

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Мордовкина М.А., Юдин С.А.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, e-mail: post@volgmed.ru*

Течение туберкулезного процесса сопровождается определенными нервно-психическими нарушениями. Значительное место в психологической картине при туберкулезе занимают ипохондрические нарушения. Нарушения межличностного взаимодействия сопровождаются шизоидностью в мышлении и суждениях, причем нарушения психического статуса свойственны как впервые выявленным больным, так и больным с хроническим течением туберкулезного процесса. Во фтизиатрии необходимость психологического сопровождения лечебного процесса становится все более актуальной, однако оказывается психотерапевтическая помощь фтизиатрическим пациентам явно в недостаточном объеме. Проведенное исследование показало, что пациенты с хроническим туберкулезом легких используют более конструктивные стратегии поведения, нежели впервые выявленные больные, которые склонны прибегать к реакциям неадаптивного характера. Разработанная коррекционная программа по работе с пациентами, испытывающими трудности социальной адаптации, позволила повысить их адаптивные возможности, у пациентов проявились положительные изменения в поведении и готовность к сотрудничеству при борьбе с заболеванием, что подтвердили медицинские работники.

Ключевые слова: туберкулез, психотерапевтическая помощь

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF TUBERCULOSIS PATIENTS

Mordovkina M.A., Yudin S.A.

*Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Volgograd, e-mail: post@volgmed.ru*

The tuberculous process is accompanied by certain neuro-psychiatric disorders. A significant place in the psychological picture of tuberculosis occupy hypochondriacal disorders. Violations of interpersonal interactions are accompanied by schizoid thinking and judgment, and impaired mental status characterized as newly diagnosed patients and with chronic tuberculosis. In the need of psychological support TB treatment process is becoming increasingly important, but it turns out psychotherapeutic help TB patients clearly been insufficient. The study showed that patients with chronic pulmonary tuberculosis using more constructive behavior strategies, rather than newly diagnosed patients who are prone to resort to non-adaptive reactions of nature. Correctional program designed to work with patients experiencing difficulties of social adaptation, would increase their adaptive capacity, patients revealed positive changes in behavior and willingness to cooperate in the fight against the disease, which was confirmed by medical professionals.

Keywords: tuberculosis, psychotherapeutic assistance

В настоящее время туберкулез является одним из самых распространенных социально обусловленных заболеваний в мире и как тяжелое соматическое заболевание сопровождается определенными нервно-психическими нарушениями. Значительное место в психологической картине при туберкулезе занимают ипохондрические нарушения. Нарушение межличностного взаимодействия, обусловленное тенденцией к отчужденности, изоляции, сопровождается шизоидностью в мышлении и суждениях. Выявленные нарушения психологического статуса свойственны как впервые выявленным больным, так и длительно болеющим, и мужчинам, и женщинам [2, 9].

Такие характерологические особенности затрудняют контакты больных в сфере общения, приводят к нарушениям адаптивной системы психики, изначально нестабильной. Среди факторов, управляющих неадекватным поведением больных туберкулезом лёгких пациентов, важную роль играют вос-

приятия и представления пациентов о причинах и значениях болезни, их убеждения, мотивации и отношение к терапии, иногда связанные с прежним негативным опытом лечения, страхами неблагоприятного исхода и, конечно, стигматизации [3].

Большую практическую значимость для современной фтизиатрии на настоящий момент приобретает разработка биопсихосоциальной модели заболевания, что предполагает глубокое изучение психологической и социальной составляющих заболевания как существенных факторов оптимизации терапии, повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий [1, 7].

Целесообразность оказания психотерапевтической помощи пациентам соматического профиля в настоящее время не вызывает сомнений [6, 8]. Во фтизиатрии необходимость психологического сопровождения лечебного процесса весьма актуальна. Однако, несмотря на несомненную востребованность психологической помощи

для больных туберкулёзом лёгких, она оказывается явно в недостаточном объеме [4, 5].

Цель исследования. Выявление копинг-стратегий, защитных механизмов личности и типов отношения к болезни пациентов с туберкулёзом лёгких для разработки программы психологической помощи данной группе лиц.

Материалы и методы исследования

Объектом эмпирического исследования стали 145 человек (83 женщины и 62 мужчины) в возрасте 25–55 лет. Контрольная группа – лица, не имеющие соматических заболеваний на момент исследования ($n = 81$), экспериментальные группы – впервые выявленные больные туберкулёзом лёгких ($n = 37$), больные с хроническим туберкулёзом лёгких ($n = 27$). В работе были использованы следующие методики: опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ); методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В.В. Бойко; методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ).

Статистическую обработку результатов обследований проводили с помощью программы «MS Excel» и компьютерного программного обеспечения статистического анализа данных «SPSS». Использовались общепринятые методы параметрической статистики, проводилась проверка выборочной совокупности ($n = 145$) на нормальность по критерию Колмогорова – Смирнова, непараметрический критерий сравнения данных – критерий Манна – Уитни и корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе обработки полученных данных с помощью методики (ТОБОЛ) проверена выборочная совокупности ($n = 145$) на нормальность по критерию Колмогорова – Смирнова, которая выявлена не была. На втором этапе исследовались различия между группами испытуемых и их значимость (вероятность статистической ошибки по отношению к генеральной совокупности). Так как выборочная совокупность не соответствует закону нормальности, то для дальнейшего анализа был использован непараметрический критерий сравнения данных – критерий Манна – Уитни.

При сравнении контрольной группы (№ 1 – здоровые лица), и экспериментальной группы № 2 – больные с впервые выявленным туберкулёзом лёгких, на среднем уровне значимости $p < 0,05$ в группе № 2 была обнаружена большая выраженность таких копинг-стратегий, как конфронтация, дистанцирование, поиск социальной поддержки, стратегия бегства-избегания.

Кроме того, диагностика доминирующей стратегии в общении выявила высокие баллы по шкале избегания: в 58% случаев первично выявленные больные склонны уходить от конкретного решения проблемы, не-

жели достигать соглашения с партнером миролюбиво и дипломатией (13%) или же дать достойный отпор обидчику (29% случаев).

В целом это создает «правильную» картину реагирования для данной группы лиц, которые только что столкнулись с серьёзным диагнозом слабоизлечимого заболевания. В данном случае наиболее выраженными у первично выявленных больных являются сенситивный, неврастенический, тревожный, анозогнозический, эргопатический, эгоцентрический и дисфорический типы отношения к болезни. Следует отметить, что какого-либо «чистого» типа отношения к болезни выявлено не было, как правило, наблюдалось преобладание двух и даже более типов одновременно, что говорит о диффузности, малой сформированности конкретно-отношения к болезни и лечению.

При сравнении контрольной (№ 1 – здоровые лица), и экспериментальной групп (№ 3 – хронически больные туберкулёзом лёгких), на среднем уровне значимости $p < 0,05$ в группе № 3 наибольшие отличия были обнаружены в типах отношения к болезни, а также стратегиях общения. Так, наиболее выраженными являются анозогнозический, неврастенический, меланхолический, эгоцентрический и дисфорический типы реагирования на болезнь при относительно низком миролюбии, а также не столь выраженными, нежели у здоровых респондентов, копингами принятия ответственности и положительной переоценки. Кроме того, менее выраженными по сравнению с нормой являются тревожный, ипохондрический, апатический и паранойальный типы отношения к болезни.

Это говорит о том, что лица с хроническим туберкулёзом лёгких склонны проявлять эмоциональные реакции неопозитивного характера (дисфория), прибегать к агрессивной стратегии общения. Обычно лечащие врачи и младший медицинский персонал относят таких пациентов к разряду «сложных», не только потому, что хроническое заболевание обычно полирезистентно к медикаментозному лечению, но также по причине их высокой эмоциональной лабильности, агрессивным вспышкам по незначительному поводу, склонности нарушать режим. Возможно, это является своего рода компенсацией потерянных в связи с болезнью ценностей за счет требования повышенного внимания к своей личности.

Сравнение двух экспериментальных групп, № 2 – впервые выявленные больные туберкулёзом лёгких и № 3 – лица с хроническим туберкулёзом, на среднем уровне значимости $p < 0,05$ выявило в группе № 2 выраженное функционирование тех же

копинг-стратегий, которые обозначились при сравнении с группой № 1 (здоровые лица) – конфронтации, дистанцирования, бегства и поиска социальной поддержки; доминирующая стратегия избегания в общении среди первично выявленных больных также сохранила свои позиции. Кроме того, впервые выявленные больные туберкулезом отличаются от пациентов-хроников высокими шкалами сенситивного, эргопатического и тревожного типов отношения к болезни. Следует отметить, что, как и в случае сопоставления с нормой, «чистого» типа не наблюдается, имеют место смешанное, изменяющееся во времени и зависимое от конкретной ситуации отношение к болезни.

Интересно то, что при хронификации заболевания шкалы эргопатии и сенситивности резко снижаются. Возможно, это связано с тем, что именно в данных сферах – общение и работа – больной социально опасным заболеванием человек становится наиболее уязвимым. Единственным источником компенсации «отнятых» болезнью ценностей становится требование повышенного внимания к своей личности, что значительно осложняет отношения с медицинским персоналом. Таким образом, создается порочный круг, когда различные позиции врача и пациента приводят к некомплаентности последнего, которая в свою очередь влечет еще более тяжкие медицинские последствия для больного, закономерно отражающиеся в его личности.

Третьим этапом обработки данных стал корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона. В соответствии с тем, что на предыдущем этапе обработки данных в экспериментальных группах (№ 2 и 3) были выявлены с наибольшей выраженностью такие копинг-стратегии, как конфронтация, дистанцирование, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, а также тревожный, неврастенический, меланхолический, дисфорический, эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни, то именно они и представляют особый интерес при анализе корреляций.

Дисфорический тип отношения к болезни имеет прямую корреляционную связь с агрессивной стратегией общения ($U = 0,810$ при $p < 0,01$) и обратную – со стратегией поиска социальной поддержки ($U = -0,530$ при $p < 0,05$), это означает, что в периоды мрачно-озлобленного настроения пациенты пренебрегают социальным окружением, склонны к агрессивным вспышкам и обвинениям окружающих в собственном болезненном состоянии.

Неврастенический тип отношения к болезни обратно взаимосвязан с копингом принятия ответственности ($U = -0,568$ при $p < 0,05$), имеет прямые корреляции со стра-

тегией избегания ($U = 0,477$ при $p < 0,05$) и поиском социальной поддержки ($U = 0,609$ при $p < 0,05$). Такие взаимосвязи свидетельствуют о том, что соматически и психически ослабленные пациенты не признают своей роли в решении проблемы, не считают себя способными к самопомощи и склонны перекладывать ответственность на кого-либо из своего ближайшего окружения.

Тревожный тип отношения к болезни, согласно корреляционному анализу, имеет прямую связь с поиском социальной поддержки ($U = 0,698$ при $p < 0,05$) и обратную – со стратегией принятия ответственности ($U = -0,711$ при $p < 0,05$). Это может говорить о следующем: чем выше уровень беспокойства за свое будущее, связанного со спецификой заболевания и его лечения, тем более такой пациент склонен обращаться за помощью к социальному окружению, искать содействия и поддержки от членов семьи, а также других пациентов с подобным диагнозом.

Среди впервые выявленных больных, как известно, высокие баллы были получены по шкале эргопатического типа отношения к болезни. Как показал корреляционный анализ, такой тип отношения имеет прямые взаимосвязи с копингами поиска социальной поддержки ($U = 0,357$ при $p < 0,05$), бегства ($U = 0,420$ при $p < 0,05$) и стратегией избегания ($U = 0,534$ при $p < 0,05$). Это означает, что чем сильнее пациент стремится «уйти» от болезни в работу, тем больше он желает найти эмоционального комфорта в окружении других людей, избежать столкновения с болезнью «лицом к лицу».

Сенситивный тип отношения к болезни, также обнаруженный среди впервые выявленных больных, прямо коррелирует с копингами дистанцирования ($U = 0,586$ при $p < 0,05$), поиска социальной поддержки ($U = 0,887$ при $p < 0,01$) и имеет обратную корреляцию с агрессивной стратегией общения ($U = -0,395$ при $p < 0,01$). Это свидетельствует о высокой чувствительности пациентов к мнению социума, закономерно связанной с желанием как можно больше узнать то, что думают окружающие насчет его болезни, каких успехов в лечении добились другие пациенты с подобными диагнозами; пациенты этого типа менее всего склонны вести себя агрессивно.

Из полученных корреляционных связей следует, что, воздействуя на привычные для пациента копинги (дистанцирование, бегство-избегание), заменяя их более адаптивными стратегиями (поиск социальной поддержки, принятие ответственности), можно позитивно изменить его отношение к болезни, к перспективам ее лечения, предупредить явления некомплаенса, а значит – добиться большей эффективности в борьбе за выздоровление.

Заключение

При математической обработке полученных данных на уровне значимости $p < 0,05$ доказано, что пациенты с хроническим туберкулёзом лёгких используют более конструктивные стратегии поведения, нежели первично выявленные больные, которые склонны прибегать к реакциям неадаптивного характера.

По результатам проведенного исследования разработана коррекционная программа работы с больными туберкулёзом лёгких, испытывающими трудности социальной адаптации; она состоит из 6 блоков:

1 блок – информационный, объяснение пациентам патогенетических механизмов, перспектив лечения, способов профилактики заболевания.

2 блок – определение трудностей, с которыми пациенты столкнулись при установлении диагноза, их отношения к болезни, работа на снятие тревоги.

3 блок направлен на формирование групповой сплоченности, обучение эффективному взаимодействию в коллективе, обучение навыкам эмпатии.

4 блок – работа с агрессией, обучение навыкам саморегуляции и конструктивного поведения в ситуациях конфликта; развитие умения адекватно выражать негативные эмоции.

5 блок направлен на самопринятие, умение делать выбор и принимать ответственность; определение возможностей личностного развития.

6 блок включает подведение итогов работы, диагностику изменений, возможных по завершении групповых коррекционных занятий.

Ретестирование показало, что практически все больные туберкулёзом лёгких, участвующие в коррекционно-развивающей работе, повысили свои адаптивные возможности: в первую очередь это проявилось усилением выраженности использования проблемно-фокусированных копинг-поведенческих стратегий по сравнению с эмоционально-фокусированными копингами. Важным результатом является то, что медицинский персонал, работающий с больными туберкулёзом лёгких, отметил положительные изменения в поведении пациентов, их готовности к проявлению доброжелательности и самое важное – готовности к сотрудничеству при борьбе с заболеванием, т.е. повышение комплаентности.

Список литературы

1. Баранова Г.В., Золотова Н.В., Столбун Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулёзом лёгких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25.10.2013)
2. Валиев Р. Ш. Лечение больных туберкулёзом лёгких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких – 1999. – № 2. – С. 27–31.

3. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Соплавание со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.

4. Деларю В.В., Юдин С.А., Борзенко А.С. Комплаентность больных туберкулёзом лиц (по данным компаративного анализа) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 4 (21). – URL: <http://mpgj.ru> (дата обращения: 23.10.2013).

5. Деларю В.В., Юдин С.А., Борзенко А.С. Оказание психологической/психотерапевтической помощи больным туберкулёзом людям (по данным социологического исследования) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 23.10.2013).

6. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008.

7. Кондратьев Г.В., Юдин С.А., Вершинин Е.Г., Хвастунова Е.П., Сидорова Л.А., Вешнева С.А. Биопсихосоциальный подход в медицине: теория и практика реализации // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 9. – С. 14–16.

8. Нечипоренко В.В., Королев С.А. Пограничные психические расстройства в современном обществе: обзор литературы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2008. – № 4. – С. 11–15.

9. Стрельцов В.А., Баранова Г.В., Столбун Ю.В. Необходимость оценки психологического статуса больных туберкулёзом легких / IX Съезд фтизиатров России // Туберкулёз и болезни легких. – 2011. – № 5. – С. 176–177.

References

1. Baranova G.V., Zolotova N.V., Stolbun Y.V. The structure of personality traits in patients with pulmonary tuberculosis [electronic resource] // Medical psychology in Russia: the electron. scientific. Zh. 2012. no. 3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (date accessed: 25/10/2013).

2. Valiev R.S. Treatment of patients with pulmonary tuberculosis with the characteristics of their personality and attitude to the disease // Actual Problems of Tuberculosis and Lung Disease 1999. no. 2. pp. 27–31.

3. Wasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Coping: theory and psychological testing. SPb.: Speech, 2010. 192 p.

4. Delarue V.V., Yudin S.A., Borzenko A.S. Compliance was suffering from tuberculosis persons (according to the comparative analysis) [electronic resource] // Medical psychology in Russia: the electron. scientific. Zh. 2013. no. 4 (21). URL: <http://mpgj.ru> (date accessed: 10/23/2013).

5. Delarue V.V., Yudin S.A., Borzenko A.S. Provision of psychological / psychotherapeutic care of patients with tuberculosis people (according to the survey) [electronic resource] // Medical psychology in Russia: the electron. scientific. Zh. 2013. no. 1 (18). URL: <http://medpsy.ru> (date accessed: 23/10/2013).

6. Clinical psychotherapy in general practice / ed. N.G. Neznanova, B.D. Karvasarsky. SPb.: Peeter, 2008.

7. Kondratiev G.V., Yudin S.A., Verzhinin E.G., Khvastunova E.P., Sidorova L.A., Veshneva S.A. Biopsychosocial approach in medicine: the theory and practice of realization // The successes of modern science. 2014. no. 9. pp. 14–16.

8. Nechiporenko V.V., Korolev S.A. Borderline mental disorders in modern society: a literature review // Review of Psychiatry and Medical Psychology V.M. Bechtereve. 2008. no. 4. pp. 11–15.

9. Strelcov V.A., Baranova G.V., Stolbun Y.V. The need to assess the psychological status of patients with pulmonary tuberculosis / IX Congress of phthisiatrists in Russian. // Tuberculosis and Lung Disease. 2011. no. 5. pp. 176–177.

Рецензенты:

Борзенко А.С., д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Волгоград;

Волчанский М.Е., д.соц.н., профессор, декан факультета социальной работы и клинической психологии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Волгоград.

Работа поступила в редакцию 19.12.2014.