



Е. В. Сухова

ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛАЗАМИ ПСИХОЛОГА

Киров
2023



Е. В. Сухова

ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛАЗАМИ ПСИХОЛОГА

Монография

Киров
2023

УДК 616-002.5

ББК 54.12

С91

Автор –

Сухова Елена Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой «Клиническая медицина» частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»»

Рецензенты:

Кулиджанов А. Ю., доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ;
Билев А. Е., доктор медицинских наук, профессор

С91 Сухова, Е. В. Туберкулез глазами психолога [Электронный ресурс]: монография / Е. В. Сухова. – Электрон. текст. дан. (2,4 Мб). – Киров: Изд-во МЦИТО, 2023. – 170 с. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования: PC, Intel 1 ГГц, 512 Мб RAM, 2,4 Мб свобод. диск. пространства; CD-привод; ОС Windows XP и выше, ПО для чтения pdf-файлов. – Загл. с экрана.

ISBN 978-5-907743-10-6

Научное электронное издание

Настоящая монография предназначена для студентов медицинских вузов, психологических факультетов медицинских и педагогических вузов, а также для ординаторов, врачей-фтизиатров, врачей-терапевтов и врачей общей практики, медицинских психологов, социальных психологов, социальных педагогов. Представлены результаты исследования психологических и социальных характеристик больных туберкулезом мужчин и женщин специально разработанными авторскими анкетами и стандартизованными психологическими тестами. Психологические особенности больных целесообразно учитывать при лечении и реабилитации. Проведено сравнение психологических особенностей больных туберкулезом, полученных в современных условиях и представленных в художественных произведениях.

ISBN 978-5-907743-10-6

УДК 616-002.5
ББК 54.12

Оглавление

| | |
|---|-----|
| ГЛАВА 1. ИСТОРИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОТРАЖЕННАЯ В ПОЭЗИИ И ЖИВОПИСИ..... | 5 |
| ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ | 32 |
| ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ | 109 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 162 |
| БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК..... | 167 |

ГЛАВА 1. ИСТОРИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОТРАЖЕННАЯ В ПОЭЗИИ И ЖИВОПИСИ

Все время существования человечества его сопровождает туберкулез. Это заболевание известно с глубокой древности, о чем свидетельствуют наскальные рисунки периода неолита и исследование мумий египетских фараонов. С помощью генной диагностики в мумиях были обнаружены микобактерии.

В 1907 году Пауль Бартельс описал поражение грудных позвонков вследствие туберкулеза с образованием горба у скелета, найденного учеными около Гейдельберга и принадлежащего человеку, жившему приблизительно за 5000 лет до н. э.

Чаще всего туберкулез поражает органы дыхания, хотя туберкулез известны и внелегочные формы туберкулеза. «Золотуха» – туберкулез периферических лимфатических узлов. «Сухотка» – туберкулез костей. «Чахотка» – туберкулез легких.

Туберкулез является общим заболеванием, больного изнуряет лихорадка и постоянная интоксикация продуктами распада возбудителя, поэтому он худеет, слабеет, потеет, плохо ест и спит.

«Отец медицины» Гиппократ, описал фиброзно-кавернозный туберкулез легких и ввел понятие «фтиза». Поэтому врачи, которые занимаются лечением больных туберкулезом, называются «фтизиатрами». В отличие от современных врачей, Гиппократ считал «фтизу» незаразной и полагал, что она вызывается кровохарканьем.

Древние вавилоняне подозревали, что больной фтизой выделяет заразное начало в воздух. Вавилонские законы, относящиеся к периоду 2000 до нашей эры, разрешали мужчине совершить развод с женщиной, больной «фтизой».

В Древней Индии запрещалось жениться на женщине из семей, где были больные туберкулезом, т. е. существовали догадки о наследственной предрасположенности и инфекционном начале болезни.

В Древней Греции люди настолько боялись туберкулеза, опасности заражения, что бросали больного на произвол судьбы в его доме. Существовало мнение о том, что люди, которые ухаживают за больными туберкулезом, становятся жертвами этой болезни. Сейчас таких людей называют «контактными», и риск заражения у них действительно выше. Люди спасались от болезни быстрым бегством, они убегали из жилья, бросали имущество и родственников. Дети бросали больных родителей. Таков был страх заражения.

Объяснение этому страху заключается в том, что не было информации о причине заболевания, возбудителе, путях передачи инфекции. Люди не понимали, каким образом происходит заражение. Средств и методов лечения также не было. Больной был обречен. Обычно причиной смерти являлось легочное кровотечение. Примерно каждый десятый житель Европы умирал от туберкулеза.

В Античности чахотку воспринимали как болезнь противоположностей, телесных и душевных: пугающая бледность сменялась ярким внезапным румянцем, лихорадочная, бесцельная активность и эйфория – оцепенением и печалью, неудержимая жажда жизни – смертельной тоской.

Чахотка считалась болезнью страстных натур и недугом страстей. Выдвигались разные теории относительно причины развития болезни. Например, болезнь чахотка – это разрушительный костер души, в котором сгорают один за другим дни страдальца. Жар – признак внутреннего горения, испепеляющего пламени, страстей человека.

Пока тело больного «иссыкает», тает, дематериализуется и становится прозрачным, утончаются и совершенствуются его душа и сознание. Они высвобождаются из телесной оболочки, одухотворяется личность больного чахоткой.

Истощение, горящий взгляд, бледные или лихорадочно пылающие щеки больного туберкулезом могут дать непосредственное представление о его сущности и душе. Дух почти отделился от плоти. Он еще не покинул тело затем только, чтобы действительно превратить его в чистый символ. Тело становится прозрачно-хрупким, дух покидает его. Представляем описание больного туберкулезом профессора К. А. Буйневича из «Руководства к изучению внутренних

болезней», изданного в Москве в 1914 году. В момент написания учебника не были открыты антибиотики и другие противотуберкулезные препараты, и описание профессора Буйневича соответствует описанию больного без лечения.

Легочный туберкулез развивается обычно у лиц ослабленной организации. Организм сжигает самого себя, сжигает и удаляет свою жизненную субстанцию. Такие субъекты испытывают постоянно недомогание, слабость, одышку, легкую потливость при всяком усилии, не способны к значительному физическому труду. Медленно, но прогрессивно худеют. Часто в общем строении они представляют симптомы врожденного недоразвития и слабости многих органов и тканей, слабое телосложение, тонкие кости, слабые мышцы, тонкая кожа, скудный подкожный слой, общее деликатное сложение.

Узкая, длинная, плоская, паралитическая грудь с тонкими, иногда расщепленными ребрами, широкими межреберьями, узкой грудиной, недоразвитыми десятыми ребрами. Слабые шейные мышцы как бы не в состоянии удерживать грудную клетку, и она вся опускается, шея от этого длинная, плечи покатые. Сзади вследствие слабости мышц лопатки не прилегают плотно к грудной клетке, а разворочены как крылья. При длинной узкой груди расстояние от основания мечевидного отростка до пупка слишком велико, от этого органы живота и особенно желудок должны принимать вертикальное положение и опускаются. Такие субъекты с детства, несмотря на хорошие условия жизни, выделяются своим слабым здоровьем, страдают одышкой, сердцебиением, носовыми кровотечениями, плохим аппетитом». Иллюстрацией к описанию может служить картина Боттичелли «Рождение Венеры».

Большая распространенность туберкулеза объясняет стандарты женской красоты. На данном полотне можно увидеть все проявления хронического туберкулеза.

С момента встречи Боттичелли с Симонеттой Веспуччи моделью всех Мадонн и Венер кисти Боттичелли была она.



Он повторял ее лицо из картины в картину, и даже после ее смерти писал ее по памяти. Симонетта умерла в 23 года от туберкулеза. Она считалась первой красавицей флорентийского Ренессанса, за свою красоту получила прозвище Несравненной и Прекрасной Симонетты.

Стандартом красоты была хрупкая, возвышенная дама, бестелесный ангел.

Поэт Михаил Кузьмин сказал о Симонетте следующее.

«Пробежавшая всю молодость и свою всю жизнь в семь лет (16–23) девушка, почти видение, символ, не человек, которую Боттичелли так везде и рисовал в виде Венер, Мадонн, Весен, возлюбленная Лоренцо, воспетая Полициано, восторженная, радостно-удивленная, открытая для всего и всех, легкий, убегающий профиль. Всем несет радость и прелесть жизни, и сама первая это восторженно воспринимающая. И Боттичелли, который видит то, чего никто, ни она сама не видит, ее обреченность».

Впервые вопрос о внешней причине фтизы и заразности этой болезни поставил итальянский врач Джироламо Фракасторо в 1546 году. В своем труде «Контагиозные болезни» он описал «незримые семена болезни». Эти семенами заражена мокрота больного туберкулезом, воздух вокруг него и те предметы, которыми он пользуется, а также пища. «Незримые семена болезни» или по определению Фракасторо «контагии» – это открытые позднее Робертом Кохом микобактерии. В мокроту «заразные семена болезни» попадают из «гнилых, дырявых легких».

Страх перед этими семенами болезни был так велик, что начиная с 16 века, власти требовали не только дезинфицировать жилье, в котором жил и умер больной туберкулезом, но и сжигать его вещи. И их действительно сжигали на кострах.

Инфекционные болезни в средние века вызывали суеверный ужас и панику.

Причины смерти больного, заражения его родственников и соседей были неизвестны и непонятны. Из методов лечения можно назвать горный воздух и усиленное питание. Больной был обречен, и окружающие действительно заражались от больного туберкулезом. Опасность вызывает страх. Страх перед туберкулезом был велик.

Первой страной, в которой был издан закон об обязательной регистрации больных чахоткой, была Испания (1751 год). Ко времени издания закона потенциальные ведьмы (около 50 тысяч) были сожжены на кострах инквизиции.

Для подозрения в том, что женщина является ведьмой, было достаточно доноса в инквизицию. Признание в колдовстве вырывалось под страшными пытками. Для определения того, является ли женщина ведьмой, ее взвешивали на специальных весах. Если подозреваемая в сношении с Дьяволом весила менее 50 кг, то она без сомнения являлась ведьмой. Считалось, что метла может вынести вес ведьмы не более 50 килограммов. Если вес был более 50 кг, то женщине выдавался специальный сертификат о том, что она не ведьма.



Следует знать о том, при хроническом туберкулезе развивается полиорганная л недостаточность. У больных имеется дефицит массы тела. Можно предполагать, что среди сожженных ведьм были, в большинстве случаев, больные чахоткой. Ведь примерно каждый житель в Европе был болен туберкулезом.

Когда потенциальных ведьм ликвидировали, то король Испании Фердинанд Шестой издал закон касательно больных туберкулезом. Врачи должны были извещать власти о случае заболевания туберкулезом или о смерти от туберкулеза. При неповиновении врачу грозил большой штраф или высылка. Если члены семьи или сиделка скрывали заболевание туберкулезом, то им грозила тюрьма или каторга. Больных предписывалось госпитализировать в отдельные

больницы, а одежду и предметы обихода сжигать. Запрещалось использовать белье, мебель, посуду, которой пользовался больной туберкулезом. Костры на площадях продолжали пылать.

Опыт в борьбе в туберкулезом переняли и другие страны. Аналогичные законы касательно больных чахоткой и наказания врачей были приняты в Италии и Португалии.

Врачи до сих пор сомневаются в том, что Фредерик Шопен страдал туберкулезом легких. Но при жизни Шопена врачи ставили ему диагноз «туберкулез легких».

Шопен заболел туберкулезом в то время, когда крепкое здоровье было не в моде, – писал композитор Камиль Сен-Санс в 1913 году, – в моде была бледность и изможденность. Княгиня Бельджойозо (одна из самых известных *femmes fatales* своего времени) прогуливалась по бульварам, бледная как сама смерть». Она была законодательницей чахоточной моды. Богемный Теофиль Готье в молодости «не мог считать поэтом никого, кто весил бы более 99 фунтов».

Жившая в Париже русская художница Мария Башкирцева пишет в своих дневниках 1883 года о культуре чахотки: «Было, кажется, такое время, когда чахотка была в моде, и всякий старался казаться чахоточным или действительно воображал себя больным».

Фредерик Шопен трогал женские сердца аристократической бледностью и необходимостью в утешении. Слабое тело, белокурые шелковистые волосы, бледная кожа, потерянный мечтательный взгляд. «Милый, бледный и эфирный», – описывала Шопена пианистка Генриетта Фогт.

Графиня Мари д'Агу выражала свое мнение следующими словами: «Шопен неотразим. Только постоянно кашляет. Но кашляет бесконечно грациозно».

Болезнь расценивалась не как ограничение, дефицит или недостаток: напротив, она считалась закономерной частью бытия, более того – способом глубинного познания жизни. Угасающий чахоточный больной приобретал черты бесплотного ангела. Плечи его приобретали форму крыльев. Чахоточных больных называли «крылатыми личностями».

При ухудшении состояния Шопен направился в Испанию, для лечения климатом. Однако в порту острова Майорка его не посадили из-за болезни на пассажирский корабль, его отказывались принять на борт. Шопен переправился на барже, перевозившей свиней, и добрался до Барселоны. Путешествие на грязной барже, по сути в хлеву, оказалось фатальным для композитора. В гостинице у него началось легочное кровотечение. Страх перед чахоткой был так велик, что хозяин гостиницы сжег не только личные вещи Шопена, но и мебель из гостиничного номера, а также обои со стен.

Но не во всех странах боролись с туберкулезом так радикально. Например, в Англии отношение к больным было более терпимым. Старинные английские манускрипты донесли до нас рекомендации по лечению больных туберкулезом. Рекомендовалось больным любого возраста высасывать грудное молоко из груди кормилицы. Если учесть, что выкармливать чужого ребенка одновременно со своим может только физически крепкая женщина, здоровая и тренированная, с хорошим аппетитом, грудное молоко по составу намного превосходит коровье, коровы в те времена почти поголовно были заражены туберкулезом, а для человека возможно заражение туберкулезом при употреблении молока больных туберкулезом коров, больные чахоткой истощены и ослаблены, им необходим белок, причем легкоусвояемый, то можно признать рациональность подобного способа лечения.

Также больным туберкулезом рекомендовались ванны с отваром из щенков. Рациональное объяснение этой рекомендации найти трудно. Но и наше время больные туберкулезом употребляют в пищу мясо молодых щенков.

Время появления старинных английских манускриптов с рекомендациями по лечению больных туберкулезом совпадает с началом развития капитализма и появлением первых мануфактур. В Англии было много суконных мануфактур и ткацких фабрик. На фабриках, рудниках использовался преимущественно ручной труд. Основное бремя труда лежало на рабочих, труд был тяжелым, в сырых темных цехах. Рабочий день мог продолжаться до 12 часов. Не существовало по-

нятий о технике безопасности и охране труда. После тяжелого рабочего дня рабочие возвращались в сырые, непроветриваемые бараки, где скученность превышала допустимые санитарные нормы. Питание было скудным. Вполне очевидно, что много рабочих болело туберкулезом и умирало от этой болезни.

Малодоступные методы лечения туберкулеза, ведь кормилицу для взрослого человека найти достаточно сложно, и еще труднее приготовить ванну из щенков можно расценить как веру в чудо излечения от экзотических, нетрадиционных методов.

Один из основоположников клинической медицины и патологической анатомии Рене Лаэннек доказал, что морфологическим субстратом туберкулеза является туберкулезный бугорок. Лаэннек изучал строение бугорка под лупой, так как микроскоп еще не был изобретен. Он создал унитарную теорию заболевания, доказав, что при легочных и внелегочных формах туберкулеза субстратом болезни является туберкулезный бугорок. Лаэннек объединил в рамки одного заболевания поражение легких, лимфатических узлов, плевры и других органов, потому что доказал, что основой поражения является единый патоморфологический субстрат-бугорок (туберкул). Лаэннек писал о возможности излечения от туберкулеза путем формирования рубца на месте каверны и привел примеры рубцевания каверн.

Рене Лаэннек потерял мать в детстве, она умерла от туберкулеза, и воспитывался дядей, ректором Нантского университета. К 14 годам Лаэннек окончил гимназию и поступил в университет. Особое внимание Лаэннека привлекал туберкулез, который осиротил его. Лаэннек дал описание клинических форм легочного туберкулеза. Сам Рене Лаэннек умер в 1826 году также от туберкулеза. Он распиливал в секционном зале позвонок больного туберкулезным спондилитом и повредил себе палец. На месте ранки образовался туберкулезный бугорок. Произошла генерализация процесса, и Лаэннек умер в возрасте 45 лет.

Возбудитель болезни был по-прежнему неизвестен. И выдвигались разные предположения о причинах развития заболевания. Например, туберкулез счи-

тали болезнью страсти и печали, болезнью творческих натур. Чахотка была синонимом чувствительных, творческих личностей. Раннюю смерть объясняли благородством духа, глубоким самопознанием души.

У Франца Кафки был диагностирован туберкулез легких. О причинах своей болезни он написал в дневнике следующее: «...рана в легких является лишь символом, символом раны, воспалению которой имя Ф.». свою болезнь он объяснял так: «Я болен духом, а заболевание легких лишь следствие того, что духовная болезнь вышла из берегов».

Можно также остановиться на моде на корсеты, их носили не только женщины, чтобы создать осиную талию, но и мужчины с сутулой спиной для горделивой осанки. Шнуровку корсета затягивала на спине дородная и крепкая горничная или здоровый лакей. Процесс затягивания корсета все помнят по фильму «Унесенные ветром». Сдавливались ребра, дыхание было поверхностным, диафрагма практически не принимала участие в акте дыхания, нижние отделы легких практически не вентилировались, кровообращение было нарушено. Человек не мог покашлять, сделать глубокий вдох. Дамы часто падали в обморок.

При этом внешне по контрасту с фижмами на юбке женщина выглядела еще более тонкой, воздушной и хрупкой.

Если инфицированный (зараженный) туберкулезом человек по моде времени носит корсет, то он нарушает слаженную работу дыхательной системы, свою реальную защиту (муко-цилиарный клиренс).

Из методов лечения ему могут предложить только чистый воздух и усиленное питание. Чистый воздух с ношением корсета полным объеме в легкие не поступит. Остается лишь питание. У больного человека аппетит нарушен. Вследствие полиорганной недостаточности развивается дефицит массы тела. Больной прогрессивно худеет.

По стандартам красоты того времени женщина должна выглядеть хрупкой, воздушной, приближаясь к бесплотному ангелу. Эти стандарты объясняются высокой распространенностью туберкулеза и большим числом лиц с признаками запущенной болезни. Женщины были худые («воздушные» по эпитетам поэтов),

бледные (за счет интоксикации), с румянцем на щеках (лихорадочный румянец, постоянная температура), с блестящими глазами (при туберкулезе повышен тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы, которым объясняются резкие смены настроения, вспышки тревоги, паники, беспричинная апатия, тоска, пессимистичный взгляд на настоящее и будущее, раздражительность, вспыльчивость, плохой сон, легкая возбудимость, тревожность, вспыльчивость по пустякам).

Уместно вспомнить о маркизе де Помпадур. Она страдала туберкулезом с детства. Болезнь отразилась на ее внешности. Невысокого роста женщина придумала добавлять высоту с помощью каблуков-ее изобретения и высокой прически, которая в настоящее время актуальна также (прическа Элвиса Пресли), так и называется «помпадур». Блеск ее глаз, объясняющийся повышенным тонусом симпатического отдела вегетативной нервной системы придворные дамы пытались повторить, закапывая в глаза атропин – белладону (Белла Донна – прекрасная женщина). Бледность маркизы от интоксикации продуктами распада микобактерий женщины повторяли, используя толстые слои свинцовых белил. Лихорадочный румянец на щеках придворные имитировали румянами. Для повторения тонкого и изящного силуэта маркизы (хроническая туберкулезная интоксикация с детства) придворные дамы нещадно затягивали на себе корсеты.

Людовик был избалован вниманием женщин и имел много фавориток. Но главной всегда оставалась маркиза де Помпадур. Хроническая туберкулезная интоксикация и гипоксия головного мозга повышают либидо (половое влечение). Это было главным оружием маркизы де Помпадур в ее борьбе с фаворитками-конкурентками за внимание короля.

Вышеперечисленные симптомы считались показателями тонкости душевной организации, пылкости и неистовости натуры. Существовало представление о том, что чахоткой страдают от несчастной и неразделенной любви, следовательно, болеют возвышенные, высокодуховные и тонко чувствующие натуры. Выраженные признаки туберкулезной интоксикации расценивались скорее как

показатель романтичности натуры, чем как свидетельство тяжелой инфекционной болезни.

Поэт Джон Китс рано потерял отца, его мать умерла от туберкулеза. Сам Джон Китс умер от туберкулеза в возрасте 25 лет. Он знал о своей болезни, обреченности вследствие отсутствия препаратов для лечения, безнадежности. «Чистый воздух, тепло, свет и усиленное питание – это главное, на что можно полагаться при лечении легочного туберкулеза» (из «Руководства к изучению внутренних болезней» профессора К.А. Буйневича, изданного в Москве в 1914 году). Известие о заболевании чахоткой приравнивалось к смертному приговору. Составить представление о его мыслях и переживаниях можно по небольшому фрагменту из «Оды соловью».

Щемит в груди. Какой-то властный сон,
Как будто я, уже испив цикуты,
Наполовину в Лету погружен,
Сковал мне сердце, отсчитав минуты.
Но жизнь во мне теперь бежит полней.
Я весь в твоём неомраченном счастье,
Певец крылатый лета средь ветвей,
В мелодии твоей,
Рождающейся в сладком соучастье
С листвою майской, с кружевом теней.

Возбудитель заболевания оставался неизвестным, «незримые семена болезни» нужно было выделить от больного, сделать пересев и доказать, что именно этот микроорганизм вызывает туберкулез. Внимание и старания ученых были нацелены на выделение возбудителя туберкулеза.

24 марта 1882 года немецкий исследователь Роберт Кох сделал убедительный доклад на физиологическом обществе в Берлине под названием «Этиология туберкулеза». Он представил бациллу, выделенную им из мокроты больного с деструктивной формой туберкулеза. Это было триумфом Коха. Гений ученого в сочетании с немецкой пунктуальностью позволили получить культуру в чистом виде. Ученый сделала 230 пересевов. Для того, чтобы окрасить микобактерию,

Кох использовал едкую краску фуксин, которую применяли кожевники. В докладе Роберт Кох заявил: «Пока имеются на земле сырые и темные подвалы, чахотка и дальше будет существовать. Солнечные лучи – смерть для бактерий туберкулеза. Я предпринял свои исследования в интересах людей. Ради этого я трудился. Надеюсь, что мои труды помогут врачам провести планомерную борьбу с этим страшным бичом человечества».

Роберт Кох также открыл бактерию сибирской язвы и холерный вибрион. Но именно за открытие микобактерии туберкулеза он был удостоен Нобелевской премии. Открытие возбудителя страшной болезни, уносившей жизнь каждого десятого жителя Земли, трудно переоценить.

Открытие в 1895 году немецким физиком Вильгельмом Рентгеном X-лучей дало возможность ранней диагностики форм легочного и внелегочного туберкулеза.

Врачи получили возможность визуально оценить объем пораженных и разрушенных кавернами легких.

В. Г. Белинский страдал туберкулезом легких. Он писал рецензии на литературные произведения, был литературным критиком. Вспышки гнева, перепады настроения, агрессивные нападки на оппонентов принесли ему прозвище «Неистовый Виссарион».

Интересна история лечения больных туберкулезом кумысом. Первая в мире кумысолечебница для лечения больных туберкулезом была открыта в Самаре врачом Нестор Васильевичем Постниковым.

Его мать мучительно страдала туберкулезом легких и скончалась от этой болезни. Нестор Васильевич стал врачом для того, чтобы облегчить страдания своей матери, а также других больных чахоткой. Он прошел стажировку в Германии. После стажировки в Германии Н. В. Постников отправился на стажировку в Англию. Во время обучения и стажировки в Великобритании Нестор Васильевич лечил от чахотки фрейлину королевы Виктории. Затем влюбился в свою пациентку, сделал ей предложение руки и сердца. После венчания супруги стали жить в Санкт-Петербурге. Состояние молодой жены ухудшалось. Потеряв от туберкулеза мать, Постников боролся всеми средствами за жизнь молодой жены.

Методом лечения чахотки считался кумыс. Больные совершали лечебные туры в степи, где были стада кобылиц и приготавливали кумыс. Там больные проходили курсы лечения кумысом. Было известно, что народы, употребляющие кумыс – сквашенное кобылье молоко, практически не болеют туберкулезом. Вкус кумыса отметил еще Александр Дюма при посещении России. Он не расслышал или не мог повторить слово «кумыс» и в воспоминаниях о посещении России описывал «белое шампанское», называя его «космосом». Обеспеченные люди, страдавшие туберкулезом, отправлялись в степи Киргизии для курса кумысолечения. Жить приходилось в юртах. С собой они брали обслуживающую прислугу, ванны, кухонную утварь. Подобный тур в степи могли себе позволить только достаточно обеспеченные больные. Кумыс считался панацеей от туберкулеза.

Супруги Постниковы перебрались в Самару. Н. В. Потников наблюдал за больными. Проходившими курс кумысолечения в степях.

Эффект употребления кумыса при туберкулезе настолько потряс Н. В. Постникова, что он решил построить кумысолечебницу для лечения больных туберкулезом. Он убедил в целесообразности лечения кумысом городские власти Самары.

Городская управа сдала в аренду Постникову 19 десятин земли за чертой города, в Винном овраге. Добраться в лечебницу можно было только на конке. Сейчас место называется «Постников овраг». Также Постников получил 700 десятин пастбищ. На собственные сбережения Нестор Васильевич приобрел в Уральске табун молодых кобылиц и пригласил башкир, опытных коневодов, для ухода за ними. Кумысолечебница была открыта в мае 1858 года.

После надоя кобылье молоко взбивалось специальной машинкой. Готовый кумыс хранился в погребе со льдом. На территории кумысолечебницы имелось 12 юрт, в которых больные туберкулезом принимали кумыс. Проходивший курс кумысолечения больной должен был выпивать в день не менее литра кумыса. Бутылка кумыса стоила 15 копеек (доступная цена даже для малообеспеченных людей). На курс предписывалось 200–300 бутылок. Сначала больные туберкуле-

зом проживали в бараках. Затем были построены дома дачного типа. Малоимущие проживали в бараках. В трехэтажном каменном здании, сохранившемся до настоящего времени, располагались столовая, контора, процедурный кабинет и жилые комнаты повышенной комфортности.

На веранде по вечерам играла музыка, зажигались разноцветные фонарики. На территории лечебницы имелся концертный зал, была библиотека, конюшня с лошадьми для верховой езды. Н. В. Постников разрешал больным купаться в Волге и удить рыбу. Курс кумысолечения длился не менее трех месяцев. Питание больных было разнообразным и калорийным, основу рациона составляла баранина (при деструкции легочной ткани необходимо вводить в организм повышенное количество белка).

В штат персонала Постников принял бывшего циркового гимнаста, который занимался с больными доступными для них упражнениями (в современной терминологии лечебная физическая культура).

Лечебница располагалась на берегу Волги, в живописном месте. Любова-ние красотами природы, Волгой, Жигулевскими горами улучшало настроение больных.

Горные курорты Швейцарии считались лучшими для больных туберкулезом. Горный воздух Жигулевских гор явился отечественной альтернативой Швейцарских гор.

Нестор Васильевич рекомендовал больным прогулки в лесу. Свежий лесной воздух был полезен больным легочным туберкулезом (климатотерапия). Лечебница находилась за городом, среди леса. Вокруг лечебницы росли хвойники, был также смешанный лес. Смола сосен содержит скипидар, который полезен при хронических бронхолегочных заболеваниях. Прогулки на свежем воздухе улучшали общее состояние, тренировали дыхательную, сердечно-сосудистую системы и повышали аппетит.

После выписки больных проводилась заключительная дезинфекция, что было прогрессивным шагом.

Больные совершали пешие и конные прогулки, исходя из своего самочувствия.

Кумысолечебница функционировала не целый год, а только в сезон доения молодых кобылиц. Желающих попасть в лечебницу было так много, что желающие принять лечение несколько лет ожидали очереди. Лев Толстой посещал кумысолечебницу три раза. Он совершал прогулки с Н.В. Посниковым, любил беседовать с ним, любовался волжскими красотами. В кумысолечебнице проходил курс лечения Василий Суриков. В свободное от приема кумыса время он писал волжские пейзажи.

Великая княгиня Мария Николаевна (Романова) неоднократно лечилась от чахотки на курортах за границей. Ее болезнь прогрессировала. Затем прошла курс кумысолечения в кумысолечебнице, которое дало гораздо лучший эффект. Она дала высокую оценку кумысолечебнице Постникова и лечению кумысом.

Результат кумысолечения в лечебнице Н. В. Постникова был таким впечатляющим, что стали открываться кумысолечебницы по всей России. Предприниматели по примеру врача стали изготавливать кумыс и принимать больных.

К сожалению, эффект лечения был гораздо хуже – не проводилась дезинфекция, не было врачебного контроля за ходом лечения, не было корректировки режима лечения и питания. Со временем эти лечебницы стали закрываться. А кумысолечебница, где комплексное лечение проводилось под контролем врача, продолжала действовать и помогать больным.

За свои заслуги Нестор Васильевич был награжден орденами Святой Анны двух степеней и орденом Святого Владимира. Ему был пожалован дворянский титул с внесением имени в Дворянскую родословную книгу. Это очень высокие награды.

После революции на месте кумысолечебницы был создан Самарский туберкулезный диспансер (в последующем туберкулезная больница), который функционирует и сейчас. В 2012 году Самарский областной противотуберкулезный диспансер получил имя Нестора Васильевича Постникова.

1 мая 1908 года в Швеции был впервые отмечен «День белой ромашки». Ромашка входила в средства народной медицины при течении туберкулеза. На «языке цветов ромашка означает ранимость. «День белой ромашки» – это день

солидарности с больными туберкулезом, помощи им, демонстрации сочувствия, готовности помогать. Продавали целлулоидный цветок белой ромашки в основном студенты. Им выдавались особые значки и именные номерные карточки с печатью. Сбор денег проводился в запечатанные кружки. Каждый платил за цветок сколько мог себе позволить по своим финансовым возможностям. Купленный цветок ромашки мужчины вдевали в петлицы, дамы прикалывали к шляпкам. Тем самым они показывали окружающим, что не остались в стороне от движения и дали средства в помощь больным чахоткой. Сборы за продажу цветков шли в помощь больным туберкулезом. Из Швеции праздник распространился на другие страны.

В России «День белой ромашки» отмечался первого мая, как и в Швеции. Но средства для помощи больным туберкулезом собирали также и в другое время.

В 1910 году в России была создана Всероссийская лига по борьбе с туберкулезом. Это была общественная организация, она существовала на благотворительной основе. Лига занималась сбором средств для лечения и питания больных туберкулезом, регистрацией больных, созданием туберкулезных санаториев, больниц, санитарным просвещением населения.

Благотворительностью были обязаны заниматься жены властей. Пример благотворительной деятельности в пользу больных туберкулезом показывала императрица.

На лето семья императора приезжала в Ливадию. В Ялте устраивался благотворительный базар под Августейшим покровительством императрицы Александры Федоровны и при ее непосредственном участии. Заранее сооружались павильоны. Один павильон обивался лиловой тканью, это был любимый цвет императрицы. В нем торговала цветами и фотографиями семьи императора сама императрица Александра Федоровна. В благотворительном базаре непременно принимали участие Великие Княжны. Они собственноручно заблаговременно изготавливали для Благотворительного базара вышивки, миниатюры, оригиналь-

ные поделки. Затем они продавались в пользу больных туберкулезом. Вырученные средства направлялись на лечение и открытие больниц. Императрица лично контролировала распределение средств туберкулезным больницам. Средства также шли на лечение детей, усиленное питание больных туберкулезом, подготовку медицинских сестер, строительство и оборудование санаториев. В 1913 году отмечалось 300-летие правление Дома Романовых. В 1913 году «День белой ромашки» отмечался особо активно и результативно.

Беря пример с императрицы, в других городах «День белой ромашки» возглавляли жены губернаторов, вице-губернаторов. В парках и садах в этот день устраивались гуляния, приглашались военные оркестры. В павильонах продавали живые и искусственные цветы белой ромашки. Полученные средства шли на питание больных, на лечение и строительство санаториев. Врачи обязательно принимали участие в этом мероприятии. Просветительные лекции читали не только врачи, но и учителя.

Принц Ольденбургский из Дома Романовых был председателем секции по борьбе с туберкулезом при московском отделе «Русского общества охранения народного здоровья». Именно эта секция в 1911 впервые подняла вопрос о строительстве в Подмоскowie санатория для больных туберкулезом. При секции функционировали студенческая и просветительная секции. Проводились лекции, выставки, изготовлялись плакаты, направленные на повышение гигиенических и санитарных навыков населения для профилактики туберкулеза. В «День белой ромашки» на площадях, улицах расклеивались плакаты, людям раздавались листовки, в которых доступно разъяснялись причины развития туберкулеза и меры профилактики болезни. Одновременно с этим в врачи бесплатно читали лекции, в которых популярно рассказывали о возбудителе болезни и мерах безопасности.

В настоящее время белая ромашка является символом борьбы с туберкулезом во всем мире.

Туберкулез в России расценивался не только как медицинская, но и как социальная проблема. На благотворительной основе оказывалась помощь больным

(питание, санатории, лечение). Врачи и студенты безвозмездно принимали и лечили больных чахоткой. Болезнь унесла жизней больше, чем самая кровопролитная война.

В настоящее время, когда открыты антибиотики и другие высокоэффективные препараты для лечения туберкулеза трудно представить обреченность больных. Открыт возбудитель. Враг, вызывающий болезнь и жизнь, известен. Но способов борьбы с ним нет. Больной обречен. Как правило, от туберкулеза умирали в молодом возрасте. Для того, чтобы понять трагизм ситуации, целесообразно обратиться к полотнам художников. На них реалистично предстают человеческая трагедия безвременного ухода из жизни, страдания самого больного и душевные муки членов его семьи. И глядя на картины, можно почувствовать сострадание художника к больному человеку, милосердие, сочувствие к членам семьи умирающего, сожаление о молодой, угасающей жизни.

На портрете художника К. А. Сомова изображена художница Елизавета Михайловна Мартынова. Она с детства мечтала стать художником, брала уроки живописи, окончила Императорскую Академию художеств с правом преподавать живопись. Это большое достижение для женщины во времена домостроя. Она умерла от туберкулеза в возрасте 35 лет. Художник сумел передать трагедию человека, шедшего с детства к своей мечте, своим трудом и стараниями добившегося возможности реализовать себя, и на пике творческих планов осознающего, что жизнь обрывается и планы невозможно воплотить. В глазах художницы недоумение от того, что она вынуждена уходить из жизни так рано, в расцвете своих творческих способностей и возможностей.



В глазах застыл немой вопрос: «Почему это случилось со мной? За что мне это? Я хочу жить и творить? Как же так получилось, что я умираю и нет способов спастись?». Работы Е.М. Мартыновой не сохранились. Константин Андреевич Сомов сумел передать трагедию творческой личности, не имеющей возможности реализовать себя из-за безвременного ухода из жизни. Стоит отметить, что он также реалистично прописал все симптомы далеко зашедшего туберкулеза.

В 1861 году за картину «Последняя весна» Михаил Петрович Клодт получил большую золотую медаль.



Весенний день, открытое окно, зелень в саду и на окне. Мрачная комната, перегороженная ширмой. Свет не проникает дальше окна. Напротив окна в кресле полулежит молодая девушка. Ее поза и выражение лица не оставляют сомнения в том, что она умирает. Ее уже не трогают страдания близких из-за ее смерти, она далеко от них. Это равнодушие и безразличие умирающего. Она отсутствует в реальной жизни, она далека и от матери и от сестер, уже не имеет сил на проявление эмоций. Под ее спину и голову подложены подушки, потому что она не может самостоятельно сохранять позу. Художник сумел позой больной передать ее бессилие, физическую слабость, невозможность самостоятельного движения, ее обреченность и осознание собственной обреченности, ее оцепенение перед лицом смерти.

Одна из сестер стоит у окна, спиной к больной, она плачет и прячет свои слезы. Она понимает неизбежность смерти сестры. Другая сестра пристроилась рядом с умирающей, держит ее за руку. Судя по выражению лица, пытается ободрить, поддержать. Она моложе, поэтому пока не осознает то, что молодая

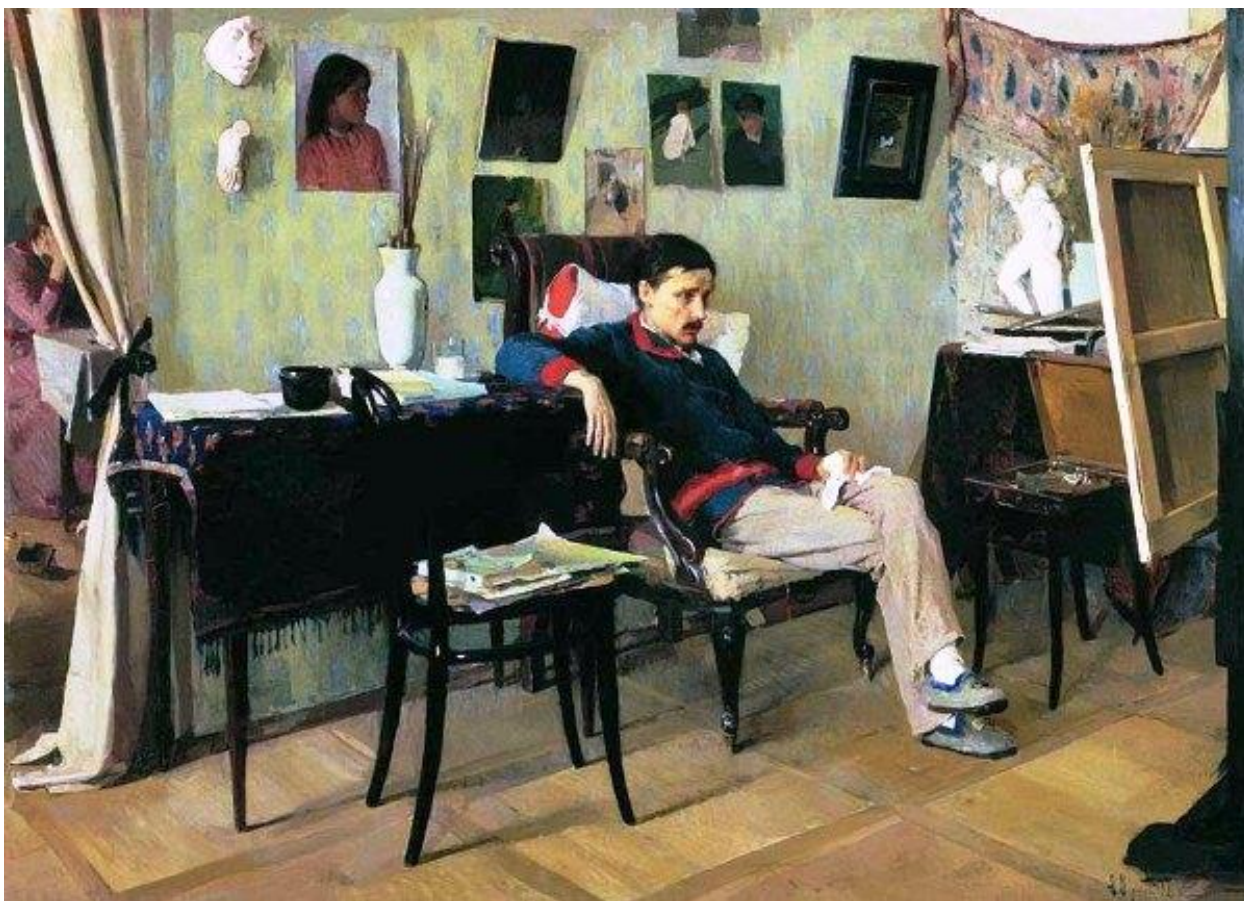
сестра умирает на глазах и ее не спасти. Она верит в хороший конец болезни, пытается убедить в этом больную. Но та сама чувствует свою обреченность, и художник сумел передать это зрителям. За ширмой мать и врач. Выражение лица врача и его жест свидетельствуют о бессилии помочь. Он извиняется перед матерью за бессилие медицины. Мать написана спиной к зрителю. Судя по извинениям врача, она в отчаянии и горе молит его о помощи.

Картина М. П. Клодта «У больной» во многом перекликается с картиной «Последняя весна». Аналогичная мало освещенная комната, раскрытое окно, в котором плывут ярко-голубые облака и цветет зелень, создающие контраст с обстановкой комнаты. За окном буйно цветет жизнь., на окно залетела маленькая птичка. В комнате в кресле умирающая молодая девушка, под ее спину подложены подушки. Она бледна и слаба, обращена вовнутрь, не реагирует на подругу. В этой картине Михаил Петрович Клодт сумел передать, что смертельно опасная болезнь уносит молодую жизнь девушки из обеспеченной семьи. Это видно по деталям – большой шкатулке с драгоценностями, одежде больной богатому постельному белью, фактурным шторам на окне. Подруга тоже богато одета, хорошо прорисован шелк платья, они одного статуса с больной. Клодт в своей картине сумел передать, что семья умирающей имеет возможность тратить средства на ее лечение, но препаратов нет, не открыты средства и методы лечения, и молодая девушка умирает и сама понимает это. «Диагноз поставлен, лечить нечем, она неизбежно умрет, она обречена. Она молода, красива и богата, и она умирает. Она должна жить и продолжать свой род. Туберкулез не щадит никого. Эта болезнь страшна и беспощадна.» – сообщает нам Михаил Петрович Клодт.

Картина М. П. Клодта «Больной музыкант». Маленькая, бедно обставленная комната. В изножье кровати повешены вещи. Рядом с кроватью скрипка. Понятно, что болен музыкант. Изображением предметов ухода рядом с кроватью художник сообщает нам, что музыкант не встает с кровати, это лежачий больной, требующий ухода, который не в состоянии самостоятельно есть и пить. Цвет лица и испарина на лбу свидетельствуют о постоянной температуре и слабости. Руки

безвольно лежат поверх одеяла. Поза изнуренного болезнью, обессиленного человека. Рядом с кроватью сидит на стуле беременная жена с рукоделием, вероятно, она шьет вещи будущему ребенку. Она также устала и обессилена, ее поза свидетельствует об утомлении, бессонных ночах, уходе за больным. Она вполне осознает его близкую и неизбежную смерть, то, что родившийся ребенок будет сиротой. Художник сумел передать выражением лица, что самое страшное и трудное у нее впереди. Молодой муж умирает, это потеря. Но самое страшное и трудное ждет впереди.

Она должна выжить сама и помочь выжить ребенку. И она это осознает. Ее поза говорит о передышке перед трудными испытаниями, о которых она не просто догадывается, а убеждена. И художник сумел передать это.



А. М. Корин. Больной художник

Маленькая, бедная комната, она же мастерская художника, отгороженная ситцевой шторкой. На стенах много картин. Тем самым мы понимаем, что картины не продаются и не пользуются спросом. Это портреты. Художник сидит в кресле, перед ним холст, рядом кисти. Взгляд загнанного человека.

Он убежден в том, что и эта картина не будет продана. Но за перегородкой в соседней комнате молодая женщина, вероятно, его жена. Чтобы обеспечить семью, он должен писать и продавать картины. Ему нужно встать и работать. Но у него нет сил. Даже если он встанет работать, то и эта картина не будет продана.

Больной художник сидит в кресле, опершись на подушку, исхудавший и изможденный. Цвет лица говорит о длительной лихорадке, волосы слиплись от испарины, щеки ввалились.

Нос заострен, ему немного осталось жить. В руке платок со следами крови на нем. Кровохарканье – осложнение хронического туберкулеза легких. Сам больной понимает свою обреченность и безнадежность ситуации. Корин сумел передать трагедию человека, который умирает и оставляет жену без средств к существованию, осознавая, какое тяжелое будущее ее ожидает. Картина Корина оставляет ощущение полной безнадежности.

Глядя на картину А. М. Корина «Больной художник» невольно возникает вопрос о том, каковы сюжеты картин смертельно больных художников, которые в молодом возрасте уходят их жизни на пике творческих способностей и возможностей, которые осознают свою обреченность, невозможность выжить при отсутствии методов лечения.

Василий Григорьевич Перов, прожил 49 лет, умер от туберкулеза. Самые известные его картины следующие.

«Сцена на могиле» (обессиленная от слез мать, сестра в изнеможении от потери, молодая вдова кормит грудью маленького ребенка, свежая могила, скорбь и горе). «Тройка» (обессиленные дети везут тяжелую бочку с водой, они посинели от холода, ветер развивает волосы, распахивает одежду, с надрывом они тянут сани с бочкой, вода выплескивается от движения и застывает льдом по

краю бочки, младший мальчик уже передвигается из последних сил, лицо девочки решительно, им некуда отступать, ситуация безвыходна для них, они должны пройти свой путь до конца).

«Чаепитие в Мытищах». Разжиревший священник продолжает пить чай, не обращая внимание на просьбу о милостыни от инвалида войны, его потрепанная шинель в медалях, вместо ноги – деревяшка, рядом с ним его оборванный и голодный ребенок протягивает рваную шапку для подаяния. Но его не будет. Служанка отгоняет нищего героя войны от разжиревшего служителя культа.

«Утопленница». Полицейский равнодушно курит рядом с трупом молодой утопленницы. Зритель может только догадываться, какая трагедия заставила закончить жизнь самоубийством молодую, привлекательную женщину. Она в черной одежде, намек на трагическое событие в жизни. Самоубийца не хоронили на кладбище и не отпевали. Самоубийство – страшное преступление. И если женщина пошла на то, чтобы погубить свою душу, то должна была иметь веские причины для этого. Перов предоставляет каждому зрителю размыслить о трагедии в жизни этой молодой женщины.

«Спящие дети», «Дети-сироты на кладбище», «Слепой музыкант», «Проводы покойника», «Учитель рисования», «Приезд институтки к слепому отцу». Картины Перова передают нам безутешное горе, скорбь, безвыходность ситуации, безысходность. При жизни В. Г. Перова называли «подлинным певцом скорби».

Иван Николаевич Крамской умер от туберкулеза в 40 лет. Самые известные картины.

«Христос в пустыне». Облик Христа отличается от традиционного изображения молодого, привлекательного человека. Христос в изображении Крамского почти старик, он изможден и обессилен, взгляд погружен в себя, он знает о судьбе человечества, смертях, войнах, убийствах, несправедливости, жестокости, и он не в силах уберечь людей от этого даже ценой своей жизни. Раздумье тяжело для него, об этом можно судить по напряжению рук.

«Неутешное горе» – горе потери ребенка. Женщина в трауре осознает, что потеря собственного ребенка невосполнима, с потерей ребенка она утратила часть себя и своей жизни, и художник сумел передать нам это.

«Неизвестная». Молодая, красивая, богато и со вкусом одетая женщина смотрит из коляски на зрителя. «Я молода и хороша, можете любоваться мной, но при вашей дерзости я сумею постоять за себя и не дам никому себя в обиду», – говорит ее взгляд.

«Оскорбленный еврейский мальчик». Маленький еврейский мальчик оскорблен и унижен до глубины души. Возможно, это связано с религией, на это намекает художник намекает одеждой – традиционная ермолка, белые кисти одежды. Картина обращает зрителя к трагедии еврейских погромов.

Николай Александрович Ярошенко. Умер от туберкулеза в 51 год.

Самая известная картина – «Всюду жизнь» (Видение художником Мадонны с младенцем). Мадонна находится в арестантском вагоне, следует на каторгу, вокруг нее – такие же будущие каторжане. Понятно, что это отнюдь не безгрешные ангелы, а люди, совершившие тяжелые преступления и осужденные за них. Женщина отбывает на каторгу с маленьким ребенком. Ребенок кормит из окна вагона голубей. Мужчины – арестанты оживлены этим событием, мужчины помоложе радуются радости ребенка.

Старик нейтрально наблюдает. Он многое видел в своей жизни и понимает, какая судьба уготована женщине и ребенку. Мать не радуется радости своего дитя. Она осознает его тяжелую судьбу и обреченность. Ее взгляд словно вопрошает «Сколько ему еще осталось жить? Сколько я могу держать его на своих руках?».

«Кочегар». Смертельно усталый от тяжелой физической работы мужчина. Положение его рук свидетельствует о запредельном утомлении. Его уже ничего не трогает и не задевает. Он раздавлен.

«Террористка». Молодая женщина, ради идеи решившаяся на террористический акт ценой собственной жизни. Она обречена и осознает это. «Она уже не жилец» – сообщает нам художник.

Болезнь, о которой художники знали и которую нечем было лечить, кроме горного воздуха, несомненно отразилась на выборе сюжетов и на оценке художником внутреннего мира героев картин. Чувство обреченности художника передавалось героям картин. Безысходность, отсутствие жизненных перспектив, внутрличностный конфликт, социальная направленность сюжетов, отражение несправедливости жизни, унижения, незаслуженного оскорбления, личностная трагедия – так можно резюмировать впечатления от полотен русских художников, больных туберкулезом и умершим от него.

Можно также заметить, что окружающие и родственники глубоко сочувствуют умирающим от чахотки больным, так же, как и сами художники. Они заставляют нас задуматься об этой страшной болезни, уносящей жизнь молодых людей в самом расцвете жизни, планов и творческих идей, о бессилии перед смертью.

В России после Великой Октябрьской революции борьба с туберкулезом являлась государственным делом. В 1919 году в программу ВКП (б) был включен раздел по борьбе с туберкулезом. В соответствии с программой партии в 1922 году была сформирована противотуберкулезная служба, созданы противотуберкулезные диспансеры. Они состояли на государственном бюджете.

Мы можем судить об отношении родных, окружающих к больным туберкулезом, об их мировоззрении, отношении к болезни по литературным и художественным произведениям. Тем интереснее выяснить, изменилось ли отношение к больным и к самой болезни после открытия эффективных противотуберкулезных препаратов и методов ранней диагностики болезни.

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В первой главе на основе анализа литературных и художественных произведений было изучено отношение членов общества к больным туберкулезом. Больные умирали в молодом возрасте, лекарственных препаратов не было, врачи рекомендовали усиленное питание и горный воздух.

Больные туберкулезом были обречены. Окружающие и члены их семей осознавали это. Они пытались заботой и вниманием скрасить последние дни больного человека.

Заботой, состраданием, стремлением облегчить страдания больного веет от картин художников.

Отношение окружающих к больным туберкулезом в настоящее время и в настоящих условиях можно изучить, проводя обследование как самих больных, так и членов их семей.

Необходимо лишь разработать специально направленные анкеты для изучения конкретных аспектов социального взаимодействия.

Был изучен социальный статус 262 больных туберкулезом легких (162 мужчин и 100 женщин). Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все они были жителями Самарской области. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социальные характеристики больных туберкулезом легких

| Показатель | Процент мужчин | Процент женщин |
|------------------------------------|----------------|----------------|
| Среднее специальное образование | 56,8 | 60,7 |
| Среднее образование | 35,5 | 31,2 |
| Высшее образование | 4,5 | 5,3 |
| Начальное образование | 3,2 | 2,8 |
| Курение более 10 лет | 97,8 | 46,7 |
| Злоупотребление алкоголем | 52,3 | 12,5 |
| Проживает один | 27,4 | 19,2 |
| Проживает с другими родственниками | 33,9 | 26,8 |
| Имеет полную семью | 30,6 | 41,2 |
| Имеет неполную семью | 8,1 | 12,8 |

| | | |
|---|------|------|
| Вдовец (вдова) | 11,6 | 9,4 |
| Не имеет постоянного места жительства | 5,7 | 2,1 |
| Имеет комнату в коммунальной квартире | 17,7 | 34,2 |
| Имеет частный дом без удобств | 28,2 | 16,3 |
| Имеет отдельную квартиру с удобствами | 48,4 | 47,4 |
| Не имеет средств к существованию | 54,8 | 43,2 |
| Доход ниже прожиточного уровня | 40,3 | 52,7 |
| Прожиточный минимум и больше | 4,9 | 4,1 |
| Неквалифицированный труд до болезни | 9,7 | 6,4 |
| Квалифицированный тяжелый труд до болезни | 56,5 | 32,1 |
| Труд, связанный с повышенным нервно-психическим напряжением до болезни | 22,6 | 44,7 |
| Квалифицированный легкий труд до болезни | 11,2 | 16,8 |
| Заболевание началось и протекало в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) | 64,3 | 40,6 |
| Причиной развода явилось заболевание туберкулезом | 40,1 | 30,7 |

Как видно из таблицы 1, большинство больных м туберкулезом легких имели среднее или средне-специальное образование, злоупотребляли алкоголем, курили более 10 лет, не имели средств к существованию либо доход был ниже прожиточного уровня. Больше половины мужчин и почти половина женщин заболели туберкулезом в местах лишения свободы. У части больных заболевание туберкулезом легких привело к распаду семьи.

Представляют интерес копинг-стратегии людей с вышеописанным социальным статусом для совладания с ситуацией серьезного, жизнеугрожающего заболевания.

Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы или преодолеть трудности, или уменьшить их отрицательные последствия, или избежать их, или вытерпеть. Р. Лазарус описал стратегию совладания с тревогой и стрессом, которая подразумевает постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия с целью управления специфическими внешними или внутренними требованиями, оцениваемые индивидом как подвергающие испытанию или превышающие его ресурсы. Эмоциональное возбуждение, вызванное стрессором, служит пусковым механизмом активных действий в стрессовой ситуации для адаптации к ней. Индивид осознанно и целенаправ-

ленно, с учетом конкретной проблемы и своего самочувствия изменяет социальное поведение, применяя совокупность различных поведенческих стратегий. Они были названы копинг-стратегиями.

Копинг-стратегии больных туберкулезом целенаправленно не изучались. Поэтому было предпринято следующее исследование.

Для изучения копинг-стратегий был использован стандартный опросник Р Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т. Л. Крюковой. Испытуемому предлагаются 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации, он должен оценить, как часто данные варианты поведения проявляются у него. Номера вопросов соответствуют конкретным шкалам, отражающим копинг-стратегию.

С помощью данного опросника можно выявить следующие копинг-стратегии: конфронтация – ожесточенное противостояние между человеком и сложившейся ситуацией, агрессивный ответ конкретным жизненным обстоятельствам; самоконтроль – подавление эмоций для перехода к разумным действиям; поиск социальной поддержки – стремление обратиться за помощью к близким, единомышленникам, избавиться от одиночества в трудную минуту; бегство-избегание – уход от проблем, ответственность переносится на других людей; планирование решения проблемы – выработка точного плана выхода из сложившейся ситуации; дистанцирование решение проблемы на расстоянии; позитивная переоценка – стремление увидеть в любой ситуации положительные стороны; принятие ответственности – принятие ответственности как данность.

Серьезное заболевание туберкулез несет угрозу жизни, существованию. У больного развивается масса разнонаправленных эмоций.

Для выявления эмоций, развившихся в ответ на заболевание, автором была разработана специальная целенаправленная анкета.

Для выявления изменения поведения после заболевания была разработана другая целенаправленная анкета. Все больные были информированы о том, что анкетирование анонимное, они дали согласие на обследование. Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все обследованные пациенты были жителями Самарской области.

Заболевание туберкулезом легких привело к развитию целой гаммы разнонаправленных эмоций, которые были выявлены с помощью разработанной анкеты и представлены в таблице 2.

Таблица 2

Эмоции больных туберкулезом легких

| Эмоции больных | Процент мужчин | Процент женщин |
|---|----------------|----------------|
| Стыд за свое заболевание, стыд перед расспросами и разговорами о нем, расспросов окружающих | 16,8±2,3 | 18,3±3,1 |
| Страх перед тем, что окружающие узнают диагноз и станут презирать и избегать | 48,2±2,6 | 20,6±1,8 |
| Вина перед близкими из -за болезни | 27,0±3,2 | 40,3±2,4 |
| Страх того, что окружающие могут увидеть их входящими в противотуберкулезный диспансер | 72,4±2,8 | 80,3±3,1 |
| Уверенность в том, что окружающие избегают и презирают больных туберкулезом | 68,0±2,6 | 80,2±1,9 |
| Недовольство из-за того, что заболевание туберкулезом привело к ограничению контактов | 80,3±3,2 | 80,7±2,7 |
| Гнев из за изоляции от общества | 48,6±1,7 | 60,8±3,2 |
| Гнев из за изоляции от друзей | 38,8±2,5 | 40,3±2,6 |
| Возмущение и гнев от отсутствия эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей | 80,7±2,9 | 60,4±2,4 |
| Горе из-за заболевания туберкулезом, так как больные туберкулезом являются изгоями общества | 20,4±2,6 | 27,8±2,9 |
| Чувство усталости от болезни, длительного лечения | 48,4±3,2 | 60,4±2,6 |
| Ощущение собственной физической слабости | 52,4±2,5 | 20,6±1,8 |
| Страх потерять работу | 12,3±2,6 | 10,7±3,4 |
| Страх перед неопределенностью будущего | 20,6±2,4 | 40,7±1,7 |
| Страх остаться в одиночестве из-за болезни | 11,4±3,2 | 36,3±1,9 |
| Страх перед невозможностью физически защитить себя | 20,4±1,2 | 10,5±3,1 |
| Страх умереть от туберкулеза | 20,5±3,1 | 30,7±1,7 |
| Усталость от разлуки с близкими | 38,7±2,1 | 52,4±4,1 |
| Усталость от больничного питания | 44,2±1,9 | 66,7±2,3 |
| Усталость от больничного окружения | 52,7±2,3 | 42,9±3,1 |
| Страх болезни и обсуждение ее симптомов с другими пациентами | 46,2±2,1 | 61,9±1,8 |
| Страх перед длительным лечением и обсуждение с более «опытным» пациентом лечения | 38,7±3,1 | 52,4±2,4 |
| Страх смерти и обсуждение с более «опытным» пациентом дополнительных методов лечения | 25,3±2,4 | 37,1±3,2 |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Настойчивое желание получить информацию о своем заболевании и прогнозе | 69,1±2,4 | 85,7±1,8 |
| Жалость к себе | 60,1±3,8 | 80,7±2,1 |
| Желание добиться изменения в своем положении. | 24,4±2,2 | 35,4±1,9 |
| Желание «отомстить» обществу за свое заболевание, считая, что это не инфекционное заболевание, а социальное страдание | 15,3±2,4 | 8,9± 2,3 |
| Чувство уверенности в благополучном исходе заболевания | 40,5 ±3,5 | 57,8 ±4,6 |
| Сожаление о том, что нет более эффективных препаратов и методов лечения туберкулеза | 92,7±2,3 | 100,2±1,9 |
| Уверенность в компетентности лечащего врача | 70,4±3,1 | 79,2±4,7 |
| Уверенность в необходимости применения нетрадиционных методов лечения | 84,5 ±6,5 | 70,7 ±3,7 |
| Равнодушие ко всему, кроме своей болезни | 40±2,7 | 28±3,4 |

Таким образом, из данных таблицы 2 становится понятным, что для больных туберкулезом легких заболевание, требующее длительного лечения и повлекшее изменение поведения окружающих является стрессором. В ответ на болезнь развились деструктивные эмоции – горе, гнев, возмущение, стыд, страх, вина. Достоверных различий между эмоциями у женщин и мужчин в ответ на заболевание не выявлено. Вышеописанные эмоции характерны и для мужчин, и для женщин.

Выявленные эмоции показывают, насколько ситуация болезни значима для больных людей. Закономерно возникает вопрос – каким образом они справляются с этой стрессовой ситуацией, какие способы совладания (копинг-стратегии) используют. Для изучения копинг-стратегий было проведено изучение их с помощью опросника Р. Лазаруса. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Копинг-стратегии больных туберкулезом легких по опроснику
Р. Лазаруса**

| Копинг-стратегия | Процент мужчин, больных туберкулезом легких, которые ее используют | Процент женщин, больных туберкулезом легких, которые ее используют |
|----------------------------------|---|---|
| поиск социальной под- держки | 74 | 66 |
| планирование решения проблемы | 22 | 18 |
| конфронтация | 20 | 17 |
| принятие ответственности | 14 | 18 |
| бегство-избегание | 11 | 8 |
| самоконтроль | 8 | 6 |
| дистанцирование | 6 | 4 |
| позитивная переоценка | 2 | 0 |

Как видно из представленной таблицы 3, каждый человек использует одновременно несколько копинг-стратегий. Статистический анализ не выявил достоверных отличий в частоте использования представленных копинг-стратегий мужчинами и женщинами.

Больные туберкулезом легких адаптируются к болезни и по-иному, используя другие способы совладания.

Для изучения изменения поведения у больных хроническим туберкулезом была разработана специальная анкета, проведено анкетирование, результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4

Изменение поведения больных туберкулезом легких

| Изменение поведения больных | Процент мужчин | Процент женщин | Достовер- ность различий (χ^2) |
|---|---------------------------|---------------------------|---|
| Обращение к религии | 76,8±3,4 | 64,7± 3,6 | 4,78* |
| Использование нетрадиционных ме- тодов лечения | 75,6± 3,2 | 34,9±1,9 | 4,23* |
| Следование советам других больных | 54,1±3,1 | 31,3±2,5 | 14,45* |
| Правильность выполнения лечеб- ных назначений | 50,1 ±4,9 | 66,2 ±4,7 | 5,80* |
| Невыполнение врачебных назначений | 34,2±2,5 | 23,8±4,1 | 3,15 |
| Выполнение правил личной гигиены | 28,4 ±3,5 | 74,4 ±2,3 | 4,93* |

Примечание к таблице: * различие статистически достоверно.

Изменение поведения больных людей для адаптации к ситуации жизнеугрожающего заболевания и есть копинг-стратегии, совладающее поведение. Каждый больной туберкулезом использовал одновременно несколько копинг-стратегий, т. е. способов совладания с заболеванием. Они достоверно различаются мужчин и женщин.

Для мужчин, страдающих туберкулезом легких, характерно обращение к религии, использование нетрадиционных методов лечения и следование советам других больных.

Для женщин характерно выполнение правил личной гигиены, выполнение врачебных назначений и обращение к религии.

Итак, для адаптации к стрессовой ситуации больные люди осознанно прибегают к различным действиям, изменяют свое поведение, пытаются совладать с ситуацией хронической болезни.

Чаще всего они прибегают к копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», что было выявлено с помощью опросника Р. Лазаруса. При этом, как показали результаты изучения эмоций, 80% больных туберкулезом мужчин и женщин испытывают недовольство из-за того, что заболевание туберкулезом привело к ограничению контактов, 80% мужчин и 60% женщин испытывают возмущение и гнев от отсутствия эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей, гнев из-за изоляции от друзей испытывают 39% мужчин и 40% женщин.

Туберкулез является инфекционным заболеванием, окружающие и близкие опасаются заражения и из-за этого разрывают контакты, оставляя больного наедине с болезнью.

Результаты проведенного исследования показали, что больные туберкулезом люди испытывают стыд за свою болезнь, страх того, что о ней узнают и пытаются скрывать факт заболевания туберкулезом и лечения от него. Эти негативные чувства испытывают в равной степени мужчины и женщины.

Следующей по частоте использования является копинг-стратегия «планирование решения проблемы». Реально к ней прибегают 22% мужчин и 18% женщин. Для того, чтобы использовать эту стратегию, необходимо иметь необходимую информацию, рационально отслеживать и контролировать ситуацию.

«Стремление получить информацию о своем заболевании и прогнозе» показали 69% мужчин и 85% женщин. Процент использующих данную копинг-стратегию свидетельствует о том, что больные люди не располагают необходимой им информацией.

Данная стратегия конструктивна, и для того, чтобы ее смогли применить больше больных, их необходимо достоверно информировать о течении заболевания и прогнозе. Только достоверная информация поможет планированию будущего.

«Следование советам других больных» как копинг-стратегия достоверно чаще встречается у мужчин ($\chi^2 14,45$). Советуются с более опытным пациентом, который имеет больший опыт лечения и больший опыт ошибок и нарушений, которые он и передает. К такой копинг-стратегии прибегают от недостатка достоверной научной информации, от невозможности обсудить с лечащим врачом возникающие проблемы. Следовательно, неформальное отношение к больному человеку, компетентные советы и рекомендации являются мотивацией к планомерному, точному выполнению врачебных назначений.

Анкетирование по специальной анкете показало, что больные туберкулезом люди, помимо вышеописанных копинг-стратегий, прибегают также к другим, которые достоверно отличаются у мужчин и женщин. В проведенном исследовании был проанализирован социальный статус. По нашему мнению, он несомненно оказал влияние на выбор копинг-стратегии. Особенно показательны невыполнение правил личной гигиены как способ совладающего поведения, т. е. заражение окружающих.

Копинг-стратегия «конфронтация» характерна для 20% и 17% женщин. Правила личной гигиены выполняют 28% мужчин и 74% женщин, т. е. показатели сопоставимы.

У 15% мужчин и 9% женщин было выявлено желание «отомстить» обществу за свое заболевание, считая, что это не инфекционное заболевание, а социальное страдание, месть проявляется в невыполнении правил гигиены, т. е. умышленном заражении окружающих и членов семьи. Только социальная поддержка поможет преодолению этой поведенческой агрессии.

К копинг-стратегии «принятие ответственности» прибегают 14% мужчин и 18% женщин. Это также конструктивная копинг-стратегия. Для того, чтобы она могла быть использована большим числом больных, следует использовать выявленный позитивный факт – «уверенность в компетентности лечащего врача», которую показали 70% мужчин и 79% женщин. Необходимо делать акцент на том, что врач и больной человек являются партнерами в лечении, больной несет ответственность за исход болезни путем точного выполнения назначений, следования рекомендациям и советам.

Результаты показали, что у больных людей сохраняется надежда на излечение, на новое эффективное средство, новый метод. «Чувство уверенности в благополучном исходе заболевания» показали 41% мужчин и 58% женщин. Эту веру необходимо укреплять достоверным информированием, поддерживать позитивный настрой, отмечать любые положительные сдвиги в лечении и опираться на них в работе.

К использованию нетрадиционных методов лечения достоверно чаще прибегают мужчины – хроники ($\chi^2 4,23$). Эта копинг-стратегия может быть охарактеризована как «вера в чудо», что свидетельствует о высокой внушаемости. Ее необходимо использовать в лечебном процессе. Врач должен категорично, с непререкаемым авторитетом заявлять: «Данная процедура безопасна!», «Это лекарство вам поможет!».

«Сожаление о том, что нет более эффективных препаратов и методов лечения туберкулеза» показали 93% мужчин и 100% женщин. Нереализованное желание получить более эффективное лечение снижает дисциплину лечения, приводит к использованию нетрадиционных методов лечения. Но оно может быть

использовано в качестве мотивации к лечению путем назначения, например, различных ингаляций или физиопроцедур с успокаивающим действием.

«Невыполнение врачебных назначений» как совладающее поведение было выявлено у 34% мужчин и 24% женщин. Между тем, результаты выявленных эмоций показали наличие различного рода страхов перед болезнью и ее последствиями. Следовательно, у данной категории больных страх перед лечением выше страха перед болезнью.

Можно расценить их как внушаемых, с превалированием эмоций над разумным контролем поведения. Работу с ними рекомендуется проводить путем косвенного внушения, рассказывать на примере мифического больного о том, как дисциплинированно он принимал лечение, как успешно было выздоровление.

Копинг-стратегия «Обращение к религии» была выявлена у 77% мужчин и 65% женщин. Религия учит смирению, принятию ситуации, больные преодолевают свою социальную изоляцию, получают нравственную поддержку, это более актуально для мужчин ($\chi^2 4,78$). По числу пришедших к вере в Бога больных туберкулезом можно косвенно судить о количестве людей, не получающих моральную поддержку от близких и родных. Если родственные отношения сохраняются, врач может поговорить с родными и близкими о важности для больного человека тепла и внимания.

Заболевание туберкулезом является стрессором. Для совладания с ситуацией болезни больные люди прибегают к различным поведенческим стратегиям. Они были выявлены с помощью стандартного опросника Р. Лазаруса. Одни человек использует одновременно несколько копинг-стратегий.

Но, помимо копинг-стратегий, представленных в данном опроснике, больные туберкулезом легких прибегают к другим поведенческим стратегиям.

Не получая необходимого тепла, внимания и заботы от близких и окружающих, оказавшись в социальной изоляции в связи с болезнью, испытывая массу негативных эмоций – горе, стыд и другие, больные проявляют поведенческую агрессию по отношению к членам общества. Они умышленно не соблюдают правила личной гигиены, тем самым, подвергая близких и окружающих опасности

заражения. Это их месть обществу за то, что оно отвергает больных туберкулезом, изолируется от них.

Представляет интерес изучение вопроса о том, какие потребности актуальны для больных тяжелым, жизнеугрожающим заболеванием.

А. Маслоу анализировал истории жизни и достижения успешных и талантливых людей. На основе анализа их достижений он сформулировал теорию потребностей личности. Она представляет собой пирамиду, где потребности расположены в строгой иерархии. Пока не будут удовлетворены полностью или частично потребности низшего порядка, человека не интересуют потребности более высокого порядка.

А. Маслоу изучал истории успехов и достижений здоровых людей. Потребности больных людей целенаправленно не изучались. Поэтому представляет интерес, соответствуют ли потребности больных людей иерархической пирамиде потребностей. Или у них другая иерархия потребностей личности в связи с тяжелой смертельно опасной болезнью и постоянной угрозой смерти.

Для изучения потребностей личности больных людей целесообразно отобрать группу больных с угрожающим жизни заболеванием, которые ежедневно осознают реальную угрозу смерти. У этих больных удовлетворение базисных потребностей изначально снижено в связи с болезнью, например, сильной одышкой. Из-за нее больные спят в вынужденной позе, полусидя. Они едят и пьют с перерывами на восстановление дыхания, не могут быстро двигаться и ходить.

В качестве группы больных с хронической болезнью для изучения у них иерархии потребности личности были выбраны больные туберкулезом легких. У них снижены вентиляционные способности легких и выражена одышка, которая нарушает сон и процесс принятия пищи.

Кроме того, это инфекционное заболевание. Больные представляют опасность для окружающих, поэтому контакта с ними избегают. Больные туберкулезом находятся в социальной изоляции. У этой группы больных была изучена иерархия потребностей личности на предмет соответствия иерархии здоровых людей.

Было проведено обследование 100 больных туберкулезом легких, 62 мужчин и 38 женщин в возрасте от 22 до 56 лет, проходивших курс стационарного лечения в Самарской областной туберкулезной больнице по поводу заболевания туберкулезом легких.

Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все они были жителями Самарской области. Диагноз был поставлен на основании общепринятых клинических, рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований. Для изучения потребностей больных туберкулезом была разработана специальная анкета. При этом было учтено следующее.

60,3% обследованных больных имели начальное или неполное среднее образование, 58,4% среднее и 8,9% больных – высшее образование. 57,8% мужчин злоупотребляли алкоголем. 62,3 % обследованных больных мужчин отбывали срок в тюрьме.

У данной категории лиц изучение мотивации и когнитивной составляющей представляет достаточные трудности. Но можно изучать эмоции, связанные с удовлетворением или фрустрацией конкретных потребностей. Выраженность степени фрустрации потребности в баллах соответствует актуальности данной потребности для человека и позволяет провести статистический анализ. На основе оценки балльного эквивалента определенных эмоций можно делать выводы об актуальности фрустрируемой потребности, о значимости и важности для респондента этой потребности.

Эмоции оценивал пациент по шкале в 100 баллов. Методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера. 100 баллов соответствовали максимально выраженной эмоции, 0 баллов означали отсутствие эмоции. Больные дали добровольное согласие в анкетировании. Оно было анонимным. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по общепринятым методам статистики. Анализ проводился с помощью программы SPSS, 12.0 версии. Утверждения анкеты

были разработаны на основе данных свободного интервьюирования 80 больных хроническим туберкулезом, мужчин и женщин.

Через месяц после анкетирования оно было повторно проведено у 30% респондентов. Расхождений результатов не было.

Для сравнения потребности личности здоровых людей и больных хроническим заболеванием была взята группа больных, у которых базисные, физиологические потребности заведомо удовлетворены не полностью. Одышка препятствует полноценному сну и нарушает прием пищи.

В связи с заболеванием, у них не может быть полноценно, в полном объеме реализовано удовлетворение физиологических потребностей. По Маслоу, это первая ступень пирамиды. Актуальны ли потребности более высокого порядка для лиц с неудовлетворенными базисными потребностями? Ответ содержится в таблице 5. Степень выраженности эмоций, связанных с определенной потребностью, соответствует значимости потребности для больного человека.

Ответы анкетироваемых на утверждения, касающиеся определенных эмоций, выраженные в балльных показателях, представлены в таблице 5.

Таблица 5

Балльные показатели результатов анкетирования 100 больных туберкулезом

| Утверждения | Балльный показатель |
|---|---------------------|
| Я боюсь, что могу умереть от туберкулеза (потребность жить). | 33,68 |
| Я боюсь, что родственники отвернутся от меня (болезнь приведет к изоляции, и больного не будут любить и эмоционально поддерживать, не будет удовлетворена потребность в любви и привязанности). | 10,24 |
| Я боюсь, что из-за болезни я не нужен обществу (больных туберкулезом презирают из-за заразной для окружающих болезни, от них дистанцируются, у больных не может быть удовлетворена потребность в уважении и признании). | 21,40 |
| Я боюсь, что мне назначили много лекарств (они навредят хрупкому здоровью, и больной может умереть, это потребность жить). | 20,72 |
| Я боюсь, что у лекарств много побочных действий (присоединятся другие болезни и больной может умереть, потребность жить). | 53,90 |
| Я пытаюсь скрыть от близких, что я болен туберкулезом (родные боятся заболеть сами, поэтому дистанцируются, прекращают контакт, и | 28,50 |

| | |
|---|-------|
| больной не может удовлетворить потребность в привязанности и любви). | |
| Я стесняюсь своего заболевания (люди избегают больных с заразными болезнями, больные находятся в социальной изоляции, не может быть удовлетворена потребность в признании и уважении). | 47,60 |
| Я боюсь заразить других (больные боятся мести со стороны тех, кого заразил, так как большая часть больных туберкулезом побывала в тюрьме, и законы выживания там жестокие. Могут убить из мести. Потребность в безопасности). | 76,18 |
| Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы (люди избегают больных с заразными болезнями, больные находятся в социальной изоляции, не может быть удовлетворена потребность в признании и уважении). | 20,66 |
| Я боюсь, что мне не хватит сил довести до конца лечение (лечение зачастую болезненное, длительное, состояние больного тяжелое, болезнь смертельно опасная, боится не дожить. Потребность жить). | 27,32 |
| Я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании (больные туберкулезом стыдятся своего заболевания, так как болеют в основном, те, кто находился в тюрьме и болезнь заразная для окружающих, больных избегают. Потребность в уважении и признании). | 22,32 |
| Я боюсь, что у лекарств много побочных действий (присоединятся другие болезни и больной может умереть, потребность жить). | 27,32 |
| Я боюсь заразить близких (родные боятся заболеть сами, поэтому дистанцируются, прекращают контакт, и больной не может удовлетворить потребность в привязанности и любви. Но родные также могут отомстить за заражение. Это и потребность в безопасности). | 74,54 |
| Я боюсь рано умереть (потребность жить). | 35,64 |
| Я угнетен и подавлен из-за длительного лечения в больнице (больной находится в социальной изоляции, не удовлетворены потребности в любви, привязанности, уважении и признании). | 71,70 |

Как показывают данные таблицы, наибольшие балльные показатели соответствуют следующим эмоциям:

1. 76,18 баллов. Я боюсь заразить других (больные боятся мести со стороны тех, кого заразил, так как большая часть больных туберкулезом побывала в тюрьме, и законы выживания там жестокие. Могут убить из мести.). Это потребность в безопасности, стремление продлить свое существование, пусть даже с болезнью, с одышкой, с постоянной слабостью, кашлем, в социальной изоляции, в изоляции от родственников.

1. 74,54 баллов. Я боюсь заразить близких (родные боятся заболеть сами, поэтому дистанцируются, прекращают контакт, и больной не может удовлетворить потребность в привязанности и любви). Если заразить кого-то из близкого окружения, то наступит полная изоляция. Родные тоже зачастую были в тюрьме,

могут отомстить. Потребность в безопасности и сохранении жизни. Кроме того, больным хроническим заболеванием требуется много денег на лекарства, оплату диагностических процедур, на диетическое питание. Без материальной помощи со стороны родных и близких они не смогут проводить лечение смертельно опасного заболевания, могут умереть. Без лечения может наступить смерть. Потребность в привязанности и любви сочетается с потребностью жить, пусть даже с ограничениями в жизни.

2. 71,70 баллов. Я угнетен и подавлен из-за длительного лечения в больнице (больной находится в социальной изоляции, не удовлетворены потребности в любви, привязанности, уважении и признании). Не удовлетворены потребности в любви, привязанности, уважении и признании. Кроме того, пребывание в больнице сопровождается физиологическим дискомфортом – палата на несколько человек в течение длительного времени, проблемы с гигиеническими процедурами, больничное однообразное питание. Таким образом, удовлетворение физиологических потребностей, которые и так не могут быть полностью удовлетворены в связи с одышкой, еще больше снижается.

Итак, на первом месте у больных туберкулезом легких находится потребность жить, физически существовать. На втором месте потребность в любви и привязанности. На третьем месте потребность в уважении и признании.

Был проведен корреляционный анализ по Пирсону. Была выявлена статистически достоверная прямая и обратная корреляционная зависимость. Прямая значимая корреляционная зависимость наблюдалась между потребностью, выраженной в эмоциях: «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий (присоединятся другие болезни и больной может умереть, потребность жить)» и «Я боюсь, что могу умереть от туберкулеза (потребность жить)» ($r = 0,394$; $p = 0,005$). Это потребность жить, физически существовать.

«Я боюсь, что у лекарств много побочных действий (присоединятся другие болезни и больной может умереть, потребность жить)» и «Я боюсь, что мне не хватит сил довести до конца лечение (лечение зачастую болезненное, длитель-

ное, состояние больного тяжелое, болезнь смертельно опасная, боится не дожить. Потребность жить). ($r = 0,384$; $p = 0,003$). Это, по сути, потребность жить, страх прекратить физическое существование в силу различных причин.

«Я боюсь, что у лекарств много побочных действий (присоединятся другие болезни и больной может умереть, потребность жить)» и «Я угнетен и подавлен из-за длительного лечения в больнице (больной находится в социальной изоляции, не удовлетворены потребности в любви, привязанности, уважении и признании)» ($r = 0,415$; $p = 0,001$). Потребность жить у больного человека тесно связана с потребностью любви. Он нуждается в душевном тепле, эмоциональной поддержке, хочет получать любовь и чувствовать себя любимым и необходимым. При этом он нуждается в уважении и признании своих заслуг, своих личностных достижений, он нуждается в общении с друзьями и единомышленниками. Ему нужна как любовь, так и общение с теми, кто его уважает, для кого его личность значима.

«Я боюсь, что родственники отвернутся от меня (болезнь приведет к изоляции, и больного не будут любить и эмоционально поддерживать, не будет удовлетворена потребность в любви и привязанности)» и «Я боюсь рано умереть (потребность жить)» ($r = 0,383$; $p = 0,006$). Потребность жить у больных людей тесно связана с потребностью получать любовь, эмоциональную поддержку, быть эмоционально привязанным. Лечение длительное, зачастую болезненное, пребывание в больнице является дискомфортным. Физическое самочувствие резко нарушено в связи с болезнью. Тем важнее для больных людей проявления любви, душевного тепла, чувство близости.

«Я пытаюсь скрыть от близких, что я болен туберкулезом (родные боятся заболеть сами, поэтому дистанцируются, прекращают контакт, и больной не может удовлетворить потребность в привязанности и любви)» и «Я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании (больные туберкулезом стыдятся своего заболевания, так как болеют в основном, те, кто находился в тюрьме и болезнь заразная для окружающих, больных избегают. Потребность в уважении и признании)» ($r = 0,656$; $p = 0,0001$). Потребность в любви, привязанности, получении

душевного тепла, эмоциональной поддержки тесно переплетается с потребностью принадлежать социальной группе, иметь единомышленников, получать признание и уважение от сослуживцев и товарищей по работе.

«Я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании (больных туберкулезом избегают из страха заражения) и «Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы (люди избегают больных с заразными болезнями, больные находятся в социальной изоляции)» ($r= 0,396$; $p = 0,004$). Страх потерять уважение сослуживцев и окружающих из-за болезни, которой стыдятся. Потребность в уважении и признании не сможет быть удовлетворена.

Таким образом, по данным корреляционного анализа у больных людей потребность жить, физически существовать фигурировала шесть раз. Именно она актуальна и значима для людей, больных тяжелым, жизнеугрожающим заболеванием.

На втором по частоте месте находится потребность в уважении и признании, групповом принятии. На третьем месте находится потребность в любви и привязанности.

Данные проведенного исследования показали, что потребности больных хроническим, жизнеугрожающим заболеванием расходятся с потребностями здоровых и успешных людей, на основе которых была построена иерархическая пирамида потребностей.

У группы больных людей были не актуальны физиологические потребности. Не потому, что они не едят и не спят, а потому, что это доставляет им массу неудобств из-за одышки и плохого физического самочувствия. Удовольствия от еды нет, потому что необходимы паузы на восстановление дыхания. И пища остынет, и аппетит пропадет. Сон проходит в вынужденном, полусидячем положении. Нет чувства свежести, бодрости при пробуждении. Ночью беспокоит кашель, и мучительно трудно отделяется густая, вязкая мокрота. Сон многократно прерывается из-за кашля и отхождения мокроты. Сексуальные потребности не представляют важности и значимости, их удовлетворение с выраженной одышкой трудно реализуемо.

Для обследованной группы больных также не актуальна потребность в безопасности. Это объясняется тем, что они информированы о том, что болеют тяжелым заболеванием. Они видели смертельные исходы от болезни. Знают, что полного излечения от этого заболевания нет, эрадикация возбудителя невозможна.

На первом месте по важности и значимости потребностей, по данным корреляционного анализа, у больных-хроников находится потребность жить, выжить с этой болезнью, продолжить свое физическое существование.

В их жизни имеют место существенные ограничения. Они действительно «чахнут» от туберкулеза. Но жажда жизни проходит, как рефрен, через все остальные потребности.

Какие же еще потребности имеет эта группа людей? Сильнее, чем любви, они хотят уважения. Это объясняется социальным статусом обследованных и тем, что большая часть из них ранее пребывала в тюрьме или заболела туберкулезом там. Они продолжают жить по законам зоны, общаться с референтной группой. Для выживания и продолжения физического существования необходимо быть уважаемым членом референтной группы. Эта потребность тесно связана с потребностью жить, физически существовать.

Также для них актуальна потребность в любви и привязанности. Болезнь вызывает массу негативных эмоций. Больные люди нуждаются в душевном тепле, поддержке, словах ободрения. Они хотят чувствовать себя нужными и любимыми. Это потребность в платонической любви, физическая сексуальная активность трудно реализуема. Им нужна поддержка в трудной ситуации лечения, длительного и зачастую болезненного. Чувство привязанности, нужности, положительные эмоции помогают продолжить лечение, сохранить жизнь. И в основе этой потребности у больных-хроников опять таки лежит жажда жизни.

Для больных-хроников не актуальны потребности познавательные, эстетические, потребность в самореализации. Они хотят выжить при своей болезни, это самая большая потребность. Но, следует также учесть, что 60,3% обследованных больных имели начальное или неполное среднее образование, 58,4% среднее и 8,9% больных – высшее образование. 57,8% мужчин злоупотребляли алкоголем.

62,3 % обследованных больных мужчин отбывали срок в тюрьме. Пирамида потребностей людей с начальным или неполным средним образованием целенаправленно не изучалась. Поэтому трудно выделить связано ли отсутствие познавательных, эстетических потребностей непосредственно с плохим физическим самочувствием, постоянной слабостью и одышкой, или с уровнем образования и развития.

Проведенное исследование позволяет сделать заключение о том, что потребности больных хроническим заболеванием не укладываются в иерархическую пирамиду потребностей личности А. Маслоу.

Как видно из результатов анкетирования, из всех эмоций чаще всего у больных туберкулезом выявляется чувство страха. Оно вполне ожидаемо при развитии жизнеугрожающего заболевания.

Эмоция «страх» относится к базовым, т. е. таким, которые не расщепляются на другие и сами является составляющими более сложных эмоций. Страх возникает при обнаружении опасности, угрожающей спокойствию и безопасности, а также самому биологическому существованию – это так называемые витальные страхи, к ним относятся страхи смерти, безумия, боли, болезни, бессилия, голода. Страх также возникает при угрозе социальному существованию индивида – это социальные страхи. При изменении образа жизни и деятельности вопреки желанию; при неизведанности происходящего развиваются как страхи ситуаций: нищеты, успеха, близости, так и страхи переживаний: беспомощности, бессилия, унижения, ответственности, отвержения. Социальные страхи не могут причинить реальный вред человеку. Однако, любые страхи являются генерализованной реакцией организма, возникают в результате процессов в нервной системе, изменяют общее состояние человека, состояние его органов и систем, уровень жизнедеятельности организма. Жизнеугрожающее заболевание «туберкулез легких», резко изменяющее уровень и образ жизни, перспективу на будущее, провоцирует целую гамму эмоций.

Страх – это эмоция, возникающая при обнаружении опасности, в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и

направленная на источник действительной или воображаемой опасности. В отличие от боли и других видов страдания, вызываемых реальным воздействием опасных факторов, возникает при их предвосхищении.

При этом следует помнить, что сильные эмоции являются генерализованной реакцией всего организма, они возникают в результате процессов в нервной системе и изменяют общее состояние человека, состояние его органов и систем, уровень жизнедеятельности организма в целом.

Важно иметь в виду и то, что человек является социальным существом, и способен испытывать не только витальные, но и социальные страхи. Любое заболевание вызывает у больного человека массу негативных эмоций. А если речь идет о хроническом заболевании, требующем длительного – месяцами и годами лечения, приводящим к инвалидности, угрожающем здоровью близких людей, нарушившим жизненные планы, лишившим профессии, планов на будущее, требующем затрат на лечение, то причины появления подобных эмоций становятся ясны.

Был проведен многофакторный анализ причин страха у больных туберкулезом легких, для чего было обследовано 100 больных туберкулезом легких, 62 мужчин и 38 женщин в возрасте от 22 до 56 лет, проходивших курс стационарного лечения в ГУЗ «Самарская областная туберкулезная больница» по поводу заболевания туберкулезом легких.

Для проведения многофакторного анализа причин чувства страха у больных туберкулезом легких автором была разработана специальная анкета, состоящая из 17 утверждений. Известно, что методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера. Разработанная анкета построена по типу самооценки испытуемым определенных параметров. Каждый анкетированный письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Анкета «Многофакторная методика исследования этиологии страха у больных туберкулезом» состоит из вопросов, сгруппированных в определенные блоки. Так, блок, выявляющий страхи больного человека, связанные с семьей и родственниками, состоит из 2 вопросов: Я боюсь, что

родственники и близкие отвернутся от меня; я пытаюсь скрыть от близких и знакомых, что я болен туберкулезом; я боюсь заразить близких.

Блок, выявляющий страхи больного человека, связанные с его социальным функционированием, состоит из следующих вопросов: Я боюсь, что я не нужен обществу; я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании; я боюсь заразить других.

Блок, выявляющий страхи больного туберкулезом, связанные с возможностью инвалидности, состоит из следующих вопросов: Я боюсь, что у меня будут проблемы с трудоустройством; я боюсь, что болезнь повлияет на мою работоспособность; я не смогу сделать карьеру;

Страхи больного туберкулезом, связанные с его заболеванием, помогает выявить блок, состоящий из вопросов: я стесняюсь своего заболевания; я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы; я боюсь рано умереть.

На выявление страха, связанного с необходимостью длительного лечения, направлен блок, состоящий из следующих вопросов: Я боюсь, что мое заболевание неизлечимо; я боюсь, что мне назначили слишком много лекарств; я боюсь, что у лекарств много побочных действий; я боюсь, что мне не хватит терпения довести до конца лечение.

Положительный ответ на утверждение «Длительное нахождение в больнице угнетает меня» служит показателем депрессивного состояния.

Таким образом, разработанная анкета позволяет провести анализ множества факторов, которые могут лежать в основе чувства страха у больных туберкулезом легких. Она позволяет выявить страх различной этиологии: связанный с заболеванием, с его лечением, с межличностным и социальным взаимодействием, угрозой потери работоспособности, возможностью инвалидизации. Балльная шкала оценки позволяет определить величину страха конкретной этиологии, причем величина страха измеряется самим пациентом.

Каждое утверждение имеет шкалу, на которой испытуемый самостоятельно отмечает знаком свое предполагаемое положение. Затем ответы с помощью специального ключа переводятся в количественные балльные показатели, и

обрабатываются по общепринятым статистическим методикам. Измерение проводилось от 0 (страх отсутствует) до 100 баллов (максимально выраженный страх). Статистическая обработка полученных результатов позволяет также определить наиболее частые причины чувства страха у больных туберкулезом легких.

Через месяц после анкетирования оно было проведено повторно у 30% респондентов. Расхождений результатов не было.

Анализ проводился с помощью статистической программы SPSS, 12.0 версии. Ответы анкетирзуемых на утверждения, выраженные в балльных показателях, представлены в таблице 6.

Таблица 6

Причины чувства страха при туберкулезе легких

| Утверждения | Балльный показатель |
|--|---------------------|
| Я думаю, что мое заболевание неизлечимо | 33,68 |
| Я боюсь, что родственники отвернутся от меня | 10,24 |
| Я боюсь, что я не нужен обществу | 21,40 |
| Я боюсь, что мне назначили много лекарств | 20,72 |
| Я боюсь, что у лекарств много побочных действий | 53,90 |
| Я пытаюсь скрыть от близких, что я болен туберкулезом | 28,50 |
| Я стесняюсь своего заболевания | 47,60 |
| Я боюсь заразить других | 76,18 |
| Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы | 20,66 |
| Я боюсь, что мне не хватит терпения довести до конца лечение | 27,32 |
| Я боюсь, что у меня будут проблемы с трудоустройством | 52,60 |
| Я боюсь, что на работе узнают о моём заболевании | 22,32 |
| Я боюсь заразить близких | 74,54 |
| Я боюсь рано умереть | 35,64 |
| Я боюсь, что болезнь повлияет на мою работоспособность | 61,88 |
| Я не смогу сделать карьеру | 57,98 |
| Длительное нахождение в больнице угнетает меня | 71,70 |

Как показывают данные таблицы 6, наибольшие балльные показатели соответствуют следующим утверждениям: я боюсь заразить других; я боюсь заразить близких; длительное нахождение в больнице угнетает меня; я боюсь, что болезнь повлияет на мою работоспособность; я не смогу сделать карьеру, т. е. наибольшие балльные показатели были выявлены у социальных страхов.

Следовательно, самое высокое чувство страха у больных туберкулезом легких связано с возможностью нарушения социального взаимодействия. Почти такую же величину имеет страх, связанный с возможностью нарушения семейного взаимодействия.

Наибольшее значение для больных туберкулезом легких имеют социальные страхи. Все больные туберкулезом легких, независимо от длительности течения заболевания, нуждаются в проведении социальной коррекции. У них должна быть создана перспектива на будущее, они должны быть уверены в собственной социальной востребованности при любом исходе заболевания.

Проведенное исследование показало необходимость проведения семейного консультирования родных и близких больного туберкулезом человека. Для того, чтобы снизить страх пациента, у него должна быть повышена уверенность в прочности и стабильности семейных взаимоотношений, что могут сделать близкие ему люди. Они также могут оказать больному человеку необходимую ему эмоциональную поддержку.

При корреляционном анализе полученных данных по Пирсону была выявлена статистически достоверная прямая и обратная корреляционная зависимость.

Прямая значимая корреляционная зависимость наблюдалась между причинами страха, сформулированных в высказываниях: «Я думаю, что мое заболевание неизлечимо» и «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» ($r = 0,394$; $p = 0,005$) – витальный страх; «Я боюсь, что родственники и близкие отвернутся от меня» и «Я боюсь рано умереть» ($r = 0,383$; $p = 0,006$) (социальный и витальный страх); «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Я боюсь, что мне не хватит терпения довести до конца лечение» ($r = 0,384$; $p = 0,003$) (витальный страх); «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Длительное нахождение в больнице угнетает меня» ($r = 0,415$; $p = 0,001$) (витальный страх); «Я пытаюсь скрыть от близких, что я болен туберкулезом» и «Я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании» ($r = 0,656$; $p = 0,0001$) (социальный страх); «Я стесняюсь своего заболевания» и «Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы» ($r = 0,396$; $p = 0,004$) (социальный страх).

Таким образом, выявлена прямая корреляционная зависимость между причинами витального страха, социального страха, и прямая зависимость причин витального и социального страха.

Обратная значимая корреляционная зависимость наблюдалась между причинами страха, сформулированными в высказываниях: «Я боюсь, что родственники и близкие отвернутся от меня» и «Я боюсь, что у меня будут проблемы с трудоустройством» ($r = 0,375$; $p = 0,007$) – социальные страхи, при отсутствии работы отношения в семье ухудшаются.

Эмоции определяют дистанцию в процессе контакта с окружающими, они влияют на интенсивность контактов, определяют взаимодействие человека и окружающей среды. В случае с больными туберкулезом легких

чувство страха доминирует, препятствует проявлению других эмоций, разрушает контакты с окружающими, в том числе и с медицинским персоналом, сужает восприятие, нарушает реальную оценку действительности. У больных туберкулезом легких были выявлены как витальные, так и социальные страхи, которые тесно взаимосвязаны.

Отсутствие веры в излечимость своего заболевания, в возможность выздоровления объясняет страх перед стандартным лечением, перед возможным побочным действием лекарственных препаратов, что приводит к низкой дисциплине лечения, игнорированию врачебных назначений. При этом болезнь прогрессирует, физическое состояние еще больше ухудшается, и усиливается витальный страх смерти. В данном случае необходима рационализация страха, подробное, на доступном уровне разъяснение принципов лечения, возможности нейтрализации побочных эффектов препаратов. Если учесть, что этот страх имеет самый высокий балльный показатель, то подобные разъяснительные беседы следует проводить со всеми больными туберкулезом легких. Следовательно с больным необходимо проводить специальную разъяснительную работу по принципам лечения, заострять внимание на необходимости длительного лечения, на врачебных мероприятиях, направленных на предотвращение побочного действия препаратов. Информацию следует преподносить в позитивном ключе.

Страх ранней смерти от туберкулеза, возможность стать инвалидом и обузой для родственников демонстрирует тесная взаимосвязь между данными причинами чувства страха. Имеет место тесная корреляция витального и социального страха.

Страх перед возможным побочным действием препаратов коррелирует с чувством угнетенности от длительного пребывания в больнице и со страхом не довести до конца лечение. Чувством угнетенности проявляет себя депрессия. Она сопровождается снижением психической и двигательной активности, безразличием к окружающему, снижением ясности мышления, снижением самооценки, собственных перспектив.

Именно этим можно объяснить самовольное прекращение лечения больными туберкулезом, неполное выполнение врачебных назначений.

Выявленная зависимость между причинами страха, связанными с социальным взаимодействием, а именно, выявленная связь между страхом больного быть замеченным около туберкулезной больницы и чувством стыда за свою болезнь также требует проведения социальной коррекции, пересмотра отношения к туберкулезу как к болезни «маргиналов», асоциальных элементов общества, информирования пациентов об инфекционной природе заболевания, наличии микробного начала болезни.

Выявленная обратная зависимость между страхом остаться безработным и страхом быть отвергнутым близкими свидетельствует о неуверенности больных туберкулезом в стабильности семейного положения, в прочности родственных связей, в возможности оказания ему эмоциональной поддержки близкими людьми в тяжелой жизненной ситуации. Следовательно, при проведении семейного консультирования с близкими людьми и родственниками больного, необходимо информировать их о возможности излечения больного человека от туберкулеза, возможности возвращения его в полноценной социальной жизни и необходимости оказания ему эмоциональной поддержки в тяжелой ситуации длительной болезни. Всех больных туберкулезом легких тревожат витальные и социальные страхи. Страхи больного человека снижают дисциплину лечения, разрушают контакты с

окружающими, в том числе и с медицинским персоналом, сужают восприятие, нарушают реальную оценку действительности, сопровождаются снижением психической и двигательной активности, безразличием к окружающему, снижением ясности мышления, самооценки, собственных перспектив.

Самые сильные страхи – заразить других, заразить близких (социальные страхи) и страх длительного лечения (витальный страх).

Отсутствие достоверных различий в частоте встречаемости этих страхов у больных с впервые диагностированным и хроническим туберкулезом легких свидетельствует о том, что эти страхи свойственны как больным с впервые диагностированным процессом, так и с хроническим.

Независимо от длительности течения заболевания, его тяжести и наличия осложнений витальные и социальные беспокоят всех больных туберкулезом легких. Даже если врач убежден в том, что у данного пациента исход будет благоприятным и объем поражения у него не очень большой, у больного человека есть витальный страх смерти. Снять его можно с помощью приема рационализации. Т. е. на доступном уровне для каждого больного, понятным языком рассказывать о возможности излечения от этой болезни, о принципах терапии, объяснить, почему необходимо назначать одновременно несколько препаратов на длительный срок. Для закрепления эффекта обязательно надо отмечать в позитивном ключе малейшие успехи в лечении, незначительную позитивную динамику, хвалить за дисциплинированность. Выявленную взаимосвязь витального и социального страхов можно использовать в лечебном процессе, разъяснить больному человеку, что близкие ему люди будут оказывать помощь и поддержку, в которых он так нуждается, только при условии, что будут уверены в собственной безопасности, что возможно при условии абациллирования больного туберкулезом, для чего требуется дисциплинированное лечение и точное выполнение всех назначений.

Выявленные витальные и социальные страхи игнорировать нельзя, так как они, как сильные эмоции, изменяют поведение человека. Нужно учесть факт их существования и по-другому построить взаимоотношения с больным человеком.

Выявленная зависимость между причинами страха, связанными с социальным взаимодействием, а именно, выявленная связь между страхом больного быть замеченным около туберкулезной больницы и страхом социальной изоляции свидетельствует о необходимости пересмотра отношения к туберкулезу как к болезни «маргиналов», асоциальных элементов общества, информирования об инфекционной природе заболевания, наличии микробного начала болезни.

Выявленная обратная зависимость между страхом остаться безработным и страхом быть отвергнутым близкими свидетельствует о неуверенности больных туберкулезом в стабильности своего семейного положения, в прочности родственных связей, в возможности оказания ему эмоциональной и материальной поддержки близкими людьми в тяжелой жизненной ситуации. Следовательно, необходимо семейное консультирование близких и родственников больного, информирование их о возможности излечения от туберкулеза, возвращения его к полноценной социальной жизни и необходимости оказания ему эмоциональной поддержки в тяжелой ситуации длительной болезни.

Заболевание туберкулезом легких сопровождается чувством страха. Страх у больных туберкулезом легких как витальный, так и социальный. В основе чувства страха при туберкулезе легких лежат разные причины. Причины витального и социального страхов тесно взаимосвязаны между собой. У больных туберкулезом легких наиболее высок страх, связанный с возможностью нарушения социального взаимодействия.

Как показали результаты исследований, у больных туберкулезом низкая дисциплина лечения, они не принимают препараты, пропускают процедуры, своевременно не приходят на прием к врачу. Представляет интерес изучение причин низкой дисциплины лечения у больных туберкулезом.

Курс стандартной химиотерапии продолжается несколько месяцев, препараты имеют побочные эффекты. Лечение требует госпитализации, отрыва от семьи и привычных связей, нарушения стереотипа жизни. Нужна сильная мотивация к лечению, наличие определенных волевых качеств, внутренняя дисциплина. Больного человека могут беспокоить различного рода страхи и тревоги, которые

он боится высказывать при беседе с врачом, но которые могут влиять на дисциплину лечения, а, следовательно, и на его эффективность. Необходимо учитывать и факт наличия у больных – хроников негативного опыта лечения.

Было проведено обследование 72 больных туберкулезом легких, 48 мужчин и 24 женщин в возрасте от 22 до 56 лет, проходивших курс стационарного лечения в Самарской городской больнице № 5. Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все обследованные они были жителями Самарской области. 30 страдали инфильтративным, 42 – фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 5 лет. Диагноз туберкулеза был поставлен на основании общепринятых клинических, рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований.

Для изучения факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом, была разработана анкета, состоящая из 34 утверждений. Методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера. Каждый анкетированный письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Его ставили в известность о том, что обследование анонимное. ответы анализируются в обобщенном виде.

Анкета состоит из 34 утверждений, на которые больной человек отвечает утвердительно или отрицательно. Утверждения сгруппированы в определенные блоки.

Первый блок характеризует дисциплину лечения. Он состоит из четырех утверждений. 1. Приходилось ли Вам по каким-либо причинам пропускать: прием препарата, посещение врача, уколы и другие процедуры. 2. Приходилось ли Вам самому изменять дозы препаратов, не ставя об этом в известность врача. 3. Бывало ли так, что Вы по каким-то причинам не принимали определенный противотуберкулезный препарат. 4. Бывало ли так, что по рекомендации более опытного больного вы начинали прием препарата, не ставя об этом в известность врача.

Второй блок направлен на определение трудностей при лечении. Он состоит из следующих утверждений. 1. Трудно ли Вам принимать все назначенные врачом препараты в определенное врачом время. 2. Приходилось ли Вам с начала лечения испытывать – и далее перечисляются побочные действия противотуберкулезных препаратов. 3. Приходилось ли Вам испытывать боли от диагностических или лечебных процедур. 4. Приходилось ли Вам испытывать неприятные ощущения от диагностических или лечебных процедур. 5. Есть ли у Вас определенный страх от ожидания болезненных лечебных или диагностических процедур. 6. Приходилось ли Вам испытывать болезненные ощущения от инъекций. 7. Были ли у Вас осложнения от инъекций. 8. Приходилось ли Вам самому: приобретать лекарства, оплачивать диагностическое обследование или различные процедуры. 9. Испытываете ли вы финансовые затруднения, связанные с лечением. 10. Приходилось ли Вам пропускать посещение врача, или прием лечения из-за недостатка денег на проезд. 11. Приходилось ли вам отказывать себе из-за нехватки денег в приобретении: лекарства, дополнительного питания. 12. Приходилось ли Вам из-за отдаленности расположения больницы: пропускать посещение врача или лечебные процедуры.

Следующий блок характеризует волевые качества пациента. Он состоит из следующих утверждений. 1. Готовы ли Вы принимать более интенсивное лечение, если это повысит шанс на выздоровление. 2. Готовы ли Вы для повышения шанса на излечение принимать: дополнительные инъекции, лечебные манипуляции. 3. Испытываете ли вы усталость от: длительного пребывания в больнице, длительного лечения, разлуки с близкими, больничного питания, больничного окружения.

Блок, характеризующий внушаемость пациента, состоит из следующих утверждений. 1. Приходилось ли Вам советоваться с более опытным больным по поводу: течения болезни, лечения, дополнительных методов лечения. 2. Приходилось ли Вам «примеривать» на себя симптомы болезни другого пациента. 3. Всегда ли Вы доверяете своему лечащему врачу. 4. Всегда ли Вы прислушиваетесь к советам более «опытных» пациентов.

Следующий блок утверждений направлен на выявление удовлетворенности проводимым лечением. Он состоит из следующих утверждений. 1. Есть ли у Вас недовольство назначенным лечением. 2. Хотелось бы Вам принимать дополнительно: инъекции, процедуры. 3. Хотелось бы Вам получить информацию о своем заболевании, методах лечения. 4. Удовлетворены ли Вы информацией о своем заболевании, которой располагаете.

Последний блок направлен на выявление возможной инвалидизации, связанной с заболеванием. 1. Способны ли вы после заболевания туберкулезом выполнять привычные обязанности по дому. 2. Способны ли Вы к обычной активности на отдыхе.

Утвердительные или отрицательные ответы пациентов суммировались и обрабатывались общепринятыми статистическими методиками. У 30% пациентов через месяц было проведено повторное анкетирование. Отличия в ответах были статистически незначимы ($p > 0,05$).

Анализ проводился с помощью статистической программы SPSS, 12.0 версии. Для выявления различия в отношении к лечению у больных с впервые диагностированным и хроническим процессом был использован непараметрический метод хи-квадрата. Ответы анкетироваемых на утверждения, характеризующие дисциплину лечения и трудности, возникающие у пациента при приеме специфической химиотерапии, выраженные в процентах, представлены в таблице 7.

Таблица 7

Дисциплина и трудности лечения больных

| Утверждения | Инfiltrативный (впервые диагностированный) (%) | Фиброзно-кавернозный (хронический) (%) |
|--|--|--|
| Пропуск приема препарата | 26,6 | 52,4 |
| Пропуск посещения врача | 6,6 | 42,8 |
| Пропуск процедур | 6,6 | 52,6 |
| Самостоятельное изменение дозировки препарата | 6,6 | 10,0 |
| Самостоятельное прекращение приема препарата | 40,0 | 76,2 |
| Прием препарата по рекомендации другого пациента | 13,3 | 14,3 |
| Прием препарата в назначенное врачом время | 6,6 | 33,3 |

| | | |
|--|------|------|
| Боли в правом подреберье как побочное действие лечения | 13,3 | 38,1 |
| Боли в желудке как побочное действие лечения | 20,0 | 57,2 |
| Боли в суставах как побочное действие лечения | 13,3 | 47,6 |
| Парестезии как побочное действие лечения | 20,0 | 33,3 |
| Онемение конечностей как побочное действие | 20,0 | 23,8 |
| Кожный зуд как побочное действие лечения | 33,3 | 42,9 |
| Кожные высыпания как побочное действие | 33,3 | 61,9 |
| Заложенность в ушах как побочное действие | 33,3 | 61,9 |
| Шум в ушах как побочное действие лечения | 26,6 | 66,7 |
| Мелькание мушек перед глазами | 20,0 | 52,4 |
| Ощущение комка в горле как побочное действие | 33,3 | 42,9 |
| Боли от диагностических или лечебных процедур | 26,6 | 14,3 |
| Страх ожидания болезненных процедур | 33,3 | 57,2 |
| Болезненные ощущения от инъекций | 33,3 | 38,1 |
| Осложнения от инъекций | 60,0 | 47,6 |
| Самостоятельное приобретение препаратов | 6,6 | 14,3 |
| Оплата диагностического обследования | 66,6 | 76,2 |
| Оплата процедур | 20,0 | 33,3 |
| Наличие финансовых затруднений из-за лечения | 46,7 | 76,1 |
| Пропуск лечения из-за нехватки денег на проезд | 20,0 | 47,6 |
| Невозможность приобретения препаратов | 26,6 | 66,7 |
| Невозможность приобретения продуктов | 33,3 | 76,2 |
| Пропуск посещения врача из-за отдаленности больницы | 20,0 | 10,4 |
| Пропуск процедур из-за отдаленности больницы | 20,0 | 23,8 |

Как показывают результаты таблицы 7, больные хроническим туберкулезом легких имеют более низкую дисциплину лечения по сравнению с впервые выявленными, они чаще пропускают посещение врача ($\chi^2 = 5,7$) прием препарата, различные процедуры ($\chi^2 = 8,2$). Большая часть больных – хроников самостоятельно прекращает прием препарата, не имеет материальных возможностей приобретать препараты, практически половина – имела побочное действие препаратов (боли в желудке ($\chi^2 = 4,9$), в суставах ($\chi^2 = 4,6$), шум в ушах ($\chi^2 = 5,6$), мелькание мушек перед глазами ($\chi^2 = 3,9$)) и осложнение от инъекций, а потому и страх от ожидания болезненных процедур, пропускала лечение из-за нехватки денег на проезд. Практически все они имеют финансовые трудности, не имеют возможности приобретать препараты ($\chi^2 = 5,6$) и продукты ($\chi^2 = 6,6$).

Ответы анкетированных на утверждения, характеризующие волевые качества, внушаемость и удовлетворенность лечением, выраженные в процентах, представлены в таблице 8.

Таблица 8

Волевые качества, внушаемость и удовлетворенность лечением

| Утверждения | Инфильтративный (впервые диагностированный) (%) | Фиброзно-кавернозный (хронический) (%) |
|---|--|---|
| Готовность принимать более интенсивное лечение | 33,3 | 95,2 |
| Готовность принимать дополнительно инъекции | 33,3 | 95,2 |
| Готовность принимать дополнительно манипуляции | 53,3 | 71,4 |
| Усталость от пребывания в больнице | 60,0 | 61,9 |
| Усталость от лечения | 53,3 | 66,7 |
| Усталость от разлуки с близкими | 40,0 | 52,4 |
| Усталость от больничного питания | 66,6 | 66,7 |
| Усталость от больничного окружения | 26,6 | 42,9 |
| Обсуждение с более «опытным» пациентом течения болезни | 53,3 | 61,9 |
| Обсуждение с более «опытным» пациентом лечения | 46,6 | 52,4 |
| Обсуждение с более «опытным» пациентом дополнительных методов лечения | 60,0 | 57,1 |
| «Примеривание» симптомов другого пациента | 6,6 | 28,6 |
| Наличие доверия лечащему врачу | 86,6 | 81,0 |
| Следование советам других больных | 13,3 | 33,3 |
| Уверенность в возможности излечения туберкулеза | 86,7 | 47,6 |
| Уверенность в возможности собственного излечения | 93,3 | 52,4 |
| Недовольство назначенным лечением | 6,6 | 23,8 |
| Желание дополнительно принимать инъекции | 40,0 | 66,7 |
| Желание дополнительно принимать процедуры | 66,6 | 66,7 |
| Расценивание своего лечения как эффективного | 100,0 | 76,2 |
| Использование нетрадиционных методов лечения | 26,6 | 61,9 |
| Желание получить информацию о заболевании | 93,3 | 85,7 |
| Желание получить информацию о методах лечения | 93,3 | 85,7 |
| Удовлетворенность располагаемой информацией | 26,6 | 42,9 |
| Способность выполнять после заболевания привычные обязанности по дому | 66,6 | 61,9 |
| Способность к обычной активности на отдыхе | 80,0 | 57,1 |

Как показывают результаты таблицы 8, практически все больные – хронически готовы принимать дополнительное лечение, в том числе инъекции и различные манипуляции, если это повысит возможность излечения. Усталость от лечения, разлуки с близкими, больничного питания испытывает половина всех опрошенных. Половина респондентов обсуждает с более «опытными» больными

течение собственной болезни, лечение, возможность использования дополнительных методов лечения, хотя лишь небольшая часть показала, что следует советам других больных. Практически все больные туберкулезом доверяют своему лечащему врачу, только малая часть недовольна проводимым лечением. Все больные с впервые выявленным туберкулезом расценивают, в отличие от хроников, свое лечение как эффективное ($\chi^2 = 4,1$). По уверенности в возможности излечения туберкулеза и собственного между больными – хрониками и впервые выявленными существует достоверное различие. Почти все пациенты с инфильтративным туберкулезом верят в возможность излечения туберкулеза ($\chi^2 = 5,8$) и своего собственного ($\chi^2 = 6,9$), а из хроников в этом уверены лишь половина. Нетрадиционные методы лечения чаще используют больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких ($\chi^2 = 4,4$). Практически все опрошенные не располагают необходимой информацией по своему заболеванию и хотели бы ее получить. Снижение способности к выполнению привычной нагрузки по дому и на отдыхе коснулось в большей степени больных-хроников.

Анализ результатов проведенного исследования позволил выявить ряд факторов, которые снижают дисциплину лечения у больных туберкулезом. Очень многие пациенты-хроники испытали побочное действие препаратов, неприятные последствия химиотерапии приводит к нарушению режимов лечения. Проведенное исследование позволяет выделить наиболее частые побочные эффекты противотуберкулезных препаратов и свидетельствует о необходимости проведения симптоматической и патогенетической терапии с самого начала назначения химиотерапии. Однако следует учитывать, что большая часть больных – хроников не имеет материальной возможности приобретать препараты и продукты питания, так же как и денег на проезд в больницу. Финансовые трудности, помимо отрицательных эмоций, также являются препятствием лечению, снижают его дисциплину.

Осложнения от инъекций и болезненность проводимых диагностических процедур в большей степени испытали впервые выявленные больные, это фак-

торы снижают дисциплину лечения. Перед проведением обследования необходимо проводить специальную разъяснительную работу, снимать страх перед обследованием. Страх ожидания болезненности процедур испытывает более половины хроников. Страх является деструктивной реакцией, он лежит в основе тревоги и депрессии, снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Об этом страхе у пациента врачу следует помнить при назначении лечения и обследования.

Результаты анкетирования показали, что половина опрошенных обладает высокой внушаемостью, это та категория лиц, которая при опросе показала, что имеет тенденцию ориентироваться на мнение окружающих, принимать их советы. Врач может определить внушаемость, используя два способа. Первый заключается в выяснении того, легко ли пациент соглашается с мнением более «опытных» больных, принимает советы лечащего врача. Второй способ выявления высокой внушаемости заключается в том, что врач категорично, с непрерываемым авторитетом заявляет больному: «Данная процедура безопасна!», «Она малоболезненна!». Положительный эффект от такого психологического воздействия указывает на высокую внушаемость пациента, которую необходимо использовать в лечебном процессе. Больным с малой внушаемостью для преодоления страха необходимо проводить разъяснительную работу. Таким больным следует доступно объяснить необходимость и относительную безопасность манипуляций. Рациональное отношение к процедурам и манипуляциям способно повысить дисциплину лечения у пациентов второй группы.

Поскольку боль выступает, с одной стороны, как ощущение, а, с другой стороны, как эмоция и переживание, то ее можно существенно уменьшить путем повышения порога восприятия боли и подавления за счет обратной нисходящей афферентации (теория воротного контроля боли). Для этого можно рекомендовать родственникам (если родственные отношения поддерживаются) проявлять по отношению к больным уместную нежность и ласку. Мануальное воздействие может проявляться поглаживанием, ласковым прикосновением. Легкое поглаживание рукой запускает механизм воротного контроля боли и приводит к уменьшению болевых ощущений.

Можно использовать во время проведения болезненных процедур аудиозаписи успокаивающих и отвлекающих музыкальных произведений.

Для уменьшения эмоционального, переживательного компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, необходимо также применять разъяснение и внушение.

Усталость от больничного окружения, питания, разлуки с близкими и длительности лечения также снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Волевые качества пациентов позволяют иметь готовность к приему дополнительных инъекций или процедур, если это повысит шанс на излечение. Эту готовность можно использовать в качестве мотивации к лечению. Половина пациентов обладает высокой внушаемостью, которая выражается в обсуждении с более «опытными» пациентами симптомов собственного заболевания, методов лечения, следовании их советам. Такая высокая внушаемость снижает дисциплину лечения. Но ее же можно использовать и для повышения его эффективности, так как практически все больные туберкулезом доверяют своему лечащему врачу. В качестве мотивации к лечению и повышения его дисциплины можно использовать и тот факт, что все опрошенные с инфильтративным туберкулезом расценили свое лечение как эффективное. Нереализованное желание получать дополнительно инъекции и процедуры также снижает дисциплину лечения, оно заставляет хроников достаточно широко использовать нетрадиционные методы лечения. Но оно же может быть использовано в качестве средства повышения дисциплины лечения путем назначения, например, различных ингаляций или физиопроцедур с успокаивающим действием. Пропуски приема препарата, процедур и посещения врача можно объяснить низкой информированностью пациентов о возможности хронизации процесса, развития лекарственной устойчивости микобактерий и возникновением, в связи с этим, дополнительных сложностей в лечении. Для повышения дисциплины лечения необходимо позитивное информационное обеспечение.

Проведенное исследование позволило выявить ряд факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом, но, вместе с тем, выявило факторы, повышающие мотивацию к лечению. Рассмотрены некоторые возможные приемы, способные обеспечить повышение дисциплины лечения.

Выявлены специфические эмоции больных туберкулезом людей, развившиеся при болезни.

Взаимосвязь эмоций и потребностей человека была отмечена многими исследователями, выявлена зависимость эмоций от удовлетворения или неудовлетворения потребностей.

При развитии у человека смертельно опасного заболевания у него появляются дополнительные потребности, развившиеся при этом эмоции отражают отражать эти потребности. Специфические эмоции больного туберкулезом являются отражением его насущных потребностей в связи с болезнью.

Произойдут значимые изменения в жизни больного человека, самое прогнозируемое из которых – выход на инвалидность. Эти события являются стрессогенными факторами, и вполне объяснимо развитие в ответ на них гаммы негативных эмоций. Если при этом больной является потенциальным источником заражения окружающих, несет заразное начало, то поведение окружающих по отношению к нему неизбежно изменится.

Для изучения специфических эмоций у больного туберкулезом легких в связи с болезнью было проведено обследование 100 больных туберкулезом легких, 62 мужчин и 38 женщин в возрасте от 22 до 56 лет, проходивших курс стационарного лечения в ГУЗ «Самарская областная туберкулезная больница» по поводу заболевания туберкулезом легких. Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все они были жителями Самарской области. Они страдали либо инфильтративным, либо фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Для изучения специфических эмоций больного туберкулезом легких была разработана специальная анкета, для изучения социальных последствий – другая анкета. Каждый анкетированный письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании.

Разработанные анкеты построены по типу самооценки. Каждое утверждение имеет шкалу, на которой испытуемый самостоятельно отмечает знаком свое предполагаемое положение. Затем ответы с помощью специального ключа переводились количественные балльные показатели, и обрабатывались общепринятыми статистическими методиками. Анализ результатов анкетирования проводился с помощью статистической программы SPSS – 12. Через месяц после анкетирования оно было проведено повторно у 30% респондентов. Расхождений результатов не было.

Социальный статус анализировался по данным анамнеза жизни (истории жизни) из истории болезни.

Социальный статус обследованных больных туберкулезом легких представлен в таблице 9.

Таблица 9

Социальный статус больных туберкулезом легких

| Социальный статус | Форма туберкулезного процесса в легких | | | |
|---|---|---------|--|---------|
| | Инфильтративная (первые выявленный процесс) | | Фиброзно-кавернозная (хронический процесс) | |
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| Пребывание в исправительно-трудовых учреждениях | 15,6 | 8,3 | 64,3 | 40,6 |
| Наличие семьи | 43,7 | 33,3 | 30,6 | 41,2 |
| Холосты (не замужем) | 28,1 | 33,4 | 16,7 | 38,1 |
| Разведены | 21,9 | 20,8 | 52,4 | - |
| Причиной развода явилось заболевание туберкулезом | - | 40,1 | 30,7 | - |
| Вдовцы (вдовы) | 6,3 | 12,5 | - | 20,7 |

Как показывают результаты таблицы 9, большинство обследованных больных туберкулезом легких ранее находились в пенитенциарных учреждениях, семью имели менее половины опрошенных, у некоторых причиной развода явилось заболевание туберкулезом легких.

Заболевание стало причиной распада семьи, отношение близких и окружающих явно изменились после заболевания туберкулезом.

Были и другие последствия туберкулеза. Социальные последствия от туберкулеза легких представлены в таблице 10.

Таблица 10

Социальные последствия туберкулеза легких

| Последствия заболевания | Процент положительно ответивших больных впервые диагностированным туберкулезом | Процент положительно ответивших больных хроническим туберкулезом |
|---|--|--|
| Нарушение жизненных планов | 80 | 100 |
| Изменение образа жизни | 68 | 84 |
| Ухудшение условий труда | 70 | 82 |
| Необходимость материальной поддержки | 80 | 80 |
| Потребность в моральной поддержке близких | 68 | 72 |
| Ухудшение отношения окружающих | 32 | 68 |
| Ограничение контактов | 44 | 60 |
| Ухудшение финансового положения | 64 | 60 |
| Ухудшение положения в обществе | 48 | 48 |
| Ухудшение отношения родных | - | 40 |
| Изменение семейного положения | 8 | 24 |
| Улучшение отношения родных | 16 | - |

Как показывают результаты таблицы 10, социальные последствия для больных инфильтративным (впервые диагностированным) и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (хроническим) различаются. С помощью критерия χ^2 была определена достоверность этих различий.

Параметры, различия по которым достоверны, представлены в таблице 11.

Таблица 11

Параметры, различия по которым достоверны у больных с впервые диагностированным и хроническим туберкулезом легких

| Параметры | Число утвердительно ответивших больных с инфильтративным туберкулезом из 50 обследованных | Число утвердительно ответивших больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом из 50 обследованных | Различие в параметрах |
|--|---|--|-----------------------|
| Жизненные планы нарушились из-за болезни | 35 | 50 | $(\chi^2=10,1)$ |
| Условия труда ухудшились | 35 | 41 | $(\chi^2=8,8)$ |
| Отношение окружающих ухудшилось | 16 | 34 | $(\chi^2=30,1)$ |
| «Сужение» круга интересов | 20 | 34 | $(\chi^2=7,9)$ |
| Отношение родственников изменилось | 8 | 20 | $(\chi^2=10,2)$ |
| Семейное положение изменилось | 4 | 12 | $(\chi^2=4,8)$ |

Как показывают данные таблицы 11, у больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в большей степени нарушились жизненные планы, ухудшились условия труда, к ним ухудшилось отношение окружающих, изменилось отношение родственников, семейное положение, круг интересов после заболевания сузился.

Подобные изменения жизни сопровождаются сильными эмоциями. Туберкулез легких является тяжелым, жизнеугрожающим заболеванием, требующем длительного лечения. Психотравмирующая ситуация болезни вызывает гамму эмоций. При этом больной туберкулезом представляет опасность заражения для окружающих. Их поведение по отношению к больному изменяется, что также вызывает у него различные эмоции.

Ответы больных на утверждения, позволяющих выявить эмоции, развившиеся в связи с туберкулезом, представлены в таблице 12. Ответы даны в баллах по шкале от 0 до 100 баллов.

Таблица 12

Эмоции больных туберкулезом

| Утверждения | Балльный показатель |
|---|---------------------|
| Я боюсь заразить окружающих | 76,18 |
| Я боюсь заразить членов моей семьи | 74,54 |
| Я устал от пребывания в больнице | 71,70 |
| Я боюсь, что не смогу работать | 61,88 |
| Я не смогу добиться успеха в жизни | 57,98 |
| Я боюсь, что после лечения будут осложнения | 53,90 |
| Я боюсь, что меня не возьмут на работу | 52,60 |
| Я стыжусь своей болезни | 47,60 |
| Я боюсь умереть | 35,64 |
| Я боюсь, что никогда не вылечусь | 33,68 |
| Я скрываю от близких свою болезнь | 28,50 |
| Я боюсь, что не смогу выдержать лечение | 27,32 |
| Я боюсь, что на работе узнают о моей болезни | 22,32 |
| Я боюсь, что я не нужен обществу | 21,40 |
| Я боюсь, что мне назначили много лекарств | 20,72 |
| Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы | 20,66 |
| Я боюсь, что родственники отвернутся от меня | 10,24 |

Как показывают данные таблицы 12, среди специфических эмоций больного туберкулезом преобладают различного рода страхи и опасения. Наибольшие балльные показатели соответствуют следующим утверждениям: Я боюсь заразить окружающих, Я боюсь заразить членов моей семьи, Я устал от пребывания в больнице, Я боюсь, что не смогу работать, Я не смогу добиться успеха в жизни.

При корреляционном анализе полученных данных по Пирсону была выявлена статистически достоверная прямая и обратная корреляционная зависимость. Прямая значимая корреляционная зависимость наблюдалась между причинами страха, сформулированных в высказываниях: «Я боюсь, что никогда не вылечусь» и «Я боюсь, что после лечения будут осложнения» ($R = 0,394$; $p = 0,005$); «Я боюсь, что родственники отвернутся от меня» и «Я боюсь умереть» ($R = 0,383$; $p = 0,006$); «Я боюсь, что после лечения будут осложнения» и «Я боюсь, что не смогу выдержать лечение» ($R = 0,384$; $p = 0,003$); «Я боюсь, что после лечения будут осложнения» и «Я устал от пребывания в больнице» ($r =$

0,415; $p = 0,001$); «Я скрываю от близких свою болезнь» и «Я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании» ($r = 0,656$; $p = 0,0001$); «Я стыжусь своей болезни» и «Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы» ($r = 0,396$; $p = 0,004$).

Обратная значимая корреляционная зависимость наблюдалась между причинами страха, сформулированными в высказываниях: «Я боюсь, что родственники и близкие отвернутся от меня» и «Я боюсь, что меня не возьмут на работу» ($r = 0,375$; $p = 0,007$).

В ходе исследования выявлены специфические потребности в связи с болезнью туберкулезом – потребность в материальной и моральной поддержке близких.

Материальная поддержка нужна для приобретения препаратов, дополнительного питания. В ней нуждаются 80% больных с впервые диагностированным и 80% больных с хроническим туберкулезом легких.

Потребность в моральной поддержке испытывают 68% больных с инфильтративным и 72% больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Моральная поддержка близких людей необходима в связи с жизнеугрожающим заболеванием.

В реальной жизни у всех больных туберкулезом легких произошло следующее: отношение окружающих ухудшилось, отношение родственников изменилось, семейное положение изменилось, круг интересов сузился, условия труда ухудшились, жизненные планы нарушились. Проведенный статистический анализ доказал, что отношение окружающих ухудшилось, а отношение родственников изменилось по отношению к больным-хроникам в большей степени, чем к больным с впервые выявленным заболеванием. У них же достоверно сильнее ухудшились условия труда, изменилось семейное положение – их бросили из-за болезни, а также сузился круг интересов. Жизненные планы в связи с тяжелым инфекционным заболеванием нарушились у всех больных туберкулезом легких.

При развитии туберкулеза практически у всех больных (80%) появляются дополнительные потребности – в материальной поддержке и моральной поддержке близких. Эти потребности не реализуются.

После заболевания в жизни больного человека произошли и другие психотравмирующие события. У больных развились негативные эмоции, преимущественно страхи и опасения: страх смерти, опасение неизлечимости и длительного комплексного лечения, страх быть отвергнутым родными и окружающими, страх последующих проблем с трудоустройством, угнетенное состояние в связи с длительным пребыванием в больнице.

Самый высокий балльный показатель у страха заразить окружающих. Контакты с больным туберкулезом стали ограниченными, положение в обществе ухудшилось, образ жизни изменился. Если в этой ситуации больной станет заражать окружающих, то его социальная изоляция усилится, а отношения еще сильнее ухудшатся. Так же большая часть больных и лица из их окружения ранее пребывали в исправительно-трудовых учреждениях. Они боятся мести за заражение, физической расправы.

Отношение родственников изменилось, семейное положение изменилось, а по данным анамнеза в некоторых случаях заболевание туберкулезом легких стало причиной распада семьи, круг интересов больного сузился, жизненные планы нарушились. Если в этой ситуации он заразит кого-то из близких, отношение родных и близких ухудшится еще сильнее. Больной человек нуждается не только в моральной поддержке и внимании. Больные туберкулезом, по большей части, не имеют средств к существованию. Они не имеют возможности покупать лекарства и дополнительное к больничному питание. Противотуберкулезные лекарства имеют много побочных действий. Без лечения осложнений состояние больного туберкулезом еще более ухудшится. Больной очень нуждается в материальной помощи родных. Поэтому силен страх их заразить.

Страх неизлечимости болезни коррелирует со страхом развития осложнений от лечения. Сам больной понимает, что болезнь серьезна, он видел смерти

от нее. При этом лекарства имеют побочные действия и трудно переносятся, лечение длится много месяцев. Эти страхи дополняют друг друга.

Страх быть отвергнутым родными «Я боюсь, что родственники отвернутся от меня» прямо коррелирует со страхом смерти «Я боюсь умереть» ($r = 0,383$; $p = 0,006$). Без материальной поддержки родных больной не сможет купить средства патогенетической и симптоматической терапии, покупать продукты питания к больничному питанию. Болезнь станет прогрессировать, состояние ухудшаться. Без адекватного лечения смерть вполне реальна.

Страх вреда от комплексного лечения и «Я боюсь, что после лечения будут осложнения» прямо коррелирует с чувством угнетенности от длительности лечения «Я устал от пребывания в больнице» ($r = 0,415$; $p = 0,001$). Лечение действительно продолжается несколько месяцев, все больные испытывают побочное действие лекарственных противотуберкулезных препаратов. Понятна связь этих эмоций.

Стыд за свое заболевание «Я скрываю свою болезнь» прямо коррелирует со страхом увольнения из-за него «Я боюсь, что на работе узнают о моей болезни» ($r = 0,656$; $p = 0,0001$). Туберкулез чаще всего развивается у лиц, находящихся в тесном помещении с больным, при постоянном контакте. Такой контакт происходит при пребывании с больным туберкулезом в одной камере. Поэтому заболевание туберкулезом в понимании членов общества приравнивается к пребыванию в тюрьме. Больной старается скрыть свою болезнь, которая ассоциируется с асоциальным поведением и преступлением против общества. Поэтому болезнь скрывают от членов общества и работодателей.

Чувство стыда за свою болезнь прямо коррелирует со страхом социальной изоляции быть отвергнутым в связи с болезнью отражает фрустрированные потребности («Я стыжусь своей болезни» и «Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы» ($r = 0,396$; $p = 0,004$).

Туберкулезом чаще всего заражаются в тюрьме, где близкие контакты с больным туберкулезом. Поэтому туберкулез является синонимом низкого соци-

ального статуса. Нахождение в туберкулезной больнице является свидетельством заболевания лиц, ранее пребывавших в исправительно-трудовых учреждениях и имеющих низкий социальный статус. Больные стараются скрывать эту болезнь.

Страх быть отвергнутым родными и близкими находится в обратной зависимости от страха потерять работу в связи с болезнью ($r= 0,375$; $p = 0,007$). Члены семьи боятся заболеть сами, получить заражение от больного при контакте с ним. Если он потеряет работу, доход, то его просто выгонят из семьи. И больные знают об этом. Их положение в семье нестабильно из-за опасности заражения членов семьи, а если они к тому же перестанут приносить деньги в семью, нуждаясь в лекарствах и дополнительном питании, то их пребывание в семье завершится. И анализ социального статуса, проведенный выше, это доказывает. У многих больных семья распалась после заболевания туберкулезом.

Эмоции в ответ на жизнеугрожающее заболевание – в основном страха и опасения, как показал проведенный корреляционный анализ, они тесно взаимосвязаны между собой. Для того, чтобы разобраться в эмоциях больных туберкулезом легких, необходимо учитывать социальный статус больных и социальные последствия данного заболевания. Они представлены в таблице 13.

Таблица 13

Отношение семьи, близких и друзей к больному туберкулезом легких с различной длительностью течения

| Отношение семьи, близких и окружающих к больному туберкулезом легких | Туберкулез легких | | | |
|---|---------------------------|---------|-------------|---------|
| | Впервые диагностированный | | Хронический | |
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| Семья стала относиться с большим вниманием и заботой | 18,7 | 16,6 | - | - |
| Члены семьи начали избегать больного | 9,5 | 8,3 | 60 | 40 |
| Отношение друзей осталось прежним | 100 | 75,1 | 96,0 | 39,5 |
| Друзья стали относиться с большим вниманием | – | 12,5 | 4,0 | 20,2 |
| Друзья стали избегать больного | - | 12,4 | - | 40,3 |
| Не получают эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей | 62,5 | 58,3 | 80,7 | 60,4 |

Как видно из представленной таблицы, только незначительная часть мужчин и женщин впервые выявленным туберкулезом легких уверена в том, что близкие начали относиться к ним с повышенным вниманием. Более половины всех опрошенных полагают, что не получают эмоциональной поддержки от близких и друзей.

Тяжелая, жизнеугрожающая болезнь, которая несет реальную опасность заражения близким и окружающим, сопровождается эмоциями, специфическими для этого заболевания. Больной нуждается в поддержке, заботе, внимании, но при их оказании люди рискуют сами получить эту болезнь. И больные с разной длительностью болезни по-разному реагируют эмоционально на свое заболевание.

Таблица 14

Эмоциональный ответ больных туберкулезом с разной длительностью течения болезни

| Эмоциональный ответ | Длительность болезни | | | |
|--|----------------------|---------|-------------|---------|
| | Впервые выявленная | | Хроническая | |
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| Страх потерять работу | 25,6 | 12,5 | 12,3 | - |
| Ощущение собственной физической слабости | 12,5 | 4,1 | 52,4 | 20,6 |
| Страх перед неопределенностью будущего | 18,7 | 58,3 | 20,6 | 40,7 |
| Страх остаться в одиночестве из-за болезни | 15,6 | 12,5 | 36,4 | - |
| Страх перед невозможностью физически защитить себя | 6,2 | 4,1 | 20,4 | - |
| Больные туберкулезом являются изгоями общества | 6,2 | 8,3 | 8,4 | - |
| Страх умереть от туберкулеза | 6,2 | 12,5 | - | 20,7 |
| Чувство усталости от болезни, длительного лечения | 12,5 | 37,5 | 48,4 | 60,4 |

Как видно из представленной таблицы, у всех больных туберкулезом имеются одинаковые страхи, но частота их встречаемости зависит от длительности заболевания.

Страхи и тревоги больных туберкулезом были ранжированы по частоте встречаемости. У мужчин с впервые выявленным процессом на первом месте

находится страх потерять работу, на втором – страх за будущее из-за его неопределенности, на третьем – страх остаться в одиночестве из-за болезни. У женщин с впервые диагностированным туберкулезом первое место занимает страх из-за неопределенности будущего, второе – чувство усталости от длительного лечения, пребывания в больнице в отрыве от семьи и друзей, на третьем месте в равной степени находится страх умереть от туберкулеза, остаться в одиночестве и потерять работу. У мужчин с хроническим течением заболевания на первом месте находится ощущение собственной физической слабости, на втором – чувство усталости от болезни, необходимости длительного лечения, на третьем – страх остаться в одиночестве из-за болезни. У женщин с хронически текущим туберкулезом на первом месте находится усталость от болезни и длительного лечения, на втором – страх в связи с неопределенностью будущего, на третьем – страх умереть от туберкулеза. Неопределенность будущего в 2 раза чаще беспокоит женщин, чем мужчин.

Результаты проведенного исследования показали, что через исправительно-трудовые учреждения прошли небольшая часть мужчин и женщин с впервые диагностированным туберкулезом, почти половина женщин и более половины мужчин с хронически текущим туберкулезом легких. Почти половина женщин, длительно болеющих туберкулезом, никогда не имела семьи (среди них много тех, кто ранее находился в ИТУ). У прошедших ИТУ сохраняется социальная дезадаптация. Трудно разделить причины этой дезадаптации – это может быть изоляция в результате опасности заражения или в результате асоциального поведения.

Туберкулез явился причиной распада семьи у 30 % мужчин с хронически текущим и у 40 % женщин с впервые диагностированным заболеванием. Семьи больных разрушаются из страха заражения в результате тесного контакта с больным.

Практически все обследованные больные туберкулезом, независимо от его длительности, стесняются своего заболевания, стыдятся его, пытаются скрыть свою болезнь от окружающих. Обсуждать свое заболевание они могут только с близкими людьми. Они боятся того, что знакомые могут увидеть их входящими

в противотуберкулезный диспансер, так как считают, что факт посещения диспансера, лечения в нем, сильно компрометирует в глазах окружающих. Больные туберкулезом уверены в том, что как только окружающие узнают о болезни, то их станут избегать, контакты будут прекращены. Практически половина обследованных чувствуют, что окружающие, общество в целом изолируют их, отстраняется или отгораживается от них.

По мере увеличения длительности болезни растет число больных, уверенных в том, что друзья стали избегать их из-за туберкулеза, а также число лиц, не получающих от близких и друзей эмоциональной поддержки.

Частота встречаемости различного рода страхов и тревог тличается у мужчин и женщин с различной продолжительностью болезни.

Анализ результатов проведенного анкетирования позволяет говорить о том, что туберкулез является своего рода стигмой. «Стигмой» в Древней Греции называли клеймо на теле преступника, специальную метку. Все опрошенные больные воспринимают свою болезнь не как обычное поражение легких. Они стыдятся своего заболевания, пытаются скрыть от окружающих факт своей болезни, лечения и посещения противотуберкулезного диспансера. Они уверены в том, что как только окружающие узнают об их болезни, контакты с ними будут прекращены. По данным проведенного анкетирования, у части больных заболевание туберкулезом явилось причиной распада семьи, многие больные чувствуют себя изолированными от общества. Часть больных уверена в том, что «больные туберкулезом являются изгоями общества», и они на собственном опыте испытывали это. Людей, убежденных в этом, больше в группе мужчин с хроническим течением процесса. Чувства стыда и приниженности, ощущение себя «помеченными» болезнью не способствуют настрою на длительное планомерное лечение, на выздоровление. Стремление скрывать туберкулез приводит к невыполнению правил личной гигиены, делает больных социально опасными. Таким образом, все больные туберкулезом нуждаются в проведении специальной психокоррекционной работе по преодолению «стигмы туберкулеза». Необходима разработка специальной методики психотерапевтического воздействия

на больного туберкулезом для преодоления «клейма» болезни, специфических страхов и тревог. Диагноз «туберкулез» является для больного человека «стигмой», то есть определенным социальным клеймом. Необходима разработка специальной методики психотерапевтического воздействия по преодолению «стигмы туберкулеза».

Представленные выше исследования показали, как сильно больные туберкулезом нуждаются в поддержке близких и родных, как высок у них страх того, что могут быть разорваны семейные связи. Но заболевание у многих больных привело к разводу, дети и родные изолировались от них из страха заражения, оставили наедине с болезнью и проблемами, связанными с ней.

Поэтому представляет интерес изучение особенностей взаимодействия в семьях больных туберкулезом. Каковы члены семьи, которые оставляют родственника в болезни без помощи и поддержки, каков семейный уклад, каковы семейные ценности, как проходит привычное взаимодействие членов семьи.

Для изучения специфики семейного взаимодействия было обследовано 30 семей больных туберкулезом. Это были семьи с низким социальным и экономическим статусом, часть обследованных прошла через исправительно-трудовые учреждения, пенсия по инвалидности в отдельных семьях зачастую являлась единственным доходом семьи, члены семьи злоупотребляли алкоголем.

На вопросы о семейном взаимодействии отвечали 15 мужчин среднего возраста $41,2 \pm 3,6$ лет и 15 женщин среднего возраста $42,4 \pm 3,5$ лет. Обследованные были вполне сформированы как личности, имели определенные привычки, взгляды на жизнь, жизненный опыт, сложившуюся специфику семейного взаимодействия.

Особенности семейных отношений, социальный климат семьи, особенности семейного функционирования были изучены с помощью теста «Шкала семейного окружения», (ШСО) который предназначен для оценки социального климата в семьях всех типов. Один из членов семьи, отвечая на вопросы, характеризует социальный климат всей семьи и особенности семейного взаимодействия всех членов данной семьи.

В основе ШСО лежит оригинальная методика «famil Environmental Skale» (FES), разработанная R.H Moos. В России данная методика была адаптирована С.Ю Куприяновым (1985).

При обработке данных для каждой шкалы высчитывался показатель, который получался путем сложения ответов по всем пунктам шкалы. Итогом являлся семейный профиль. Для того, чтобы интерпретировать получившийся профиль, его данные сравниваются со средними значениями нормативного профиля, который был получен С.Ю Куприяновым при анкетировании 100 советских семей (всего 276 здоровых испытуемых), ни один из членов которых не болел выраженными нервно-психическими, психосоматическими или тяжелыми, хроническими соматическими заболеваниями.

Социальные значимые характеристики обследованных представлены в виде таблицы 15.

Таблица 15

Социальные характеристики обследованных

| Показатель | Абсолютное число мужчин | % мужчин | Абсолютное число женщин | % женщин |
|---------------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------|----------|
| Среднее образование | 6 | 40,0 | 5 | 33,3 |
| Среднее специальное образование | 9 | 60,0 | 9 | 60,0 |
| Злоупотребление алкоголем | 8 | 53,3 | 2 | 13,3 |
| Курение более 10 лет | 15 | 100,0 | 7 | 46,6 |
| Имеет комнату в коммунальной квартире | 3 | 20,0 | 5 | 33,3 |
| Имеет частный дом без удобств | 4 | 26,6 | 3 | 20,0 |
| Имеет отдельную квартиру с удобствами | 7 | 46,6 | 7 | 46,6 |
| Не имеет средств к существованию | 8 | 53,3 | 7 | 46,6 |
| Доход ниже прожиточного уровня | 6 | 40,0 | 8 | 53,3 |
| Пребывание в местах лишения свободы | 7 | 46,6 | 3 | 20,0 |

При анализе теста «Шкала социального окружения» учитывались данные характеристики.

Результаты обследования специфики семейного взаимодействия представлены в таблице 16.

Таблица 16

Результаты обследования 30 семей больных туберкулезом тестом «ШСО»

| N | Шкалы | Собственные данные (n=30) | | Данные по нормативной семье (n=100) | | Т |
|----|---|---------------------------|------|-------------------------------------|------|------|
| | | М | m | М | m | |
| 1 | С – Сплоченность | 6,21 | 0,26 | 6,45 | 0,14 | 0,80 |
| 2 | Э – Экспрессивность | 6,46 | 0,16 | 6,18 | 0,18 | 1,12 |
| 3 | К-т – Конфликтность | 3,69 | 0,11 | 3,20 | 0,16 | 1,60 |
| 4 | Н-Независимость | 5,12 | 0,25 | 4,35 | 0,13 | 2,56 |
| 5 | ОД – Ориентация на достижения | 6,27 | 0,13 | 5,46 | 0,14 | 2,76 |
| 6 | ИКО – интеллектуально-культурная ориентация | 5,63 | 0,23 | 6,08 | 0,14 | 1,50 |
| 7 | ОАО – ориентация на активный отдых | 4,92 | 0,25 | 4,37 | 0,15 | 1,83 |
| 8 | МНА – морально-нравственные аспекты | 5,25 | 0,25 | 5,72 | 0,11 | 1,88 |
| 9 | О – организованность | 4,71 | 0,26 | 5,13 | 0,16 | 1,40 |
| 10 | К-контроль | 4,02 | 0,24 | 3,39 | 0,13 | 2,10 |

Как видно из таблицы 16, имеются различия в нормативных семьях и в семьях больных туберкулезом, в которых достоверно выше ориентация на достижения, независимость, конфликтность, ориентация на активный отдых, контроль, недостоверно выше – экспрессивность. По сравнению с нормативными семьями, достоверно ниже морально-нравственные аспекты, недостоверно ниже интеллектуально-культурная ориентация, сплоченность и организованность.

К дисгармоничным относят семьи, в которых в силу нарушения различных аспектов семейного функционирования систематически не удовлетворяются базовые потребности членов семьи и не реализуются основные ее задачи, специфические для каждой стадии жизненного цикла.

Собственно негармоничную семью характеризуют: «семейный перекосяк» как доминирование в семье отношений власти-подчинения; эмоциональная зависимость и несимметричность эмоциональных отношений; игнорирование одним

из членов семьи своих обязанностей и функций, связанных с семейной ролью, в ущерб интересам других членов семьи; отсутствие сотрудничества, партнерства, взаимопомощи. Важной особенностью негармоничной семьи является фактическое неравноправие, отношения принуждения. Функционирование деструктивной семьи порождает семейные проблемы и конфликты. В любой семье существуют определенные, сложившиеся нормы поведения, у членов семьи существуют свои обязанности.

Семейные конфликты возникают, когда члены семьи не подчиняются семейным нормам поведения, не занимаются возложенной деятельностью, не участвуют в преодолении трудностей. В дисфункциональных семьях трудности ослабляют семью, приводят к нарушению семейного взаимодействия, социальной дезадаптации членов семьи.

Проведем анализ показателей, по которым различаются нормативные семьи и семьи больных туберкулезом.

Показатель «сплоченность» характеризует, в какой степени члены семьи заботятся друг о друге, помогают друг другу; насколько удовлетворены потребности членов семьи в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите, характеризует эмоциональную стабильность членов семьи; выраженность чувства принадлежности к семье.

«Сплоченность» – это эмоциональное принятие членами семьи друг друга. Сплоченность семей больных туберкулезом достоверно ниже, чем в нормативных семьях. $T = 0,80$ позволяет говорить о тенденции к меньшей сплоченности дисгармоничных семей, о тенденции к эмоциональной отстраненности, несогласованности поведения, некотором безразличии друг к другу.

«Экспрессивность» характеризует, в какой степени в семье разрешается открыто действовать и выражать свои чувства. Конфликтное поведение может проявляться в скрытой форме: демонстративное молчание; бойкот взаимодействия; подчеркнутая холодность в отношениях и в открытой форме: взаимные словесные оскорбления; демонстративные действия (хлопанье дверью, битье посуды, стучание кулаком по столу), оскорбление физическими действиями.

$T=1,12$ позволяет говорить о тенденции к открытой форме конфликтного поведения в семьях больных туберкулезом.

В семьях больных туберкулезом достоверно выше показатель конфликтности ($M=3,69$, $m=0,11$, в нормативных $M=3,20$, $m=0,16$, $T=1,60$), что характеризует семьи как дисгармоничные. «Конфликтность» – показатель отношений между членами семьи. Конфликт – это острый способ разрешения значимых противоречий, возникающих в процессе взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и сопровождающийся негативными эмоциями. Причинами семейных конфликтов являются следующие причины: бытовые; межличностные (грубость и неуважение друг к другу, ревность); внешние факторы (вмешательство родителей и других лиц, измена). Анализ социальной ситуации респондентов показал, что имели комнату в коммунальной квартире 20,0% и 33,3% женщин, имели частный дом без удобств 26,6% мужчин и 20,0% женщин. Не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, имели доход ниже прожиточного уровня 40,0% мужчин и 53,3% женщин. Т. е. у обследованных семей были налицо бытовые проблемы. 53,3% мужчин и 13,3% женщин злоупотребляли алкоголем, создавая тем самым ситуации постоянного психологического давления, трудного или безвыходного положения, чрезмерного нервно-психического напряжения. Нервно-психическое напряжение является основным психотравмирующим переживанием. Психотравмирующее переживание воздействует на личность, деформирует ее. Злоупотребление алкоголем одного из супругов является причиной межличностных конфликтов. Т. е. у членов семей больных туберкулезом имелись реальные причины для бытовых и межличностных конфликтов, и именно этим можно объяснить повышенную конфликтность.

Показатель «независимость» выше в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M=5,12$, $m=0,25$, в нормативных семьях $M=4,35$, $m=0,13$, $T=2,56$). Независимость в семье подразумевает финансовые, профессиональные, социальные, эмоциональные аспекты. Семьи больных туберкулезом больше других стремятся к финансовой, профессиональной, социальной,

эмоциональной независимости. Стремление к финансовой независимости можно объяснить тем, что среди обследованных больных туберкулезом легких не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, имели доход ниже прожиточного уровня 40,0% мужчин и 53,3% женщин. Финансовые проблемы являются трудностью для всей семьи. Стремление к профессиональной независимости можно объяснить тем, что среднее образование имели 40,0 мужчин и 33,3% женщин, среднее специальное образование имели 60,0% мужчин и 60,0% женщин, в силу своего образования они зависимы в выборе профессии. Стремление к эмоциональной независимости можно объяснить тем, что 53,3% обследованных мужчин и 13,3% женщин злоупотребляли алкоголем. Члены семьи эмоционально зависимы от эмоционального состояния алкоголика, который провоцирует скандалы, они испытывают постоянную тревогу, страхи. Заболевание началось и протекало в местах лишения свободы у 46,6% мужчин и 20,0% женщин. После пребывания в ИТУ у человека появляются определенные привычки, регламенты поведения. Члены семьи связаны судьбой с ним. Они также вынуждены изменять свои привычки и стереотипы поведения. Таким образом, повышенное стремление к независимости в семьях больных туберкулезом легких свидетельствует о различных типах зависимости в данных семьях.

Ориентация на достижения достоверно выше в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M=6,27$, $m=0,13$, в нормативных $M=5,46$, $m=0,14$, $T=2,76$). Показатель подразумевает, в какой степени разным видам деятельности (учебе, работе) в семье придают характер достижения и соревнования. Трудные и многообещающие цели в результате желанной деятельности приводят к определенному результату.

Достижение – это качественная, эмоциональная оценка полученного результата, как проявление самоактуализации личности (результат – это объективная оценка). Мотивация достижения – стремление к улучшению результатов, неудовлетворенность достигнутым, настойчивость в достижении своих целей представляет одно из основных свойств личности.

Анализ социальной ситуации больных туберкулезом легких показал, что имели комнату в коммунальной квартире 20,0% и 33,3% женщин, не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, имели доход ниже прожиточного уровня 40,0% мужчин и 53,3% женщин. В реальных социальных показателях и заключается более высокая ориентация на достижения больных туберкулезом легких.

«Интеллектуально-культурная ориентация» подразумевает самообразование, приобщение к культуре – чтение и посещение учреждений культуры. «Интеллектуально-культурная ориентация» в семьях больных инфильтративным туберкулезом ниже, чем в нормативных семьях, но недостоверно ($M=5,63$, $m=0,23$, в нормативных $M=6,08$, $m=0,14$, $T=1,50$). Т. е. в результате проведенного исследования была выявлена тенденция к снижению уровня интеллектуально-культурной ориентации в семьях больных туберкулезом легких.

Русский философ В. В. Розанов отмечал: «... лишь семья может воспитать в детях существеннейшие стороны культуры». На общение с искусством необходимы финансовые затраты. Анализ социальной ситуации больных туберкулезом легких показал, что не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, имели доход ниже прожиточного уровня 40,0% мужчин и 53,3% женщин. Как показали результаты теста «ШСО», в семьях больных туберкулезом легких достоверно выше конфликтность. Между тем, условиями для интеллектуально-культурной ориентации в семье являются: понимание супругами друг друга, уважение, интерес и удовлетворенность общением, принятие жизненных ценностей, идеалов супруга, духовность, нравственные ориентиры. Повышенная конфликтность в семьях и недостаток средств отчасти объясняют снижение интеллектуально-культурной ориентации в семьях больных туберкулезом легких.

«Ориентация на активный отдых» достоверно выше в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M=4,92$, $m=0,25$, в нормативных $M=4,37$, $m=0,15$, $T=1,83$). Оригинальная методика «famil Environmental Skale»

(FES), разработанная R.H Moos, под ориентацией на активный отдых подразумевает, насколько семье свойственны активный отдых и спорт. Показатель ориентированности на активный отдых в 285 американских семьях составил $M = 6,9$, $m = 0,10$ (данные С.Ю Куприянова).

Для занятий спортом и активного отдыха необходимы определенные финансовые затраты. Между тем, результаты исследования показали, что не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, доход ниже прожиточного уровня показали 40,0% мужчин и 53,3% женщин, больных туберкулезом легких.

Следует вспомнить, что опросник «ШСО», разработанный для американских семей, был адаптирован С. Ю. Куприяновым только по пункту «морально-религиозные представления». В дополнительных беседах с анкетированными больными туберкулезом легких был уточнен вопрос о понятии «активный отдых». Под отдыхом опрошенные подразумевали употребление спиртных напитков, «отдыхать» употреблялся больными как синоним «выпивать». Отдых после трудов социально приемлем, употребление алкогольных напитков в обществе не одобряется. Подмена понятий как бы подменяет социально неодобряемое поведение социально приемлемым. «Активный отдых», по понятию опрошенных больных туберкулезом легких, подразумевает употребление спиртных напитков на лоне природы, отнюдь не занятия спортом.

В качестве иллюстрации можно привести слова одного больного «На природу без бутылки не ездим». Из социальных характеристик обследованных больных следует, что злоупотребляли алкоголем 53,3% мужчин и 13,3% женщин. Вследствие этого становится понятным, почему ориентация на активный отдых в семьях больных туберкулезом легких выше, чем в нормативных семьях. Следует отметить, что переведенные на русский язык тесты иногда требуют дополнительного уточнения и разъяснения терминов. Например, в данном тесте было бы правильнее указать конкретно «занятия спортом».

Показатель «Морально-нравственные аспекты» показывает степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям. Показатель «Морально-нравственные аспекты» достоверно ниже в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M=5,25$, $m=0,25$, в нормативных $M=5,72$, $m=0,11$, $T=1,88$). Суть процесса нравственного воспитания состоит в том, чтобы моральные идеи превратились в нормы и правила поведения, это формирование отношения к добру и злу, подготовка к борьбе против всего, что идет вразрез с принятыми в обществе моральными устоями. Ребенок повторяет все действия и поступки окружающих его людей, особенно членов семьи.

Нравственные установки и такие качества как отзывчивость, сочувствие, сострадание, сопереживание приобретаются человеком в результате соответствующего воспитания, в том числе и примером. В семье должна быть моральная среда. Если нравственные принципы, идеалы, нормы поведения, моральные оценки не подкрепляются примерами, образ жизни взрослых расходится с их словесными наставлениями, то это приводит к развитию цинизма.

Анализ социальной ситуации больных туберкулезом легких показал, что 53,3% мужчин и 13,3% женщин злоупотребляли алкоголем; курили более 10 лет 100,0% мужчин и 46,6% женщин, заболевание началось и протекало в МЛС у 46,6% мужчин и 20,0% женщин; не получают эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей 66,6% мужчин и 60,0% женщин; не получают материальной поддержки от членов семьи, близких и друзей 66,6% мужчин и 53,3% женщин. Не подкрепляемое примерами морально-нравственное воспитание, неуважение к этическим и нравственным ценностям объясняет достоверно более низкий показатель «морально-нравственные аспекты» в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких по сравнению с нормативными семьями.

Показатель «организованность» характеризует, насколько для семьи важны порядок и организованность (структурирование семейной деятельности, финансовое планирование, ясность и определенность семейных правил и обязанностей). Семья включает в себя большое число всевозможных отношений и вза-

имосвязей, для формирования которых имеют значение индивидуально-типологические и личностные особенности членов семьи; характер ее социального окружения; культурные нормы, обычаи, традиции; социально-экономические условия проживания. Перечисленные отношения и взаимосвязи для успешной реализации должны быть организованы.

Показатель «организованность» в семьях больных туберкулезом легких ниже, чем в нормативных семьях, но недостоверно ($M=4,17$, $m=0,26$, в нормативных $M=5,13$, $m=0,16$, $T=1,40$), т. е. выявлена тенденция. Анализ социальной ситуации больных инфильтративным туберкулезом легких показал, что злоупотребляли алкоголем 53,3% мужчин и 13,3% женщин, курили более 10 лет 100,0% мужчин и 46,6% женщин, что мешало структурированию семейной деятельности; не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, доход ниже прожиточного уровня имели 40,0% мужчин и 53,3% женщин, что существенно затрудняло семейное финансовое планирование; заболевание инфильтративным туберкулезом легких началось и протекало в МЛС у 46,6% и 20,0% женщин, приверженность субкультуре привела к снижению определенности семейных правил и обязанностей. Показатель «контроль» характеризует степень иерархичности семейной организации, ригидности семейных правил и процедур, контроля членами семьи друг друга.

Показатель «контроль» достоверно выше в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M=4,02$, $m=0,24$, в нормативных $M=3,39$, $m=0,13$, $T=2,10$). Семья включает лиц разного пола, возраста, телосложения, темперамента, этнической принадлежности. Взаимодействие членов семьи подчиняется определенным закономерностям, стереотипам взаимодействия, правилам, способам общения, которые имеют определенный смысл для членов семьи, в каждой семье существуют предписания, что, как, когда и в какой последовательности должны делать члены семьи, вступая в отношения друг с другом и при взаимодействии с социальным окружением. Результаты тестирования показали, что в семьях больных туберкулезом легких контроль более жесткий, более высокие требования к членам семьи по выполнению правил и регламентов поведения,

более жесткие предписания по взаимодействию членов семьи между собой и с окружающими.

Жесткий контроль приводит к напряженности отношений между членами семьи. Этот строгий контроль, регламентирующий поведение, приводит к привычке внешнего жесткого контроля за поведением в ущерб внутреннему контролю. При постоянном внешнем контроле соблюдения правил и регламентов не вырабатываются навыки внутреннего самоконтроля. Членов обследованных семей не научили в семье отвечать за свое поведение, у них не выработались навыки самоконтроля поведения, они привыкли к жесткому внешнему контролю.

Функции семьи разнообразны: воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, культурного общения, первичного социального контроля, сексуально-эротическая. Как показали результаты обследования 30 семей больных туберкулезом легких, в их семьях нарушены функции: воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, культурного общения. Таким образом, семьи больных туберкулезом легких могут быть охарактеризованы как дисфункциональные.

Сложившийся в семьях социальный климат, семейные привычки, нормы поведения не связаны с заболеванием туберкулезом одного из членов семьи. Средний возраст обследованных мужчин составил $41,2 \pm 3,6$ лет, средний возраст обследованных женщин был $42,4 \pm 3,5$ лет. Их привычки, стереотипы поведения, правила и нормы сложились задолго до диагностики туберкулеза легких.

При сравнении с нормативными семьями были получены отличия по всем показателям, одни достоверные, другие в виде тенденции. Адаптация модифицированной шкалы проводилась С. Ю. Куприяновым на 100 советских семьях в 1985 году (всего 276 здоровых испытуемых), в которых никто не болел выраженными нервно-психическими, психосоматическими или хроническими соматическими заболеваниями. При анализе результатов и сравнении с 285 американскими семьями С. Ю. Куприяновым не принимались в расчет социальные характеристики, им учитывалось только наличие нервно-психических, психосоматических или хронических соматических заболеваний. А между тем, выявленные

отличия от нормативных семей объясняются именно социальными характеристиками обследованных больных туберкулезом легких – их уровнем материального дохода, характеристикой жилищных условий, злоупотреблением алкоголем, пребыванием в МЛС. Поэтому семьи не оказывают эмоциональную поддержку своему больному члену не из-за того, что он болен туберкулезом легких, а из-за сложившегося морального, эмоционального и социального климата в семье задолго до болезни члена семьи. Повышенная конфликтность, жесткий контроль, провоцирующий стремление к независимости, снижение морально-нравственных аспектов, отличающие семьи больных инфильтративным туберкулезом легких от нормативных семей объясняют позицию членов семьи по отношению к больному человеку.

Проведенное исследование позволило выявить особенности семейных отношений в семьях больных туберкулезом легких.

Представляет интерес изучение поведенческого сценария женщин, больных туберкулезом – матерей, хранительниц семейного очага.

Туберкулез – это длительно текущее инфекционное заболевание. Биологическое излечение при нем невозможно. Возбудитель остается в организме до конца дней больного человека. Поэтому при ослаблении защитных сил организма под действием плохого питания, стресса, заболеваний, плохих условий проживания возможна реактивация процесса.

При туберкулезе могут поражаться все органы и системы человека: глаза, почки, репродуктивная система, кишечник. Но так как заражение чаще происходит аэрогенным путем, то обычно поражаются легкие. Больной человек является носителем инфекции. Он заражает окружающих при кашле, разговоре. Возбудитель несколько часов сохраняется в воздухе и может произойти заражение окружающих. Заразное начало также может быть в моче, поте, слюне больного человека. Чаще заражаются те, кто находится в контакте с больным – члены его семьи, соседи. Высокий риск заражения туберкулезом у тех, кто находится в тюрьме. Больной человек должен хорошо понимать свою опасность для окружающих и соблюдать правила личной гигиены.

Если больной не выполняет назначения врача, делает пропуски в прием, то возбудитель становится устойчивым к основным лекарственным препаратам. Такой человек становится еще более опасным для окружающих, он заражает их лекарственноустойчивыми штаммами микобактерий.

Заболевание туберкулезом является стрессом для больного человека. Он должен резко изменить привычный образ жизни, начать длительное лечение, которое может продолжаться несколько лет, выполнять правила личной гигиены. Особенно важно знание особенностей эмоционального реагирования и особенностей поведения больных туберкулезом женщин. У большинства из них есть семьи и дети. В семье женщина занимается приготовлением пищи, мытьем посуды и стиркой белья. При несоблюдении правил личной гигиены она подвергает риску заражения членов своей семьи.

Поэтому важно изучить особенности эмоционального реагирования на болезнь, женщин, больных туберкулезом легких, изменение их поведения после заболевания.

Для адаптации к ситуации хронического заболевания больные вынуждены изменить свое поведение. Изучение особенностей эмоционального реагирования и особенностей поведения при развитии туберкулеза у больных туберкулезом женщин позволит выявить общие черты. Поведение, свойственное всем женщинам, больным туберкулезом легких, можно считать поведенческим сценарием. Поведенческий сценарий – это особенности поведения, которые появились с развитием заболевания и присущи практически всем респондентам. Особенно важно знание поведенческого сценария больных туберкулезом женщин, их дети посещают школы, другие детские учреждения.

Знание поведенческого сценария может значительно облегчить планирование лечебных, профилактических мероприятий, мероприятий по социальной помощи.

Для изучения личностных особенностей был использован тест ММРІ. Это многопрофильное исследование личности. Тест включает 566 вопросов.

Интерпретация профиля больных туберкулезом женщин проводилась по 10 основным шкалам: 1-ая – «сверхконтроль» (Hs), 2-ая – «пессимистичность» (D), 3-я – «эмоциональная лабильность» (Hy), 4-ая – «импульсивность» (Pd), 5-ая – «женственность-мужественность» (Mf), 6-ая – «ригидность» (Pa), 7-ая – «тревожность» (Pt), 8-ая – «индивидуалистичность» (Sc), 9-ая – «оптимистичность» (Ma), 10-ая – «интроверсия» (Si). Методика имеет также 3 шкалы достоверности, позволяющие оценить надежность полученных данных, а также установку испытуемых в отношении обследования: шкала «лжи» – L, собственно шкала «достоверности» – F и шкала «коррекции» – K.

Для изучения социального статуса проводился анализ данных истории болезни.

Для изучения особенностей поведения больных женщин автором были разработаны специальные анкеты. Респонденты отвечают утвердительно или отрицательно на вопросы анкеты. Затем ответы подсчитывались.

Клинические методы обследования были обычными для подтверждения диагноза туберкулез легких.

В рамках исследования были обследованы 101 женщина, больных туберкулезом легких, проходивших курс стационарного лечения в ГУЗ «Самарская областная туберкулезная больница». Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Для подтверждения диагноза были использованы стандартные клинические, лабораторные, рентгенологические, функциональные методы исследования. Для изучения социального статуса проводился анализ данных историй болезни. Средний возраст обследованных женщин составил $44,0 \pm 3,9$ лет. Средняя длительность заболевания туберкулезом была $7,5 \pm 1,8$ лет. В качестве контрольной группы было обследовано 142 практически здоровых женщины среднего возраста $39,7 \pm 2,9$ лет.

Проведено тестирование стандартизованным многофакторным методом исследования личности с автоматическим подсчетом баллов по шкалам. Сочетание максимальных показателей по определенным шкалам позволяет судить о

типе реагирования. Так, сочетание шкал «импульсивность», «ригидность» и «оптимистичность» свидетельствует о стеничности. Максимальные показатели по шкалам «пессимистичность», «тревожность» и «интроверсия» свидетельствуют о гипостеническом типе реагирования. Другие сочетания шкал говорят о смешанном типе реагирования.

Процентное соотношение типов реагирования у больных туберкулезом женщин и практически здоровых женщин контрольной группы представлено в таблице 17.

Таблица 17

Тип реагирования в стрессе больных женщин и здоровых

| Тип реагирования | Основная группа | Контрольная группа |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 25%±3,0 | 48%±1,08 |
| Смешанный | 50%±1,0 | 44%±1,27 |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 25%±3,0 | 8%±11,5 |

Как видно из таблицы 17, большинство больных туберкулезом женщин имеют смешанные тип реагирования. Они имеют стремление к достижениям, достаточно экспансивны, стремятся доминировать. При этом они сдерживают свои поведенческие реакции. Не реагируют на событие так, как им бы хотелось. Они подавляют свою сущность. На психотравмирующую ситуацию реагируют на физиологическом уровне. 25% женщин добиваются желаемого любой ценой, не останавливаются ни перед чем, вступают в конфликты, активно сопротивляются, проявляют независимость. Еще 25% женщин уступают, не оказывают сопротивления, соглашаются во всем, податливы.

Практически здоровые женщины активно сопротивляются обстоятельствам, проявляют независимость. Очень небольшая часть здоровых женщин не оказывает сопротивления, уступает сразу.

Оценки по трем оценочным и 10 основным клиническим шкалам у женщин, страдающих туберкулезом легких и практически здоровых, представлены в таблице 18.

Таблица 18

Показатели теста СМИЛ больных женщин и здоровых

| | Основная группа | | Контрольная группа | | Т |
|---------------------------------|-----------------|-------|--------------------|-------|-------|
| | М | σ | М | σ | |
| L ложь | 45,91±1,53 | 6,1 | 44,81±0,91 | 4,56 | 0,61 |
| F достоверность | 75,62±3,05 | 12,2 | 71,82±1,82 | 9,09 | 1,07 |
| K коррекция | 48,43±2,03 | 8,12 | 49,72±0,87 | 4,34 | -0,58 |
| Hs сверхконтроль | 64,52±3,6 | 14,4 | 53,24±1,41 | 7,05 | 2,93* |
| D пессимистичность | 74,98±2,08 | 8,31 | 65,22±1,72 | 8,60 | 3,26* |
| Hu эмоциональная лабильность | 65,43±3,0 | 12 | 55,72±2,24 | 11,21 | 2,59* |
| Pd импульсивность | 67,72±2,14 | 8,42 | 64,00±1,41 | 7,03 | 1,46 |
| Mf женственность-мужественность | 70,8±0,63 | 2,46 | 60,84±2,47 | 12,34 | 3,90* |
| Pa ригидность | 68,67±2,25 | 8,85 | 61,56±1,69 | 8,46 | 2,51* |
| Pt тревожность | 63,52±1,75 | 6,96 | 58,04±2,07 | 10,35 | 2,02* |
| Sc индивидуалистичность | 64,64±3,48 | 13,92 | 56,48±2,11 | 10,55 | 2,01* |
| Ma оптимистичность | 61,83±2,58 | 10,34 | 60,28±1,52 | 7,62 | 0,49 |
| Si интроверсия | 58,81±2,03 | 8,08 | 52,48±1,15 | 5,77 | 2,76* |

* – помечены значимые значения Т при $p < 0,05$.

Где М – среднее арифметическое по группе

σ – среднеквадратичное отклонение

Т-критерий – достоверность различия.

Анализ представленной таблицы показывает, что у женщин туберкулезом легких статистически достоверно повышены оценки по всем шкалам, кроме шкал контроля, импульсивности и оптимистичности.

Это свидетельствует о выраженной дезадаптации личности больных женщин. Они внутренне конфликтные. Конфликтна сфера межличностных отношений и сексуальная. Им не хватает тепла, эмоций, чувственности, близких, доверительных отношений. Они социально податливы, следуют за лидером. Их личностная позиция пассивная. Нарушен самоконтроль поведения, снижено самообладание, характерна спонтанность поведения, непродуманность решений. Нет разумной оценки событий. Эмоции доминируют над разумом. Эмоционально нестабильны. Самооценка понижена. Они погружены в себя и собственные переживания. Угрюмы. Мстительны. Могут быть агрессивными. Долго помнят обиды.

Для того, чтобы понять эти психологические особенности, нужно соотнести их с социальным статусом женщин, больных хроническим туберкулезом женщин.

Особенности социальной ситуации, изученной по историям болезни, а также методом клинической беседы, представлены в таблице 19.

Таблица 19

Социальная ситуация больных туберкулезом женщин

| Показатель | Процент женщин |
|---|----------------|
| Начальное образование | 2,81±1,23 |
| Специальное образование | 60,74±2,02 |
| Среднее образование | 31,27±2,45 |
| Высшее образование | 5,33±1,87 |
| Курение более 10 лет | 46,72±2,34 |
| Злоупотребление алкоголем | 12,81±2,36 |
| Живет одна | 19,24±2,33 |
| Живет с родными | 38,26±1,56 |
| Имеет семью | 41,23±2,57 |
| Вдова | 9,42±2,58 |
| Не имеет постоянного места жительства | 2,17±1,24 |
| Имеет комнату в коммунальной квартире | 34,22±781 |
| Имеет свой дом | 16,37 ±1,65 |
| Имеет квартиру | 47,24 ±2,45 |
| Не имеет средств к существованию | 43,22±6,52 |
| Доход ниже прожиточного уровня | 52,73±1,78 |
| Прожиточный уровень | 4,15±2,54 |
| Заболевание началось в тюрьме | 40,63±1,78 |
| Испытывает физическое насилие со стороны мужа | 64,42±2,34 |
| Испытывает словесную агрессию со стороны мужа | 92,35±1,67 |
| Испытывает насилие со стороны членов семьи (взрослые дети) | 43,26±3,46 |
| Испытывает словесную агрессию со стороны членов семьи | 73,35±2,78 |
| Муж или члены семьи злоупотребляют алкоголем | 62,34±1,98 |
| Муж тратит семейный бюджет на алкоголь | 73,12±2,12 |
| Испытывает упреки со стороны мужа и членов семьи за то, что больна | 84,32±2,56 |
| Испытывает упреки со стороны членов семьи за то, что из-за болезни не может хорошо выполнять семейные обязанности | 79,43±,98 |
| Вынуждена финансово содержать мужа | 54,85±1,84 |

Как показывают результаты таблицы 19, большая часть больных женщин имеет доход ниже прожиточного уровня. При этом они финансово содержат мужей, которые злоупотребляют алкоголем, бьют и оскорбляют их. Их также оскорбляют и бьют взрослые дети. Они терпят упреки за свою болезнь. Ни о какой эмоциональной поддержке больной женщине речи нет. Напротив, их могут бить пьяные мужья за то, что они из-за болезни не могут хорошо выполнять свои обязанности: стирать белье, мыть полы, готовить еду. При этом только половина женщин проживает в квартирах. Остальные живут в комнатах коммунальных квартир.

Заболевание туберкулезом является стрессом для больного человека. Оно меняет привычный образ жизни и приносит много трудностей в жизнь.

Какие же трудности в связи с болезнью и длительным лечением имеют женщины, страдающие хроническим туберкулезом легких? Эти трудности были выявлены в клинической беседе, проанализированы и представлены в обобщенном виде в таблице 20.

Таблица 20

Трудности больных женщин в связи с болезнью и лечением

| Утверждения | Процент больных женщин (%) |
|---|----------------------------|
| Пропускает прием лекарства из-за побочных действий | 52,42±1,23 |
| Пропускает посещения врача из-за отсутствия денег на проезд | 42,87±2,56 |
| Пропускает процедуры из-за отсутствия денег на проезд | 52,62±2,12 |
| Самостоятельное уменьшение дозировки препарата из-за плохой переносимости | 30,0±1,98 |
| Самостоятельное прекращение приема препарата из-за побочных эффектов | 76,25±1,65 |
| Прием препарата по рекомендации более опытного пациента | 14,32±2,34 |
| Боли в правом подреберье как побочное действие лечения | 38,17±3,51 |
| Боли в желудке как побочное действие лечения | 57,24±1,78 |
| Боли в суставах как побочное действие лечения | 47,67±1,98 |
| Онемение конечностей как побочное действие лечения | 23,82±2,34 |
| Кожный зуд как побочное действие лечения | 42,91±1,87 |
| Кожные высыпания как побочное действие лечения | 61,92±2,11 |
| Заложенность в ушах как побочное действие лечения | 61,99±1,98 |
| Шум в ушах как побочное действие лечения | 66,74±1,43 |
| Боли от диагностических или лечебных процедур | 24,32±2,23 |
| Страх ожидания болезненных процедур | 57,21±1,97 |
| Осложнения от инъекций | 47,62±2,22 |
| Болезненные ощущения от инъекций | 38,14±1,56 |

| | |
|---|------------|
| Оплата диагностического обследования | 76,25±2,13 |
| Оплата процедур | 33,35±1,78 |
| Наличие финансовых затруднений из-за лечения | 76,12±1,98 |
| Пропуск лечения из-за нехватки денег на проезд | 47,64±2,32 |
| Невозможность приобретения препаратов | 66,72±1,78 |
| Невозможность приобретения продуктов | 76,24±2,13 |
| Пропуск посещения врача из-за отдаленности больницы | 20,46±1,76 |
| Пропуск процедур из-за отдаленности больницы | 23,82±1,55 |

Как показывают данные таблицы, у большинства женщин имеются побочные эффекты от препаратов. Их частота и проявления различны. Многие женщины имеют страх перед процедурами, болезненные ощущения от инъекций. Это приводит к тому, что они самовольно уменьшают дозу препарата или вообще прекращают прием препарата, что приводит к развитию лекарственной устойчивости. Такие больные представляют большую опасность для окружающих. Они заражают членов общества штаммами, устойчивыми к действию препаратов. Тем самым они уменьшают возможность их выздоровления. Многие больные женщины пропускают прием врача и процедуры из-за отсутствия денег на проезд в больницу. 76,1% больных женщин имеют финансовые трудности из-за необходимости лечения, приобретения препаратов, оплаты диагностических и лечебных процедур.

Совершенно очевидно, что такая трудная жизненная ситуация, как хроническая болезнь с неопределенным прогнозом для жизни и здоровья, должна сопровождаться множеством эмоций. Человек реагирует эмоциями на значимые события в его жизни. При этом следует учитывать особенности социальной ситуации обследованных женщин. Большинство из них испытывают финансовые трудности не только в связи с лечением, но и в связи с злоупотреблением алкоголя мужем. Они испытывают насилие со стороны мужа и других членов семьи. Они не могут развестись с мужем алкоголиком, потому что исследование показало, что половина женщин проживает в комнате коммунальной квартиры. Такое жилье чрезвычайно трудно продать или разделить.

Трудности в связи с социальной ситуацией наслаиваются на трудности в связи с болезнью и вызывают массу эмоций.

Наличие определенных эмоций было выявлено в ходе клинической беседы (женщины отвечали «да» или «нет» на вопрос о том, есть ли у них определенная эмоция). Затем был проведен подсчет наличия конкретных эмоций у обследованных женщин. Так был выявлен эмоциональный ответ на болезнь.

Данные об эмоциональном ответе представлены в таблице 21.

Таблица 21

Эмоциональный ответ на болезнь больных туберкулезом женщин

| Эмоциональный ответ больных женщин | Процент больных женщин |
|---|------------------------|
| Стыд за свое заболевание перед окружающими | 18,33±3,15 |
| Стыд за свою болезнь перед членами семьи | 20,63±1,87 |
| Страх того, что окружающие узнают об их болезни | 80,32±3,18 |
| Уверенность в том, что как только окружающие узнают о заболевании туберкулезом, то прекратят контакты | 80,21±1,94 |
| Обида на окружающих из-за того, что после заболевания больные оказались в изоляции | 80,72±2,74 |
| Чувство изоляции от общества | 60,81±3,24 |
| Чувство изоляции от друзей | 40,32±2,68 |
| Возмущение от отсутствия эмоциональной поддержки от членов семьи | 60,42±2,46 |
| Уверенность в том, что больные туберкулезом являются изгоями общества | 47,28±2,91 |
| Возмущение от отсутствия эмоциональной поддержки от друзей | 60,42±2,63 |
| Ощущение собственной физической слабости | 40,65±1,83 |
| Страх перед неопределенностью будущего | 40,76±1,78 |
| Страх остаться в одиночестве из-за болезни | 46,32±1,91 |
| Страх перед невозможностью физически защитить себя | 30,57±3,13 |
| Страх умереть от туберкулеза | 40,72±1,71 |
| Страх перед болезнью | 61,96±1,82 |
| Страх перед длительным лечением | 52,47±2,43 |
| Страх смерти | 37,12±3,28 |
| Жалость к себе | 80,72±2,17 |
| Равнодушие ко всему, кроме своей болезни | 28,78±3,41 |

Как показывают результаты таблицы 21, у больных женщин развилось много негативных эмоций. Это различного рода страхи перед болезнью и длительным лечением, страх умереть от нее. Это обида на членов семьи и друзей, которые ограничили или прекратили контакты, возмущение от отсутствия эмоциональной поддержки. 80,7% женщин испытывает жалость к себе.

Под воздействием перечисленных негативных эмоций меняется поведение больных туберкулезом женщин. Оно меняется определенным образом, в соответствии с личностными особенностями, социальной ситуацией и уровнем образования. Это поведение стереотипно у большинства женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких. Подобное стереотипное поведение женщин с определенным социальным статусом, страдающих хронически туберкулезом легких, нами было названо поведенческим сценарием больных туберкулезом женщин.

Варианты поведенческого сценария больных туберкулезом женщин представлены в таблице 22.

Таблица 22

Поведенческий сценарий больных туберкулезом женщин

| Поведенческий сценарий больных туберкулезом женщин | Процент больных женщин |
|---|-------------------------------|
| Желание получить информацию о заболевании | 85,71±1,86 |
| Выполнение правил личной гигиены | 74,42 ±2,35 |
| Использование нетрадиционных методов лечения | 70,74 ±3,76 |
| Точность выполнения врачебных назначений | 66,21 ±4,78 |
| Обращение к религии | 64,1± 3,63 |
| Обсуждение своих симптомов с другими пациентами | 61, 92±1,85 |
| Обсуждение с более «опытным» пациентом лечения | 52,46±2,41 |
| Желание добиться изменения в своем положении | 35,48±1,91 |
| Следование советам других больных | 31,33±2,57 |
| Невыполнение врачебных назначений | 23,8±4,1 |
| Утаивание диагноза от членов семьи и окружающих из-за стыда | 20,61±1,85 |
| Желание «отомстить» обществу за свое заболевание, считая, что это не инфекционное заболевание, а социальное страдание | 8,92± 2,37 |

Как видно из таблицы 22, поведенческий сценарий больных туберкулезом женщин вполне соответствует их негативным эмоциям в связи с болезнью и отношением к ним членов семьи и окружающих. Они не имеют информации о своем заболевании, методах лечения и профилактики.

Большинство из них старается соблюдать правила личной гигиены, чтобы обезопасить окружающих и членов своей семьи.

Практически все женщины верят в чудо и поэтому прибегают к нетрадиционным методам лечения: барсучьему и медвежьему жиру, сушеным тараканам и медведкам, мясу молодых собак. При этом они стараются выполнять врачебные рекомендации.

64,7% женщин пришли к вере в Бога. Это соотносится с 70,7% женщин, принимающих нетрадиционные методы лечения. Это женщины с глубокой верой в чудо исцеления.

Половина больных женщин обсуждает с больными с большим стажем болезни собственные симптомы и методы лечения. Часть из них при этом следует советам других больных, в противовес назначениям врача. Поэтому некоторые не выполняют врачебные рекомендации. Они делают самовольные пропуски и уменьшают дозы.

20% женщин утаивают свое заболевание от членов семьи и окружающих. Если они утаивают факт болезни, значит они не соблюдают правила личной гигиены. Ведь больной туберкулезом должен обрабатывать мокроту, белье и посуду в растворе хлорамина.

8,9% больных женщин считают туберкулез не инфекционной болезнью, а социальным страданием. Они хотят отомстить всему обществу за свою болезнь. Отомстить членам общества женщины могут, не выполняя правила личной гигиены, и тем самым, умышленно заражая окружающих.

Это согласуется с тем, что 74,4% женщин выполняют правила личной гигиены, а 26,6% женщин не выполняют правила личной гигиены. При этом один больной может заразить до 100 человек в год.

Анализ поведенческого сценария больных туберкулезом женщин необходимо проводить в совокупности с их личностными характеристиками по стандартизованному многофакторному методу исследования личности.

Большинство женщин вынуждены сдерживать свои поведенческие реакции. Если учесть, что они живут с мужьями, страдающими алкоголизмом и испытывают физическое и словесное насилие, становится понятно, что проявлять

спонтанность поведения им мешает страх. Они реагируют на психотравмирующую ситуацию на физиологическом уровне, что способствует развитию психосоматических заболеваний.

25% женщин не оказывают социального сопротивления, податливы. Таким женщинам свойственна повышенная внушаемость, подчинение более сильной личности. Этим объясняется то, что больные женщины следуют не рекомендациям врача, а советам более опытных больных. Практически все женщины верят в чудо. Они верят либо в Бога, либо используют нетрадиционные методы лечения, излечение с помощью которых можно расценить как чудо.

Больные туберкулезом женщины внутренне конфликтные. Их внутренняя противоречивость находит отражение в поведенческом сценарии. Они хотят иметь достоверную информацию о своей болезни и методах лечения. При этом прибегают к нетрадиционным методам лечения.

У них есть страх умереть от туберкулеза, при этом они пропускают процедуры и самостоятельно снижают дозы или делают пропуски в лечении. У них есть чувство вины перед членами семьи за свою болезнь, за то, что они могут заразить их. И при этом не все выполняют правила личной гигиены. Часть женщин вообще пытается утаивать факт своей болезни.

Болезнь вызвала у больных женщин много негативных эмоций: обиду, возмущение, негодование, потому что они оказались в социальной изоляции и не получают эмоциональной поддержки от друзей и членов семьи.

Каков же ответ больных женщин? Они считают свою болезнь социальным страданием и хотят отомстить всем членам общества – перестают выполнять правила личной гигиены.

Попуски приема препарата, формирование лекарственной устойчивости микобактерий делает такую месть особенно жестокой.

Женщинам не хватает любви, тепла, чувственности, близких отношений. У них есть потребность в эмоциональной близости. В реальной жизни они испытывают насилие, вынуждены иногда содержать мужей-алкоголиков, не могут с

ними расстаться из-за невозможности разделить комнату в коммунальной квартире. Т. е. они получают в жизни прямо противоположное тому, что хотят. И неудовлетворение их потребности в любви, близости, поддержке также изменяет их поведение определенным образом. Появляется агрессивность, угрюмость, злобность. Женщинам свойственна эмоциональная нестабильность, непродуманность поступков, невозможность прогнозировать будущее, предусмотреть последствия своих поступков. Они не могут осознать обстоятельства своей жизни и болезни, последствия болезни. Поэтому вместо длительного и дисциплинированного лечения они с верой в чудо излечения принимают барсучий жир и толченых медведек. При этом болезнь прогрессирует, развиваются осложнения, которые требуют лечения. При пропуске приема препаратов развивается лекарственная устойчивость. В таком случае лечение проводится резервными препаратами, которые гораздо тяжелее переносятся больными и имеют больше побочных эффектов. Сделать прогноз на будущее и возможность развития различных осложнений и необходимость их лечения женщины не могут.

У них есть стыд за свою болезнь и чувство вины перед членами семьи за то, что они больны. Из чувства стыда они скрывают свою болезнь. Не выполняют правила личной гигиены. Тем самым они подвергают членов своей семьи опасности заражения и необходимости такого же длительного лечения. Но они не могут делать прогноз на будущее. Эмоции у них доминируют на разумом. Чувство стыда определяет их поведение.

Самооценка женщин понижена. Трудно разделить факторы, которые понижают самооценку. У респондентов это заболевание, которое приводит к социально изоляции и воспринимается как социальное клеймо, а также насилие со стороны мужей и взрослых детей, и оскорбления от пьяных мужей. Они не могут критично оценить свое состояние, прогноз на будущее, осознать на когнитивном уровне необходимость лечения и выполнения правил личной гигиены.

У некоторых больных женщин наступает состояние отчаяния. Трудная жизненная ситуация наслаивается на ситуацию длительной хронической бо-

лезни. Финансовые проблемы, трудности с жильем, семейные проблемы женщины не могут решить самостоятельно. Они просто не понимают, как их можно решить. В семьях их не научили самостоятельности и умению принимать ответственность.

У больных женщин много отрицательных эмоций, но нет способности к критическому анализу. Они начинают обвинять в своей жизни и болезни общество, появляется желание отомстить обществу за свои страдания. Они перестают выполнять правила личной гигиены, тем самым подвергая опасности заражения окружающих. 8,9% женщин горят желанием отомстить. 26,6 % больных женщин не выполняют правила личной гигиены. Один больной может заразить до 100 человек в год. Исследование стандартизованным многофакторным методом исследования выявило мстительность женщин. Они долго помнят обиды. Их эмоциональная нестабильность, невозможность критически оценить ситуацию, доминирование эмоций над разумом делает их социально опасными. Необходимо также учитывать стоимость лечения одного больного туберкулезом, социальную опасность больных, возможность заражения большого числа.

Женщины имеют определенный поведенческий сценарий. Они ведут себя стандартно. Они не могут по-другому реагировать на ситуацию длительной болезни и необходимость лечения. Им всем нужна консультация психолога. Поведенческий сценарий должен быть изменен. Но сами женщины не могут и не умеют провести оценку ситуации и сделать прогноз. Им нужно помочь в этом.

Больные туберкулезом реально являются изгоями общества. Не только сами больные, но и члены их семьи имеют клеймо туберкулеза.

С помощью психолога больные женщины должны провести критическую оценку ситуации болезни и лечения и изменить свой патологический сценарий.

Если окружающие знают о том, что больная женщина не лечится и не выполняет правила личной гигиены, то ее социальная изоляция будет увеличиваться. По статистике Всемирной Организации Здравоохранения, в мире ежегодно заболевают туберкулезом 9 миллионов человек. Ежегодно в мире 2 миллиона человек умирают от туберкулеза. Туберкулез считается болезнью века.

Снижения заболеваемости туберкулезом детей и подростков в последние годы не происходит. По-прежнему, регистрируется на высоком уровне показатель заболеваемости подростков.

Заражение членов общества во многом зависит от поведенческого сценария больного человека. Поэтому необходимо принимать меры для коррекции этого поведенческого сценария и замены его на другой, безопасный для членов общества.

Многие женщины испытывают насилие со стороны мужей или членов семьи (взрослых детей). На вопрос автора о том, почему они продолжают жить с человеком, который проявляет к ним насилие, женщины отвечали также стереотипно «Он же не бросает меня, хотя я больна туберкулезом». Такой ответ был стандартным. Он свидетельствует о низкой самооценке больных женщин, об их неверии в возможность излечения, неверии в возможность изменить свое положение.

Их следует информировать о возможности клинического излечения при условии точного соблюдения всех назначений врача. Женщины должны знать, куда они могут обратиться в случае насилия по отношению к ним.

Также женщин следует обучать самоконтролю. Они должны учиться контролировать свои эмоции. Они должны учиться анализировать ситуацию. Строить прогноз. Такие женщины не могут посещать психолога или психотерапевта из-за высокой опасности заражения других пациентов. Исследование показало наличие большого числа психологических проблем у этой категории женщин. Целесообразно разработать инструкции по психологической самопомощи для таких женщин. Эти инструкции должны быть написаны простым языком.

Резюмируя результаты представленных исследований, можно заключить следующее.

Начало болезни при туберкулезе постепенное. Месяцами человека беспокоит слабость, нарушение ночного сна, потливость, кашель, субфебрильная температура. К врачам больные обращаются при появлении прожилок крови в мокроте, что свидетельствует о распаде легочной ткани. Распад легочной ткани со-

провождается бактериовыделением, это делает больного опасным для окружающих. Лечение впервые диагностированных форм занимает в среднем год-полтора, лечение хронических форм продолжается годами. За это время может сформироваться лекарственная устойчивость возбудителя к основным противотуберкулезным препаратам, в случае, если больной самовольно уменьшает дозировку или делает пропуски в приеме лекарства. В таком случае приходится применять резервные препараты, которые хуже переносятся больными, имеют больше побочных эффектов, курс лечения оказывается более длительным. Если больной с лекарственноустойчивыми штаммами микобактерий заражает окружающих, то он передает не только болезнь, но и устойчивость к лекарственным препаратам. Больные с хроническим течением туберкулеза несут постоянную угрозу заражения окружающих.

Длительное лечение сопровождается потерей работы, снижением материального и социального статусов (после лечения нельзя возвращаться к некоторым профессиям, например, педагога, воспитателя, парикмахера, т. е. тем, в которых имеется расширенный и тесный контакт с людьми). Существенно изменяется образ жизни. При этом заболевании невозможно биологическое излечение, только клиническое (если микобактерии попали в организм, очиститься от них нельзя). Клиническое излечение означает кальцинацию-обызвествление очага. Возможна кальцинация под воздействием лечения, возможно самоизлечение при хорошем питании, пребывании на свежем воздухе и относительно высоких защитных силах организма. До распространения антибактериальных препаратов больному приходилось рассчитывать только на свои защитные силы, которые не у всех были достаточно выражены и поэтому смертность от туберкулеза была выше, чем число погибших в войнах.

В настоящее время лечение продолжается по несколько месяцев, и после клинического излечения выносятся запрет на работу, например, юристом, педагогом. При туберкулезе инвалидность назначается не только по клиническим, но и по социальным показаниям.

Больные туберкулезом уверены в том, что окружающие отвернутся от них, когда узнают о болезни. Они пытаются скрыть факт болезни, не принимают лечение, не выполняют правила личной гигиены, а это опасно для окружающих в плане заражения.

Практически все больные осведомлены о том, что это инфекционная болезнь, которая вызывается «палочкой Коха». Но 87,2% мужчин и 76,9% женщин показали, что считают: «туберкулез – не столько инфекционная болезнь, сколько социальное страдание».

В сложной жизненной ситуации 76,8% мужчин и 64,7% больных женщин обратились к религии, чтобы найти в ней поддержку. Они не нашли поддержки у близких, членов семей и окружающих, и обратились к Богу. Эта вера им помогает выстоять в трудной жизненной ситуации. Верующие люди имеют обыкновение посещать церковь, где большая скученность народа, участвовать в обрядах (целовать крест, прикладываться к иконе). Так может и делать больной с бактериовыделением. Больные туберкулезом при соблюдении обрядов могут заразить большое число людей.

76,2% больных мужчин и 44,7% женщин заявили о «желании «отомстить» обществу за свои страдания в связи с болезнью».

Большая часть больных туберкулезом была ранее в МЛС. В условиях пребывания в одной камере с больным туберкулезом имеет место суперконтакт – тесное общение с больным – бактериовыделителем. Микобактерии находятся в воздухе, оседают на постели, продуктах питания. В условиях МЛС туберкулез является не только заболеванием, это элемент субкультуры.

Как могут отомстить обществу больные люди? Заражением окружающих, что происходит при невыполнении правил личной гигиены.

«Точность выполнения правил личной гигиены» показали 28,4% больных туберкулезом мужчин и 63,2% женщин. Остальные 71,6% мужчин и 36,8% женщин не соблюдают регламентированные правила гигиены и тем самым способствуют заражению окружающих.

Интересен факт того, что к вере в Бога пришли 76,8% мужчин, а правила личной гигиены соблюдают только 28,4%. Обида и злость на членов общества доминируют над Библейскими заповедями. Отчасти это можно объяснить тем, что 64,3% больных туберкулезом мужчин заболели во время пребывания в исправительно-трудовых учреждениях.

Многочисленные курсы лечения привели к развитию у больных туберкулезом страха перед болезненными процедурами. Диагностические и лечебные процедуры также сопровождаются болью, лечебные препараты имеют побочные эффекты. Практически всех опрошенных угнетает длительное пребывание в больнице, они устали от лечения, уверены в неизлечимости болезни, хотя страх смерти присутствует. Больные-хроники не всегда соблюдают врачебные назначения, пропускают процедуры, прием лекарств, самовольно уменьшают дозу или вовсе отменяют сами себе назначения, не ставя об этом в известность медицинский персонал. Это делает их особенно опасными, они продолжают выделять микобактерии, при этом лекарственноустойчивые, а значит, люди, получившие инфекцию от них, также изначально будут иметь лекарственно-устойчивые штаммы и должны будут лечиться резервными препаратами. Особенно уязвимы к заражению дети до 6 лет, лица преклонного возраста, беременные женщины.

Обследованные больные туберкулезом в 87,9% являются бактериовыделителями, у 36,4% из них была выявлена множественная лекарственная устойчивость.

Таким образом, можно отметить наличие своеобразного порочного круга – члены общества боятся заразиться туберкулезом, что означает потерю работы, снижение материального и социального статусов, длительное лечение, зачастую выход на инвалидность и дистанцируются от больных. Больные ощущают себя в вынужденной изоляции, не получают эмоциональную поддержку, устали от длительного лечения, стали инвалидами, их жизненные планы нарушились из-за болезни, образ жизни изменился, почти все они не верят в возможность излечения.

Сами больные и члены их семей испытывают «клеймо» туберкулеза. Хотя они знают о том, что это инфекционное заболевание, они считают его социальным страданием. 76,2% мужчин и 44,7% женщин не скрывают своего желания

«отомстить» обществу за страдания в связи с болезнью. «Мечь» заключается в несоблюдении правил личной гигиены.

Проведенное исследование выявило поведенческую агрессию больных туберкулезом легких в ответ на вынужденную социальную изоляцию, снижение материального и социального статусов. Даже обращение к религии несет опасность заражения. Усталость от длительного лечения приводит к несоблюдению врачебных назначений и развитию лекарственно-устойчивых штаммов, что делает больных данной категории особенно социально опасными.

Туберкулез является не только медицинской, но и социальной проблемой. Медицинские психологи, социальные психологи, социальные педагоги, социальные работники должны знать о данной проблеме и участвовать в ее решении.

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Больные туберкулезом были обследованы с помощью блоков психологических тестов. Было обследовано 123 мужчины среднего возраста $36,5 \pm 3,2$ с впервые диагностированным туберкулезом и 55 женщин среднего возраста $35,5 \pm 4,1$, и 152 мужчины среднего возраста $39,8 \pm 3,7$ и 101 женщина среднего возраста с хроническим туберкулезом легких.

Для исследования личностных свойств и степени адаптированности был использован стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 1990). В 1990 году тест ММРІ был адаптирован к российским условиям, российскому менталитету психологом Л. Н. Собчик. В русскоязычной версии тест называется «стандартизованное многофакторное исследование личности». Тест применяется в России достаточно широко для профессионального отбора, для изучения степени адаптированности. Используется компьютерный вариант. Респондент выбирает ответ «да» или «нет» на предлагаемые вопросы. Автоматически проводится подсчет баллов по значимым шкалам и на экране видны шкалы, по которым проводится интерпретация и сумма баллов по каждой шкале. Интерпретацию проводит психолог. Он анализирует не только сумму баллов, но и соотношение шкал. Интерпретация профиля проводилась по 10 основным шкалам: 1-ая – «сверхконтроля» (Hs), 2-ая – «пессимистичности» (D), 3-я – «эмоциональной лабильности» (Hy), 4-ая – «импульсивности» (Pd), 5-ая – «женственности-мужественности» (Mf), 6-ая – «ригидности» (Pa), 7-ая – «тревожности» (Pt), 8-ая – «индивидуалистичности» (Sc), 9-ая – «оптимистичности» (Ma), 10-ая – «интроверсии» (Si). Методика имеет 3 шкалы достоверности, позволяющие оценить надежность полученных данных, а также установку испытуемых в отношении обследования: шкала «лжи» – L, собственно шкала «достоверности» – F и шкала «коррекции» – K. При изложении результатов исследования использовалось графическое изображение и кодирование профиля по

Уэлшу. В качестве контрольной группы было обследовано 98 практически здоровых мужчин среднего возраста $39,6 \pm 2,6$ лет и 142 женщины среднего возраста $39,7 \pm 2,9$ лет.

Больным также было проведено исследование методом цветочных выборов по Люшеру с последующей компьютерной обработкой полученных данных (Nickstorm, «Оскорн», Москва, 1989, vers. 1.1). В качестве контрольной группы было обследовано 96 практически здоровых мужчин среднего возраста $37,5 \pm 4,4$ лет и 122 практически здоровых женщин среднего возраста $38,6 \pm 4,1$ лет.

В основу разработанной автором анкеты «Степень удовлетворения личностных потребностей» были положены теории самоактуализации личности по Роджерсу и Маслоу.

Анкета «Степень удовлетворения личностных потребностей» включает 6 основных разделов:

А – степень удовлетворения физиологических потребностей;

Б – степень удовлетворения потребности в безопасности;

В – степень удовлетворения потребности в признании, принятии членами референтной группы;

Г – степень удовлетворения потребности в уважении, одобрении, признании компетентности со стороны окружающих;

Д – степень удовлетворения эстетических и познавательных потребностей;

Е – степень удовлетворения потребности в самоактуализации.

В разделе А (степень удовлетворения физиологических потребностей) выделили три потребности: удовлетворение голода, сна и сексуальных потребностей.

В разделе Б (степень удовлетворения потребности в безопасности) выделили: удовлетворение потребности в защищенности, возможности обеспечить «завтрашний день», отстаивать социальные интересы, отношение к возможной денежной помощи со стороны.

В разделе В (степень удовлетворения потребности не отрываться от группы, иметь привязанность) выделили: сохранность общения со своими сослуживцами.

живцами, сохранность родственных отношений, сохранность семьи и отношений с детьми, в сохранении хороших отношений с окружающими людьми, потребность быть любимым, принадлежать к уважаемой группе, потребность иметь достоверную информацию.

В разделе Г (степень удовлетворения потребности в уважении, одобрении, признания, компетентности со стороны окружающих) выделили: потребность в профессиональном признании, уважении, потребность в продолжении профессионального и социального роста.

В разделе Д (степень удовлетворения потребностей эстетических и познавательных) выделили: отношение к религии, размышления о смысле жизни, общение к искусству, наличие увлечений.

В разделе Е (степень удовлетворения потребности в самоактуализации) выделили объективная оценка достигнутого в жизни, потребность самоуважения, сохранность творческого подхода, ощущение удовлетворенности собой.

Таким образом, испытуемый должен ответить на 29 вопросов. Ответ давался по 5-ти балльной системе. Сравнительный анализ результатов обследования наблюдаемых больных с показателями лиц контрольной группы позволяет выявить степень удовлетворения основных потребностей личности здоровых людей и у больных туберкулезом легких. В качестве контрольной группы было обследовано 49 практически здоровых мужчин среднего возраста $38,7 \pm 3,2$ лет с низким социальным статусом и 43 практически здоровых женщин среднего возраста $39,8 \pm 3,2$ лет с низким социальным статусом.

Показатели теста СМИЛ у мужчин с впервые диагностированным были туберкулезом следующие.

«Пикообразный» тип профиля встречается в 33,3%, «пограничный» тип профиля – в 33,3% случаев, «плавающий» тип профиля встречается в 11,1% случаев, «широко разбросанный» – в 11,1%, профиль типа «зубчатой пилы» – в 11,2%.

Уровень оценочных шкал L (ложь) и К (коррекция) не превышает 65 Т-баллов, большая часть оценок по указанным шкалам находится в пределах 55 Т-баллов. Средняя оценка по шкале F (достоверность) соответствует 88,9 Т-балла. Т. е. обследуемые были достаточно откровенны, результаты исследования надежны и позволяют проводить анализ данных.

Процентное соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию представлено в таблице 23.

Таблица 23

**Соотношение типов реагирования у мужчин
с впервые выявленным туберкулезом легких**

| Тип реагирования | % % |
|----------------------------------|-------|
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 0% |
| Смешанный | 33,3% |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 66,7% |

Результаты представленной таблицы 23 свидетельствуют о том, что для мужчин с впервые диагностированным туберкулезом легких в психотравмирующей ситуации характерен «гипостенический» (66,7%), тип реагирования – 66,7% респондентов дают тормозные реакции на стресс. Они не пытаются найти выход из ситуации, продумать решение проблемы, анализировать возможные варианты. Они замирают и бездействуют, цепенеют как кролик перед удавом.

В характере у мужчин преобладают уступчивость, социальная податливость, следование установленным нормам поведения, отказ от самореализации. Следует учитывать, что большая часть из них пребывала в МЛС, поэтому нормы поведения соответствуют нормам поведения лиц в заключении.

Выявлена склонность декомпенсироваться по невротическому типу в стрессовой ситуации с преобладанием тормозных реакций, т. е. им свойственно постоянное переживание негативных эмоций – беспокойство, гнев, печаль, тревога, вина. Они остро реагируют на стресс, не могут с ним справиться, с трудом адаптируются к окружающей обстановке, не доверяют окружающим и родным, имеют пессимистический взгляд на будущее, во всех сторонах реальности видят

только негативную сторону. Им свойственна апатия, фиксация на болезненных или негативных явлениях действительности, в том числе и своей болезни.

Для остальных 33,3% испытуемых характерен смешанный тип реагирования, при котором невротический и поведенческий механизмы реагирования оказываются взаимно блокируют друг друга. Поведенческий тип реагирования – экспрессивность речи и поведения, агрессивность по отношению к окружающим, обвинение в своих проблемах окружающих, могут быть вербальные и поведенческие проявления агрессии. Невротический – замирание в состоянии стресса, прекращение активности. Таким образом, личность склонна давать поведенческие реакции, но условия (страх перед сокамерниками, собственный статус) не позволяют прорваться агрессии вербально и в поведении, человек боится открыто проявлять вражду и негативизм по отношению к окружающим, не может позволить себе проявление эмоций. Тем самым он не может скомпенсировать свое поведение в стрессе. Происходит соматизация стресса – стресс проявляется в форме телесной симптоматики, психические переживания переходят в соматические симптомы.

Оценки по трем оценочным и 10 основным клиническим шкалам представлены в таблице 24.

Таблица 24

**Данные СМИЛ по группе мужчин с впервые
диагностированным туберкулезом**

| | L | F | K | Hs | D | Hу | Pd | Mf | Pa | Pt | Sc | Ma | Si |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------|------|----------|------|------|------|----------|
| M | 50, 1 | 73, 5 | 51 | 52, 8 | 86, 2 | 66, 7 | 69,9 | 77,1 | 62, 3 | 69,9 | 69,6 | 60,7 | 59, 8 |
| m | 7,4 1 | 10, 4 | 7,0 5 | 8,3 | 9,4 1 | 11, 5 | 10,9 | 6,52 | 13, 9 | 13,1 | 9,88 | 12 | 7,7 4 |
| % BO | 11, 1 | 88, 9 | 16, 7 | 16, 7 | 100 | 72, 2 | 88,9 | 100 | 44, 4 | 66,7 | 77,8 | 55,6 | 50 |
| % CO | 83, 3 | 11, 1 | 83, 3 | 77, 7 | 0 | 27, 8 | 11,1 | 0 | 55, 6 | 33,3 | 22,2 | 44,4 | 50 |
| % HO | 5,6 | 0 | 0 | 5,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5,6 | 0 |

Где M – среднее арифметическое по группе

m – стандартное отклонение

% ВО – количество респондентов с высокими оценками

% СО – количество респондентов со средними оценками

% НО – количество респондентов с низкими оценками

Все оценки по отдельным шкалам в группе имеют характер нормального распределения и графически могут быть представлены в виде кривой Гаусса. Шкала F (достоверность) и шкала L (ложь) имеют центральную тенденцию, а мода стремится к математическому ожиданию. Шкала К (коррекция) имеет незначительную тенденцию к смещению в сторону повышения значений. Таким образом, полученные данные достоверны и могут быть анализированы.

Моды шкал F, D, Ну, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma, Si имеют выраженную тенденцию к смещению в сторону повышения значений. С учетом того, что 33,3% респондентов группы имеют «пограничный» тип профиля, 11,1% – «плавающий», а средние значения шкалы F соответствуют 73,5 Т-баллов, можно судить о личностной дезадаптации и выраженном психологическом стрессе у 44,4% испытуемых. Практически половина мужчин с впервые диагностированным туберкулезом легких находятся в состоянии выраженного стресса, они дезадаптированы к окружающей обстановке. Они не могут принять ситуацию болезни, своей изменившийся социальный статус, необходимость длительного лечения, возможность инвалидизации, не могут приспособиться к жизни с тяжелым жизнеугрожающим заболеванием.

В остальных 55,6% случаев можно говорить об относительной личностной компенсации испытуемых.

Усредненный профиль СМИЛ мужчин с впервые диагностированным туберкулезом представлен на рис.1:

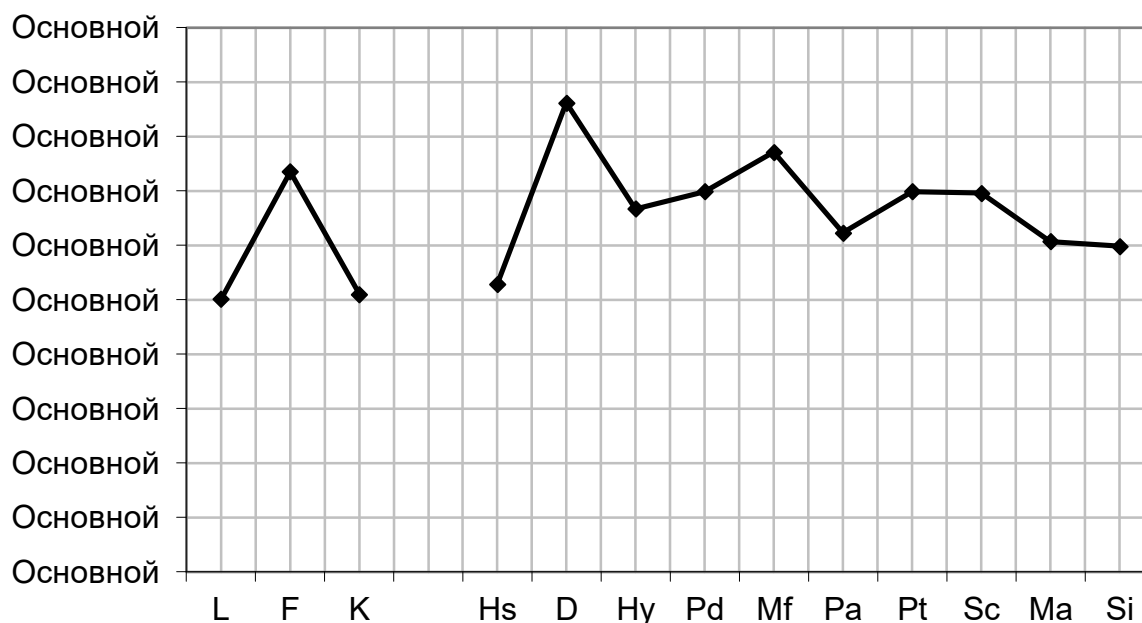


Рис. 1. Усредненный профиль СМИЛ мужчин с впервые диагностированным туберкулезом

Код усредненного профиля по Уэлшу следующий: 2'5'478369–01/ F'KL/.

Итак, мужчин с впервые диагностированным туберкулезом легких характеризуют: стремление избежать неудачи, склонность фиксироваться на собственном негативном опыте и негативных эмоциях, чувства гнева, печали, вины, неудовлетворенность собой, пессимистическая оценка перспективы. Они склонны к непродуктивным раздумьям, вязнут в своих негативных переживаниях, не могут найти выход из ситуации, реально оценить ситуацию, глубоко переживают с негативным оттенком. Им свойственны скептичность, самокритичность, неуверенность в себе и своих возможностях. Их эгоцентрические тенденции противоречат порядкам и правилам их социального окружения, они должны подчиняться авторитетной для них личности, хотя зависимость поведения от этой личности и необходимость строгого подчинения вызывает внутренний протест.

Потребность в понимании, сочувствии, дружеской поддержке и помощи никогда не может быть удовлетворена, при она является ведущей. Они должны следовать нормам и правилам установленного поведения с жесткой иерархичностью по отношению к авторитетам, собственному субдоминантному поведению.

Поэтому потребность в дружеском общении, в позитивных эмоциональных контактах становится зоной психотравмирующего воздействия, мишенью для стрессогенного фактора. Этим объясняется блокировка активности в состоянии стресса, ранимость, повышенная чувствительность, эмоционально напряженное, дискомфортное состояние. Межличностные и сексуальные отношения нарушены, не могут быть в полной мере удовлетворены.

На фоне декомпенсированного состояния заостряются такие черты как мстительность, импульсивность, обидчивость, гневливость, стремление доказать окружающим, что они «чего-то стоят».

Из социальных характеристик, представленных во второй главе известно, 62,3 % обследованных больных мужчин отбывали срок в тюрьме, Заболевание началось и протекало в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) у 64,3%. 57,8% злоупотребляли алкоголем, курили более 10 лет 97,8%. Не имеет средств к существованию 54,8%, доход ниже прожиточного уровня у 40,3%. Туберкулез как причину развода отметили 40,1% больных мужчин, проживает один 27,4%, проживает с родственниками 33,9%, имеет полную семью 30,6%, не имеет постоянного места жительства 5,7%. 87,2% больных мужчин показали, что считают: «туберкулез – не столько инфекционная болезнь, сколько социальное страдание». 76,2% больных мужчин не скрывают своего желания «отомстить» обществу за свои страдания в связи с болезнью, считая туберкулез не инфекционной болезнью, а социальным страданием.

Был проведен сравнительный анализ психологических особенностей мужчин с впервые выявленным туберкулезом легких и практически здоровых. Выявлены отличия, он статистически достоверны.

Соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию у мужчин, страдающих впервые диагностированным туберкулезом легких (основная группа) и здоровых (контрольная группа) представлено в таблице 25.

Таблица 25

Распределение типов реагирования

| Тип реагирования | Мужчины с впервые диагностированным туберкулезом легких (основная группа) | Здоровые мужчины (контрольная группа) |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 0% | 80%±0,25 |
| Смешанный | 33,3%±2,0 | 10%±9,0 |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 66,7%±0,5 | 10%±9,0 |

Распределение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию у здоровых и мужчин и больных мужчин отличается: у здоровых мужчин значимо преобладает стенический тип реагирования – активность, целеустремленность, напряженный поиск выхода из ситуации стресса, настойчивость, предприимчивость, самостоятельность в принятии решения и поиска выхода, неутомимость в поиске.

У больных впервые диагностированным туберкулезом мужчин преобладает невротический тип реагирования в стрессогенной ситуации – блокировка активности, пассивность, застревание на пессимистической оценке будущего и на негативных эмоциях.

Данные исследования мужчин обеих групп по основным клиническим и оценочным шкалам СМИЛ представлены в таблице 26.

Таблица 26

Показатели СМИЛ мужчин основной и контрольной группы

| Показатель | Больные впервые выявленным туберкулезом мужчины (основная группа) | | Здоровые мужчины (контрольная группа) | | Т – набл. |
|------------------------------|---|------|---------------------------------------|-------|-----------|
| | М | М | М | м | |
| L ложь | 50,1±1,74 | 7,41 | 49,6±2,78 | 8,78 | 0,14 |
| F достоверность | 73,5±2,45 | 10,4 | 56,5±4,44 | 14,02 | 3,36* |
| K коррекция | 51±1,65 | 7,05 | 52,6±2,58 | 8,15 | -0,52 |
| Hs сверхконтроль | 52,8±1,96 | 8,3 | 55,1±2,97 | 9,39 | -0,64 |
| D пессимистичность | 86,2±2,22 | 9,41 | 45,4±5,38 | 16,99 | 7,02* |
| Hу эмоциональная лабильность | 66,7±2,71 | 11,5 | 55,0±2,68 | 8,47 | 3,07* |
| Pd импульсивность | 69,9±2,57 | 10,9 | 55,1±3,00 | 9,47 | 3,76* |

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------|------|-----------|-------|-------|
| Mf женственность-мужественность | 77,1±1,53 | 6,52 | 54,4±4,74 | 14,98 | 4,56* |
| Pa ригидность | 62,3±3,28 | 13,9 | 49,7±3,14 | 9,93 | 2,77* |
| Pt тревожность | 69,9±3,09 | 13,1 | 51,9±3,25 | 10,28 | 4,03* |
| Sc индивидуалистичность | 69,6±2,33 | 9,88 | 54,0±3,04 | 9,60 | 4,06* |
| Ma оптимистичность | 60,7±2,83 | 12 | 64,7±3,78 | 11,94 | -0,85 |
| Si интроверсия | 59,8±1,81 | 7,74 | 42,1±3,12 | 9,86 | 4,89* |

Где М – среднее арифметическое по группе, m – стандартное отклонение, % ВО – количество респондентов с высокими оценками, % СО – количество респондентов со средними оценками, % НО – количество респондентов с низкими оценками, Т набл.– t – критерий

*– помечены значимые значения t при $p < 0,05$.

При анализе представленной таблицы 26 становится очевидно, что у здоровых мужчин статистически достоверно наблюдаются более низкие оценки по всем шкалам, кроме L, K, Hs, Ma (ложь, коррекция, сверхконтроль, оптимистичность).

Усредненные профили СМИЛ для здоровых (контрольная группа) и больных впервые выявленным туберкулезом мужчин (основная группа) представлены на рисунке 2.

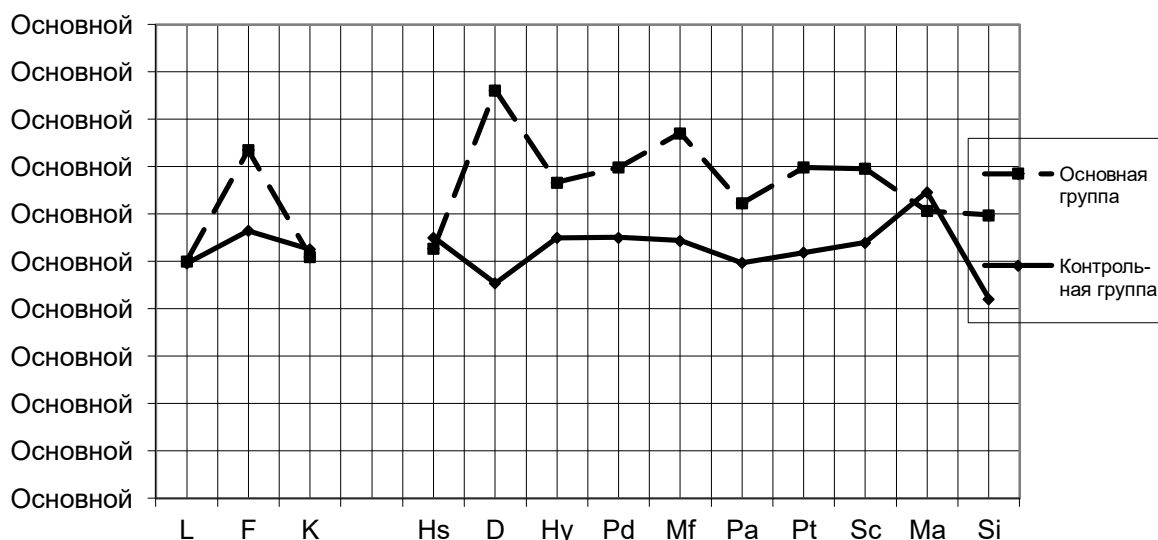


Рис. 2. Усредненные профили СМИЛ мужчин обеих групп. Для здоровых мужчин характерно более низкое расположение профиля СМИЛ в целом

Код усредненного профиля по Уэлшу в группе мужчин с впервые диагностированным туберкулезом легких – 2'5'478369–01/ F'KL/. В группе здоровых мужчин – 9-143587/620: FK/L:.

Таким образом, можно сказать, что мужчины с впервые выявленным туберкулезом легких в большей степени дезадаптированы, чем практически здоровые мужчины, в большей степени, по сравнению со здоровыми, подвержены невротическим реакциям в стрессовой ситуации. Они больше предрасположены к невротическим расстройствам и декомпенсируются по невротическому типу. Больных мужчин характеризует более выраженная сдержанность поведения (они сознательно ограничивают собственные эмоциональные и поведенческие реакции), физическая слабость, утомляемость, астенизация, пессимистическая оценка перспектив и будущего, стремление соответствовать установленным нормам поведения с собственной субдоминантной позицией по отношению к авторитетной личности.

Группа женщин, страдающих впервые диагностированным туберкулезом легких, была обследована с помощью методики СМИЛ.

Процентное соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию представлено в таблице 27.

Таблица 27

**Соотношение типов реагирования по СМИЛ среди женщин
с впервые диагностированным туберкулезом легких**

| Тип реагирования | %% |
|----------------------------------|-------|
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 38,4% |
| Смешанный | 46,2% |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 15,4% |

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что психологическая дезадаптация у 46,2% женщин протекает по смешанному типу. Имеется стремление отреагировать на психотравму изменением внешнего поведения – криком, плачем, угрозами, и при этом срабатывают тормозные механизмы, направленные на блокировку активности, так же, как и у мужчин с впервые вы-

явленным туберкулезом – хотят отреагировать вовне и не могут себе этого позволить из-за различных сдерживающих причин. Поэтому ответ на психотравму психосоматический. Так же, как и у мужчин, наблюдается соматизация стресса, т. е. стресс проявляется телесным реагированием, появлением болезненной симптоматики.

Стенический тип реагирования выявлен у 38,4% женщин с впервые диагностированным туберкулезом легких. Он проявляется в усилении активности, настойчивом поиске выхода из сложившейся ситуации, предприимчивости, настойчивости, целеустремленности, самостоятельности в принятии решения и поиска выхода.

Одна треть женщин с впервые выявленным туберкулезом является экспансивной, агрессивной, добивающейся собственной цели любой ценой. Они социально активны, стремятся к широким контактам, активному взаимодействию с окружающими.

Типом декомпенсации у них является психопатический с выраженным поведенческим компонентом (повышенная двигательная и речевая активность, перепады настроения, аффективные реакции на любые психические травмы, неспособность к сопереживанию, бессердечность, лживость, эгоцентричность, невозможность признать собственную вину). 15,4% женщин на психотравмирующие обстоятельства реагируют усилением тормозных реакций, блокировкой активности. Они декомпенсируются по психастеническому типу – усиливаются тревожность, мнительность, появляются навязчивые мысли, обиды, навязчивые ритуалы в поведении, настороженность к любым изменениям привычного стереотипа и окружения.

Оценки по трем оценочным и 10 основным клиническим шкалам представлены в таблице 28.

Средние значения оценочных шкал L (ложь) и К (коррекция) соответствуют 49,5 и 53,2 Т-балла, а шкалы F (достоверность) – 75,4 Т-балла.

**Данные СМИЛ по группе женщин
с впервые диагностированным туберкулезом легких**

| | L | F | K | Hs | D | Hу | Pd | Mf | Pa | Pt | Sc | Ma | Si |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| M | 49,5 | 75,4 | 53,2 | 64,3 | 72,5 | 62,9 | 69,9 | 61,5 | 66,7 | 61,8 | 63,8 | 65,2 | 54,9 |
| m | 7,63 | 11 | 11,3 | 10,1 | 10,2 | 12 | 9,94 | 11,5 | 7,59 | 7,43 | 11,4 | 11,1 | 6,96 |
| % BO | 15,4 | 92,3 | 30,8 | 76,9 | 92,3 | 53,8 | 92,3 | 61,5 | 69,2 | 61,5 | 76,9 | 61,5 | 15,4 |
| % CO | 69,2 | 7,7 | 69,2 | 23,1 | 7,7 | 46,2 | 7,7 | 38,5 | 30,8 | 38,5 | 15,4 | 38,5 | 84,6 |
| % HO | 15,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7,7 | 0 | 0 |

Где М – среднее арифметическое по группе

m – стандартное отклонение

% BO – количество респондентов с высокими оценками

% CO – количество респондентов со средними оценками

% HO – количество респондентов с низкими оценками

Все оценки по отдельным шкалам в группе имеют характер нормального распределения и графически могут быть представлены в виде кривой Гаусса.

Центральная тенденция выражена лишь по шкале L.

По остальным шкалам мода смещена в сторону повышения значений. 46,2% обследованных женщин с впервые диагностированным туберкулезом имеют «пограничный» тип профиля, 23,1% – «пикообразный» профиль (одно, двух, или трехфазный), профиль типа «зубчатой пилы» – 23%, у 7,7% – профиль «плавающего» типа.

Усредненный профиль СМИЛ женщин, больных впервые диагностированным туберкулезом легких, представлен на рис.3.

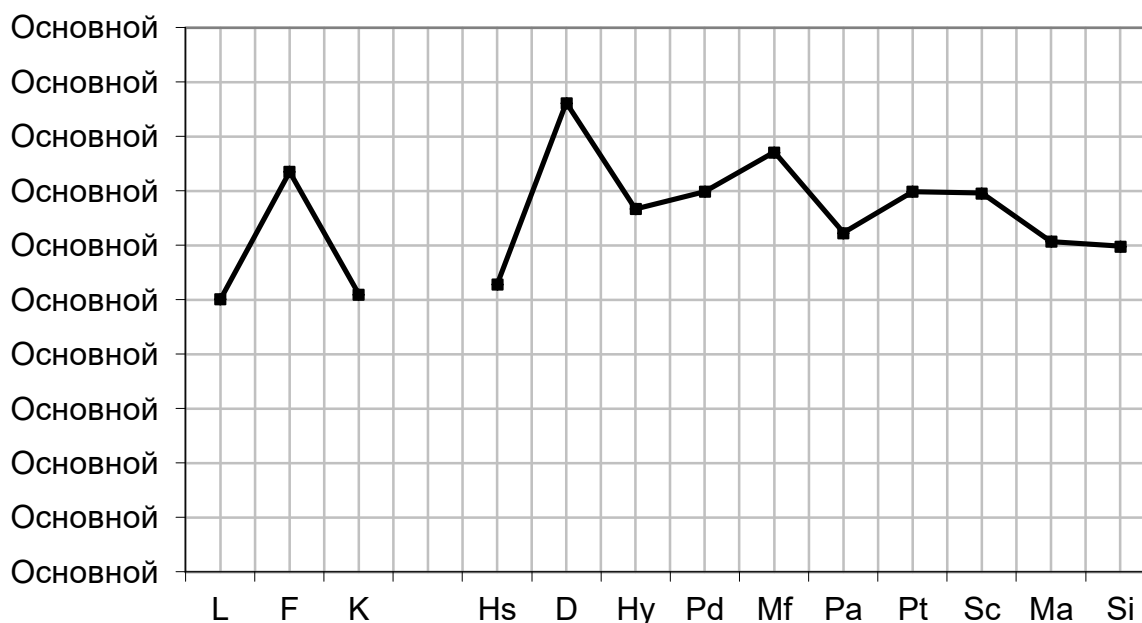


Рис. 3. Усредненный профиль СМИЛ женщин с впервые диагностированным туберкулезом легких

Характер профиля (повышение по шкале 2 в сочетании с соподчиненным повышением по 1 и 3 шкалам, а так же 7 и 8 при относительно высокой 9-ой шкале) свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте, трудностях социальной адаптации. Внутренняя дисгармония проявляется в постоянно ощущаемом напряжении, снижении настроения, неуверенности в себе, снижении самооценки, мотивации не на достижения, а на избегания неудачи, что ограничивает активность, настойчивость и целеустремленность.

Код усредненного профиля по Уэлшу у женщин с впервые диагностированным туберкулезом легких можно представить следующим образом – 2'46918375–0/ F'K/L:.

Несмотря на стремление к достижениям и высокий уровень социальных притязаний, претензий к окружающим, они сдерживают себя, не позволяют себе поведенческого проявления эмоций, агрессивных поведенческих и речевых выпадов. При этом они имеют высокие притязания к жизни и окружающим, жесткую систему представлений о собственном предназначении, появляются претензии к окружающим и обществу в целом за невозможность реализации их высоких

претензий. Сами они не проявляют активность и самостоятельности в достижении цели, умышленно уходят от сфер активности, где не могут иметь успех. В психотравмирующей ситуации активность блокируется. Женщины избегают также реальности, они постоянно сравнивают себя с несуществующим идеалом, оценивая себя как недостаточно успешных, недовольны собой и собственной жизнью. Они склонны к непродуктивному перфекционизму, субдепрессивному аффекту, раздумьям, пассивности, пессимистически оценивают свои перспективы, застревают на неудачах, собственных негативных переживаниях, им свойственна пассивная неудовлетворенность. Они осознанно подавляют свой нонконформизм, конфликтность, но стремятся добиваться желаемого для них любым путем, ориентируются только на собственное мнение, у них имеются аморальные и асоциальные устремления. Они чрезвычайно упрямы.

Для интерпретации данных психологического теста следует учитывать социальные характеристики больных женщин, представленные во второй главе. Курят более 10 лет 46,7% больных женщин, злоупотребляют алкоголем 12,5%, не имеют средств к существованию 43,2%, доход ниже прожиточного уровня у 52,7% у больных женщин, заболевание началось и протекало в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) у 40,6%. Испытывает физическое насилие со стороны мужа 64,4%, испытывает вербальную агрессию со стороны мужа 92,3%, испытывает насилие со стороны членов семьи (взрослые дети) 43,2%, испытывает словесную агрессию со стороны членов семьи 73,3%, муж или члены семьи злоупотребляют алкоголем у 62,3% больных женщин, муж тратит семейный бюджет на алкоголь у 73,1% больных женщин, вынуждены финансово содержать мужа 54,8%, испытывает упреки со стороны мужа и членов семьи за то, что больна 84,3%, испытывает упреки со стороны членов семьи за то, что из-за болезни не может хорошо выполнять семейные обязанности 79,4%. При анализе данных психологического теста СМИЛ следует брать во внимание особенности семейной ситуации больных туберкулезом женщин и их социального статуса.

Был проведен сравнительный анализ психологических особенностей женщин с впервые выявленным туберкулезом легких (основная группа) и практически здоровых женщин (контрольная группа). Соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию представлено в таблице 29.

Таблица 29

**Распределение типов реагирования у женщин
с впервые диагностированным туберкулезом легких и здоровых**

| Тип реагирования | Женщины с туберкулезом легких (основная группа) | Здоровые женщины (контрольная группа) |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 38,4%±1,6 | 48%±1,08 |
| Смешанный | 46,2%±1,16 | 44%±1,27 |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 15,4%±5,49 | 8%±11,5 |

Анализ представленной таблицы 29 показывает, что типы реагирования на психотравмирующие обстоятельства практически аналогичны у больных и здоровых женщин.

Данные исследования женщин обеих групп по основным клиническим и оценочным шкалам СМИЛ представлены в таблице 30.

Таблица 30

Показатели СМЛЖ женщин основной и контрольной группы

| Показатель | Больные женщины (основная группа) | | Здоровые женщины (контрольная группа) | | Т – набл. |
|------------------------------|-----------------------------------|------|---------------------------------------|-------|-----------|
| | М | m | М | m | |
| L ложь | 49,5±2,11 | 7,63 | 44,8±0,91 | 4,56 | 2,06* |
| F достоверность | 75,4±3,05 | 11 | 71,8±1,82 | 9,09 | 1,01 |
| K коррекция | 53,2±3,13 | 11,3 | 49,72±0,87 | 4,34 | 1,06 |
| Hs сверхконтроль | 64,3±2,8 | 10,1 | 53,2±1,41 | 7,05 | 3,54* |
| D пессимистичность | 72,5±2,83 | 10,2 | 65,2±1,72 | 8,60 | 2,20* |
| Hу эмоциональная лабильность | 62,9±3,33 | 12 | 55,72±2,24 | 11,21 | 1,79* |
| Rd импульсивность | 69,9±2,75 | 9,94 | 64,0±1,41 | 7,03 | 1,91* |

| | | | | | |
|--|-----------|------|------------|-------|-------|
| Mf женствен- ность-муже- ственность | 61,5±3,19 | 11,5 | 60,84±2,47 | 12,34 | 0,15 |
| Pa ригидность | 66,7±2,11 | 7,59 | 61,56±1,69 | 8,46 | 1,90* |
| Pt тревож- ность | 61,8±2,05 | 7,43 | 58,04±2,07 | 10,35 | 1,30 |
| Sc индивидуа- листичность | 63,8±3,16 | 11,4 | 56,48±2,11 | 10,55 | 1,94* |
| Ma оптими- стичность | 65,2±3,08 | 11,1 | 60,28±1,52 | 7,62 | 1,42 |
| Si интроверсия | 54,9±1,94 | 6,96 | 52,4±1,15 | 5,77 | 1,12 |

Где М – среднее арифметическое по групп, m – стандартное отклонение.

% ВО – количество респондентов с высокими оценками, % СО – количество респондентов со средними оценками, % НО – количество респондентов с низкими оценками, Т набл.– t-критерий

*– помечены значимые значения t при $p < 0,05$.

У женщин с впервые выявленным туберкулезом легких повышены оценки по всем шкалам, кроме F (достоверность), К (коррекция), Pt (тревожность), Ma (оптимистичность) и Si (интроверсия).

Усредненные профили СМИЛ для женщин обеих групп – основной (больных впервые диагностированным туберкулезом) и контрольной (здоровых женщин) представлены на рисунке 4.



Рис. 4. Усредненные профили СМИЛ женщин обеих групп

Профиль женщин, страдающих впервые диагностированным туберкулезом легких, в целом более приподнят над осью ОХ.

Код усредненного профиля по Уэлшу в основной группе – 2'46918375-0/ F'K/L:. В контрольной – 24659-78310/ F'KL:.

Женщины, страдающие впервые выявленным туберкулезом легких, отличаются от здоровых женщин повышенной эмоциональностью, неумением приспособляться к жизни и обстоятельствам, внутренней нестабильностью, напряженностью.

Группа мужчин, страдающих хроническим туберкулезом легких, была обследована с помощью теста СМИЛ. Процентное соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию представлено в таблице 31.

Таблица 31

**Соотношение типов реагирования у мужчин
с хроническим туберкулезом легких**

| Тип реагирования | %% |
|----------------------------------|-------|
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 38,9% |
| Смешанный | 22,2% |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 38,9% |

По результатам представленной таблицы выделить четкий тип дезадаптации не представляется возможным, поскольку три основных типа – стенический, гипостенический и смешанный – представлены примерно по 1/3 от общего числа.

Так, стенический вариант реагирования и, соответственно, поведенческий тип дезадаптации встречается в 38,9% случаев.

Для мужчин этой подгруппы характерно стремление к реализации активной роли, экспансивность, экспрессивность речи и поведения, вербальные и поведенческие проявления агрессии, претензии на признание, настойчивость, самостоятельность в принятии решений, напряженность в деятельности и достижении цели, агрессивность по отношению к окружающим, обвинение в своих проблемах окружающих,

38,9% мужчин, страдающих хроническим туберкулезом легких, дают невротические реакции на психотравмирующие обстоятельства и блокировку активности в ответ на внешнее препятствие. Они пассивны, поведение субдоминантно. В характере преобладают уступчивость, социальная податливость, следование установленным нормам поведения, отказ от самореализации. Большая часть из них ранее пребывала в МЛС, поэтому нормы поведения соответствуют нормам поведения лиц в заключении. Выявлена склонность декомпенсироваться по невротическому типу в стрессовой ситуации с преобладанием тормозных реакций, т. е. постоянное переживание негативных эмоций – беспокойства, гнева, печали, тревоги. Они остро реагируют на стресс, не могут с ним справиться, с трудом адаптируются к окружающей обстановке, не доверяют окружающим, имеют пессимистический взгляд на будущее, во всех сторонах реальности видят

только негативную сторону. Им свойственна апатия, фиксация на болезненных или негативных явлениях действительности.

Для 22,2% мужчин характерен смешанный тип реагирования, при котором невротический и поведенческий механизмы реагирования взаимно заблокированы. Поведенческий тип реагирования – агрессивность по отношению к окружающим, обвинение их в своих проблемах, вербальные и поведенческие проявления агрессии. Невротический – замирание в состоянии стресса, прекращение активности. Личность склонна давать поведенческие реакции, но условия (страх перед сокамерниками, собственный статус) не позволяют прорваться агрессии вербально и в поведении, они не могут себе позволить открыто проявлять вражду и агрессивность в поведении, не знают других способов справиться с состоянием стресса и не могут скомпенсировать поведение в стрессе. В силу сильных внутренних тормозных механизмов они не дают себе возможности отреагировать внутреннее напряжение через поведенческие реакции. Происходит соматизация стресса, т. е. стресс проявляется в форме телесной симптоматики, психические переживания переходят в соматические симптомы. Единственным механизмом реагирования на психотравмирующую ситуацию остается соматический.

Оценки по трем оценочным и 10 основным клиническим шкалам мужчин, страдающих хроническим туберкулезом легких, представлены в таблице 32.

Таблица 32

Данные СМИЛ по группе мужчин с хроническим туберкулезом легких

| | L | F | K | Hs | D | Hу | Pd | Mf | Pa | Pt | Sc | Ma | Si |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| М | 46,1 | 76,4 | 50,5 | 48,4 | 77,3 | 58,8 | 71,4 | 75,4 | 57,2 | 68,1 | 70,7 | 62,2 | 57,2 |
| М | 5,52 | 8,69 | 5,8 | 9,54 | 15,1 | 9,69 | 9,11 | 5,07 | 9,61 | 9,93 | 9,86 | 12,1 | 10,8 |
| % ВО | 0 | 100 | 5,6 | 11,1 | 94,4 | 33,3 | 88,9 | 100 | 33,3 | 83,3 | 88,9 | 61,1 | 38,9 |
| % СО | 83,3 | 0 | 94,4 | 66,7 | 5,6 | 66,7 | 11,1 | 0 | 61,1 | 16,7 | 11,1 | 33,3 | 55,5 |
| % НО | 16,7 | 0 | 0 | 22,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5,6 | 0 | 0 | 5,6 | 5,6 |

Где М – среднее арифметическое по группе

m – стандартное отклонение

% ВО – количество респондентов с высокими оценками

% СО – количество респондентов со средними оценками

% НО – количество респондентов с низкими оценками

Средние оценки по шкале F (достоверность)– 76,4 Т-балла, К (коррекция) – 50,5 Т-баллов, L (ложь) – 46,1 Т-баллов. Все оценки по отдельным шкалам в группе имеют характер нормального распределения и графически могут быть представлены в виде кривой Гаусса. Центральная тенденция выражена лишь по шкале К. Мода по шкалам L (ложь) и Hs (сверхконтроль) смещена к началу оси (к меньшим оценкам). По остальным шкалам мода смещена в сторону повышения значений.

В 33,3% случаев в данной группе встречается «пикообразный» тип профиля, профиль типа «зубчатой пилы» так же встречается в 33,3%. «Пограничный» тип профиля присущ 27,8% мужчин, страдающих хроническим туберкулезом легких. Для 5,6% характерен «широко разбросанный» профиль. Эти показатели позволяют говорить о тенденции заострения и поляризации качеств и свойств личности, дисгармонизации и дезадаптации личности.

Усредненный профиль СМИЛ мужчин с хроническим туберкулезом легких представлен на рис. 5.

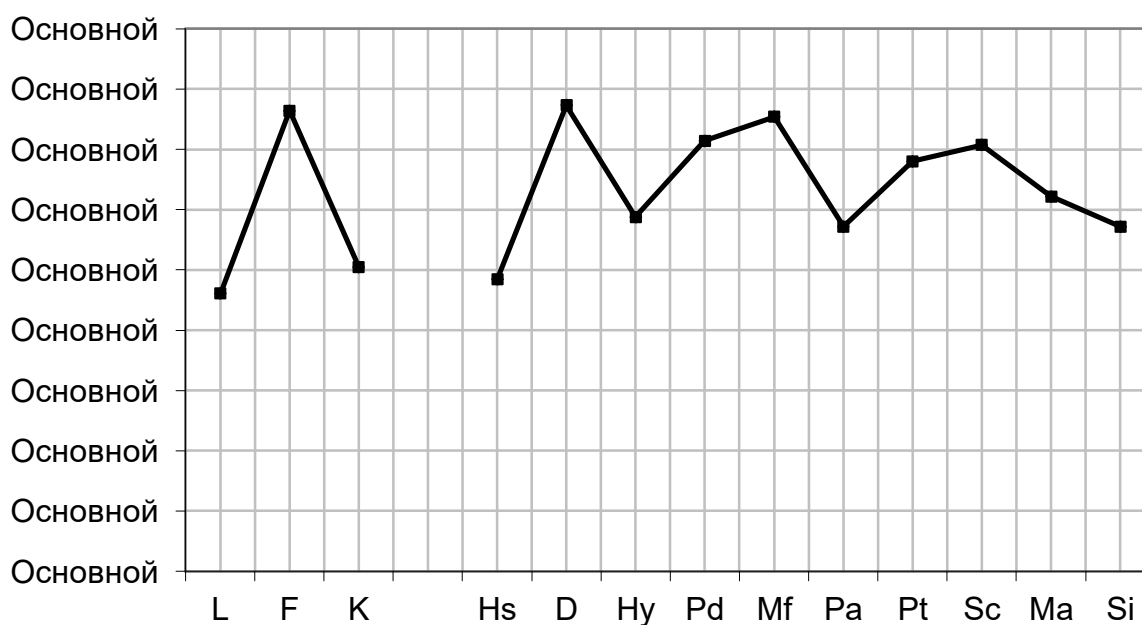


Рис. 5. Усредненный профиль СМИЛ мужчин с хроническим туберкулезом легких

Для мужчин, страдающих хроническим туберкулезом легких характерны следующие черты: ведущей мотивацией поведения является стремление избежать неудачи, выраженная пассивная позиция, и при этом внутреннее стремление противоречить указаниям и социальным нормам. Активность подавляется страхом. Уместно вспомнить социальные характеристики больных, представленные во второй главе достаточно подробно. Их поведение строго регламентировано, позиция субдоминантна, они должны подчиняться авторитетам, сдерживать свои поведенческие реакции, не давать проявлений речевой и поведенческой агрессии. Поэтому они занимают созерцательную позицию, глубоко переживают создавшуюся ситуацию, осознают собственные проблемы через призму неудовлетворенности собой, пессимистически оценивают собственные перспективы, склонны фиксироваться на субдепрессивном аффекте, т. е. постоянно испытывают чувства тревоги, печали, тоски, разочарования, гнева, вины.

Код усредненного профиля по Уэлшу для мужчин с хроническим туберкулезом легких выглядит следующим образом – 2548'79–360/1: F'K/L.:

Мужчины, страдающие хроническим туберкулезом легких самокритичны, скептически, не уверены в себе, ранимы, обидчивы. Из-за постоянного подавления поведенчески агрессивных реакций в силу сильных внутренних тормозных механизмов они периодически «срываются», делают импульсивные поведенческие или словесные выпады. В травмирующей ситуации мужчины они замыкаются, уходят в себя, погружаются в негативные переживания. Потребность в дружеской поддержке, дружеских контактах, доброжелательном отношении, теплоте, заботе, внимании не может быть удовлетворена и является слабым местом и мишенью в психотравмирующих обстоятельствах. Защитной психологической реакцией является нарциссический паттерн поведения, как форма защиты от переживания чувства одиночества и неудовлетворенности в дружеских и теплых контактах, доброжелательном отношении к себе. Мужчины не удовлетворены сложившимися межличностными отношениями, в том числе сексуальными.

Для интерпретации данных теста СМИЛ следует учитывать особенности социального статуса больных хроническим туберкулезом мужчин. 60,3% из них

имели начальное или неполное среднее образование, 58,4% среднее и 8,9% больных – высшее образование, 57,8% злоупотребляли алкоголем, курили более 10 лет 97,8%, 62,3 % обследованных больных мужчин отбывали срок в тюрьме. Заболевание началось и протекало в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) у 64,3%. Туберкулез как причина развода отметили 40,1% больных мужчин, проживает один 27,4%, проживает с родственниками 33,9%, имеет полную семью 30,6%. Не имеет постоянного места жительства 5,7%. Не имеет средств к существованию 54,8% больных хроническим туберкулезом мужчин. 80% больных мужчин испытывают необходимость материальной поддержки. 76,2% больных мужчин не скрывают своего желания «отомстить» обществу за свои страдания в связи с болезнью, считая туберкулез не инфекционной болезнью, а социальным страданием.

Был проведен сравнительный анализ психологических особенностей мужчин с хроническим туберкулезом легких (основная группа) и практически здоровых (контрольная группа).

Соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию представлено в таблице 33.

Таблица 33

**Распределение типов реагирования у мужчин
с хроническим туберкулезом легких и здоровых**

| Тип реагирования | Мужчины, страдающие хроническим туберкулезом легких (основная группа) | Здоровые мужчины (контрольная группа) |
|---------------------------------|--|--|
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 38,9%±1,57 | 80%±0,25 |
| Смешанный | 22,2%±3,5 | 10%±9,0 |
| Гипостенический (шкалы 2,7 и 0) | 38,9%±1,57 | 10%±9,0 |

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что распределение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию различается: в группе здоровых мужчин существенно преобладает стенический тип реагирования, в группе больных туберкулезом мужчин поровну приходится на стенический (поведенческий) и гипостенический (невротический) типы реагирования. Здоровые мужчины практически не склонны к соматизации стресса.

Данные исследования мужчин обеих групп по основным клиническим и оценочным шкалам СМИЛ представлены в таблице 34.

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что у здоровых мужчин более низкие оценки достоверно наблюдаются по всем шкалам, кроме L (ложь), K (коррекция), Ну (эмоциональная лабильность), Ма (оптимистичность).

Таблица 34

**Показатели СМИЛ мужчин с хроническим туберкулезом легких
и здоровых**

| | Основная группа | | Контрольная группа | | Т – набл. |
|---------------------------------|-----------------|------|--------------------|-------|-----------|
| | М | s | М | s | |
| L ложь | 46,1±1,3 | 5,52 | 49,6±2,78 | 8,78 | -1,14 |
| F достоверность | 76,4±2,05 | 8,69 | 56,5±4,44 | 14,02 | 4,08* |
| K коррекция | 50,5±1,37 | 5,8 | 52,6±2,58 | 8,15 | -0,72 |
| Hs сверхконтроль | 48,4±2,24 | 9,54 | 55,1±2,97 | 9,39 | -1,79* |
| D пессимистичность | 77,3±3,56 | 15,1 | 45,4±5,38 | 16,99 | 4,94* |
| Ну эмоциональная лабильность | 58,8±2,29 | 9,69 | 55,0±2,68 | 8,47 | 1,09 |
| Rd импульсивность | 71,4±2,14 | 9,11 | 55,1±3,00 | 9,47 | 4,42* |
| Mf женственность-мужественность | 75,4±1,2 | 5,07 | 54,4±4,74 | 14,98 | 4,31* |
| Pa ригидность | 57,2±2,26 | 9,61 | 49,7±3,14 | 9,93 | 1,93* |
| Pt тревожность | 68±2,33 | 9,93 | 51,9±3,25 | 10,28 | 4,02* |
| Sc индивидуальность | 70,7±2,33 | 9,86 | 54,0±3,04 | 9,60 | 4,37* |
| Ma оптимистичность | 62,2±2,85 | 12,1 | 64,7±3,78 | 11,94 | -0,52 |
| Si интроверсия | 57,2±2,55 | 10,8 | 42,1±3,12 | 9,86 | 3,76* |

Где М – среднее арифметическое по группе

s – стандартное отклонение

% ВО – количество респондентов с высокими оценками

% СО – количество респондентов со средними оценками

% НО – количество респондентов с низкими оценками

Т набл.– t-критерий

*– помечены значимые значения t при $p < 0,05$.

Усредненные профили СМИЛ для здоровых мужчин (контрольная группа) и страдающих хроническим туберкулезом мужчин (основная группа) представлены на рисунке 6.

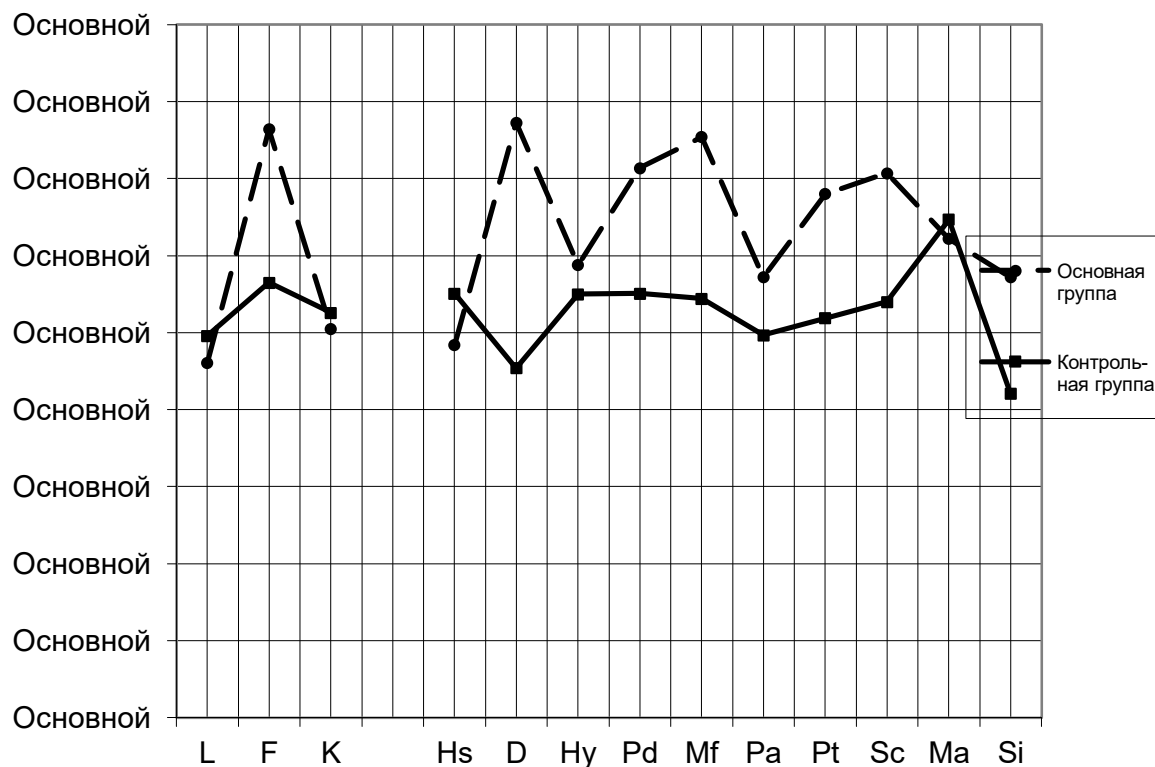


Рис. 6. Усредненные профили СМИЛ мужчин обеих групп

Для мужчин контрольной группы характерно более низкое расположение профиля СМИЛ в целом.

Код усредненного профиля по Уэлшу в основной группе 2548'79–360/1: F'K/L:. В контрольной – 9-143587/620: FK/L:.

Таким образом, что мужчины с хроническим туберкулезом легких дезадаптированы сильнее, чем практически здоровые. Они предрасположены к психосоматическим и невротическим ответам на психотравмирующую ситуацию, т. е. у них происходит либо блокировка активности в состоянии стресса, либо соматизация стресса – телесное реагирование болезненными симптомами на травмирующую их ситуацию. Их социальная активность ниже из-за сильного внутреннего торможения своих речевых и поведенческих агрессивных реакций. Они не удо-

влетворены собой, своим положением, пессимистически оценивают свое будущее и свои перспективы, постоянно переживают чувства обиды, тревоги, напряжения, разочарования, гнева, беспокойства, страха.

Группа женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких, была обследована с помощью методики СМИЛ.

Процентное соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию представлено в таблице 35.

Таблица 35

Соотношение типов реагирования у женщин с хроническим туберкулезом легких

| | |
|----------------------------------|-----|
| Тип реагирования | %% |
| Стенический (шкалы 4, 6, 9) | 25% |
| Смешанный | 50% |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 25% |

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что половина (50%) женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких имеют смешанный тип реагирования в психотравмирующей ситуации, т. е. поведенческий канал реагирования и невротический канал реагирования взаимно блокируют друг друга, происходит соматизация стресса, т. е. состояние стресса проявляется телесными симптомами физического неблагополучия. У женщин есть стремление к достижениям, э доминированию, экспансивность поведения, при этом сильно внутреннее торможение, они сдерживают свои поведенческие реакции, это приводит к переходу на психофизиологический уровень реагирования. 50% группы женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких склонны к появлению психосоматических заболеваний.

Четверть (25%) женщин склонны давать стенические реакции на психотравму. Они стремятся любой ценой достичь желаемого, экспансивны, активны, склонны противодействовать, упрямы, настойчивы в достижении цели, предприимчивы, могут противостоять средовому влиянию. Они неконформны, незави-

симы, авторитарны. Декомпенсируются по психопатическому типу, давая поведенческие реакции асоциальной и антисоциальной направленности, проявляют речевую и поведенческую агрессию. Остальные 25% женщин имеют гипостенический тип реагирования, в состоянии стресса происходит блокировка активности, усиливаются тормозные реакции. Они конформны, уступчивы, социально податливы, стремятся соответствовать нормам и регламентам поведения, не пытаются найти выход из ситуации, продумать решение проблемы, анализировать возможные варианты, отказались от самореализации. Им свойственно постоянное переживание негативных эмоций – беспокойства, гнева, печали, тревоги, вины. Они остро реагируют на стресс, не могут с ним справиться, с трудом адаптируются к окружающей обстановке, не доверяют окружающим и родным, имеют пессимистический взгляд на будущее, во всех сторонах реальности видят только негативную сторону. Им свойственна апатия, фиксация на болезненных или негативных явлениях действительности, в том числе и своей болезни.

В психотравмирующей ситуации замирают и бездействуют. Декомпенсируются по невротическому типу. Из данных второй главы известны социальные характеристики больных хроническим туберкулезом женщин и членов их семей, особенности семейного взаимодействия. У большинства из них мужья злоупотребляют алкоголем, проявляют поведенческую и вербальную агрессию, строго следуют правилам поведения лиц в заключении, где побывала большая часть из них, следуют субкультуре. Тест ШСО выявил статистически достоверно высокую конфликтность в семьях, напряженность отношений между членами семьи, внешний жесткий контроль за поведением, строгую регламентацию поведения членов семьи, более высокие требования к членам семьи, более жесткие предписания по взаимодействию членов семьи между собой и с окружающими. Приверженность субкультуре приводит к снижению определенности семейных правил и обязанностей, ригидности семейных правил и процедур, неуважению этических и нравственных ценностей. В стрессовой ситуации у женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких, доминируют тормозные реакции, блокировка активности.

Оценки по трем оценочным и 10 основным клиническим шкалам представлены в таблице 36.

Таблица 36

**Данные СМИЛ по группе женщин,
страдающих хроническим туберкулезом легких**

| | L | F | K | Hs | D | Hу | Pd | Mf | Pa | Pt | Sc | Ma | Si |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| M | 45,9 | 75,6 | 48,4 | 64,5 | 74 | 65,4 | 67,7 | 70,8 | 68,6 | 63,5 | 64,6 | 61,8 | 58,8 |
| m | 6,1 | 12,2 | 8,12 | 14,4 | 8,31 | 12 | 8,42 | 2,46 | 8,85 | 6,96 | 13,9 | 10,3 | 8,08 |
| % ВО | 6,3 | 81,2 | 6,3 | 68,8 | 93,7 | 56,3 | 87,5 | 100 | 75 | 68,8 | 62,5 | 50 | 43,4 |
| % СО | 74,9 | 18,8 | 93,7 | 24,9 | 6,3 | 43,7 | 12,5 | 0 | 25 | 31,2 | 37,5 | 50 | 56,3 |
| % НО | 18,8 | 0 | 0 | 6,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Где М – среднее арифметическое по группе

m – стандартное отклонение

% ВО – количество респондентов с высокими оценками

% СО – количество респондентов со средними оценками

% НО – количество респондентов с низкими оценками

Все оценки по отдельным шкалам в группе имеют характер нормального распределения и графически могут быть представлены в виде кривой Гаусса. Центральная тенденция выражена лишь по шкале К (коррекция). Мода по шкале L (ложь) смещена к началу оси, к меньшим оценкам. По остальным шкалам мода смещена в сторону повышения значений. У женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких. «пикообразный» тип профиля представлен в 37,5% случаев, «пограничный» – в 31,3%, «плавающий» – в 18,7%. Профиль типа «зубчатой пилы» и «широко разбросанный» типы представлены соответственно по 6,25%. Данные по оценочным шкалам соответствуют требованиям валидности результатов. Средние значения шкалы F (достоверность) 75,6 Т-баллов, значения по шкалам L (ложь) и K (контроль) 45,9 и 48,4 Т-балла соответственно.

Усредненный профиль СМИЛ женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких представлен на рис. 7.

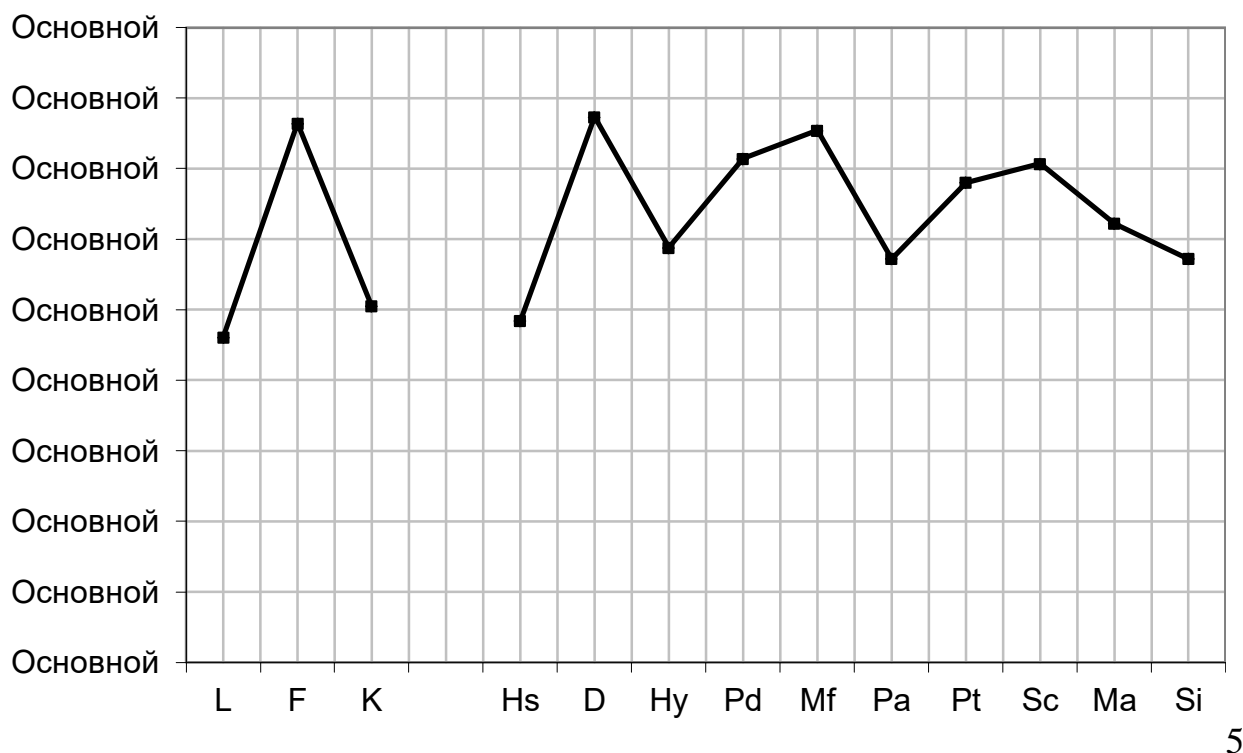


Рис. 7. Усредненный профиль СМИЛ женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких

Усредненный профиль может быть отнесен к типу «плавающего» и «невротического», что так же говорит о декомпенсации личности.

Поскольку «пикообразный» тип профиля встречается в 37,5%, «пограничный» – в 31,3%, «плавающий» – в 18,7%, «широко разбросанный» тип профиля и профиль типа «зубчатой пилы» встречается с частотой 6,25%, а среднее значение по шкале F равно 75,6% при средненормативном расположении значений шкал L и K, можно говорить о достаточно выраженной психологической дезадаптации и декомпенсации личности женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких.

Код усредненного профиля по Уэлшу у женщин, больных хроническим туберкулезом легких может быть представлен следующим образом – 25'6438179–0/ F'KL–.

У женщин с хроническим туберкулезом легких отмечается выраженная дезадаптация личности. Основной конфликтной сферой является сфера межличностных и, прежде всего, сексуальных отношений. Личности женщин, больных хроническим туберкулезом легких, во многом присущи черты мужественности,

независимость, стремление к эмансипации, самостоятельность в принятии решений. В сфере сексуальных отношений им не хватает тепла, эмоций, чувственности. Их жесткая роль не предусматривает эмоционально близких отношений, а аффилиативная потребность является одной из ведущих в структуре их личности. Таким образом, они могут быть охарактеризованы как внутренне конфликтные. В поведении эти женщины проявляют сдержанность, погружены в себя, угрюмы, не склонны к ярким эмоциональным реакциям, однако при декомпенсации способны к агрессии и кумуляции аффекта. Отмечается социальная пассивность.

Для интерпретации данных психологического теста следует учитывать социальные характеристики больных женщин, представленные во второй главе. Курят более 10 лет 46,7% больных женщин, злоупотребляют алкоголем 12,5%, не имеют средств к существованию 43,2%, доход ниже прожиточного уровня у 52,7% у больных женщин, заболевание началось и протекало в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) у 40,6%. Испытывает физическое насилие со стороны мужа 64,4%, испытывает вербальную агрессию со стороны мужа 92,3%, испытывает насилие со стороны членов семьи (взрослые дети) 43,2%, испытывает словесную агрессию со стороны членов семьи 73,3%, муж или члены семьи злоупотребляют алкоголем у 62,3% больных женщин, муж тратит семейный бюджет на алкоголь у 73,1% больных женщин, вынуждены финансово содержать мужа 54,8%, испытывает упреки со стороны мужа и членов семьи за то, что больна 84,3%, испытывает упреки со стороны членов семьи за то, что из-за болезни не может хорошо выполнять семейные обязанности 79,4%.

Соотношение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию у женщин основной и контрольной групп с оценкой представлено в таблице 55.

Анализ результатов представленной таблицы показывает, что типы реагирования на психотравмирующие обстоятельства распределяются различно статистически достоверно: у женщин контрольной группы преобладает стенический тип реагирования, тогда как у женщин с хроническим туберкулезом легких – смешанный.

Таблица 36

Распределение типов реагирования у женщин с хроническим туберкулезом легких и контрольной группы

| Тип реагирования | Основная группа | Контрольная группа |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Стенический(шкалы 4, 6, 9) | 25%±3,0 | 48%±1,08 |
| Смешанный | 50%±1,0 | 44%±1,27 |
| Гипостенический (шкалы 2, 7 и 0) | 25%±3,0 | 8%±11,5 |

Был проведен сравнительный анализ психологических особенностей женщин с хроническим туберкулезом легких и практически здоровых женщин. Данные исследования женщин обеих групп по основным клиническим и оценочным шкалам СМИЛ представлены в таблице 56.

Анализ представленной таблицы показывает, что у женщин с хроническим туберкулезом легких статистически достоверно повышены оценки по всем шкалам, кроме L, F, K, Pd и Ma.

Таблица 37

Показатели СМИЛ женщин с хроническим туберкулезом легких и контрольной группы

| | | Основная группа | | Контрольная группа | | Т – набл. |
|---------------------------------|----|-----------------|------|--------------------|-------|-----------|
| | | М | m | М | m | |
| L ложь | L | 45,9±1,53 | 6,1 | 44,8±0,91 | 4,56 | 0,61 |
| F достоверность | F | 75,6±3,05 | 12,2 | 71,8±1,82 | 9,09 | 1,07 |
| K коррекция | K | 48,4±2,03 | 8,12 | 49,72±0,87 | 4,34 | -0,58 |
| Hs сверхконтроль | Hs | 64,5±3,6 | 14,4 | 53,2±1,41 | 7,05 | 2,93* |
| D пессимистичность | D | 74±2,08 | 8,31 | 65,2±1,72 | 8,60 | 3,26* |
| Hу эмоциональная лабильность | Hу | 65,4±3,0 | 12 | 55,72±2,24 | 11,21 | 2,59* |
| Pd импульсивность | Pd | 67,7±2,1 | 8,42 | 64,0±1,41 | 7,03 | 1,46 |
| Mf женственность-мужественность | Mf | 70,8±0,63 | 2,46 | 60,84±2,47 | 12,34 | 3,90* |
| Pa ригидность | Pa | 68,6±2,2 | 8,85 | 61,56±1,69 | 8,46 | 2,51* |
| Pt тревожность | Pt | 63,5±1,75 | 6,96 | 58,04±2,07 | 10,35 | 2,02* |

| | | | | | | |
|-------------------------|----|-----------|------|------------|-------|-------|
| Sc индивидуалистичность | Sc | 64,6±3,48 | 13,9 | 56,48±2,11 | 10,55 | 2,01* |
| Ma оптимистичность | Ma | 61,8±2,58 | 10,3 | 60,28±1,52 | 7,62 | 0,49 |
| Si интроверсия | Si | 58,8±2,03 | 8,08 | 52,4±1,15 | 5,77 | 2,76* |

Где М – среднее арифметическое по группе

m – стандартное отклонение

% ВО – количество респондентов с высокими оценками

% СО – количество респондентов со средними оценками

% НО – количество респондентов с низкими оценками

T набл.– t-критерий

*– помечены значимые значения t при p<0,05.

Усредненные профили СМИЛ для женщин обеих групп отражены на рис. 8.

Код усредненного профиля по Уэлшу в основной группе 2548'16739-0/ F''LK: . В контрольной – 24659-78310/ F'KL: .

Женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких можно охарактеризовать как более эмоционально декомпенсированных, с неустойчивыми эмоциями, с перепадами эмоций, отказавшихся от самореализации и социальной активности, постоянно испытывающих чувство тревоги, беспокойства, обиды, вины, а также различного рода страхи.

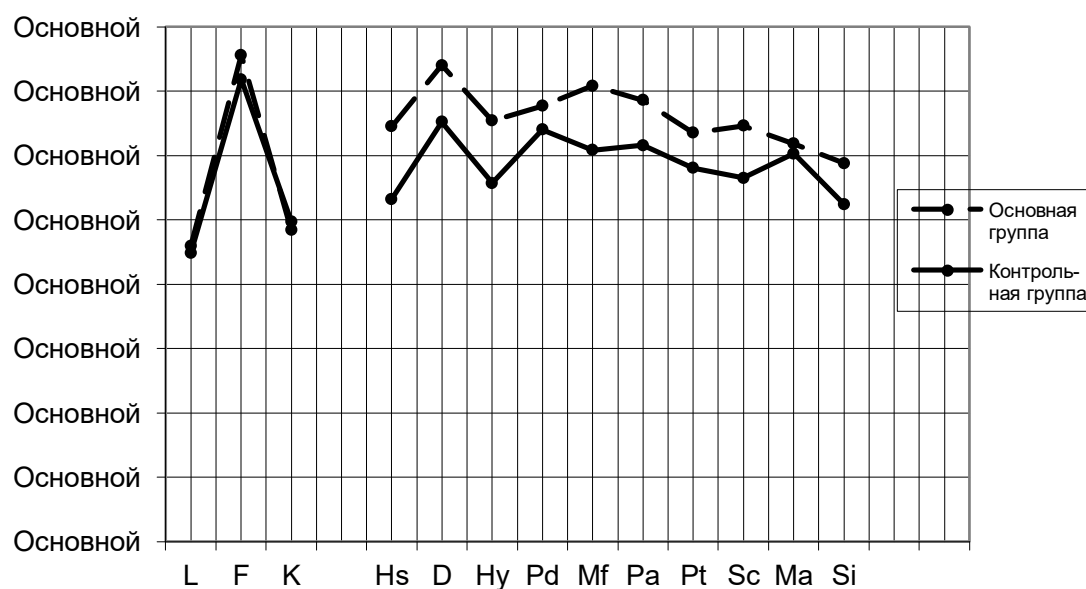


Рис. 8. Усредненные профили СМИЛ женщин обеих групп

Профиль женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких, в целом более приподнят над осью ОХ.

Был проведен сравнительный анализ психологических особенностей мужчин и женщин, больных туберкулезом легких.

Распределение типов реагирования на психотравмирующую ситуацию представлено в таблице 38.

Таблица 38

Сравнительный анализ распределения типов реагирования

| Типы реагирования | Мужчины | Женщины |
|-------------------|------------------|--------------------------|
| Стенический | 39,1% \pm 1,56 | 28,8% \pm 2,47 (Т=3,5) |
| Смешанный | 28,3% \pm 2,53 | 45,2% \pm 1,21 (Т=6,0) |
| Гипостенический | 32,6% \pm 2,07 | 26,0% \pm 2,85 (Т=1,9) |

Примечание к таблице.

Критерий Т отражает достоверность различия.

Мужчины, больные туберкулезом, по сравнению с женщинами, более склонны к самореализации, настойчивее в достижении цели, более активны и предприимчивы, целеустремленнее. Они склонны реагировать на стресс поведенчески – криками, поведением, обвинением окружающих, агрессивностью в речи и поведении.

Женщины имеют сильные внутренние тормоза и не могут позволить себе в психотравмирующей ситуации поведенческих и речевых выпадов (и это становится очевидным при анализе социальной и семейной ситуации). Два канала реагирования взаимно блокируют друг друга, и происходит трансформация стресса в симптомы физического неблагополучия через телесное реагирование на стресс.

Данные по трем оценочным и десяти основным шкалам у мужчин и женщин приведены в таблице 39, где так же представлен t-критерий достоверности различий по двум независимым выборкам.

Сравнительный анализ оценок по шкалам СМИЛ

| Шкалы | Мужчины | Женщины | t-критерий |
|-------|-----------|-----------|------------|
| L | 45,7±0,83 | 48,1±0,85 | 2,02* |
| F | 81,5±1,57 | 81,1±1,34 | 0,19 |
| K | 49,8±1,02 | 49,1±0,96 | 0,47 |
| Hs | 50,8±1,37 | 67,9±0,41 | 8,71* |
| D | 77,2±2,15 | 75,4±1,09 | 0,74 |
| Hу | 63,1±1,65 | 64,7±1,36 | 0,73 |
| Pd | 73,4±1,33 | 68,9±1,00 | 2,68* |
| Mf | 78,5±1,04 | 70,8±0,96 | 5,39* |
| Pa | 63,8±1,72 | 70,5±1,39 | 3,06* |
| Pt | 70,5±1,66 | 66,7±1,14 | 1,90* |
| Sc | 76,2±2,09 | 68,5±1,63 | 2,91* |
| Ma | 65,4±1,62 | 61,9±1,28 | 1,70* |
| Si | 55,5±1,34 | 58,1±0,93 | 1,64 |

* – означает статистически достоверные различия при $p < 0,05$.

Код усредненного профиля по Уэлшу для мужчин 52847'963-01/ F''KL:.

Код усредненного профиля по Уэлшу для женщин 256'81 4739-0/ F''LK:.

На рисунках 9 и 10 отражены усредненные профили СМИЛ по 3 оценочным и 10 основным шкалам отдельно для мужчин и женщин с туберкулезом легких.

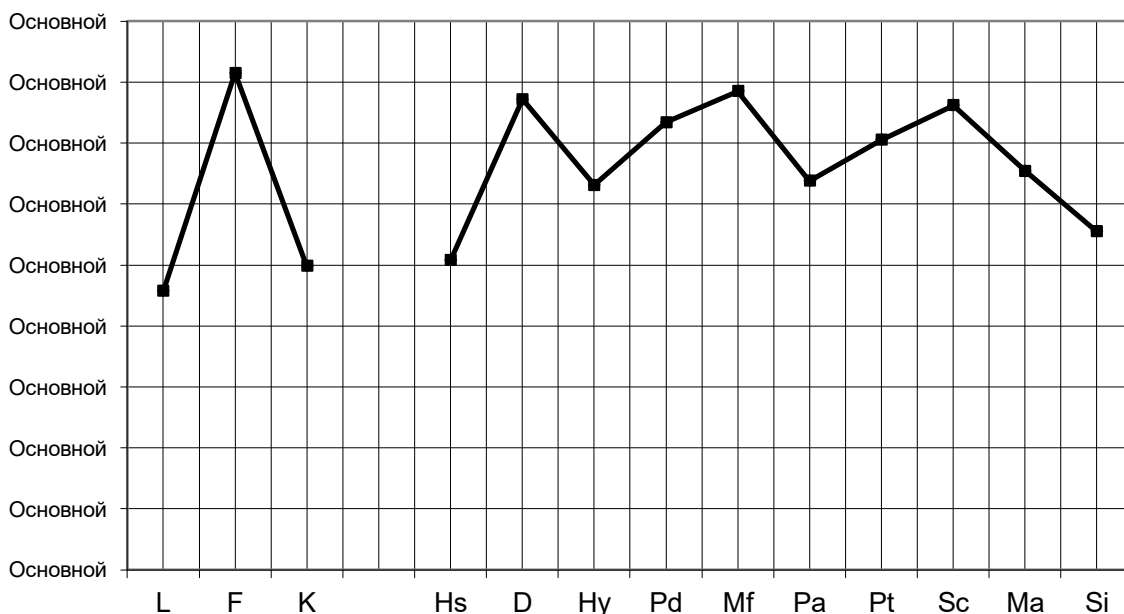


Рис. 9. Усредненный профиль СМИЛ мужчин

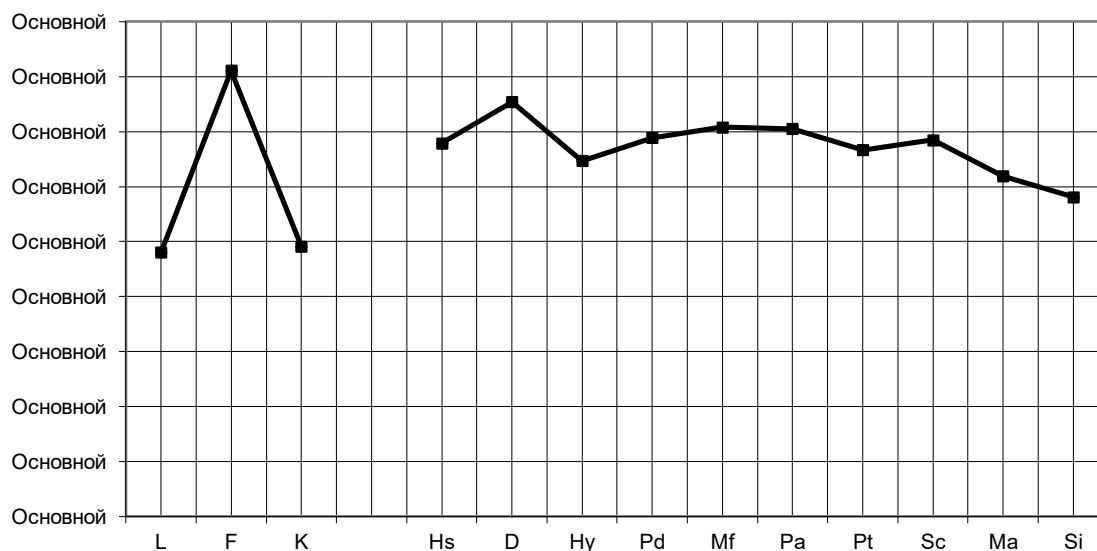


Рис. 10. Усредненный профиль СМИЛ женщин

Сопоставляя коды усредненных профилей по Уэлшу с критериями достоверности различий средних по выборке, можно выделить следующие достоверно отличные шкалы: Mf, Pa, Sc, Hs, Pd, Pt. Это позволяет сделать вывод о том, что для мужчин свойственно смещение половой роли. Психологическая феминизация мужчин в большей степени заметна, чем психологическая «маскулинизация» женщин, т. е. приобретение женщинами таких качеств как агрессивность, жесткость в поведении.

Объяснение этому также следует искать в социальных характеристиках, подробно представленных во второй главе – пребывании в исправительно-трудовых учреждениях, сексуальную неудовлетворенность, неудовлетворенную потребность в теплых, дружелюбных отношениях, понимании, заботе и внимании.

При этом, несмотря на достаточно высокие оценки по 6-ой (Pa) шкале, как у мужчин, так и у женщин, конкурентные тенденции в большей степени выражены именно у женщин, чем у мужчин. Их можно охарактеризовать как более социально агрессивных, менее подвластных средовым влияниям, склонных к открытому противоборству, требующих большей определенности в жизни.

Мужчины, больные туберкулезом, более склонны давать делинквентные поведенческие реакции, чем женщины (совершать противоправные антиобщественные действия) в ситуации фрустрации (неудовлетворение желания или потребности в силу непреодолимых обстоятельств, сопровождается негативными эмоциями, такими, как отчаяние, гнев, раздражение, разочарование, печаль, в зависимости от силы желания или необходимости потребности).

Для поддержания собственного психического комфорта в ответ на какие-либо ограничения больные туберкулезом мужчины дают гипертрофированные поведенческие реакции.

Больные туберкулезом мужчины и женщины были также обследованы тестом Люшера – тестом цветовых выборов.

Результаты обследования мужчин больных хроническим и впервые диагностированным туберкулезом легких, а также здоровых мужчин в качестве контрольной группы тестом Люшера представлены в таблице 40.

Таблица 40

Показатели теста Люшера у мужчин

| Показатели | M ± m | | |
|--|------------------|--|--|
| | Здоровые мужчины | Мужчины, больные хроническим туберкулезом легких | Мужчины, больные впервые диагностированным туберкулезом легких |
| Фактор нестабильности выбора | 18,8 ±2,9 | 16,2 ±2,7 | 24,7 ±3,3 |
| Фактор отклонения от аутогенной нормы | 49,9 ±2,6 | 46,8 ±3,2 | 54,4 ±3,1 |
| Фактор тревожности | 24,2 ±2,8 | 24,7 ±2,6 | 25,4 ±2,6 |
| Фактор активности | 43,7 ±2,2 | 50,3 ±3,2 | 50,5 ±3,5 |
| Фактор работоспособности | 64,1 ±2,4 | 69,8 ±3,8 | 57,7 ±3,7* |
| Индекс симпатической нервной системы | 0,35 ±0,01 | 0,52 ±0,10* | 1,39 ±0,3* |
| Индекс парасимпатической нервной системы | 0,56±0,01 | 0,58 ±0,10 | 0,56 ±0,1 |

Примечание к таблице 40. Все показатели даны в процентах, за исключением индексов вегетативной нервной системы, представленных а условных единицах.

* означает статистически достоверное различие с контролем.

Больные туберкулезом мужчины имеют более высокий индекс симпатической нервной системы, по сравнению со здоровыми, различие статистически достоверно. У мужчин, страдающих впервые выявленным туберкулезом легких, индекс в три раза превышает индекс мужчин-хроников по заболеванию. Симпатическая нервная система – это отдел вегетативной (автономной) нервной системы, которая управляет состоянием внутренних органов в состоянии стресса или опасности (реакции по типу «бей или беги»). Этот отдел также называют адренергической нервной системой. При стрессе выделяются гормоны адреналин и норадреналин, они способствуют высвобождению глюкозы и жирных кислот как источников энергии. Кровь отливает от внутренних органов – желудка, кишечника к мышцам рук и ног, увеличивается кислород в мышцах. Происходит возбуждение деятельности сердца, усиливаются обменные процессы, тормозится процесс пищеварения. Зрачки расширяются (наблюдать опасность), из-за торможения выделения слюны отмечается сухость во рту, усиливается потоотделение, учащаются сердечный ритм и усиливаются сердечные сокращения. Кожа бледнеет, дыхание учащается (бронхиолы расширяются), артериальное давление повышается.

Тяжелая, жизнеугрожающая болезнь является стрессом. Из социальных характеристик, представленных во второй главе известно, что часть мужчин и женщин заболела туберкулезом во время пребывания в исправительно-трудовых учреждениях. Это также является физическим и эмоциональным стрессом. Состояние «бей или беги» как ответ на опасность продолжается достаточно долгое время, и наступает истощение организма.

Результаты обследования больных туберкулезом и здоровых женщин в качестве контрольной группы тестом Люшера представлены в таблице 41.

Таблица 41

Показатели теста Люшера у женщин

| Показатели | M ± m | | |
|--|------------------|--|--|
| | Здоровые женщины | Женщины, больные хроническим туберкулезом легких | Женщины, больные впервые диагностированным туберкулезом легких |
| Фактор нестабильности выбора | 19,9±2,0 | 17,5 ±2,3 | 16,4 ±2,4 |
| Фактор отклонения от аутогенной нормы | 46,7±2,3 | 65,2 ±4,8* | 66,4 ±4,9* |
| Фактор тревожности | 19,3±1,8 | 32,5 ±5,2* | 24,5±3,9 |
| Фактор активности | 47,2±1,6 | 54,5 ±2,7* | 63,1 ±3,8* |
| Фактор работоспособности | 66,3±2,6 | 54,6 ±4,8* | 45,6 ±4,9* |
| Индекс симпатической нервной системы | 0,36±0,01 | 1,43 ±0,2* | 0,84 ±0,01* |
| Индекс парасимпатической нервной системы | 0,53 ±0,03 | 0,51 ±0,1 | 0,44 ±0,06 |

Примечание к таблице 41.

Все показатели даны в процентах, за исключением индексов вегетативной нервной системы, представленных в условных единицах.

* означает статистически достоверное различие с контролем.

У женщин, по сравнению с больными мужчинами, отмечается больше различий со здоровыми женщинами.

Достоверно повышен фактор отклонения от аутогенной нормы, что свидетельствует о том, что и женщины с впервые диагностированным туберкулезом, и страдающие хроническим туберкулезом легких, находятся в состоянии внутреннего конфликта и физического неблагополучия, что является для них источником тревоги.

Тревожность (склонность переживать тревогу по незначительным поводам) достоверно выше у женщин, больных хроническим туберкулезом, по сравнению со здоровыми женщинами.

Работоспособность (возможность человека выполнять конкретную деятельность в рамках заданного времени и эффективно) достоверно ниже у больных туберкулезом женщин, как с впервые диагностированным, так и с хроническим процессом.

Индекс симпатического отдела вегетативной нервной системы у больных туберкулезом женщин, так же как и у больных мужчин, достоверно выше, чем у здоровых. Но есть отличия от мужчин. У мужчин наиболее высокие показатели отмечены у больных с впервые выявленным туберкулезом, а у женщин показатели хроников выше, чем с впервые выявленным заболеванием. Объяснение этому также следует искать в социальных характеристиках обследованных. Больные женщины испытывают упреки членов семьи из-за того, что вследствие болезни не могут исполнять как раньше, семейные обязанности. Они испытывают насилие (вербальное и поведенческое) не только со стороны мужа, зачастую злоупотребляющего алкоголем и живущего за счет пенсии жены-инвалида по туберкулезу (больные – хроники по туберкулезу являются инвалидами по социальным показаниям из-за высокого риска заражения членов общества), но и со стороны других членов семьи. Женщины испытывают финансовые трудности, физическое неблагополучие и массу негативных эмоций, связанных с болезнью, в основном, различного рода страхи. Все эти негативные эмоции наслаиваются на ситуацию с хроническим, жизнеугрожающим, инвалидизирующим заболеванием и усугубляют психотравму.

С помощью специально разработанной автором анкеты, в основу которой положена пирамида потребностей А. Маслоу, были обследованы больные туберкулезом и практически здоровые лица в качестве контрольной группы.

Степень удовлетворения личностных потребностей у женщин, по данным анкетирования представлены в таблице 42.

Таблица 42

Степень удовлетворения личностных потребностей у женщин

| Название шкалы | M ± m | | |
|---|------------------|--|--|
| | Здоровые женщины | Женщины, больные хроническим туберкулезом легких | Женщины, впервые диагностированным туберкулезом легких |
| Удовлетворение физиологических потребностей | 4,2 ± 0,3 | 3,1 ± 0,5* | 3,7 ± 0,3 |
| Удовлетворение потребности в безопасности | 3,6 ± 0,1 | 3,2 ± 0,1* | 3,2 ± 0,2* |
| Удовлетворение потребности иметь принятие группой | 3,9 ± 0,1 | 3,9 ± 0,3 | 3,9 ± 0,2 |
| Удовлетворение потребности иметь уважение | 3,7 ± 0,2 | 3,5 ± 0,2 | 3,5 ± 0,3 |
| Удовлетворение эстетических потребностей | 3,8 ± 0,2 | 3,8 ± 0,3 | 3,6 ± 0,3 |
| Удовлетворение потребности в самореализации | 3,7 ± 0,2 | 3,0 ± 0,5 | 2,7 ± 0,3* |

Примечание к таблице 42. Показатели даны по пятибалльной системе оценок.

* означает статистически достоверное различие с контролем.

Как показывают данные представленной таблицы, степень удовлетворения физиологических потребностей достоверно ниже у женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких. Их беспокоят постоянные одышка, слабость. Физическая активность снижена, они не могут спать в обычной позе лежа, принимают вынужденную полусидячую позу. Их постоянно беспокоит кашель с трудноотделяемой мокротой, в том числе и приступы кашля по ночам. Постоянная интоксикация отнимает силы, организм слабеет, «чахнет» по-старой терминологии. Постоянная субфебрильная температура и сопровождающая ее потливость изматывают. Одышка не дает совершать полноценных активных движений, больные ограничивают свою активность и жесты, двигаются как роботы, экономят движения. Сердце работает с напряжением, малейшее усилие вызывает приступы сердцебиения. Женщины-хроники не могут удовлетворить потребность во сне, они полусидят ночью и постоянно кашляют с выделением густой, трудноотделяемой мокроты. Они не могут получать удовольствия от еды, потому что вынуждены делать паузы через две ложки пищи для восстановления

дыхания. К тому же, содержание мужа, злоупотребляющего алкоголем на ее пенсию по инвалидности, не позволяет разнообразить меню и рацион. Больные женщины испытывают физическое насилие и словесную агрессию со стороны мужей, в семьях повышена конфликтность, это не способствует сексуально-эротическому семейному климату и получения сексуального удовлетворения.

По А. Маслоу, неудовлетворение базисных потребностей препятствует удовлетворению иерархически более высоких потребностей.

Кроме того, по данным теста Люшера, у женщин-хроников достоверно повышен индекс симпатического отдела вегетативной нервной системы, что в совокупности с данными теста СМИЛ, подтверждает состояние эмоционального и физического стресса.

Потребность в безопасности в равной степени снижена у женщин, больных впервые выявленным туберкулезом легких, и у женщин-хроников. Объяснение этому заключается в семейной ситуации женщин и социальных характеристиках, подробно представленных во второй главе.

Неудовлетворение потребности в безопасности для женщин с впервые диагностированным туберкулезом легких препятствует удовлетворению потребностей более высокого уровня. Показатели функции внешнего дыхания у больных с впервые выявленным туберкулезом находятся в пределах нижней границы нормы. Больные не особенно ощущают изменения в своем поведении в связи с болезнью. Женщины выполняют свои повседневные семейные обязанности, из-за стыда за свою болезнь они скрывают ее от близких и членов семьи. Социальный статус и семейная ситуация не различаются у женщин с впервые диагностированным туберкулезом легких и у женщин-хроников. Обе группы женщин не чувствуют себя в безопасности, да это и невозможно, учитывая проявления вербальной и поведенческой агрессии мужей, злоупотребляющих алкоголем.

Потребность в самореализации достоверно снижена у женщин с впервые выявленным заболеванием. Женщины-хроники болеют годами. Их физическое страдание препятствует нормальной повседневной активности. Но за много лет жизни с хроническим заболеванием они сумели приспособиться к нему, нашли

доступные для себя занятия-чтение, рукоделие, просмотр телесериалов. Они сумели найти отдушину, доступную в их физическом состоянии.

Результаты самооценки степени удовлетворения личностных потребностей у мужчин, страдающих впервые диагностированным и хроническим туберкулезом легких, по данным анкеты «степень удовлетворения личностных потребностей», представлены в таблице 43.

Таблица 43

Степень удовлетворения личностных потребностей у мужчин

| Название шкалы | M ± m | | |
|---|------------------|--|--|
| | Здоровые мужчины | Мужчины, больные хроническим туберкулезом легких | Мужчины, больные впервые диагностированным туберкулезом легких |
| Удовлетворение физиологических потребностей | 3,7 ± 0,1 | 2,9 ± 0,2* | 3,1 ± 0,2* |
| Удовлетворение потребности в безопасности | 3,7 ± 0,1 | 3,3 ± 0,2* | 3,4 ± 0,2 |
| Удовлетворение потребности иметь принятие группой | 3,8 ± 0,1 | 3,2 ± 0,1* | 3,3 ± 0,2 |
| Удовлетворение потребности иметь уважение | 3,6 ± 0,2 | 3,3 ± 0,2 | 3,3 ± 0,2 |
| Удовлетворение эстетических и познавательных потребностей | 3,6 ± 0,1 | 2,0 ± 0,2* | 3,1 ± 0,2* |
| Удовлетворение потребности в самореализации | 3,6 ± 0,1 | 2,5 ± 0,4* | 2,7 ± 0,2* |

Примечание к таблице 43. Показатели даны по пятибалльной системе.

* означает статистически достоверное различие с контролем.

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что степень удовлетворения физиологических потребностей у мужчин, страдающих впервые диагностированным и хроническим туберкулезом легких достоверно ниже, чем у здоровых мужчин. Объяснение этому заключается в социальных характеристиках больных туберкулезом и в показателях теста Люшера. У мужчин с впервые выявленным туберкулезом легких достоверно повышен индекс симпатического отдела вегетативной нервной системы, что в совокупности с данными теста СМЛ подтверждает наличие выраженного физического и эмоционального

стресса. 62,3 % обследованных больных мужчин отбывали срок в тюрьме, заболевание началось и протекало в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) у 64,3%. Пребывание в исправительно-трудовых учреждениях не способствует получению удовлетворения от вкусной еды, крепкого сна и страстного, чувственного секса.

Удовлетворение потребности в безопасности достоверно снижено у мужчин-хроников. Особенности субкультуры, диктуемые социальным статусом, представленным во второй главе, требуют необходимости физически постоять за себя в случае опасности физической расправы, поведенческой агрессии оппонентов в споре. Плохое физическое самочувствие, одышка, слабость, невозможность совершения резких движений, вынужденное ограничение собственных движений, экономия движений и активности, связанный с дыхательной недостаточностью, приводят к чувству незащитности у мужчин-хроников. Мужчины с впервые выявленным туберкулезом имеют функциональные показатели легких на в пределах нижней границы физиологической нормы, они еще могут постоять за себя при взаимодействии с оппонентами.

Потребность быть принятым членами группы также достоверно снижена у мужчин-хроников по туберкулезу. Члены их референтной группы также ранее находились в местах лишения свободы, имеют жесткие представления об иерархии взаимодействия в референтной группе, правилах и распорядках поведения. Мужчины-хроники в силу физической слабости и выраженной дыхательной недостаточности не могут быть полноценными членами подобной референтной группы. Но и в семье у них, как показали данные теста «Шкала семейного окружения», повышена конфликтность, отсутствует взаимопонимание, взаимная поддержка, взаимопомощь, нет дружелюбия, сочувствия, тепла, любви. Поэтому потребность в принятии группой достоверно ниже, чем у здоровых мужчин и больных с впервые диагностированным туберкулезом легких.

Удовлетворение эстетических и познавательных потребностей снижено у мужчин, больных туберкулезом легких, по сравнению со здоровыми мужчинами, у хроников в большей степени.

Полученные данные являются иллюстрацией к пирамиде потребностей А. Маслоу, при неудовлетворении базисных потребностей личность далее не развивается. Но также трудно представить наличие потребностей в изучении произведений литературы, поэтических творений, классической музыки, произведений живописи у людей, измученных болезнью, изнуренных интоксикацией, мучительным кашлем с трудноотделяемой мокротой, по сути, выкашливающим собственные легкие с прожилками крови, спящих урывками между приступами кашля в вынужденной полусидячей позе. Они осведомлены о том, что их болезнь тяжелая, прогноз неизвестен, им не до произведений искусства, они проживают каждый свой день, как возможно, последний, и просто хотят выжить. Все сказанное относится и к потребности в самореализации, которая по А. Маслоу, венчает пирамиду потребностей личности.

Для выявления возможной зависимости степени удовлетворения основных личностных потребностей от показателей легочной вентиляции был проведен корреляционный анализ.

У женщин, страдающих впервые диагностированным туберкулезом легких, был проведен корреляционный анализ по выявлению зависимости удовлетворенности основных личностных потребностей от функциональных показателей легких (ФВД – функция внешнего дыхания). Данные корреляционного анализа методом Брава-Пирсона между показателями функций внешнего дыхания (ФВД) и степенью удовлетворенности основных личностных потребностей (СУЛП) представлены в таблице 44.

Таблица 44

Коэффициенты корреляции между ФВД и СУЛП

у женщин с впервые диагностированным туберкулезом легких

| ФВД | УФП | УПБ | УПГ | УПУ | УЭП | УПС |
|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| ОФВ-1 | -0,03 | 0,13 | -0,05 | -0,04 | -0,26 | -0,03 |
| ФЖЕЛ | 0,04 | 0,04 | -0,10 | 0,15 | -0,13 | -0,09 |
| ПОС | 0,20 | 0,17 | 0,02 | 0,04 | -0,22 | -0,14 |

Здесь и далее.

Удовлетворение физиологических потребностей – УФП

Удовлетворение потребности в безопасности – УПБ

Удовлетворение потребности иметь принятие группой – УПГ

Удовлетворение потребности иметь уважение – УПУ

Удовлетворение эстетических и познавательных потребностей – УЭП

Удовлетворение потребности в самореализации – УПС ФЖЕЛ-

* означает статистически достоверное различие с контролем.

ОФВ-1 – объем форсированного выдоха в первую секунду

ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких

ПОС – пиковая объемная скорость

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что у женщин с впервые обнаруженным туберкулезом не выявлено значимых взаимосвязей между показателями функции внешнего дыхания и степенью удовлетворенности базовых потребностей. Показатели функции внешнего дыхания находились в пределах нижней границы нормы. Заболевание не повлияло на степень удовлетворения основных личностных потребностей.

У женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких, был проведен корреляционный анализ по выявлению зависимости между функциональными показателями легких и степенью удовлетворенности основных личностных потребностей.

Данные корреляционного анализа методом Брауэ-Пирсона представлены в таблице 45.

Таблица 45

**Коэффициенты корреляции между ФВД и СУЛП у женщин
с хроническим туберкулезом легких**

| ФВД | УФП | УПБ | УПГ | УПУ | УЭП | УПС |
|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| ОФВ-1 | 0,29* | 0,32* | 0,22 | 0,18 | 0,26 | 0,34* |
| ФЖЕЛ | 0,21 | 0,23 | 0,33* | 0,21 | 0,34* | 0,36* |
| ПОС | 0,27* | 0,24 | 0,19 | 0,16 | 0,27 | 0,32* |

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что у женщин, страдающих хроническим туберкулезом легких, также имеется позитивная корреляция показателей степени удовлетворения личностных потребностей с легочной вентиляцией.

Наибольший коэффициент корреляции отмечен между степенью удовлетворения потребности в самореализации, самоактуализации личности с форсированной жизненной емкостью легких ($r=0,36$; $p=0,05$). При одышке, ограничении вследствие одышки повседневной активности женщин не интересуют хобби и увлечения. Она с трудом обслуживает себя, возможно, членов своей семьи. У многих члены семьи ранее пребывали в местах лишения свободы сохранили, привычки и повадки, достаточно жестко требуют с женщин исполнения домашних обязанностей. Многие злоупотребляют алкоголем, проявляют поведенческую и словесную агрессию по отношению к больным женщинам. Для личной безопасности больные женщины вынуждены исполнять рутинные бытовые дела и обязанности, хотя с трудом из-за одышки, кашля и слабости. Дальше этого их интересы не распространяются.

Имеется выраженная зависимость степени удовлетворения ноэтических потребностей и легочной вентиляции ($r=0,34$; $p=0,05$).

Сон в вынужденной полусидячей позе, мучительный кашель с трудноотделяемой мокротой, постоянный прием лекарственных трав для облегчения кашля, слабость, постоянное чувство усталости и разбитости, еда с перерывами на восстановление дыхания, невозможность свободных движений, вынужденное ограничение активности не способствуют проявлению и удовлетворению эстетических потребностей личности и потребностей в самореализации. Кроме того, пенсия по инвалидности зачастую является единственным источником дохода семьи. Как показали результаты анкетирования, у многих больных женщин мужья злоупотребляют алкоголем, много курят, живут на пенсию больной женщины. Она не имеет возможности приобретать билеты в театр и филармонию. Круг интересов сужается до необходимости приобрести продукты питания на оставшиеся деньги, которые не потратил муж, злоупотребляющий алкоголем.

Полученные результаты убедительно доказали наличие зависимости степени удовлетворения основных личностных потребностей от функциональных показателей легких.

У мужчин, страдающих впервые диагностированным туберкулезом легких, был проведен корреляционный анализ по выявлению зависимости удовлетворенности основных личностных потребностей от функциональных показателей легких. Данные корреляционного анализа методом Брауэ-Пирсона между показателями функции внешнего дыхания (ФВД) и степенью удовлетворенности личностных потребностей (СУЛП) представлены в таблице 46.

Таблица 46

Коэффициенты корреляции между ФВД и СУЛП

у мужчин с впервые диагностированным туберкулезом легких

| ФВД | УФП | УПБ | УПГ | УПУ | УЭП | УПС |
|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| ОФВ-1 | 0,17 | 0,30 | 0,12 | 0,05 | -0,05 | 0,05 |
| ФЖЕЛ | -0,12 | 0,44* | 0,32* | 0,12 | -0,17 | 0,28 |
| ПОС | 0,13 | 0,27 | -0,02 | 0,23 | -0,12 | 0,36* |

Анализ результатов представленной таблицы показывает, что у мужчин с впервые выявленным туберкулезом форсированная жизненная емкость легких тесно коррелирует со степенью удовлетворенности потребности в безопасности ($r=0,44$; $p=0,05$), и слабо положительно со степенью удовлетворенности потребности в принятии группой ($r=0,32$; $p=0,05$).

Объяснение этому кроется в необходимости защищать себя в референтной группе, способности физически постоять за себя. Мужчины с впервые диагностированным туберкулезом легких испытывают одышку при физической нагрузке, не чувствуют себя в безопасности, испытывают страх физической расправы. Поэтому они занимают иерархически более низкую позицию, и не могут пользоваться уважением членов референтной группы.

Имеется отрицательная корреляция между форсированной жизненной емкостью легких и степенью удовлетворения ноэтических потребностей. Чем хуже дышит человек, чем тяжелее его болезнь и серьезнее, неопределеннее прогноз, тем больше его интересуют проблемы мироустройства, наличие души, жизнь после физической смерти. Не случайно практически все больные туберкулезом мужчины пришли к вере в Бога (данные из второй главы).

Пиковая объемная скорость (ПОС) положительно коррелирует со степенью удовлетворенности потребности в самореализации ($r=0,36$; $p=0,05$).

При плохом дыхании человек не может делать свободных движений, он вынужденно ограничивает свою активность. Если больной вынужден экономить свои движения, задыхается при резких движениях и непривычной для него нагрузке, то он не может реализовать себя, воплотить в жизнь свои замыслы.

Таким образом, можно говорить о том, что чем лучше скоростные показатели вентиляции, чем больше способность к физической нагрузке и активности, тем увереннее личность чувствует себя, тем выше внутренний комфорт и стремление к самосовершенствованию, саморазвитию личности, самореализации в различных сферах.

У мужчин, страдающих хроническим туберкулезом легких, был проведен корреляционный анализ по выявлению зависимости между функциональными показателями легких и степенью удовлетворенности основных личностных потребностей. Данные корреляционного анализа методом Брауэ-Пирсона между показателями функции внешнего дыхания (ФВД) и степенью удовлетворенности личностных потребностей (СУЛП) представлены в таблице 47.

Таблица 47

**Коэффициенты корреляции между ФВД и СУЛП
у мужчин с хроническим туберкулезом легких**

| ФВД | УФП | УПБ | УПГ | УПУ | УЭП | УПС |
|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ОФВ-1 | -0,18 | -0,32 | -0,08 | -0,05 | -0,04 | 0,02 |
| ФЖЕЛ | -0,10 | -0,15 | -0,16 | 0,01 | -0,02 | -0,06 |
| ПОС | -0,35* | -0,15 | -0,19 | 0,11 | 0,08 | -0,06 |

Результаты представленной таблицы свидетельствуют о том, что у мужчин с хроническим туберкулезом легких показатель пиковой объемной скорости отрицательно коррелирует со степенью удовлетворенности физиологических потребностей ($r= -0,35$; $p=0,05$).

Одышка мешает удовлетворению сексуальных потребностей, больные не способны к активности, она вынуждает делать паузы для восстановления дыхания после двух ложек принятой пищи и мешает получать удовольствие от еды.

Они не в состоянии съесть порцию еды в один прием. После паузы пища остывает, теряет свои кулинарные качества, аппетит, и так сниженный у больного человека, пропадает вовсе. Нет удовольствия от вкусной еды и чувства насыщения. Для удовлетворения сексуальной потребности также требуется физическая активность. Если человек вынужден делать паузы для восстановления дыхания при малейших движениях, то становится очевидным невозможность удовлетворения сексуальных потребностей. Сон в вынужденной позе, прерываемый мучительными приступами удушья, мешает получать удовольствие от сна. Человек просыпается утром разбитым, не чувствует себя отдохнувшим, его постоянно тревожит слабость.

Для удовлетворения физиологических потребностей, для полноценного сна, секса, получения удовольствия от еды человек должен свободно дышать, его не должна беспокоить одышка.

Выявлена отрицательная корреляция между форсированной жизненной емкостью легких и удовлетворением потребности в безопасности, принятии референтной группой, и потребностью в самореализации личности. Постоянная одышка, невозможность выполнять физическую нагрузку, невозможность физической активности не дают чувствовать себя в безопасности, имеется страх физической расправы. Ощущение собственной неполноценности, ущербности не дает ощущать себя полноценными членами референтной группы.

Невозможность группового принятия, получения уважения членом референтной группы препятствует самоактуализации и самореализации личности мужчин, страдающих хроническим туберкулезом легких.

На первый план у больных-хроников выступает физиологический дискомфорт, ощущение собственной слабости, физическая немощь.

Итак, в третьей главе данной монографии представлены результаты исследования стандартизованными психологическими тестами больных впервые диагностированным и хроническим туберкулезом мужчин и женщин. Для интерпретации результатов тестирования необходимо учитывать социальные характеристики, показатели социального статуса, клинические показатели и показатели

функции внешнего дыхания, так как все обследованные больные страдали туберкулезом легких.

Данные представленных результатов тестирования позволяет более точно понять особенности поведения больных туберкулезом, представленных в произведениях искусства.

Александр Дюма (сын), роман «Дама с камелиями». Героиня умирает от туберкулеза легких, представлено описание типичной больной хроническим туберкулезом легких.

Ф.М. Достоевский, роман «Идиот», описание Ипполита Терентьева. «Ипполит был очень молодой человек, лет семнадцати, может быть и восемнадцати, с умным, но постоянно раздраженным выражением лица, на котором болезнь положила ужасные следы. Он был худ как скелет, бледно-желт, глаза его сверкали, и два красных пятна горели на щеках. Он непрерывно кашлял; каждое слово его, почти каждое дыхание сопровождалось хрипом. Видна была чахотка в весьма сильной степени. Казалось, что ему оставалось жить не более двух-трех недель...».

Ф.М. Достоевский, роман «Преступление и наказание». Катерина Ивановна Мармеладова. «Тут ее смех опять превратился в нестерпимый кашель, продолжавшийся пять минут. На платке осталось несколько капель крови, на лбу выступили капли пота. Она молча показала кровь Раскольникову».

А. П. Чехов, рассказ «Черный монах». «У него шла горлом кровь. Он плевал кровью, но случалось раза два в месяц, что она текла обильно, и тогда он чрезвычайно слабел и впадал в сонливое состояние».

А. И. Куприн, рассказ «Светлый конец».

«Он был тяжело, безнадежно болен другой, более страшной болезнью. Это заметил бы всякий, совсем неопытный и даже малонаблюдательный человек. Желто-восковая, чуть глянцевиная кожа совершенно обтянула костяк его лица, резко определив виски, скулы и челюсти и оттопырив ушные раковины; растянутые сухие губы точно облипли, не закрываясь, вокруг десен, и из-под них

странным жемчужным блеском сверкали влажные зубы, а среди таких же жемчужных широких белков серые глаза глядели с остановившимся выражением ужаса и недоверия. Поминутно князь кашлял тихим, высоким, коротким стонущим кашлем, и каждый раз казалось со стороны, будто бы он с печалью громко вздыхал: ах!., ах!.. И говорил он таким же глухим, высоким, стонущим голосом, с остановками через каждые два-три слова. И когда он поворачивался в сторону, чтобы взглянуть на что-нибудь или ответить на вопрос, то в замедленном движении его головы, в подозрительном и испуганном взгляде его широко раскрытых глаз чувствовалось, что он ежесекундно ожидает тайного приближения какого-то незримого, жестокого и беспощадного врага.

Он страдал злейшей чахоткой в самой последней степени и сам перед собою, перед своей душой делал вид, что болен лишь катаром верхушек легких. Все окружающие, а особенно Иван Андреевич, дружно поддерживали в нем этот самообман. Никто из них, однако, и не подозревал, что по ночам, лежа без сил в кровати, мокрой от его пота, князь с нестерпимым предсмертным ужасом ясно сознавал, что он умирает, и чувствовал, почти видел, как его грозный враг притаился где-то здесь близко, за углом, за портьерой».

.....

«— Профессор, — зашептал он одними губами, когда те двое вышли из комнаты, — я вас хочу спросить... как ученого и очень умного человека. Видите ли, я ничего никогда не боялся, не боюсь и смерти. Я два раза дрался на дуэли, в первый раз меня ранили в грудь, во второй раз я убил. Также я участвовал в двух кампаниях: бурской — волонтером и русско-японской — вольноопределяющимся. Вы видите, за мной опыт. И вот теперь я вас очень прошу: скажите мне прямо, глядя в глаза, как мужчина и как мудрец, сколько времени я еще могу прожить? О, прошу вас, не смущайтесь и не щадите меня... День, два — это меня не испугает. Но у меня есть некоторые обязательства, которые... вы понимаете?»

Он шептал, глядя на Пятницкого широко раскрытыми, умоляющими и страшными глазами, и на углах его рта белела пена, в груди что-то клокотало, а его худые, тонкие пальцы жгли и тискали руку профессора.

Все эти расспросы, и безумная мольба в глазах, и внешние симптомы близости смерти были известны профессору так же хорошо, как композитору простая гамма. И неизвестно, что с ним случилось: надоел ли ему пациент и захотелось поскорее от него избавиться, сказалось ли в нем привычное многолетнее равнодушие к чужой смерти, хотел ли он сознательно ускорить конец, чтобы не длить мучений больного, или в самом деле страстная просьба князя показалась ему убедительной и заслуживающей внимания. Но он нагнулся над больным, ласково взял его за плечи и, приблизив свое лицо к самому его лицу, сказал своим теплым, мягким голосом:

– Я вижу, вы настоящий мужчина. Ну, так будьте крепки. Вы говорите, день, два... Ах, если бы так! Но я ручаюсь вам всего лишь часа за четыре и то с камфарой и кислородом. Поэтому если вы человек верующий, то пошлите за священником и сделайте ваши последние распоряжения.

Он не успел договорить. Умиравший мгновенно, конвульсивным толчком, поднялся на постели и плюнул ему в лицо вязкой слюной, смешанной с кровью. Профессор быстро отскочил в сторону и полез в карман за платком.

– Подлец! Сволочь! Убийца! – кричал князь, надрывая последние остатки голоса. – Убийца проклятый, шарлатан и хам! Как ты смел! Как ты смел! Расстрелять тебя, повесить, гад и...

Он закрыл лицо руками, застонал и закашлялся. В комнату тревожно один за другим входили Иван Андреевич и Доремидонт. И они видели, как руки князя вдруг разжались и он сам тяжело упал навзничь на подушки. Рот его полуоткрылся, и из него, с правого бока, потекла густая, непрерывная алая струя. А князь в это время чувствовал и слышал, как к нему быстро подходит тот, таинственный и беспощадный враг, и чем ближе он подходил, тем светлее и радостнее становился его неуловимый образ. И он взял в объятия, более нежные, чем материнские, душу и тело князя и растворился вместе с ними в светлом, бесконечном, мирном и сладком сне.

– Cadave – сказал в этот момент профессор, выпуская руку, по которой он следил за пульсом».

А. И. Куприн описал поведенческую агрессию больного туберкулезом, стремление заражать окружающих перед смертью. Дано описание больного хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, полностью соответствующее клиническим данным. Описание больного – хроника А. И. Куприна можно включать в учебники по медицине в качестве наглядной иллюстрации.

Эрих Мария Ремарк, роман «Жизнь взаимы». Лилиан умирает от хронического туберкулеза легких, осложнившегося легочным кровотечением. Показана жажда жизни молодой женщины, ее стремление насладиться разными сторонами жизни перед неизбежной смертью, психология человека, знающего о своем близком конце.

Знание психологических особенностей больного туберкулезом помогает по-другому посмотреть и глубже понять произведения писателей, которые описывали жизнь, поведение, мотивации, смерть больных туберкулезом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении хочется провести параллели между литературными произведениями и данными результатов исследования психологических и социальных характеристик больных туберкулезом.

Ф. М. Достоевский, роман «Идиот», описание Ипполита Терентьева. «Ипполит был очень молодой человек, лет семнадцати, может быть и восемнадцати, с умным, но постоянно раздраженным выражением лица, на котором болезнь положила ужасные следы. Он был худ как скелет, бледно-желт, глаза его сверкали, и два красных пятна горели на щеках. Он непрерывно кашлял; каждое слово его, почти каждое дыхание сопровождалось хрипом. Видна была чахотка в весьма сильной степени. Казалось, что ему оставалось жить не более двух-трех недель...».

Данные теста Люшера выявили достоверное повышение индекса симпатического отдела вегетативной нервной системы, которым объясняется раздраженность, блеск глаз.

Как показали результаты исследования, личностные потребности тесно связаны с функциональными показателями легких, одышка существенно влияет на мотивацию личности, желания, цели и устремления.

Ф. М. Достоевский, роман «Преступление и наказание». Катерина Ивановна Мармеладова. «Тут ее смех опять превратился в нестерпимый кашель, продолжавшийся пять минут. На платке осталось несколько капель крови, на лбу выступили капли пота. Она молча показала кровь Раскольникову».

А. П. Чехов, рассказ «Черный монах». «У него шла горлом кровь. Он плевал кровью, но случалось раза два в месяц, что она текла обильно, и тогда он чрезвычайно слабел и впадал в сонливое состояние».

Оноре де Бальзак. «Шагреновая кожа». «Но тут он (Рафаэль) вдруг закашлялся тем глубоким и гулким кашлем, что будто исходит из гроба, зловещим кашлем, от которого больные бледнеют и их бросает в дрожь и пот – до такой

степени напрягаются у них все нервы, сотрясается тело, утомляется спинной мозг и наливаются кровью кровеносные сосуды».

Кровотечение и кровохарканье являются осложнением туберкулеза легких, кашель мучителен, мокрота трудноотделима. Авторы описали проявления дыхательной, сердечной недостаточности при туберкулезе, полиоргannую недостаточность.

А. И. Куприн, рассказ «Светлый конец».

«Он (князь Атяшев) был тяжело, безнадежно болен другой, более страшной болезнью. Это заметил бы всякий, совсем неопытный и даже малонаблюдательный человек. Желто-восковая, чуть глянцеви́тая кожа совершенно обтянула костяк его лица, резко определив виски, скулы и челюсти и оттопырив ушные раковины; растянутые сухие губы точно облипли, не закрываясь, вокруг десен, и из-под них странным жемчужным блеском сверкали влажные зубы, а среди таких же жемчужных широких белков серые глаза глядели с остановившимся выражением ужаса и недоверия. Поминутно князь кашлял тихим, высоким, коротким стонущим кашлем, и каждый раз казалось со стороны, будто бы он с печалью громко вздыхал: ах!., ах!.. И говорил он таким же глухим, высоким, стонущим голосом, с остановками через каждые два-три слова. И когда он поворачивался в сторону, чтобы взглянуть на что-нибудь или ответить на вопрос, то в замедленном движении его головы, в подозрительном и испуганном взгляде его широко раскрытых глаз чувствовалось, что он ежесекундно ожидает тайного приближения какого-то незримого, жестокого и беспощадного врага.

Он страдал злейшей чахоткой в самой последней степени и сам перед собою, перед своей душой делал вид, что болен лишь катаром верхушек легких. Все окружающие, а особенно Иван Андреевич, дружно поддерживали в нем этот самообман. Никто из них, однако, и не подозревал, что по ночам, лежа без сил в кровати, мокрой от его пота, князь с нестерпимым предсмертным ужасом ясно сознавал, что он умирает, и чувствовал, почти видел, как его грозный враг притаился где-то здесь близко, за углом, за портьерой».

«— Профессор, — зашептал он одними губами, когда те двое вышли из комнаты, — я вас хочу спросить... как ученого и очень умного человека. Видите ли, я ничего никогда не боялся, не боюсь и смерти. Я два раза дрался на дуэли, в первый раз меня ранили в грудь, во второй раз я убил. Также я участвовал в двух кампаниях: бурской — волонтером и русско-японской — вольноопределяющимся. Вы видите, за мной опыт. И вот теперь я вас очень прошу: скажите мне прямо, глядя в глаза, как мужчина и как мудрец, сколько времени я еще могу прожить? О, прошу вас, не смущайтесь и не шадите меня... День, два — это меня не испугает. Но у меня есть некоторые обязательства, которые... вы понимаете?

Он шептал, глядя на Пятницкого широко раскрытыми, умоляющими и страшными глазами, и на углах его рта белела пена, в груди что-то клокотало, а его худые, тонкие пальцы жгли и тискали руку профессора.

Все эти расспросы, и безумная мольба в глазах, и внешние симптомы близости смерти были известны профессору так же хорошо, как композитору простая гамма. И неизвестно, что с ним случилось: надоел ли ему пациент и захотелось поскорее от него избавиться, сказалось ли в нем привычное многолетнее равнодушие к чужой смерти, хотел ли он сознательно ускорить конец, чтобы не длить мучений больного, или в самом деле страстная просьба князя показалась ему убедительной и заслуживающей внимания. Но он нагнулся над больным, ласково взял его за плечи и, приблизив свое лицо к самому его лицу, сказал своим теплым, мягким голосом:

— Я вижу, вы настоящий мужчина. Ну, так будьте крепки. Вы говорите, день, два... Ах, если бы так! Но я ручаюсь вам всего лишь часа за четыре и то с камфарой и кислородом. Поэтому если вы человек верующий, то пошлите за священником и сделайте ваши последние распоряжения.

Он не успел договорить. Умирающий мгновенно, конвульсивным толчком, поднялся на постели и плюнул ему в лицо вязкой слюной, смешанной с кровью. Профессор быстро отскочил в сторону и полез в карман за платком.

— Подлец! Сволочь! Убийца! — кричал князь, надрывая последние остатки голоса. — Убийца проклятый, шарлатан и хам! Как ты смел! Как ты смел! Расстрелять тебя, повесить, гад и...

Он закрыл лицо руками, застонал и закашлялся. В комнату тревожно один за другим входили Иван Андреевич и Доремидонт. И они видели, как руки князя вдруг разжались и он сам тяжело упал навзничь на подушки. Рот его полуоткрылся, и из него, с правого бока, потекла густая, непрерывная алая струя. А князь в это время чувствовал и слышал, как к нему быстро подходит тот, таинственный и беспощадный враг, и чем ближе он подходил, тем светлее и радостнее становился его неуловимый образ. И он взял в объятия, более нежные, чем материнские, душу и тело князя и растворился вместе с ними в светлом, бесконечном, мирном и сладком сне.

– Cadaver – сказал в этот момент профессор, выпуская руку, по которой он следил за пульсом».

А. И. Куприн описал поведенческую агрессию больного туберкулезом, стремление заражать окружающих перед смертью. Дано описание больного хроническим туберкулезом легких, полностью соответствующее клиническим данным. Туберкулез является общим заболеванием, страдают все системы организма, и А. И. Куприн показал проявления дыхательной и сердечной недостаточности, тяжелейшую интоксикацию, лихорадку.

Рассказ «Светлый конец» следует включать в учебники по медицине из-за точности описания клинических проявлений и поведенческой агрессии.

Данные анкетирования показали, что в настоящее время только 28,4% больных туберкулезом мужчин и 74,4% выполняют регламентированные правила личной гигиены, остальные не соблюдают их и тем самым, подвергают окружающих опасности заражения. Более того, больные туберкулезом убеждены, что болезнь является социальным страданием, испытывают гнев из-за вынужденной социальной изоляции (49% мужчин и 61% женщин), возмущение и гнев от отсутствия эмоциональной поддержки (81% мужчин и 60% женщин). Эти эмоции приводят к тому, что 15% мужчин и 9% женщин не скрывают своего желания отомстить обществу за свою болезнь путем заражения окружающих.

Эрих Мария Ремарк, роман «Жизнь взаимы». Лилиан Дюнкерн умирает от хронического туберкулеза легких, осложнившегося легочным кровотечением, в санатории в горах. Д. Китс «отсчитав минуты. Но жизнь во мне теперь бежит

полней». По данным анкетирования, 80% больных туберкулезом показали нарушение жизненных планов из-за болезни, у 68% мужчин и 100% женщин изменился образ жизни. Жажда жизни, продолжение физического существования проходит рефреном через исследование потребностей личности больных людей.

В Древней Греции бросали больного туберкулезом на произвол судьбы в его доме. Дети бросали больных родителей. В настоящее время туберкулез явился причиной развода у 40% женщин и 30% мужчин. Ухудшение отношения со стороны членов семьи показали 40% больных женщин, и ни одна не показала, что отношение к ней улучшилось. 68% больных мужчин и 72% женщин нуждаются в моральной поддержке близких и не получают ее, гнев из-за ее отсутствия испытывают 80 % мужчин и 60% женщин.

48% больных и 48% женщин, больных туберкулезом легких, испытывают социальную изоляцию, окружающие перестали с ними контактировать из-за болезни.

Уверенность в том, что окружающие презирают больных туберкулезом испытывают 68% больных мужчин и 80% женщин. Вещи больных не сжигают в кострах на площадях, как в средние века, но отношение членов общества, по сути, к больным туберкулезом не изменилось. Жалость к себе испытывают 60% больных туберкулезом мужчин и 81% женщин. Они испытывают также различного рода страхи, усталость от длительного лечения, продолжающегося годами.

Не получая поддержки от окружающих и членов семьи, больные туберкулезом (77% мужчин и 65% женщин) обращаются к религии. Но участие в религиозных обрядах несет угрозу заражения других верующих.

Отчаяние заставляет их прибегать к нетрадиционным методам лечения (сушеным медведкам, мясу щенков), которые можно расценить как Веру в чудо, но кроме Веры, эти методы не могут ничего дать больному человеку.

Негативные эмоции и неудовлетворенные потребности в заботе и внимании приводят к тому, что 15% больных туберкулезом мужчин и 9% женщин мстят членам общества, осознанно заражая их.

Знание психологических особенностей больного туберкулезом и социальных характеристик помогает по-другому посмотреть и глубже понять произведения писателей, которые описывали жизнь, поведение, мотивации, смерть больных туберкулезом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции /1867/. –М., Медгиз, 1950. – Т.2 :12-14.
2. Достоевский Ф.М. Полное собрание сочинений в 30 томах. Худ. Лит. 1972 год. Том 6 «Преступление и наказание», том 8 «Идиот».
3. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб: «Сенсор», 1999.–76с.
4. Куприн. А.И. собрание сочинений в 9 томах. Худ. Лит. 1964. г. Том 6. Рассказ «Светлый конец».
5. Куприянов С.Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно – психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методами семейной психотерапии. Автореф.дис. ...канд.мед. наук, Л., 1985. – 20 с.
6. Лебедева Н.О., Сухова Е.В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких. Туберкулез и болезни легких. 2006. № 12. С. 13-18.
7. Оноре де Бальзак. Собрание сочинений в 24 томах. Изд. «Библиотека зарубежной литературы». Том 18. Шагреневая кожа.
8. Ремарк Эрик Мария. «Жизнь взаимы». Изд «Иностранная литература», Москва, 1960 г.
9. Розанов В. В. Сумерки просвещения.– М., 1990. – 224.
10. Скворцов К.А. Очерки по психотерапии соматического больного /Под.ред. Д.Д. Федотова. –М.: Медицина, 1958. –88с.
11. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. – М., 1990.-80 с.
12. Собчик Л.Н. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера. Методическое руководство. –М., 1990. –88с.

13. Сухова Е.В., Сухов В.М. Особенности семейных отношений у больных инфильтративным туберкулезом легких и рекомендации по лечебному взаимодействию. -Туберкулез и болезни легких. Научно-практический журнал. Москва. № 2, 2015 – с. 60-69.
14. Сухова Е.В. Поведенческий ответ больных на «клеймо» туберкулеза. – Социальная психология и общество. Научно-практический журнал. Москва.- № 1. 2015 .С. 127-139.
15. Сухова Е.В. Медико-психологическая реабилитация больных хроническими заболеваниями легких. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Самара. 2003 год.
16. Чехов А.П. Собрание сочинений в 12 томах, Худ. Лит. 1960 год, том 9, рассказ «Черный монах».
17. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. Общероссийская общественная организация: «Российское общество фтизиатров». М., 2014.
18. Lazarus, R.S., Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer. 1984. – 132
19. Maslow A. H. Motivation and Personality. – New York: Harpaer & Row, 1954. – 156
20. Sukhova E.V. Results de personal requirements research of people with different social status. Mediaterean journal of social science -2015 -V 6-p 360 – 366.

Оформление и верстка Ю. Болдырева

Дата подписания к использованию: 15.05.2023

Объем издания: 2,4 Мб. Комплектация: 1 электрон. опт. диск (CD-R)

Тираж 10 экз.



Издательство АНО ДПО «Межрегиональный центр
инновационных технологий в образовании»

610047, г. Киров, ул. Свердлова, 32а, пом. 1003

Тел.: 8-800-222-30-98

e-mail: book@mcito.ru

ISBN 978-5-907743-10-6



9 785907 743106