlana, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Social and Clinical Psychology, Ulianov Chuvash State University; 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, *petunova75@mail.ru*.

Поступила: 16.11.2015

Received: 16.11.2015