

© Валецький Ю.М., 2005  
УДК 616.24-002.5-085.2/3-036.8:612.68.001.6

Ю.М. Валецький

## ПСИХОНЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, м. Луцьк

*На 501 хворому на вперше діагностований туберкульоз легень вивчено психологічні особливості та психоневротичні розлади при ефективному, неефективному і відсутньому лікуванні.*

У другій половині двадцятого століття склалася думка, що професія фтизіатра з дня на день відійде в минуле, буде не актуальною, а армії борців із сухотами доведеться опанувати нову спеціальність [1-3]. Проте вже з 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка прогресує і тепер [4]. Для контролю за епідемією туберкульозу застосовуються багато різних протитуберкульозних заходів, серед яких найефективнішим вважається лікування хворих [5]. Це зумовлено тим, що лікування не тільки позбавляє хворих від недуги, але й завдяки припиненню бактеріовиділення ліквідовуються джерела інфекції, що перериває епідемічний ланцюг передачі збудника туберкульозу та позитивно впливає на епідемічну ситуацію з цієї недуги [6-9].

Останніми роками спостерігаються намагання поодиноких авторів [10-12] вивчати психологічні особливості при туберкульозі загалом і проводити їх корекцію. Проте залишається зовсім не вивченою психологія хворого на туберкульоз легень як при відмові від лікування, так і при його неефективності. Це потребує наукового обґрунтування та розробки технології запобігання і психотерапевтичної корекції відмов від лікування та його неефективності у хворих на туберкульоз.

Мета роботи – вивчити психологічні особливості та психоневротичні розлади у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень при ефективному, неефективному і відсутньому їх лікуванні.

### Матеріали і методи

Клінічно, рентгенологічно та шляхом анкетування обстежено 501 хворого на вперше діагностований туберкульоз легень, які перебували на обліку у Волинському обласному про-

титуберкульозному диспансері в 1991-2004 рр. Усі хворі розподілені на 3 групи: група А – 204 (40,8 %) пацієнти, які отримали повний основний курс антимікобактерійної терапії (АМБТ) під безпосереднім контролем і розраховували на ефективне лікування; група Б – 140 (27,9 %) раніше неефективно лікованих хворих; група В – 157 (31,3 %) осіб, які не лікувалися – або зовсім (30 осіб, або 19,1 %, зі спонтанним вилікуванням) чи тривало (більше 2 міс.) відмовлялись від специфічної терапії – 103 (73,6 %), та 24 (15,3 %) пацієнти на вперше діагностований давньий туберкульоз (ВДЗТ). Психометричні дослідження проводили під час діагностування туберкульозу, на початку лікування, через 2, 5, 6 міс. лікування і виявили різні психологічні, психічні, невротичні й нервово-психічні розлади, які об'єднали в групу психоневротичних розладів.

### Результати досліджень та їх обговорення

Встановили, що всі хворі реагували на діагностований у них туберкульоз, але по-різному. Це залежало від того, який настрій панував у їхній психіці, який психологічний тип, характер і темперамент був у того чи іншого хворого, тобто багато в чому це залежало від психометричної характеристики пацієнта до встановлення туберкульозу, стосунків між лікарем і хворим та динаміки туберкульозного процесу під час лікування. Протягом антимікобактерійної терапії чи її відсутності психометрична характеристика всіх хворих змінювалася, еволюціонувала. І це було зумовлено звиканням до хвороби 157 (31,3 %) хворих групи В і 140 (27,9 %) хворих групи Б, а також позитивною клініко-рентгенологічною динамікою 204 (40,7 %) осіб.

У всіх хворих розвивалися ті чи інші психологічні (100,0 %), психічні (7,8 %), невротичні (25,3 %) і нервово-психічні розлади (17,4 %), які поєднувалися, збалансовувалися й еволюціонували. Виявлено, що зазначена симптоматика непостійна. Вона еволюціонує пропорційно стану хворих, наявності інтоксикації, гіпоксії і клінічних проявів

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

( $r=0,76$ ,  $P<0,001$ ). Через те психоневротичні розлади еволюціонували по-різному.

Серед хворих з різними клінічними формами туберкульозу та його наслідками були як загальні, так і різні особливі типи ставлення до своєї недуги. Для виявлення розбіжностей у розвитку психоневротичних розладів у хворих різної статі ми диференційовано проаналізували історії 365 (72,8 %) чоловіків і 136 (27,2 %) жінок. Всі вони так чи інакше реагували на встановлення у них туберкульозу. І нам вдалося виявити деякі особливості.

У чоловіків порівняно з жінками мотив уникнення невдач спостерігався в 2,96 рази частіше (47,9 проти 16,2 %,  $P<0,001$ ), в 2,53 рази частіше була схильність фіксуватися на негативному досвіді (18,6 проти 7,3 %,  $P<0,001$ ), в 2,24 рази частіше спостерігалася незадоволеність собою (54,2 проти 24,3 %,  $P<0,001$ ), в 2,05 рази частіше відмічали глибоке переживання негативно забарвлених подій (18,1 проти 8,8 %,  $P<0,01$ ), в 1,89 рази частіше їх поведінка залежала від домінантних особистостей (34,8 і 18,4 % відповідно,  $P<0,001$ ).

Психологічний профіль 20,8 % чоловіків і 14,7 % жінок, які хворіли на туберкульоз легень, характеризувався вираженою пасивною позицією в поєднанні з внутрішнім прагненням суперечити вказівкам і соціальним нормам. Вони були схильні фіксуватися на субдепресивному афекті. Скептичність і непевність у собі були притаманні для 99 (19,8 %) хворих.

У 240 (47,9 %) пацієнтів була тенденція періодично «зриватися», робити поведінкові чи словесні випадки. Схильність до уразливості, замикається, як кажуть, «йти в себе», занурюватися в негативні переживання спостерігалася у 150 (29,9 %) хворих, причому у 101 (72,1 %) – у процесі неефективного лікування (група Б). Тенденція до формування нарцисичного паттерну поведінки як форми захисту від переживання самотності і незадоволеності була у 55 (10,9 %) осіб, у 13 (23,6 %) з них при цьому виявлялися риси самозакоханості, перевага власної думки.

1/3 чоловіків і 1/5 жінок з вираженою інтоксикацією була властива сексуальна незадоволеність. Цим пацієнтам не вистачало тепла, емоцій, чуттєвості.

У 88 (17,6 %) хворих, яким у минулому були притаманні риси мужності, незалежності, прагнення жінок до емансипації, самостійності в прийнятті рішень, під час хвороби часто виникали конфлікти. Стриманими в поведінці, зануреними в себе, похмурими, не схильними давати яскравих реакцій

були 245 (48,9 %) осіб, причому 240 (47,9 %) з них були мстивими, замкнутими, дратливими. У такі періоди вони були схильні огризатися на звертання до них близьких і навіть були агресивні.

У 24 (15,3 %) хворих на ВДЗТ легень виявлений вегетативно-емоційний дисбаланс, причому переважала функція симпатичного відділу вегетативної нервової системи над парасимпатичною.

Зосередженість на хворобливих і неприємних відчуттях відзначалася у 245 (48,9 %) пацієнтів, побічна дія протитуберкульозних препаратів перебільшувалася у 100 (40,8 %) з них. Бажання лікуватися поєднувалося з невірою в успіх у 180 (35,9 %) осіб.

Бажання домогтися зміни у своєму положенні виявили тільки 50 (10,0 %) хворих. Половина з тих, що занедужали на туберкульоз під час перебування в установах кримінально-виконавчої системи, мали бажання «помститися» суспільству за своє захворювання. Вони вважали, що туберкульоз – це соціальна недуга і винне суспільство. Віруючими були 490 (97,8 %) хворих.

Нами виявлено 14 психотипів реагування пацієнтів на встановлення діагнозу туберкульозу (табл. 1), причому у спостережуваних групах частота їх була різною. Даючи загальну характеристику психотипам, що траплялися найчастіше, відзначимо, що іпохондричний тип ставлення до хвороби встановлено у 37 (7,4 %) хворих. Вони зосереджували себе на хворобі та на її симптомах, не вірили в успіх лікування, перебільшували свої страждання, видумували побічні ефекти хіміопрепаратів тоді, коли їх не було.

Тривожний тип ставлення до хвороби спостерігався у 46 (9,2 %) хворих, а сенситивний тип – у 14 (2,8 %). Вони постійно боялися того, що навколишні, друзі чи знайомі та члени їх сім'ї будуть уникати їх як ізгоїв, оскільки вони можуть бути заразні.

Ергопатичне ставлення до хвороби спостерігалася у 19 (3,8 %) пацієнтів і характеризувалося «відходом від хвороби в роботу». Вони продовжували працювати, щоб забути про недугу і навіть ставали трудоголіками.

У 40 (8,0 %) пацієнтів відзначали змішаний тип ставлення до хвороби. Він поєднував різні психотипи. Слід згадати, що ми рідко спостерігали суто чистий психотип. Кожен з них містив домішки одного або декількох інших психотипів. Наприклад, поєднання іпохондричного і меланхолійного типів супроводжувалося зосередженістю на суб'єктивних неприємних і хворобливих відчуттях, перебільшенні справжніх страждань хворого і побічного ефекту АМБТ. Такі особи були пригнічені

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 1

Психотипи реагування хворих на встановлення діагнозу туберкульозу

Психотип реагування	А Ефективно ліковані		Б Неефективно ліковані		В Не ліковані		Разом	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Гармонічний	98	48,0	1	0,7*	2	1,3*	101	20,2
Меланхолічний	6	2,9	18	12,9*	3	1,9	27	5,4
Апатичний	3	1,5	0	0,0	1	0,6	4	0,8
Ейфоричний	51	25,0	1	0,7*	24	15,3*	76	15,2
Анозогнозичний	3	1,5	19	13,6*	2	1,3	24	4,8
Тривожний	1	0,5	20	14,3*	25	15,9*	46	9,2
Агресивний	3	1,5	17	12,1*	15	9,5*	35	7,0
Неврастенічний	8	3,9	23	16,4 *	10	6,4	41	8,2
Сенситивний	1	0,5	12	8,6*	1	0,6	14	2,8
Іпохондричний	2	1,0	12	8,6*	23	14,6*	37	7,4
Ергопатичний	16	7,8	1	0,7*	2	1,3*	19	3,8
Паранойяльний	0	0,0	1	0,7	20	12,7*	21	4,2
Обсцесивно-фобічний	0	0,0	1	0,7	15	9,5*	16	3,2
Змішаний	12	5,9	14	10,0	14	8,9	40	8,0
Разом	204	100,0	140	100,0	157	100,0	501	100,0

Примітка: \* – суттєва різниця ( $P < 0,05-0,001$ ) між показниками груп А і Б, А і В.

хворобою, їм була притаманна невіра в лікування, інколи були активні депресивні висловлювання і навіть суїцидні думки, не кажучи про песимістичний погляд на життя.

Гармонічний тип сприйняття своєї хвороби був у 98 (48,0 %) ефективно лікованих хворих, що у 67,7-37,8 разу частіше, аніж у 1 (0,7 %) раніше неефективно лікованого чи у 2 (1,3 %) не лікованих ( $P < 0,001$ ). Ейфоричний тип у ефективно лікованих траплявся в 35,2 разу частіше, ніж у раніше неефективно лікованих (25,0 проти 0,7 %,  $P < 0,001$ ) і лише в 1,6 разу частіше проти 24 (15,3 %) раніше неефективно лікованих ( $P < 0,02$ ).

У раніше неефективно лікованих психотипи реагування на туберкульоз були строкатіші. У них порівняно з групою А частіше виявляли неврастенічний (16,4 проти 3,9 %,  $P < 0,001$ ), тривожний (14,3 проти 0,5 %,  $P < 0,001$ ), анозогнозичний (13,6 проти 1,5 %,  $P < 0,001$ ), меланхолічний (12,9 проти 2,9 %,  $P < 0,001$ ) та агресивний (12,1 проти 1,5 %,  $P < 0,001$ ) типи реагування на хворобу.

Подібна тенденція спостерігалася й у не лікованих пацієнтів групи В, у т.ч. й у тих, що тривалий час відмовлялися від лікування. У них порівняно з ефективно лікованими (група А) найчастішими психотипами реагування на недугу були: тривожний (15,9 проти 0,5 %,  $P < 0,001$ ), іпохондричний

(14,6 проти 1,0 %,  $P < 0,001$ ), паранойяльний (12,7 проти 0 %) психотипи. Отже, в ефективно лікованих переважав гармонічний та ейфоричний тип сприйняття хвороби, у раніше неефективно лікованих – неврастенічний, тривожний, анозогнозичний, меланхолічний, агресивний типи реагування на недугу, а у не лікованих – тривожний, іпохондричний, паранойяльний психотипи. Ми не виявили залежності між психотипами реагування на туберкульоз та клінічними формами захворювання ( $P > 0,05$ ).

Отже, зазначені психотипи реагування на діагностований туберкульоз можуть використовуватися для індивідуалізації психотерапевтичних методів корекції у протитуберкульозній клініці, оскільки і фтизіатру, і психотерапевту треба мати уяву про так звані психотерапевтичні «мішені». Цими «мішенями» можуть бути різні варіанти (психотипи) особистісного реагування на хворобу.

Установлення діагнозу туберкульозу стало початком нової життєвої ситуації у всіх хворих, оскільки їм довелося зненацька змінювати свої сформовані стереотипи. Цей стресовий стан став для пацієнтів обох груп психогенією і причиною невротичних розладів ( $r = 0,85-0,69$ ,  $P < 0,001$ ). У 59 (48,4 %) з 122 бактеріовиділювачів групи А, у 54 (66,7 %) із 81 групи Б і у 13 (15,7 %) з 83 осіб групи

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

В почалися ознаки депресії після повідомлення про те, що в них виявлене бактеріовиділення і вони є заразними для родини і навколишніх ( $r=0,72$ ,  $P<0,001$ ).

Піднятий, ейфоричний настрій був у 51 (25,0 %) хворого групи А, в 1 (0,7 %) – групи Б і у 24 (15,3 %) – групи В. Вони не втрачали почуття гумору і щастя, у деяких з них з'явився підвищений інтерес до життя і почався розгульний спосіб життя. Заспокоєння в прийнятті спиртних напоїв знаходили 37 (72,5 %) і 10 (41,7 %) хворих відповідно груп А і В. Деякі пацієнти сердилися, конфліктували з навколишніми і лише 41 (8,2 %) особа з усіх спостережуваних в трьох групах зовні холодно-кровно і врівноважено перенесла звістку про туберкульоз, хоча внутрішнього спокою в них не було. У 312 (62,3 %) хворих усіх груп були явища астенії, зокрема дратливість, слабкість, порушення сну, різні вегетативні розлади. Ні робота, ні навіть хобі не цікавили 5 (2,4 %) пацієнтів групи А, 20 (14,3 %) – групи Б і 6 (3,8 %) – групи В і вони з трудом могли актуалізувати свою волю на подолання цих порушень.

### Висновок

Туберкульоз, який став значимою подією в житті людини, викликав у всіх пацієнтів широкий спектр почуттів. Він впливав на особистість і змінював її. У 129 (25,7 %) хворих спостерігалася переоцінка системи цінностей, у них виникали нові мотиви діяльності (зловживання спиртними напоями, подружня зрада, створення конфліктних ситуацій тощо). В інших при виявленні туберкульозу розвивався реактивний депресивний стан, 157 (31,3 %) неадекватно ставилися до захворювання і негативно – до лікування. Туберкульозна інтоксикація у 56 (11,2 %) призводила до вегетативних порушень, психастенії.

## Література

1. Snider D.E., Roper W.L. The new tuberculosis // N. Engl. J. Med. – 1992. – V. 326. – P. 703–705.
2. Bloom B.R., Murray C.J.L. Tuberculosis, commentary on a reemerging killer // Science. – 1992. – V. 257. – P. 1055-1063.
3. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Фтизіоепідеміологія. – К.: Здоров'я, 2004. – 624 с.
4. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Туберкульоз легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти. – К.: Логос, 1998. – 284 с.
5. Петренко В.М. Лечение больных туберкулезом // Доктор. – 2002. – № 4. – С. 25-28.
6. Мельник В.М. Эпидемиологическое значение эффективности лечения больных туберкулезом // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 4. – С. 5-9.
7. Ридер Г.Л. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом: Пер. с англ. – М.: Весь мир, 2001. – 192 с.
8. Styblo K. Epidemiology of Tuberculosis. – The Hague: WHO, 1991. – 457 p.
9. Beaglehole R., Bonita R., Kjellström. Basic epidemiology. – Geneva: WHO, 1993. – 259 p.
10. Лукашова Е.Н. Психологические особенности больных туберкулезом подростков // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 1. – С. 39-41.
11. Гнездилова Е.В. Фтиза-школа как способ психологической и социальной коррекции больных туберкулезом легких // Там же. – 2002. – № 3. – С. 11-12.
12. Сухов В.М. Опыт применения офлоксацина, ликопада и психологическая коррекция у больных хроническим туберкулезом легких // Пульмонология. – 2002. – № 4. – С. 9-12.

### PSYCHONEUROTIC DISORDERS AND FEATURES OF PSYCHOLOGY AT PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

Yu.M. Valetsky

*SUMMARY. Psychological features and psychoneurotic disorders at effective, ineffective treatment and at its lack have been studied at 501 patients with the first-diagnosed lung tuberculosis.*