

но конструктивные стратегии преодоления встречались редко, что говорит о неадекватности поведенческих реакций в когнитивной сфере (в частности «передача смысла» — 4 %, в контроле 14 %; «религиозность» — 2 %, в контроле 20 %). Неадекватная стратегия «растерянность» у больных туберкулезом отмечалась в 15 раз чаще, чем в контрольной группе (31 и 2 %).

Наибольшие отличия выявлены при исследовании стратегий преодоления в эмоциональной сфере. Конструктивные формы копинг-поведения (оптимизм) здесь наблюдались почти в 5 раз реже, чем в контрольной группе (13 и 62 %). Среди относительно конструктивных форм преобладала пассивная кооперация (29 %, в контроле 10 %). Неконструктивные поведенческие стратегии в эмоциональной сфере больных туберкулезом встречались значительно чаще, чем в контрольной группе (86 и 26 %). При этом преобладало «подавление эмоций» (20 %) и «самообвинение» (14 %), пессимизм (52 %).

В результате применения программы психологической поддержки и психотерапии получен положительный эффект, хотя удалось разрешить далеко не все проблемы. Использование видеofilмов позволило дать больным

образцы адаптивных стратегий копинг-поведения, способствовало научению использования этих стратегий в собственной жизни. Главным фтизиатрическим результатом стало повышение приверженности больных к противотуберкулезной терапии.

**Выводы.** Копинг-поведение определяется как стратегия действий, предпринимаемых индивидом при психологической угрозе, и проявляющееся в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности. Для больных, как и для здоровых людей, характерен очень широкий спектр механизмов совладания, однако эти спектры отличаются друг от друга за счет преобладания неадаптивных стратегий копинга. В результате применения программы психологической поддержки и психотерапии получен положительный эффект. Достоверно чаще стали встречаться адаптивные варианты совладания в поведенческой и эмоциональной сферах, повысилась приверженность больных к лечению. Динамика механизмов совладания в процессе лечения связана с развитием коммуникативных навыков и уменьшением степени алекситимии, повышением фрустрационной толерантности.

УДК 616-002.5-08

## Психологическое отношение больных туберкулезом к своему заболеванию

**Е.И. Булдакова<sup>1</sup>, А.И. Эльгали<sup>1</sup>, Д.И. Аванесова<sup>3</sup>, А.В. Асеев<sup>2</sup>, Д.П. Дербенев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГКУЗ ТО «Тверской областной клинической противотуберкулезный диспансер», Тверь, Россия

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

<sup>3</sup> ГБУЗ «ГП 201 ДЗ г. Москвы», Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Конечной целью лечения больного туберкулезом является максимально полная ликвидация проявлений казеозного воспаления, социальная и трудовая реабилитация его. Последние две задачи возможны только для человека, по крылатому выражению В.Н. Мясищева, «лечить можно и животное, но реабилитировать можно только человека». Для успешного лечения и последующей реабилитации необходимо знать психологические проблемы в связи с выявлением заболевания, тип отношения пациента к болезни. Ведь субъективное восприятие болезни может вести как к положительной, так и к отрицательной динамике его. Знание о типе отношения к болезни помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с больным, использовать соответствующие способы общения и мотивирования к лечению.

**Материалы и методы.** В ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД» проведено исследование, целью которого было определение типа отношения к болезни у пациентов противотуберкулезного диспансера. Опрошено 200 человек обо его пола в возрастной группе от 20 до 60 лет. Исследования 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). Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения к своему заболеванию: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойальный,

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. Варианты наиболее часто выбираемых утверждений в более значимых категориях представлены в таблице.

**Результаты.** Оказалось, что лишь 80 (40,0 %) больных реально оценивали и принимали свою болезнь (гармонический тип отношения к болезни), остальные 120 (60,0 %) по типу реагирования на болезнь характеризовались наличием психической дезадаптации: 22,9 % — меланхолический тип (удрученность, неверие в выздоровление); 15,6 % — эргопатический тип (уход от болезни в привычную деятельность); 6,1 % — эйфорический тип (необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению); 5,5 % — анозогнозический тип (активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях).

Оптимальным вариантом отношения к болезни считают гармонический тип. При таком типе реагирования

больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении, соблюдают назначенный врачом режим, стремятся преодолеть заболевание. В этом случае имеется неприятие «роли» больного, сохранены ценностная структура и активное социальное функционирование личности.

При изучении психологического анамнеза выделяли несколько фаз психологической реакции больных на выявление туберкулеза:

1. Шоковая реакция, связанная с осознанием больного смертельно опасного заболевания, возможной смерти, заражения членов семьи, прежде всего детей. Эта реакция возникла сразу после выявления изменений на рентгенограммах. В связи с этим 92 % 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 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 у ряда больных основой для формирования «страусино» поведения, запоздалого обращения за медицинской помощью или отказа от нее.

3. Реакция агрессии, связанная с поиском причины развития болезни и виноватых. У больных туберкулезом мы нередко встречали в анамнезе эту реакцию (33 %). Чаще всего речь шла о профессиональных, бытовых и семейных контактах с больными туберкулезом.

4. Реакция депрессии, проявляющаяся мыслями о собственной обреченности, чувством тоски и печали, безнадежности, несбывшихся надежд и планов, встретилась в анамнезе у 80 % больных. Нередко депрессивные переживания сопровождались злоупотреблением алкоголем «ввиду отсутствия перспективы жизни». В целом «застывание» на стадии реакции отрицания или депрессии привело к несвоевременному обращению или отрыву от лечения у 22 % больных.

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

**Выводы.** Выявление туберкулеза легких сопровождалось развитием у больных достаточно стабильной последовательности психологических реакций. Их длительность, степень выраженности и характер определялись во многом преморбидными чертами личности. Для купирования нежелательных реакций возможно применение медикаментозной терапии. Ведущая роль здесь принадлежит психотерапевтической коррекции, беседе с врачом, получению образца адаптивных стратегий преодоления в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах у других больных.

УДК 616-002.5+616.036.22 (447.75)

## Динамика эпидемиологии туберкулеза в Крыму

**М.Н. Гришин, Ю.А. Зайцев, А.В. Блинов**

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», Симферополь, Крым

**А**нализ динамики основных эпидемиологических показателей по туберкулезу дает возможность оценить закономерности и причины его распространения, наметить основные пути дальнейшей интенсификации противо туберкулезных мероприятий.

С этой целью проведен сравнительный анализ распространения специфического процесса в Крыму в период с 1989 по 2014 год. Материалы свидетельствуют о трехкратном повышении за этот этап времени заболеваемости всеми формами туберкулеза (26,0 на 100 тыс. населения в 1989 г. и 74,8 — в 2013 г.), значительном росте поражения органов дыхания (28,0 и 66,9 соответственно), увеличении бактериовыделителей (с 10,0 до 36,2). При практически равных показателях заболеваемости туберкулезом у жителей города и села отмечаются более высокие количества случаев деструктивных форм (26,4 и 21,8) и бактериовыделителей (40,1 и 33,9) среди выявленных в сельской местности.

Структура заболеваемости в 1989 г. была следующей: преобладали очаговая и инфильтративная формы (36,9 и 36,2 % соответственно), затем следовали диссеминированная (22,5 %), кавернозная (0,3 %), фиброзно-кавернозная (1,5 %). К 2013 г. на первое место вышел диссеминированный туберкулез (42,4 %), далее следовали инфильтративный (38,9 %) и очаговый (11,1 %) процессы.

Заболеваемость бактериальными формами в 2013 г. составила 36,2 % на 100 тыс. населения по сравнению с

9,0 % в 1989 г. Тем не менее даже такой рост вызывает опасение наличия фактора недо выявления, так как, по критериям ВОЗ, при эпидемии туберкулеза (заболеваемость 50 и более на 100 тыс. населения) и массовой бактериоскопии мокроты удельный вес бактериальных форм в структуре заболеваемости должен составлять не менее 50 %. На фоне значительного роста заболеваемости болезненность уменьшилась с 198 на 100 тыс. населения до 141,3, болезненность туберкулезом органов дыхания — с 168 до 141,3, болезненность с бактериовыделением — с 53 до 46,3. Это объясняется, во-первых, уменьшением сроков пребывания на диспансерном учете, во-вторых, ростом смертности среди данной категории больных с 7,2 до 13,8, в том числе на дому — 14,7 и 32,5, и до одного года наблюдения — 8,1 и 27,1 — соответственно. Показатели смертности были бы еще выше, если бы не сочетание ВИЧ-инфекции со специфическим процессом, когда умершими считались не от туберкулеза, а от иммунодефицита. Факторы, сдерживающие снижение смертности от туберкулеза: позднее обращение за медицинской помощью, развитие остро прогрессирующих форм специфического процесса, увеличение количества больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ), рост количества случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Преобладание несвоевременно выявленных и запущенных форм, ко-инфекции, достигшей среди впервые выявленных 20,5 %, МРТБ, составившего в 2013 г.