

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ІНФІЛЬТРАТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Калмикова Ю.С.

Харківська державна академія фізичної культури

Анотація. У статті викладено результати дослідження психологічного статусу та його змін в результаті застосування аутогенного тренування у хворих на інфільтративну форму туберкульозу легень. Психологічні особливості хворих визначались за результатами методики диференціальної діагностики депресивних станів Цунга, тесту «САН» (самопочуття, активність, настрій) та «госпітальної шкали тривоги та депресії». Вказано на необхідність вивчення психологічних особливостей у даній категорії хворих з метою розробки ефективної комплексної програми фізичної реабілітації з застосуванням психотерапевтичного впливу.

Ключові слова: туберкульоз легень, психологічні особливості, аутогенне тренування, комплексна програма фізична реабілітації.

Аннотация. Калмыкова Ю.С. Изучение особенностей психологического статуса у больных инфильтративным туберкулезом легких. В статье изложены результаты исследования психологического статуса и его изменений в результате применения аутогенной тренировки у больных инфильтративной формой туберкулеза легких. Психологические особенности больных определялись по результатам методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга, теста «САН» (самочувствие, активность, расположение духа) и «госпитальной шкалы тревоги и депрессии». Указано на необходимость изучения психологических особенностей у данной категории больных с целью разработки эффективной комплексной программы физической реабилитации с применением психотерапевтического воздействия.

Ключевые слова: туберкулез легких, психологические особенности, аутогенная тренировка, комплексная программа физической реабилитации.

Annotation. Kalmykova Y. Study of peculiarity of psychological status for patient by infiltrative tuberculosis of lungs. In the article the results of research of psychological status and changes are expounded as a result of application of the psychological training for patients by the infiltrative tuberculosis of lungs. The psychological features of patients were determined on results the method of differential diagnostics of depressions of Cunga, test «FAM» (feel, activity, mood) and «hospital scale of alarm and depression». It is indicated on the necessity of study of psychological features at this category of patients with the purpose of of the effective complex program of a physical rehabilitation with the use of influence.

Keywords: tuberculosis of lungs, psychological features, psychological training, the complex program of a physical rehabilitation.

Вступ.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), нині відмічається збільшення кількості захворювань на туберкульоз легень в усьому світі, в тому числі і в Україні. Складність рішення цієї проблеми пов'язано з медико-соціальними проблемами. Крім того, у хворих на туберкульоз відмічаються функціональні порушення в психоемоційній сфері (астенізація, дратівливість, плаксивість, головні болі, сонливість, млявість, зниження інтересу до того, що оточує, зменшення ініціативності), які негативно впливають на перебіг захворювання. Для хворих на туберкульоз характерні відсутність критичного відношення до захворювання і поведінкові розлади з алкогольними ексцесами, можливі сплутана свідомість, а також хронічні афектні та маревні синдроми. При тривалому перебігу хвороби спостерігаються стійке зниження інтелекту, епілептиформні напади,

© Калмикова Ю.С., 2009

корсаковський синдром [9]. Внаслідок цього, важливою проблемою є вивчення психологічних особливостей у хворих на інфільтративну форму туберкульозу легень з наступною розробкою програм реабілітації з застосуванням психотерапевтичних засобів.

Нині туберкульоз вважається психосоматичним захворюванням, тобто причина його виникнення криється в зміні психологічного статусу інфікованої мікобактеріями туберкульозу людини, що приводить до зниження імунітету та маніфестації захворювання [1,3].

Суттєвими для психосоматичного механізму виникнення захворювання є не раптові удари долі та гострі душевні травми, а хронічні стани, які виникають, коли на тривалий час затягується вирішення життєво важливих проблем. Напруга, що постійно виснажує, конфлікти, розчарування, тривалий страх або безвихідність ситуації зменшують активність факторів імунітету та можуть вплинути на виникнення захворювання [3]. Huebschmann (1991) приводить багато історій хвороби, з яких виходить, що хворобу представляє еквівалент життєво важливого рішення. Одуjuanня наступає, коли ситуація вирішується ззовні, через що внутрішні рішення захворіти стає зайвим [цит. по 1].

Зростання в країні захворюваності на туберкульоз серед інших причин може пояснюватися тим, що душевно тонкі, ранимі люди не витримують напруги, яка створюється постійною психотравматизацією у зв'язку з невизначеністю майбутнього [1,3].

Таким чином, у хворих на туберкульоз спостерігається виражена тривожність, відсутність умінь прощати, віри та навичок розслабитися. Звідси витікає терапевтичне завдання: робота по переформовуванню печалі в прощення, а страху – у віру. Пригнічений гнів слід випустити назовні, направивши його на досягнення певної мети, як в особистому житті, так і в області досягнень – творчості [1,3].

Робота виконана за планом НДР Харківської державної академії фізичної культури.

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета дослідження: вивчення психологічних особливостей у хворих на інфільтративну форму туберкульозу легень та оцінка ефективності програми комплексної фізичної реабілітації з застосуванням аутогенного тренування хворих на інфільтративний туберкульоз легень.

Методи дослідження. Для вивчення психологічних особливостей хворих на туберкульоз, ми використали методику диференціальної діагностики депресивних станів Цунга (адаптовану Т.І. Балашовою), яка дозволяє діагностувати депресивний стан і стан, близький до депресії; тест «САН» для визначення оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою; «госпітальну шкалу тривоги та депресії», яка дозволяє виявити рівень тривожності та депресії [2,4,6,7,8].

Організація дослідження. Дослідження проводилося в Харківському обласному протитуберкульозному диспансері №1. Під нашим спо-

стереженням перебувало 198 хворих зрілого віку з інфільтративним туберкульозом легенів. Вони були довільно розділені на дві групи: основну групу – 102 хворих (62 чоловіка і 40 жінок) і контрольну групу – 96 хворих (55 чоловіків і 41 жінка). Крім того, всі хворі були розподілені на дві вікові групи з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей і вікової періодизації: перший зрілий вік (21-35 років у жінок і 22-35 років у чоловіків) і другий зрілий вік (36-55 років у жінок і 36-60 років у чоловіків).

Результати дослідження.

Психологічне тестування проводилося на 2-3 день після надходження хворих до диспансеру.

Первинне тестування за «шкалою Цунга для самооцінки депресії» показало, що у чоловіків основної та контрольної груп переважала легка депресія та субдепресивний стан (табл. 1).

Як видно з таблиці 2, у жінок переважав субдепресивний стан і, у порівнянні з чоловіками, більше жінок було з розвинутим депресивним станом, що свідчило про більш виражені гормональні розлади у жінок у зв'язку з передменструальним синдромом (ПМС) та клімактеричним періодом у жінок 36-55 років.

На підвищений рівень депресії та тривоги у хворих на інфільтративний туберкульоз указують

Таблиця 1

Рівень депресії за шкалою Цунга у чоловіків обстежених груп при первинному обстеженні

Рівень депресії	Вік, роки	ОГ, n=62			КГ, n=55		
		n	Абс.од.	%	n	Абс.од.	%
Відсутність депресії	22-36	23	6	26,1	21	5	23,8
	36-60	39	9	23,1	34	8	23,5
Легка депресія	22-36	23	9	39,1	21	8	38,1
	36-60	39	13	33,4	34	12	35,3
Субдепресивний стан	22-36	23	6	26,1	21	6	28,6
	36-60	39	12	30,7	34	10	29,4
Розвинутий депресивний стан	22-36	23	2	8,7	21	2	9,5
	36-60	39	5	12,8	34	4	11,8

Таблиця 2

Рівень депресії за шкалою Цунга у жінок обстежених груп при первинному обстеженні

Рівень депресії	Вік, роки	ОГ, n=40			КГ, n=41		
		n	Абс.од.	%	n	Абс.од.	%
Відсутність депресії	21-35	21	3	14,3	23	4	17,4
	36-55	19	2	10,5	18	3	16,6
Легка депресія	21-35	21	5	23,8	23	4	17,5
	36-55	19	4	21,1	18	4	22,3
Субдепресивний стан	21-35	21	9	42,9	23	10	43,4
	36-55	19	8	42,1	18	7	38,9
Розвинутий депресивний стан	21-35	21	4	19,0	23	5	21,7
	36-55	19	5	26,3	18	4	22,2

Таблиця 3

Рівень тривоги та депресії у чоловіків обстежених груп при первинному обстеженні за результатами тесту «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS)

Рівень тривоги та депресії	Вік, роки	ОГ, n=62			КГ, n=55		
		n	Абс.од.	%	n	Абс.од.	%
Норма (відсутність виражених симптомів тривоги та депресії)	22-36	23	5	21,7	21	5	23,8
	36-60	39	9	23,1	34	8	23,6
Субклінічно виражена тривога та депресія	22-36	23	14	60,9	21	13	61,9
	36-60	39	24	61,5	34	20	58,8
Клінічно виражена тривога та депресія	22-36	23	4	17,4	21	3	14,3
	36-60	39	6	15,4	34	6	17,6

Таблиця 4

Рівень тривоги та депресії у жінок обстежених груп при первинному обстеженні за результатами тесту «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS)

Рівень тривоги та депресії	Вік, роки	ОГ, n=40			КГ, n=41		
		n	Абс. од.	%	n	Абс. од.	%
Норма (відсутність виражених симптомів тривоги та депресії)	21-35	21	3	14,3	23	3	13,1
	36-55	19	2	10,6	18	2	11,1
Субклінічно виражена тривога та депресія	21-35	21	10	47,6	23	11	47,8
	36-55	19	7	36,8	18	7	38,8
Клінічно виражена тривога та депресія	21-35	21	8	38,1	23	9	39,1
	36-55	19	10	52,6	18	9	50,1

також результати тесту «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS), розробленого A.S. Zigmond та R.P. Snaith у 1983 р. В результаті первинного тестування в основній групі ми виявили переважання чоловіків з субклінічно вираженими тривогою та депресією: у 60,9% чоловіків віком 22-36 років та у 61,5% чоловіків віком 36-60 років. У контрольній групі спостерігалися подібні результати (табл. 3).

Вивчення психологічного стану у жінок обстежених груп показало, що жінки більше піддаються тривозі та депресії, про що свідчать показники тесту «Госпітальна шкала тривоги і депресії». З таблиці 4, видно, що переважала субклінічно виражена тривога та депресія у жінок 21-35 років та клінічно виражена тривога та депресія у жінок 36-55 років.

За результатами тесту «САН» ми оцінювали самопочуття, активність та настрій у обстежених хворих. Всі чоловіки основної та контрольної груп скаржилися на підвищену стомлюваність, слабкість, пригніченість, дратівливість, загально-

ваність (100%). Погане самопочуття відзначали 82,6% чоловіків основної групи та 85,7% чоловіків контрольної групи віком 22-36 років. Чоловіки другого зрілого віку частіше скаржилися на погане самопочуття: 92,3% та 91,2% відповідно. На знижену активність, знижену фізичну работоспроможність, підвищену пасивність скаржилися 86,9% чоловіків основної групи та 90,4% чоловіків контрольної групи, на поганий настрій – 65,2% та 66,7% (перший зрілий вік). Подібна картина спостерігалася у чоловіків другого зрілого віку (рис. 1).

Показники САН були більш вираженими у жінок, ніж у чоловіків, що можна пояснити наявністю ПМС та клімактеричного синдрому у жінок. На підвищену дратівливість, порушення сну, виражену слабкість, втому скаржилися 85,7% жінок основної групи та 86,9% жінок контрольної групи (перший зрілий вік).

Активність була зменшена у 81,0% та у 82,6% жінок відповідно. Швидко зміну настрій, дратівливість, збудливість та апатію ми спостерігали у

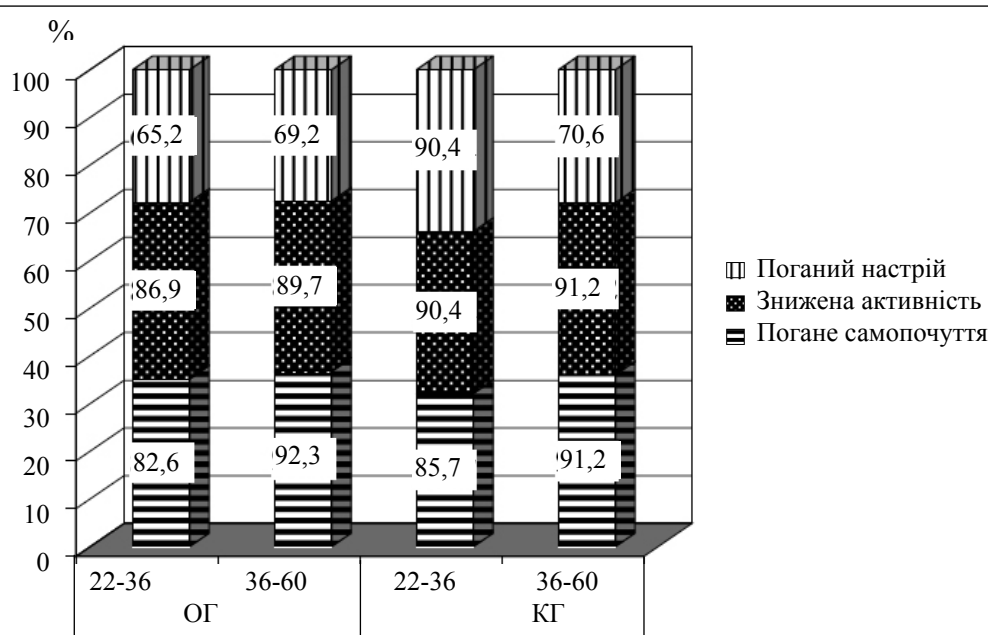


Рис. 1 Показники САН у чоловіків обстежених груп при первинному обстеженні

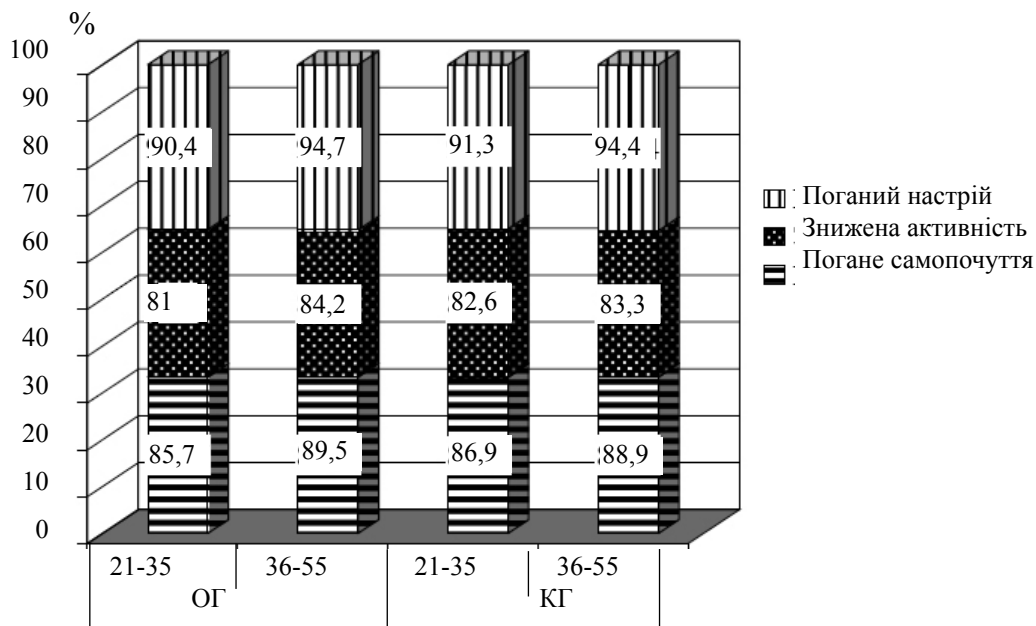


Рис. 2 Показники САН у жінок обстежених груп при первинному обстеженні

Таблиця 7

Рівень депресії за шкалою Цунга у чоловіків основної та контрольної груп при повторному обстеженні

Рівень депресії	Вік, роки	Первинне обстеження				Повторне обстеження			
		ОГ, n=62		КГ, n=55		ОГ, n=62		КГ, n=55	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Відсутність депресії	22-35	6	26,1	5	23,8	10	43,5	7	33,3
	36-60	9	23,1	8	23,5	13	33,3	9	26,5
Легка депресія	22-35	9	39,1	8	38,1	8	34,8	7	33,3
	36-60	13	33,4	12	35,3	16	41,1	13	38,2
Субдепресивний стан	22-35	6	26,1	6	28,6	4	17,4	5	23,9
	36-60	12	30,7	10	29,4	8	20,5	9	26,5
Розвинутий депресивний стан	22-35	2	8,7	2	9,5	1	4,3	2	9,5
	36-60	5	12,8	4	11,8	2	5,1	3	8,8

Примітки:

Чоловіки (ОГ – 22-36 р. – n=23, 36-60 р. – n=39; КГ – 22-36 р. – n=21, 36-60 р. – n=34)

90,4% та у 91,3% випадках в обстежених групах. У жінок другого зрілого віку основної та контрольної групи ми відмічали більш виражені зміни самопочуття, активності та настрою (рис.2).

З метою поліпшення психоемоційного стану хворих на інфільтративний туберкульоз легенів ми застосовували аутогенне тренування (АТ) за методикою В.С. Лобзина, яка включає підготовчі психотерапевтичні заходи (вивчення особистості хворого та визначення основних методів психотерапевтичного впливу – тестування), попередні вправи (дишальна гімнастика та розслаблюючі фізичні вправи), навчальний курс аутогенного тренування. АТ ґрунтується на стимулюванні внутрішніх механізмів нормалізації психічної сфери людини, приводить до нормалізації порушених внаслідок хвороби функцій органів та систем (кардіо-респіраторної, гепатобілярної, вегетативної нервової системи) [5].

За результатами тестування за шкалою Цунга ми виявили позитивний вплив запропонованої нами програми фізичної реабілітації в комплексі з аутогенним тренуванням на рівень депресії у хворих на інфільтративний туберкульоз легенів. Так, кількість чоловіків першого зрілого віку з відсутністю депресії збільшилася у 1,7 рази, порівняно з первинним обстеженням та у 1,4 рази порівняно з чоловіками того ж віку контрольної групи. В контрольній групі, у якій застосовувалися загальноприйняті засоби фізичної реабілітації, покращення результатів тесту за шкалою Цунга було незначним (табл. 7).

У жінок обстежених груп спостерігалася подібна картина: значне збільшення кількості жінок без депресії в основній групі (в обох вікових групах) – 14,3% та 10,5% відповідно при первинному обстеженні та 38,1% та 31,6% при повторному обстеженні. Як видно з табл. 8 у контрольній групі зміни рівня депресії були мало вираженими.

Аналіз результатів тесту «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS) підтвердив покращення психологічного стану в обстежених хворих. Ми спостерігали відсутність виражених симптомів тривоги та депресії у 16 (69,6%) чоловіків основної групи віком 22-35 років при повторному обстеженні, що майже у 1,5 рази більше, ніж у чоловіків контрольної групи того ж віку – 10 (47,6%). У чоловіків другого зрілого віку при повторному обстеженні рівень тривоги та депресії також наближався до норми: в основній групі у 25 (64,1%) випадках, у контрольній групі таких хворих було значно менше – 14 (41,2%) (табл. 9).

У жінок основної групи запропонована нами програма фізичної реабілітації в комплексі з аутогенним тренуванням сприяла вираженому зниженню рівня тривоги та депресії, порівняно з жінками контрольної групи. Клінічно виражена тривога та депресія спостерігалася при повторному обстеженні у 4 (19,1%) жінок першого зрілого віку основної групи (при первинному обстеженні у 2 рази більше

– у 8 (38,1%) випадках), у контрольній групі цей показник змінився незначно – 9 (39,1%) та 7 (30,4%) жінок відповідно при первинному та повторному обстеженні. Відсутність виражених симптомів тривоги та депресії також переважала у жінок основної групи обох вікових груп, порівняно з контрольною групою (табл. 10).

Повторне обстеження самопочуття, активності та настрою (тест «САН») у хворих обох груп показало, що в основній групі указані показники значно покращилися в порівнянні з контрольною. Так, погане самопочуття залишилося лише у 30,4% чоловіків основної групи першого зрілого віку що у 2 рази менше, ніж у контрольній групі (61,9%). Застосування запропонованої нами комплексної програми фізичної реабілітації в комплексі з аутогенним тренуванням за методикою В.С. Лобзина у хворих основної групи сприяло підвищенню активності та настрою: на знижену активність та поганий настрій скаржилися 34,8% та 17,4% осіб відповідно, в контрольній групі ці показники у 1,5-2,5

Таблиця 8

Рівень депресії за шкалою Цунга у жінок основної та контрольної груп при повторному обстеженні

Рівень депресії	Вік, роки	Первинне обстеження				Повторне обстеження			
		ОГ, n=40		КГ, n=41		ОГ, n=40		КГ, n=41	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Відсутність депресії	21-35	3	14,3	4	17,4	8	38,1	6	26,1
	36-55	2	10,5	3	16,6	6	31,6	5	27,8
Легка депресія	21-35	5	23,8	4	17,5	7	33,3	6	26,1
	36-55	4	21,1	4	22,3	5	26,3	4	22,2
Субдепресивний стан	21-35	9	42,9	10	43,4	5	23,8	8	34,8
	36-55	8	42,1	7	38,9	6	31,6	6	33,3
Розвинутий депресивний стан	21-35	4	19,0	5	21,7	1	4,8	3	13,0
	36-55	5	26,3	4	22,2	2	10,5	3	16,7

Примітки:

Жінки (ОГ – 21-35 р. – n=21, 36-55 р. – n=19; КГ – 21-35 р. – n=23, 36-55 р. – n=18)

Таблиця 9

Рівень тривоги та депресії у чоловіків основної та контрольної груп при повторному обстеженні за результатами тесту «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS)

Рівень тривоги та депресії	Вік, роки	Первинне обстеження				Повторне обстеження			
		ОГ, n=62		КГ, n=55		ОГ, n=62		КГ, n=55	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма (відсутність виражених симптомів тривоги та депресії)	22-35	5	21,7	5	23,8	16	69,6	10	47,6
	36-60	9	23,1	8	23,6	25	64,1	14	41,2
Субклінічно виражена тривога та депресія	22-35	14	60,9	13	61,9	6	26,1	9	42,9
	36-60	24	61,5	20	58,8	11	28,2	16	47,1
Клінічно виражена тривога та депресія	22-35	4	17,4	3	14,3	1	4,3	2	9,5
	36-60	6	15,4	6	17,6	3	7,7	4	11,7

Примітки:

Чоловіки (ОГ – 22-36 р. – n=23, 36-60 р. – n=39; КГ – 22-36 р. – n=21, 36-60 р. – n=34).

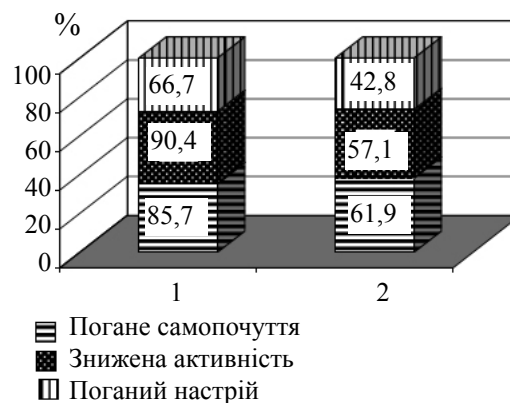
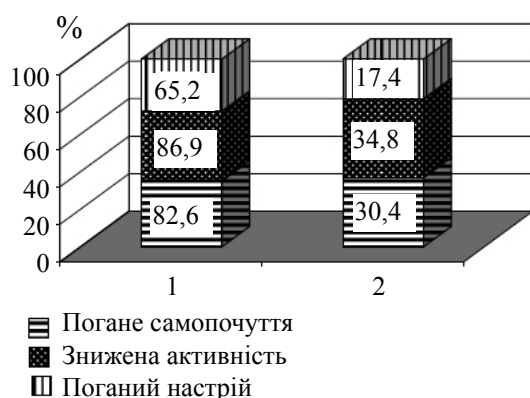
Таблиця 10

Рівень тривоги та депресії у жінок основної та контрольної груп при повторному обстеженні за результатами тесту «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS)

Рівень тривоги та депресії	Вік, роки	Первинне обстеження				Повторне обстеження			
		ОГ, n=40		КГ, n=41		ОГ, n=40		КГ, n=41	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма (відсутність виражених симптомів тривоги та депресії)	21-35	3	14,3	3	13,1	12	57,1	8	34,8
	36-55	2	10,6	2	11,1	9	47,4	5	27,8
Субклінічно виражена тривога та депресія	21-35	10	47,6	11	47,8	5	23,8	8	34,8
	36-55	7	36,8	7	38,8	4	21,1	5	27,8
Клінічно виражена тривога та депресія	21-35	8	38,1	9	39,1	4	19,1	7	30,4
	36-55	10	52,6	9	50,1	6	31,5	8	44,4

Примітки:

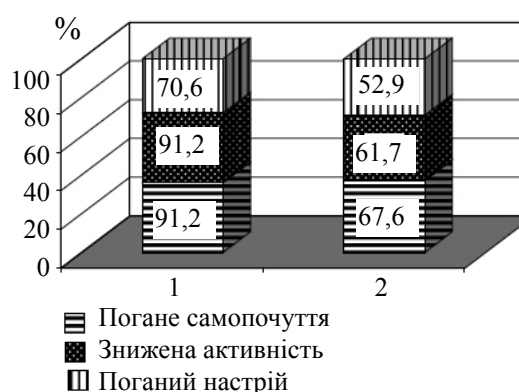
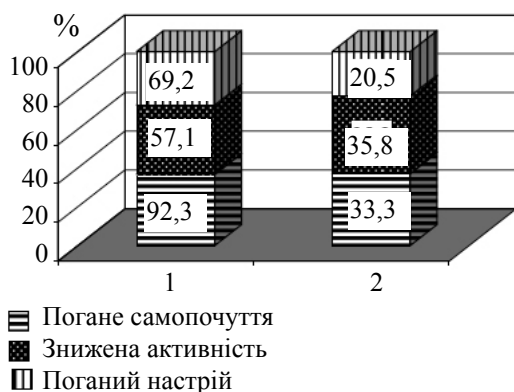
Жінки (ОГ – 21-35 р. – n=21, 36-55 р. – n=19; КГ – 21-35 р. – n=23, 36-55 р. – n=18)



основна група

контрольна група

Рис. 3 Показники САН у чоловіків основної та контрольної груп 22-36 років при повторному обстеженні, 1 – первинне обстеження, 2 – повторне обстеження



основна група

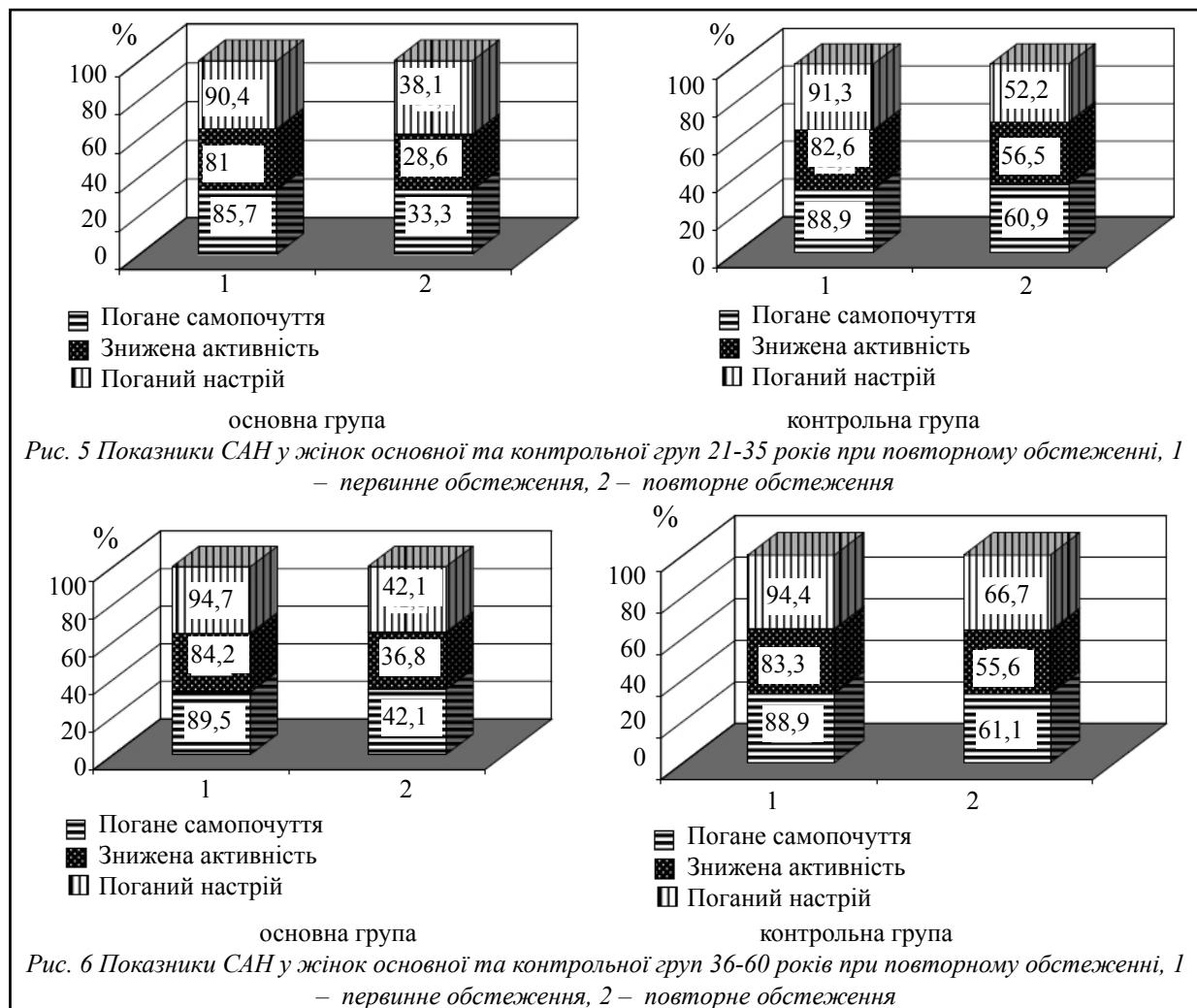
контрольна група

Рис. 4 Показники САН у чоловіків основної та контрольної груп 36-60 років при повторному обстеженні, 1 – первинне обстеження, 2 – повторне обстеження

рази більше – 57,1% та 42,8% чоловіків відповідно (рис.3).

У чоловіків другого зрілого віку спостерігалася подібна картина: показники самопочуття, активності та настрою в основній були кращими, ніж в контрольній групі (рис.4).

Застосування програми фізичної реабілітації в комплексі з аутогенним тренуванням за методикою В.С. Лобзина сприяли зменшенню дратівливості, слабкості, втоми та нормалізації сну у жінок основної групи першого зрілого віку (85,7% – при первинному та 33,3% – при повторному обстеженні).



ні). В контрольній групі ми також відзначили покращення самопочуття, проте у меншій кількості хворих (86,9% – при первинному та 60,9% – при повторному обстеженні). При аналізі показників активності ми відзначили значне підвищення рухливості, діяльності та зменшення пасивності у жінок обох вікових груп: при повторному обстеженні в основній групі знижена активність спостерігалася у 28,6% обстежених (при первинному – у 81,0%), в контрольній групі – у 56,5% жінок (при первинному – у 82,6%). Скарги на швидку зміну настрою, дратівливість, збудливість та апатію залишилися у 38,1% жінок основної групи (при первинному обстеженні вони спостерігались у 90,4%) та у 52,2% жінок контрольної групи (при первинному обстеженні – у 91,3%). У жінок другого зрілого віку основної та контрольної групи ми також відмітили зміни самопочуття, активності та настрою при повторному обстеженні, проте вони були менш виражені (рис. 5 та рис. 6).

Висновки.

Проведене дослідження показало, що психологічні особливості хворих на туберкульоз легень за результатами методики диференціальної діагностики депресивних станів за шкалою Цунга, тесту «САН» та «госпітальної шкали тривоги і депресії» при первинному обстеженні знаходилися на низь-

кому рівні. Вивчення психологічних особливостей у даної категорії хворих сприяло розробці програми фізичної реабілітації в комплексі з аутогенним тренуванням, яка дала можливість покращити психоемоційний стан хворих, про що свідчать дані повторного обстеження, і, тим самим сприяти одужанню.

Перспективним є вивчення стану вегетативної нервової системи у хворих, які хворіють на інфільтративну форму туберкульозу легень.

Література.

1. Воронов М.В. Психосоматика: практическое руководство / М.В. Воронов. – К.: Ника-Центр, 2002. – С. 206-209.
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие [для студ. высш. учеб. заведений] / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
3. Веро М. Психологические факторы при заболевании туберкулезом / М. Веро // Новости медицины и фармации – 2007. – № 14(220). – С. 15.
4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика [учебное пособие] / Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. – 672 с.
5. Филатов А.Т. Аутогенная тренировка / А.Т. Филатов. – К.: Здоров'я, 1979. – 148 с.
6. Zigmond A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S.Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361-370.
7. <http://subscribe.ru/archive/psychology.stress/200403/29001330.html>
8. http://www.pedlib.ru/Books/1/0417/1_0417-313.shtml
9. <http://www.bookap.by.ru/genpsy/eliseev/oglav.shtml>

Надійшла до редакції 20.04.2009р.
yamamaha13@gmail.com