

*Е.В. Сухова*

## ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Самарский государственный медицинский университет

PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF CHRONIC LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS

*E.V. Sukhova*

Summary

To develop a programme for aimed correction of patients with chronic lung tuberculosis we examined 253 residents of Samara region: 152 males aged  $45.7 \pm 3.8$  yrs in average and 101 females aged  $44.0 \pm 3.9$  yrs in average. General clinical, functional, laboratory, radiological, endoscopic methods and a set of psychological tests were included into the examination. The analyzed results permitted to create a psychological correcting programme. Its efficacy was proved statistically based on dynamics of a type of attitude towards a disease and certain clinical signs. This programme reduced psychogenic disorders, increased motivation and adaptive abilities of the patients, decreased a risk of secondary (disease-induced) mental disorders and improved effects of medication.

Резюме

Для разработки программы целенаправленной психологической коррекции больных хроническим туберкулезом легких была обследована группа больных из 253 человек, жителей Самарской области: 152 мужчины (средний возраст  $45,7 \pm 3,8$  года) и 101 женщина (средний возраст  $44,0 \pm 3,9$  года). Обследование больных было комплексным, с включением общеклинических, функциональных, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов и блока психологических тестов — СМЛ, Люшера, ТОБ. Анализ результатов проведенного исследования позволил разработать программу психологической коррекции, которая была апробирована на группе больных. Эффективность программы была статистически доказана динамикой ТОБ и ряда клинических показателей. Разработанная программа уменьшает нарушения, обусловленные психогенным влиянием заболевания, способствует повышению мотивационных и адаптационных возможностей пациентов, снижает риск развития вторичных, по отношению к болезни, психических расстройств и улучшает результаты медикаментозного лечения.

О влиянии психологических факторов на возникновение и течение хронических заболеваний говорил еще великий русский клиницист С.П.Боткин, который особое внимание обращал на состояние нервной системы и психики, подчеркивал значимость функциональных связей органов и систем в целостном организме [1, 2]. В дальнейшем рядом русских ученых (*М.Я.Мудровым, Г.А.Захарьиним, И.М.Сеченовым, И.П.Павловым, Н.Е.Веденским, К.М.Быковым*) была разработана идея целостного подхода к пациенту, при котором учитывается состояние морфофизиологических систем организма и специфика личности больного [3, 4]. Из литературных источников известно, что у больного туберкулезом возможно развитие реактивного субдепрессивного состояния. [5–8]. Неадекватное отношение к болезни, негативное отношение к лечению возрастают по мере увеличения продолжительности лечения [9]. Следовательно, для повышения эффективности лечения больных хроническим туберкулезом легких (ХТЛ) необходимо из-

менить их отношение к заболеванию и проводимому лечению, что достижимо при целенаправленной психологической коррекции.

Цель работы — разработка целенаправленной программы психологической коррекции больных ХТЛ.

Была обследована группа жителей Самарской обл. (253 человека), больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Среди них — 152 мужчины (средний возраст  $45,7 \pm 3,8$  года) и 101 женщина (средний возраст  $44,0 \pm 3,9$  года). Средняя длительность заболевания составила  $7,5 \pm 1,8$  года.

Обследование больных было комплексным — с использованием общеклинических, функциональных методов, психологического тестирования. Общеклинические методы включали в себя: исследование крови, мочи, мазка мокроты; рентгенографию грудной клетки; ЭКГ; исследование некоторых биохимических показателей воспалительного синдрома. 146 больным была проведена фиброbronхоскопия с браш-биопсией

и последующим гистологическим исследованием биоптата. При исследовании функции внешнего дыхания изучались: объем форсированного выдоха в 1-ю с (ОФВ<sub>1</sub>), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), пиковая объемная скорость (ПОС). Психологическое тестирование включало в себя следующие тесты: стандартизованное многофакторное исследование личности (СМИЛ), тест Люшера, (*Nickstorm*, "Оскорн", Москва, 1989, *vers.* 1.1), исследование типа отношения к болезни (ТОБ) разработанный в ПНИ им. В.М.Бехтерева. Контролем тестов СМИЛ и Люшера послужили данные 108 практически здоровых лиц примерно такого же возраста.

Диагноз хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких был подтвержден данными анамнеза (длительность заболевания в среднем  $7,5 \pm 1,8$  года), клиническими данными (общая слабость, одышка при незначительной физической нагрузке, постоянный кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты, потливость по ночам), лабораторными (СОЭ  $23,7 \pm 1,7$  мм в ч, лейкоцитов  $9,7 \pm 1,1$  тыс. в 1 мкл крови, фибриноген г/л  $5,4 \pm 0,8$ ), рентгенологическими (изменения на обзорных рентгенограммах грудной клетки соответствовали хроническому фиброзно-кавернозному туберкулезу легких, признаки эмфиземы были у всех больных), функциональными (ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца были отмечены у всех больных этой группы, бронхиальная обструкция и снижение объемных показателей соответствовали 2-й степени нарушения вентиляции по смешанному типу), эндоскопическими данными (у 91 % пациентов наблюдалось фибринозное воспаление с макрофагальной реакцией различной степени выраженности, лимфотистиоцитарная реакция от слабой до умеренно выраженной). Все больные являлись бацилловыделителями.

Анализ социальной ситуации больных туберкулезом легких показал, что 62,3 % мужчин отбывали срок в исправительно-трудовых учреждениях. Только у 24 % обследованных имелось желание добиться изменения в своем положении. Заболели туберкулезом во время пребывания в ИТУ 21 %. Не скрывали желания "отомстить" обществу за свое заболевание 5 % анкетированных мужчин, считая, что это не инфекционное заболевание, а социальное страдание. 60 % обследованных больных не получали ни материальной, ни психологической поддержки со стороны родственников. Доходы на уровне среднего прожиточного минимума имели 22,1 % обследованных больных. У 68,4 % мужчин и 44,2 % женщин не было семьи. 57,8 % мужчин злоупотребляли алкоголем и 98,7 % курили, стаж курения превышал 10 лет. Среди женщин курили 62,4 %, причем у 38,7 % стаж курения превышал 10 лет.

Код усредненного профиля по Уэлшу для мужчин с ХТЛ был 2548'79-360/1 : F'K/L.; для женщин — 25'6438179-0/F'KL-. У всех больных отмечался повышенный индекс симпатического отдела вегетативной нервной системы. У 61 % мужчин был выявлен сме-

шанный тип отношения к болезни, у 13 % — меланхолический, у 13 % — ипохондрический, у 4 % — тревожный, у 8 % — диффузный. У 27 % женщин с хроническим туберкулезом легких был выявлен сенситивный тип отношения к болезни, у 22 % — ипохондрический, у 22 % — тревожный, у 15 % — смешанный и у 15 % — диффузный.

Результаты анализа комплексного психологического исследования свидетельствуют о том, что у мужчин с хроническим туберкулезом легких имеется экзистенциальный страх и ипохондрическая фиксация на физиологическом неблагополучии. Интеллектуальная активность и продуктивность снижена. Отмечен переход от социально одобряемого удовлетворения к физиологическому гедонизму. Выявлена неспособность к эмоциональному самовыражению. Эмоциональный контроль поведения нарушен, повышена импульсивность, снижено самообладание. Самооценка понижена. Выявлены конформизм и зависимость с одновременным отчуждением от социума. Имеет место некий эксгибиционизм и тенденция к аморальности, что можно интерпретировать как своеобразный копинг-механизм совладения с фрустрирующей ситуацией путем девиантного поведения. Отмечены эгоцентризм, снижение эмпатийного потенциала, слабый интерес к нуждами других людей, склонность фиксироваться на субдепрессивном аффекте и периодически срываться, делая импульсивные поведенческие или словесные выпады, формировать нарциссический паттерн поведения. Выявлена поведенческая агрессия, направленная на заражение окружающих.

У женщин выявлены эмоциональная лабильность, разнонаправленность интересов, пассивная личностная позиция. Эмоциональный контроль поведения нарушен, повышена импульсивность, снижено самообладание. Самооценка понижена. Выявлены внутренняя конфликтность, погруженность в себя, угрюмость, способность к агрессии, к кумуляции аффекта, эмоциональная декомпенсация, нестабильность, преобладание депрессивного аффекта, манипулирование симптомами болезни для вызывания чувства вины и тревоги у окружающих, оппозиционный настрой окружающих рационально не отслеживается.

Результаты проведенного психологического обследования позволили выявить точки приложения целенаправленной психологической коррекции.

Межличностные отношения, в т. ч. с медицинским персоналом, нарушены, коммуникация снижена. Больные хроническим туберкулезом нуждаются в коррекции межличностного взаимодействия. И у мужчин, и у женщин выявлены повышенная конфликтность, неконформизм, поэтому необходим тренинг бесконфликтного поведения. У больных отмечены внутреннее напряжение, неадекватное эмоциональное самовыражение, поэтому необходимы тренинги эмоциональной саморегуляции и адекватного эмоционального самовыражения. Самооценка понижена, необходим тренинг асертивности. Для

позитивного изменения отношения окружающих важен акцент на качество выполнения больным правил личной гигиены. И у мужчин, и у женщин с хроническим туберкулезом легких выявлена поведенческая агрессия, она требует специальной коррекции и обучения социально приемлемым способам снятия агрессии и выражения гнева. Гневные и агрессивные реакции пациентов должны быть конструктивно трансформированы.

У всех больных отмечена пассивная личностная позиция, т. е. имеется тенденция к передаче ответственности за лечение и течение заболевания врачу. Целесообразно установить систему контрактных взаимоотношений, предполагающих взаимную ответственность за лечение. Представления пациента о собственном заболевании зависят от внутренней концепции болезни. Недостаток информации или искаженные представления о заболевании приводят к созданию неадекватной внутренней концепции болезни. Достоверная информация — необходимое условие позитивного настроя на лечение. Каждому пациенту

следует создать "лечебную перспективу". Эмоциональная поддержка врача не означает сверхидентификации с пациентом. Важно ситуативное одобрение. Психологический эффект возрастает в условиях групповой работы с пациентами, имеющими аналогичное заболевание, когда начинает действовать психологический закон разделения опасности "я не один". Поэтому занятия целесообразно проводить с группами больных из 8–10 человек.

Программа психологической коррекции состоит из подготовительного, основного и заключительного этапов. Подготовительный этап включает проведение комплексного, клинического и психологического обследования больного.

Основной этап заключается в проведении целенаправленной психологической коррекции. Пациент должен осознать противоречивость своего отношения к болезни, которая является источником психогенной декомпенсации, провести реконструкцию отношения к болезни и лечению. Вся причинно-следственная цепь развития болезни будет постигнута больным в

Таблица 1

**Динамика клинических показателей у мужчин**

Клинические показатели	Больные до начала лечения (n = 62)	Больные после лечения с применением программы (n = 18)	Больные после лечения без применения программы (n = 24)
Одышка при обычной физической нагрузке	37	4 ( $\chi^2 = 7,8$ ) ( $\chi^2 = 3,3$ )*	12 ( $\chi^2 = 0,5$ )
Одышка при умеренной физической нагрузке	4	14 ( $\chi^2 = 14,1$ )	9 ( $\chi^2 = 12,1$ )
Одышка в покое	21	1 ( $\chi^2 = 5,6$ )	3 ( $\chi^2 = 4,0$ )
Кашель с мокротой	48	6 ( $\chi^2 = 12,3$ ) ( $\chi^2 = 5,8$ )*	17 ( $\chi^2 = 0,4$ )
Кашель без мокроты	14	1 ( $\chi^2 = 2,7$ )	7 ( $\chi^2 = 10,1$ )
Выраженные клинические проявления туберкулезной интоксикации	34	1 ( $\chi^2 = 10,9$ )	4 ( $\chi^2 = 10,1$ )
Умеренные клинические проявления туберкулезной интоксикации	28	2 ( $\chi^2 = 6,9$ )	2 ( $\chi^2 = 10,3$ )
Отсутствие клинических проявлений туберкулезной интоксикации	—	15 ( $\chi^2 = 63,5$ )	18 ( $\chi^2 = 58,5$ )
Бактериовыделение	62	1 ( $\chi^2 = 12,0$ )	8 ( $\chi^2 = 10,7$ )
Бактериовыделение с высокой жизнеспособностью бактерий	48	— ( $\chi^2 = 37,5$ ) ( $\chi^2 = 2,4$ )*	3 ( $\chi^2 = 30,2$ )
Отсутствие бактериовыделения	—	17 ( $\chi^2 = 74,3$ ) ( $\chi^2 = 2,4$ )*	13 ( $\chi^2 = 39,5$ )
Наличие 1 полости распада	14	7 ( $\chi^2 = 1,9$ )	10 ( $\chi^2 = 3,1$ )
Наличие 2 и более полостей	48	2 ( $\chi^2 = 26,0$ )	6 ( $\chi^2 = 20,3$ )
Отсутствие полостей распада	—	9 ( $\chi^2 = 34,9$ )	8 ( $\chi^2 = 22,8$ )

Примечание:  $\chi^2$  — к уровню до лечения;  $\chi^2$  \* — сравнение двух групп после лечения. Жизнеспособность микробактерий туберкулеза оценивалась по следующим критериям: низкая жизнеспособность — число колоний менее 20, высокая жизнеспособность — число колоний более 20.

## Динамика клинических показателей у женщин

Клинические показатели	Больные до начала лечения (n = 44)	Больные после лечения с применением программы (n = 17)	Больные после лечения без применения программы (n = 18)
Одышка при обычной физической нагрузке	22	3 ( $\chi^2 = 5,3$ )	6 ( $\chi^2 = 1,4$ )
Одышка при умеренной физической нагрузке	3	6 ( $\chi^2 = 7,8$ )	10 ( $\chi^2 = 18,1$ )
Одышка в покое	17	1 ( $\chi^2 = 6,8$ )	2 ( $\chi^2 = 4,5$ )
Кашель с мокротой	32	6 ( $\chi^2 = 7,3$ )	11 ( $\chi^2 = 0,8$ )
Кашель без мокроты	12	3 ( $\chi^2 = 0,6$ )	5 ( $\chi^2 = 0,1$ )
Выраженные клинические проявления туберкулезной интоксикации	29	1 ( $\chi^2 = 23,5$ )	2 ( $\chi^2 = 15,3$ )
Умеренные клинические проявления туберкулезной интоксикации	15	5 ( $\chi^2 = 0,1$ ) ( $\chi^2 = 10,3$ )*	15 ( $\chi^2 = 12,4$ )
Отсутствие клинических проявлений туберкулезной интоксикации	—	12 ( $\chi^2 = 38,7$ ) ( $\chi^2 = 12,0$ )*	1 ( $\chi^2 = 2,5$ )
Бактериовыделение	44	2 ( $\chi^2 = 51,5$ )	5 ( $\chi^2 = 40,2$ )
Бактериовыделение с высокой жизнеспособностью бактерий	29	— ( $\chi^2 = 21,3$ )	2 ( $\chi^2 = 15,3$ )
Отсутствие бактериовыделения	—	15 ( $\chi^2 = 51,5$ )	11 ( $\chi^2 = 32,7$ )
Наличие 1 полости распада	18	6 ( $\chi^2 = 0,2$ )	8 ( $\chi^2 = 0,1$ )
Наличие 2 и более полостей	26	2 ( $\chi^2 = 11,1$ )	4 ( $\chi^2 = 6,9$ )
Отсутствие полостей распада	—	9 ( $\chi^2 = 27,3$ )	6 ( $\chi^2 = 16,0$ )

Примечание:  $\chi^2$  — к уровню до лечения;  $\chi^2$ \* — сравнение двух групп после лечения.

когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом планах, т. е. будет иметь эмоциональную и мотивационно-поведенческую основу.

Изменение отношения к болезни меняет поведение. При ликвидации переживаний, связанных с экзистенциально значимым событием в жизни — заболеванием, возможно восстановление саморегуляции. В качестве способа психологической коррекции выступает позитивно преподносимая информация о заболевании. Информационный блок был разработан после анализа полученных результатов. Кроме того, с больными проводились тренинги эмоционального саморегулирования и адекватного эмоционального самовыражения, асертивности, бесконфликтного поведения, коррекция межличностного взаимодействия, обучение социально приемлемым способам снятия агрессии и выражения гнева.

Заключительный этап включает в себя оценку эффективности проводимых занятий, вторичную психологическую профилактику, мотивацию на продолжение дисциплинированного выполнения врачебных назначений.

Разработанная по результатам проведенного исследования программа психологической коррекции была

апробирована на группе больных. В качестве объективно регистрируемого параметра, характеризующего положительную динамику психологического состояния, был использован опросник ТОО. Определение типа отношения к болезни проводилось в 2 группах. 1-я состояла из 20 мужчин с ХТЛ, получающих стандартную терапию, 2-я — из 23 мужчин, с которыми помимо стандартной терапии проводилась работа по программе психологической коррекции. В этой группе повысилось число больных с изменением типа отношения к болезни на диффузный ( $\chi^2 = 8,7$ ), что свидетельствует о более гармоничном отношении к заболеванию. В группе, состоящей из 21 женщины, на фоне химиотерапии тип отношения к болезни достоверно не изменился. В группе из 18 женщин, с которыми наряду с химиотерапией работали по программе психологической коррекции, достоверно уменьшилось число женщин с ипохондрическим типом отношения к болезни ( $\chi^2 = 2,1$ ) и увеличилось число пациенток с диффузным ( $\chi^2 = 4,4$ ) и смешанным типами отношения к болезни ( $\chi^2 = 4,4$ ). Это свидетельствует о гармонизации типа отношения к болезни. В табл. 1 представлена динамика некоторых клинических показателей у мужчин.

Таким образом, эффективность лечения с применением программы была достоверно выше, чем без нее.

В табл. 2 приводятся результаты лечения женщин с ХТЛ. Эффективность лечения с применением программы была достоверно выше, чем без нее.

Таким образом, разработанная программа психологической коррекции больных ХТЛ уменьшает нарушения, обусловленные психогенным влиянием заболевания, способствует повышению мотивационных и адаптационных возможностей пациентов, снижает риск развития вторичных, по отношению к болезни, психических расстройств и улучшает результаты медикаментозного лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Боткин С.П.* Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции /1867/. М.: Медгиз; 1950; т. 2: 12–14.

2. *Лушников А.Г., Шурыгин Д.Я.* Боткин Сергей Петрович. В кн.: БМЭ. 3-е изд. М.: Сов. энциклопедия; 1976; т. 3: 1029–1035.
3. *Жариков Н.М.* Психосоматика. В кн.: БМЭ, 3-е изд. М.: Сов. Энциклопедия; 1976; т. 21: 1040–1044.
4. *Скворцов К.А.* Очерки по психотерапии соматического больного / Под ред. Д.Д.Федотова. М.: Медицина; 1958.
5. *Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И.* Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких. Пробл. туб. 1991; 10: 41–13.
6. *Худзик Л.Б., Шульгина З.Л. и др.* Психическое состояние впервые выявленных больных туберкулезом легких и его влияние на течение заболевания. В кн.: Резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. Новосибирск; 1996. 502.
7. *Панкратова Л.Э.* Нарушение психической деятельности впервые выявленных больных туберкулезом легких и факторы, способствующие их возникновению. В кн.: Резюме: III /XII/ Съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Екатеринбург; 1997. 233.
8. *Маслаускене Т.П., Филиппова Т.П.* Причины недостаточной эффективности социального лечения больных туберкулезом легких из различных социальных групп. Пробл. туб. 1990; 6: 61–65.

Поступила 15.12.02

## Лекции

© МАЛЯВИН А.Г., ЩЕГОЛЬКОВ А.М., 2004

УДК 616.24-002-08

*А.Г.Малявин, А.М.Щегольков*

### МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

НИИ пульмонологии Минздрава РФ

Проблема борьбы с пневмонией — одна из основных как для практического здравоохранения, так и для медицинской науки. Значение проблемы определяется большой распространенностью заболевания, его тяжестью, возможной летальностью, большими трудопотерями. Включаясь в клиническую картину других нозологических форм и травм как вторичная патология, пневмония становится чрезвычайно отягчающим фактором. Несмотря на успехи антибактериальной — этиотропной терапии, проблема патогенетической терапии пневмонии, в т. ч. медицинской реабилитации больных пневмонией, остается нерешенной по многим позициям [1, 2, 3].

Период биологического выздоровления больных пневмонией не ограничивается завершением острой фазы. Морфологическое восстановление легочной ткани, функциональное восстановление респираторной системы, биологическая реституция организма больного растягиваются до 6–12 мес. В течение этого периода должно быть достигнуто клиническое и биологическое выздоровление больного, предотвращены,

а при условии возникновения и преодолены нежелательные последствия и осложнения. Преодоление последствий болезни, общее оздоровление организма больного являются задачей реабилитации, которая направлена на восстановление социальной дееспособности и трудоспособности человека [4, 5, 6].

По определению ВОЗ, реабилитация представляет собой комплекс мероприятий лечебного, физического, психологического, социального и педагогического характера, направленных на восстановление физического, психологического здоровья данного индивидуума и его социального (включая трудоспособность) статуса, утраченных в результате заболевания или травмы [2]. Часть реабилитационной программы, проводимая врачами, обозначается как медицинская реабилитация (МР).

Лечение и реабилитация тесно связаны между собой, взаимно дополняют друг друга и не должны противопоставляться. Ошибочно воспринимать реабилитацию как долечивание больного, т. к. методы реабилитации применяются начиная с самых ранних