

ОДНООБРАЗИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Асеев Александр – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Аванесова Диана – заведующая эндокринологическим отделением ГБУЗ «ГП 201» ДЗ г. Москвы, Булдакова Екатерина – психолог ГКУЗ Тверской области, Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер, Эльгали Ахмед – врач-фтизиатр ГКУЗ Тверской области Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер
e-mail: aseev-alex@mail.ru, моб. +79106485205

Резюме

У 200 больных туберкулезом легких на фоне основного курса лечения изучали тип отношения к болезни и особенности психологической реакции на выявление заболевания с точки зрения общей концепции «тяжелобольного пациента». При исследовании типа отношения к болезни оказалось, что 40,0% больных характеризовались гармоническим типом отношения к болезни, у остальных были признаки психической дезадаптации. Выявление туберкулеза легких сопровождалось развитием у больных достаточно стабильной последовательности психологических реакций. Это шоковая реакция, реакция вытеснения (отрицания), реакция агрессии, реакция депрессии, реакция принятия факта болезни. Их длительность, степень выраженности и характер определялись преморбидными чертами личности. Задержка на стадии реакции отрицания или депрессии привела к несвоевременному обращению или отрывам от лечения у 22,5% больных. Учет индивидуальных психологических особенностей больного туберкулезом легких и научение его более адаптивным стратегиям копинг-поведения будет способствовать повышению приверженности к лечению.

Rezumat. Varietatea de reacții psihologice la depistarea tuberculozei pulmonare

La 200 pacienți cu tuberculoză pulmonară pe fondul cursului de bază al tratamentului a fost studiat tipul de atitudine față de boală și specificitatea reacției psihologice la depistarea bolii, din punct de vedere al concepției generale „pacient în stare critică”. În rezultatul studierii tipului de atitudine față de boala s-a constatat, că 40,0% dintre pacienți s-au caracterizat prin tipul de atitudine armonioasă față de boală, ceilalți au prezentat semne de dezadaptare psihologică. Depistarea tuberculozei pulmonare a fost însoțită de dezvoltarea pacienților a unei consecvențe relativ stabile de reacții psihologice. Această reacție de șoc, de refulare (negare), de agresiune, de depresie, de recunoaștere a faptului îmbolnăvirii. Durata lor, gravitatea și caracterul au fost determinate de trăsăturile premorbide de personalitate. Reținerea în etapa de reacție și negare, sau depresie a dus la inițierea întârziată a tratamentului, ori la întreruperea tratamentului la 22,5% din pacienți. Reprezentarea caracteristicilor psihologice individuale ale pacientului cu tuberculoză pulmonară și învățarea lui despre strategii mai adaptative de coping-comportament va contribui la îmbunătățirea aderenței la tratamentul acestuia.

Summary. Variety of psychological reactions to the detection of pulmonary tuberculosis

In 200 patients with pulmonary tuberculosis on the background of the main course of treatment was studied type of attitude to the disease and especially the psychological reaction to the detection of the disease with a «critically ill patient» in terms of overall concept. In the study of the type of attitude to the disease was found that 40.0% of patients were characterized by harmonious type of attitude to the disease, others had signs of psychological maladjustment. Detection of pulmonary tuberculosis accompanied by the development in patients with relatively stable sequence of psychological reactions. This shock response, displacement response (denial), the reaction of aggression, depression reaction, the reaction is acceptance of the fact of the disease. Their duration, severity and nature of the premorbid personality traits were determined. The delay in the reaction step of denial or depression led to a delayed treatment or isolation from the treatment in 22.5% of patients. Accounting for individual psychological characteristics of the patient with pulmonary tuberculosis and learning it more adaptive strategies of coping behavior will help improve adherence to treatment.

Введение

С позиций психосоматического направления в медицине психологическое и соматическое здоровье неотделимы друг от друга. С одной стороны, возникновению соматической патологии часто предшествуют некоторые психологические факторы, с другой, - соматические болезни часто

вызывают серьезные нарушения в психике человека. При туберкулезе, как инфекционном заболевании, этиологический фактор хорошо известен, вопросам преморбидного состояния психики, которые могут влиять на развитие и течение болезни, уделяется недостаточно внимания. В литературе вопросам психологии больного туберкулезом

посвящены единичные работы. Проблема изучения личности больных туберкулезом легких, изменения у данного контингента больных высших психических функций составляет существенный пробел, как в общей психологии человека, так и в психосоматической медицине [3, 4]. Целью настоящего исследования была оценка психологических реакций на выявление болезни у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы

В ГКУЗ ТО Тверском ОКПТД было проведено исследование, целью которого было определение типа отношения к болезни у пациентов противотуберкулезного диспансера. Было опрошено 200 человек обоего пола в возрастной группе от 20 до 60 лет, которые получали основной курс лечения в связи с впервые выявленным туберкулезом легких. Исследование проводилось с помощью психологической методики диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), в основе которой использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980) [2]. Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения к своему заболеванию: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармонический. Методика ТОБОЛ построена в форме опросника и выявляет тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. В основе лежат 12 тем: отношение к лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита. Каждая тема содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений. В процессе клинической беседы выявляли особенности психологической реакции на выявление заболевания с точки зрения общей концепции «тяжело-больного пациента» [1].

Результаты

При исследовании типа отношения к болезни оказалось, что лишь 80 (40,0%) больных реально оценивали и принимали свою болезнь (гармонический тип отношения к болезни), остальные 120 (60,0%) пациентов по типу реагирования на болезнь, характеризовались наличием психической дезадаптации: из них у 46 (38,3%) меланхолический тип - удрученность болезнью, неверие в выздоровление; у 31 (25,8%) эргопатический

тип - уход от болезни в привычную деятельность; 12 (10,0%) эйфорический тип - необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению; 11 (9,2%) анозогнозический тип - активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Другие типы отношения к болезни встречались редко. Оптимальным вариантом отношения к болезни больных туберкулезом считают гармонический тип. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, стремятся преодолеть заболевание. В этом случае имеется неприятие «роли больного», сохранена ценностная структура и активное социальное функционирование личности.

При изучении психологического анамнеза выделялось несколько фаз психологической реакции больных на выявление туберкулеза.

1. *Шоковая реакция*, связанная с осознанием больного наличия смертельно опасного заболевания, возможной смерти, заражения членов семьи, прежде всего детей. Эта реакция возникала сразу после выявления изменения на рентгенограммах. В связи с выявлением туберкулеза 184 (92,0%) наших больных ретроспективно отметили субъективное «чувство шока», панику, тревогу, растерянность, страх перед смертельно опасным заболеванием, боязнь социальной изоляции.

2. *Реакция вытеснения* (отрицания), связанная с тем, что психика человека не в состоянии вынести переживаний, обусловленных получением информации о наличии патологии в легких, и старается вытеснить полученную информацию. В сознании это звучало примерно так: «Врачи ошибаются. Со мной этого не может быть. Я работаю, живу в хороших условиях, хорошо питаюсь, не был в исправительных учреждениях». Это отрицание болезни стало основой для формирования «страусинового» поведения, запоздалого обращения за медицинской помощью или отказа от нее у 37 (18,5%) больных.

3. *Реакция агрессии*, связанная с поиском причины развития болезни и виноватых. У больных туберкулезом мы не очень редко встречали в анамнезе эту реакцию – 66 чел. (33,0%). Чаще всего речь шла о профессиональных, бытовых и семейных контактах с другими больными туберкулезом.

4. *Реакция депрессии*, проявляющаяся мыслями о собственной обреченности, чувствами тоски и печали, безнадежности, несбывшихся надежд и планов, встретила в анамнезе у 161 (80,5%) больных. Нередко депрессивные переживания со-

проводились злоупотреблением алкоголем «ввиду отсутствия перспективы жизни».

5. Реакция принятия факта болезни, обращения больного за медицинской помощью, активное участие в лечебном процессе.

В целом «застывание» больных туберкулезом на стадии реакции отрицания или депрессии привело к несвоевременному обращению или отрывам от лечения у 22,5% больных.

Обсуждение

Стереотипный характер психологических реакций на события негативного характера составляет основу копинг-поведения (преодоления фрустрирующих ситуаций). В современных условиях жизнедеятельности человека, живущего в нестабильном, изменяющемся мире, сложных, экстремальных социально-психологических, политических, экологических условиях особое значение приобретают проблемы сохранения и развития психологического и соматического здоровья человека. Консолидирующее значение в решении этих проблем принадлежит психике. Важным элементом патогенеза туберкулеза легких является несостоятельность иммунных механизмов защиты человека от микобактерий. У части больных с позиций психонейроиммунологии эта несостоятельность обусловлена хроническим психогенным некупированным стрессом. Принципиальной терапевтической позицией является научение человека более адаптивным стратегиям поведения в эмоциональной, познавательной и деятельной сферах с учетом его индивидуальных психологических особенностей. Это будет способствовать своевременности выявления болезни, повышению приверженности к лечению, уменьшению числа «отрывов», повышению эффективности терапии туберкулеза.

Выводы:

1. При исследовании типа отношения к болезни оказалось, что 40,0% больных характеризовались гармоническим типом отношения к бо-

лезни, у остальных были признаки психической дезадаптации.

2. Выявление туберкулеза легких сопровождалось развитием у больных достаточно стабильной последовательности психологических реакций. Это шоковая реакция, реакция вытеснения (отрицания), реакция агрессии, реакция депрессии, реакция принятия факта болезни. Их длительность, степень выраженности и характер определялись преморбидными чертами личности.

3. У первичных больных «застывание» на стадии реакции отрицания или депрессии привело к несвоевременному обращению или отрывам от лечения у 22,5% больных.

4. Учет индивидуальных психологических особенностей больного туберкулезом легких и научение его более адаптивным стратегиям копинг-поведения будет способствовать повышению приверженности к лечению.

Литература

1. Гнездилов А.В. *Об особенностях психического состояния больных, выписанных из онкологической клиники*. Труды НИИ им. Бехтерева.- Л., 1976.- т. 78.- С.74-76.
2. *Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами*. Усовершенствованная медицинская технология. НИПНИ им. Бехтерева, СПб, 2007 г.
3. Сиресина Н. Н. *Комплексный подход к изучению психологии личности и высших психических функций у больных туберкулезом легких (диагностика, систематика, реабилитация)*. Дис. ... д-ра психологических наук. Тверь, 2011, 500 с.
4. Смоквина И.В., Смоквин В.Д. *Современные методы объективной оценки психологического состояния больных туберкулезом, их психокоррекции и профилактики*. Актуальные проблемы туберкулеза и оздоровительного питания (кумысотерапия). Ред. А.В. Асеев.- Тверь, 2012, с. 120-121.