

**Abstract****Valetskiy Yu.***Lviv National Medical**University named by Danylo**Galyck,**Lutsk, 50, Lvivska street 43024,**Ukraine***PSYCHOLOGICAL FEATURES AND PSYCHONEUROTIC VIOLATIONS AT PATIENTS ON A WHITE PLAGUE**

The aim of the study was to examine the psychological characteristics and psychoneurotic disorders in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis with effective, ineffective and missing treatment of the disease. To solve this problem were examined clinically, radiologically and by questionnaire patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis.

Diagnosis of tuberculosis led to the stress of the patients. Later there came to addictive disease and primary psychoneurotic disorders disappeared by improving the patient's condition and treatment. In patients with ineffective treatment they grew and changed with new ones. With the deterioration of patients, increased toxicity and clinical manifestations of growing anxiety, neurotic amplified and psychological disorders.

The authors identified four stages in the evolution of psychoneurotic disorders: stress and neurotic stage, mental adaptation stage, the stage of dynamic psychoneurotic disorders, phase of involution or strengthening psychoneurotic disorders. They depend on the course and results of treatment of TB patients.

We found 14 psycho types of responding to the diagnosis of tuberculosis or ineffective treatment: harmonious, melancholic, listless, euphoric, anozohozic, anxious, aggressive, neurasthenic, sensitive, hypochondriac, erhopathic, paranoid, obsessive-phobic mixed.

In effectively treated patients dominated harmonious and euphoric type of perception of the disease. In previously treated ineffectively dominated neurasthenic, anxious, anozohozic, melancholic, aggressive types of responses to the disease, while in untreated patients - anxious, hypochondriac, paranoid psychotypes.

These psycho response of TB patients can be used to customize their methods of correction.

**Keywords:** tuberculosis, treatment, psychological and psychoneurotic specialities.

**Corresponding author:** \* waletski@gmail.com**Резюме****Валецький Ю.М.***Львівський національний медичний**університет імені Данила**Галицького,**вул. Львівська, 50,**Луцьк, 43024, Україна***ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПСИХОНЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ**

З метою виявлення психологічних особливостей та психоневротичних розладів у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів при ефективному, неефективному і відсутньому їх лікуванні проведені анкетування, бесіди, проєктивні тести, біографічні методи, індивідуально-типологічний аналіз 501 хворого на зазначену патологію.

Встановлення діагнозу туберкульозу приводило до стресового стану хворих. В подальшому наступало зникання до хвороби і первинні психоневротичні розлади угасали завдяки поліпшенню стану хворого, а при неефективному лікуванні – вони наростали або змінювалися новими. В міру погіршення стану хворих, посилення інтоксикації та клінічних проявів наростала тривожність, посилювалися невротичні й нервово-психічні розлади.

Автори виділили 4 етапи еволюції психоневротичних розладів: стресово-невротичний, етап психічної адаптації, етап динамічних психоневротичних розладів, етап інволюції або посилення психоневротичних розладів. Вони залежали від перебігу туберкульозу і результатів лікування хворих.

Нами виявлено 14 психотипів реагування хворих на встановлення діагнозу туберкульозу чи неефективного лікування: гармонічний, меланхолічний, апатичний, ейфоричний, анозогностичний, тривожний, агресивний, неврастенічний, сенситивний, іпохондричний, ергопатичний, паранояльний, obsесивно-фобічний, змішаний.

У ефективно лікованих переважав гармонічний та ейфоричний тип сприйняття хвороби, у раніше неефективно лікованих – неврастенічний, тривожний, анозогностичний, меланхолічний, агресивний типи реагування на хворобу, а у не лікованих – тривожний, іпохондричний, паранояльний психотипи.

Зазначені психотипи реагування хворих на туберкульоз можуть використовуватися для індивідуалізації їх методів корекції.

**Ключові слова:** туберкульоз, лікування, психологічні та психоневротичні особливості

#### Резюме

**Валецький Ю.М.**

*Львовский национальный  
медицинский университет имени  
Данила Галицкого,  
ул. Львовская, 50,  
Луцк, 43024, Украина*

#### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОНЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С целью выявления психологических особенностей и психоневротических расстройств у больных с впервые диагностированным туберкулезом легких при эффективном, неэффективном и отсутствующем их лечении проведены анкетирование, беседы, проективные тесты, биографические методы, индивидуально-типологический анализ 501 больного.

Установление диагноза туберкулеза приводило к стрессовому состоянию больных. В дальнейшем наступало привыкание к болезни и первичные психоневротические расстройства угасали благодаря улучшению состояния больного, а при неэффективном лечении - они нарастали или сменялись новыми. По мере ухудшения состояния больных, усилению интоксикации и клинических проявлений нарастала тревожность, усиливались невротические и нервно-психические расстройства.

Авторы выделили 4 этапа эволюции психоневротических расстройств: стрессово-невротический этап психической адаптации, этап динамических психоневротических расстройств, этап инволюции или усиление психоневротических расстройств. Они зависели от течения туберкулеза и результатов лечения больных.

Нами выявлено 14 психотипов реагирования больных на установление диагноза туберкулеза или неэффективного лечения: гармоничный, меланхолический, апатичный, ейфорический, анозогностический, тревожный, агрессивный, неврастенический, сенситивный, ипохондриче



ский, эргопатический, паранояльный, обсессивно-фобический, смешанный.

В эффективно леченных больных преобладал гармоничный и эйфорический тип восприятия болезни, в ранее неэффективно леченных - неврастенический, тревожный, анозогнозический, меланхолический, агрессивный типы реагирования на болезнь, а у не леченных - тревожный, ипохондрический, паранойяльный психотипы.

Указанные психотипы реагирования больных туберкулезом могут использоваться для индивидуализации их методов коррекции.

**Ключевые слова:** туберкулез, лечение, психологические и психоневротические особенности

**Автор, відповідальний за листування:** \* waletski@gmail.com

## Вступ

З 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка триває і тепер [1]. Хоч останні роки досягнуто певних позитивних зрушень щодо епідемічної ситуації з туберкульозу, яка вступила в етап стабілізації захворюваності й поступового зменшення смертності, проте виникли і нові складнощі, зумовлені невинним зростанням кількості хворих на хіміорезистентний туберкульоз та туберкульоз, поєднаний з ВІЛ-інфекцією, СНІДом на тлі відсутності реформування протитуберкульозної служби та охорони здоров'я в цілому. Для контролю за епідемією туберкульозу застосовуються багато різних протитуберкульозних заходів, серед яких найефективнішим вважається лікування хворих [2, 3]. Це зумовлено тим, що лікування не тільки позбавляє хворих від недуги, але й завдяки припиненню бактеріовиділення ліквідовуються джерела інфекції, що перериває епідемічний ланцюг передачі туберкульозної інфекції та позитивно впливає на епідемічну ситуацію з туберкульозу [4-7].

Спостерігаються намагання поодиноких авторів [8-10] вивчати деякі психологічні особливості при туберкульозі загалом та проводити їх корекцію. Проте залишається зовсім не вивченою психологія хворого на туберкульоз легенів як при відмові хворого від лікування, так і при його неефективності. Це потребує наукового обґрунтування та розробки технології попередження і психотерапевтичної корекції відмов від лікування та його неефективності у хворих на туберкульоз.

**Мета:** вивчити психологічні особливості та психоневротичні розлади у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів при ефективному, неефективному і відсутньому їх лікуванні.

**Матеріали та методи.** Для вирішення поставленої задачі клініко-рентгенологічно та шляхом анкетування обстежено 501 хворого на вперше діагностований туберкульоз легенів, які знаходились на обліку у Волинському обласному протитуберкульозному диспансері в 1991-2012 роках. Усі хворі розподілені на 3 групи: група А – 204 (40,72 %) хворих, які отримали повний основний курс антимікобактеріальної терапії (АМБТ) під безпосереднім контролем і розраховували на ефективне лікування; група Б – 140 (27,94 %) неефективно ліковані хворі на вперше діагностований туберкульоз, у яких було або незавершене лікування, або відсутність негативації мокротиння чи формування резистентності мікобактерій туберкульозу після закінчення або в процесі основного курсу хіміотерапії, або перерване лікування чи їх поєднання; група В – 157 (31,34 %) хворих, які не лікувалися, або зовсім (30 чол. або 19,11 % із спонтанним вилікуванням), або довготривало (більше двох місяців) відмовлялись від проведення специфічної терапії – 103 (73,57 %), та 24 (15,29 %) пацієнти на вперше діагностований тривало плінний занедбаний туберкульоз (ВДТПЗ). Психометричні дослідження проводили під час діагностування туберкульозу, на початку лікування, через 2, 5, 6 міс. лікування.

При проведенні психометричних досліджень застосовувалися такі методи: бесіди, анкетування, проєктивні тести, біографічний метод, індивідуально-типологічний аналіз. Обробку результатів проводили на персональному комп'ютері з використанням ліцензійних програмних продуктів пакету Microsoft Office Professional 2000 (зокрема програми Excel-2000) в середовищі Windows XP Professional, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 17016297. Порівняння результативних значень (середніх арифметичних величин, відсотків) двох вибіроквих



сукупностей) та оцінку достовірності відмінностей вивчали за параметричними та непараметричними методами статистики із застосуванням t-критерію Стьюдента-Фішера, U-критерію Уїл-коксона-Манна-Уїтні. Відмінність показників вважали вірогідною при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ми помітили у динаміці, що із 501 хворого, всі реагували на діагностований у них туберкульоз чи вперше встановлену неефективність лікування, але по-різному. Зокрема, у них були різні психологічні, психічні, невротичні й нервово-психічні розлади, які ми об'єднали в групу психоневротичних розладів. Вони залежали від того, який настрій панував у їхній психіці, який психологічний тип, характер і темперамент був у того чи іншого хворого, тобто багато в чому це залежало від психометричної характеристики хворого до діагностування туберкульозу, взаємовідносин лікаря і хворого та динаміки туберкульозного процесу у процесі лікування. Протягом часу проведення антимікобактеріальної терапії чи її відсутності психометрична характеристика всіх хворих змінювалася, еволюціонувала. Спершу у всіх хворих розвивалися ті чи психологічні (501 чол.), психічні (39 чол., або 7,78 %), невротичні (127 чол., або 25,35 %) і нервово-психічні розлади (87 чол., або 17,37 %), які поєднувалися, збалансовувалися й еволюціонували. Виявлено, що зазначена симптоматика непостійна. При звиканні до хвороби у 157 (31,34 %) хворих групи В і у 140 (27,94 %) хворих групи Б, а також у зв'язку з позитивною клініко-рентгенологічною динамікою у 204 (40,72 %) хворих первинні психоневротичні розлади угасали завдяки поліпшенню стану хворого, а при неефективному лікуванні – наростали або змінювалися новими. У всіх хворих групи В у міру погіршення їх стану, посилення інтоксикації та клінічних проявів наростала тривожність, посилювалися невротичні й нервово-психічні розлади. Загалом, у всіх хворих психоневрологічна симптоматика еволюціонувала пропорційно їх стану, наявності інтоксикації, гіпоксії і клінічних проявів, що турбували хворого.

Аналізуючи психоневротичні розлади в динаміці ми виділили 4 етапи їх еволюції, які були притаманні для всіх хворих.

Перший етап, тривалістю, в середньому ( $12,50 \pm 1,30$ ) діб, ми назвали стресово-невротичним. Набридали своїм лікарям і медичним сестрам 165 (32,93 %) хворих, надмірно

розпитуючи їх про свою хворобу, про її наслідки, задавали собі питання: «А що скажуть мої знайомі, друзі, якщо в мене туберкульоз? Вони відвернуться від мене?». Стан 477 (95,21 %) хворих був емоційно-напруженим, дискомфортним. На тлі некомпенсованого стану у 103 (20,56 %) хворих загострювалися такі риси, як мстивість, імпульсивність, уразливість.

Через ( $3,16 \pm 1,22$ ) тижні наступав другий етап, етап психічної адаптації. Хворі приходили в стан психічної рівноваги. Цей етап затягувався у 98 (19,56 %) хворих, стан яких не поліпшувався, не зменшувалася інтоксикація, гіпоксія. Вони продовжували знаходитися у стані підвищеної тривожності; їм проводили психокорекцію.

Третій етап – це етап динамічних психоневротичних розладів, який залежав від перебігу туберкульозу і прогресу в лікуванні. У 42 (8,38 %), у яких наставали загострення і прогресування туберкульозу, виникали ускладнення недуги чи з'являлися показання до хірургічного лікування, психосоматична симптоматика ставала більш яскравою і вираженою. У решти 459 (91,62 %) хворих, у яких загальний стан поліпшувався, симптоми туберкульозу зникали і лікування було перспективним, психоневротична симптоматика поступово зменшувалася.

Четвертий етап характеризувався інволюцією або посиленням психоневротичних розладів, що прямо залежало від результатів лікування хворих. При успішному лікуванні 468 (93,41 %) хворих невротичні наслідки мінімізувалися. При несприятливому перебігу у 33 (6,59 %) психоневротична симптоматика прогресувала і була особливо напруженою у 20 (3,99 %) пацієнтів, лікування яких було безперспективним і вони пізніше померли, причому за 1–1,5 місяці до смерті більшість цих хворих ставали добріші, щиріші, доброзичливіші, навіть запеклі атеїсти схилилися до віри в Бога. Ближче до смерті з'являлася загальмованість, хворі з важкістю називали предмети, порушувалася їх мова.

Для виявлення розходжень у розвитку психоневротичних розладів у хворих різної статі ми диференційовано проаналізували 365 (72,85 %) чоловіків і 136 (27,15 %) жінок. Всі вони реагували на діагностування у них туберкульозу. Однак, порівняно із жінками у чоловіків мотив уникнення невдач спостерігався в 2,96 разів частіше (47,95 % проти 16,18 %,  $t = 7,7488$ ;  $P < 0,001$ ), в 2,53 раз частіше була схильність фіксуватися на негативному досвіді (18,63 % проти 7,35 %,  $t = 3,7269$ ;  $P < 0,001$ ), в 2,24 рази частіше



спостерігалася незадоволеність собою (54,25 % проти 24,26 %,  $t = 6,6545$ ;  $P < 0,001$ ), в 2,05 рази частіше відмічалася глибоке переживання негативно забарвлених подій (18,08 % проти 8,82 %,

$t = 2,9325$ ;  $P < 0,01$ ), в 1,89 рази частіше їх поводження залежало від домінантних особистостей (34,79 % проти 18,38 %,  $t = 3,9515$ ;  $P < 0,001$ ).

Таблиця 1

№ п/п	Психотип реагування	А. Ефективно ліковані		Б. Неefективно ліковані		В. Не ліковані		Разом	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1.	Гармонічний	98	48,04	1	0,71*	2	1,27*	101	20,16
2.	Меланхолічний	6	2,94	18	12,86*	3	1,91**	27	5,39
3.	Апатичний	3	1,47	0	0,00**	1	0,64**	4	0,80
4.	Ейфоричний	51	25,00	1	0,71*	24	15,29*	76	15,17
5.	Анозогнозичний	3	1,47	19	13,57*	2	1,27**	24	4,79
6.	Тривожний	1	0,49	20	14,29*	25	15,92*	46	9,18
7.	Агресивний	3	1,47	17	12,14*	15	9,55*	35	6,99
8.	Неврастенічний	8	3,92	23	16,43*	10	6,37**	41	8,18
9.	Сенситивний	1	0,49	12	8,57*	1	0,64**	14	2,79
10.	Іпохондричний	2	0,98	12	8,57*	23	14,65*	37	7,39
11.	Ергопатичний	16	7,84	1	0,71*	2	1,27*	19	3,79
12.	Паранояльний	0	0,00	1	0,71**	20	12,74*	21	4,19
13.	Обсесивно-фобічний	0	0,00	1	0,71**	15	9,55*	16	3,19
14.	Змішаний	12	5,88	14	10,00**	14	8,92**	40	7,98
	Всього хворих:	204	100,00	140	100,00	157	100,00	501	100,00

Примітка: Результати порівняння А і Б, А і В груп: \*\* –  $P > 0,05$ ; \* –  $P < 0,05$ .

Психологічний профіль 76 (20,82 %) чоловіків і 20 (14,71 %) жінок, які хворіли на туберкульоз легень, характеризувався вираженою пасивною позицією в поєднанні з внутрішнім прагненням суперечити вказівкам і соціальним нормам. Вони були схильні фіксуватися на субдепресивному афекті. Скептичністю і непевністю в собі характеризувалися 79 (21,64 %) чоловіків і 20 (14,71 %) жінок.

У 240 (47,90 %) хворих була тенденція періодично «зриватися», робити поведінкові чи словесні випадки. Схильність до уразливості, замикається, занурюватися в негативні переживання спостерігалася у 150 (29,94 %) хворих, причому у 101 (72,14 %) - в процесі неефективного лікування із групи Б і 49 (31,21 %) з групи В. У 24 (15,29 %) хворих групи В, які не лікувалися, виявлений вегетативно-емоційний дисбаланс. Тенденція до формування нарцисичного паттерну поводження, як форми захисту від переживання самотності і незадоволеності, спостерігалася у 55 (10,98 %) хворих, у 13 (23,64 %) з них при цьому виявлялися риси самозакоханості, перевага власної думки.

У 1/3 чоловіків і 1/5 жінок з вираженою інтоксикацією була властива сексуальна незадоволеність.

У 88 (17,56 %) хворих, яким у минулому були притаманні риси мужності, незалежності, прагнення жінок до емансипації, самостійності в прийнятті рішень під час хвороби часто виникали конфлікти. Стриманими в поводженні, зануреними в себе, похмурими, не схильними давати яскравих реакцій були 245 (48,90 %) хворих. Мстивими, замкнутими, драгівливими були 240 (47,90 %) пацієнтів. У такі періоди вони були схильні огризатися на звертання до них близьких і навіть були агресивні.

Зосередженість на хворобливих і неприємних відчуттях відзначалася у 245 (48,90 %) хворих, побічна дія протитуберкульозних препаратів спостерігалася у 100 (40,82 %) з них. Бажання лікуватися поєднувалося з невір'ям в успіх у 180 (35,93 %) пацієнтів.

Бажання домогтися зміни у своєму положенні виявили тільки 50 (9,98 %) хворих. Половина з тих, що занедужали на туберкульоз під час перебування в установах кримінально-виконавчої системи мали бажання «помститися» суспільству за своє захворювання. Вони вважа-

ли, що туберкульоз це соціальна недуга і винне суспільство. Віруючими були 490 (97,80 %) хворих.

Як показано на таблиці, нами виявлено 14 психотипів реагування хворих на встановлення діагнозу туберкульозу, причому у спостережуваних групах частота їх була різною. Даючи загальну характеристику психотипам, що зустрічаються найчастіше, відзначимо, що іпохондричний тип відносини до хвороби зустрічався у 37 (7,39 %) хворих. Ці хворі зосереджували себе на хворобі та на її симптомах, не вірили в успіх лікування. Вони перебільшували свої страждання, видумували побічні ефекти хіміо-препаратів тоді, коли їх не було.

Тривожний тип відносин до хвороби спостерігався у 46 (9,18 %) хворих, а сенситивний тип – у 14 (2,79 %). Вони постійно боялися того, що навколишні, друзі чи знайомі чи члени їх сім'ї будуть уникати їх, як ізгоїв, оскільки вони можуть бути заразні.

Ергопатичне відношення до хвороби спостерігалось у 19 (3,79 %) хворих і характеризувалося “відходом від хвороби в роботу”. Хворі продовжували працювати, щоб забути про хворобу і навіть ставали трудоголіками.

У 40 (7,98 %) хворих відмічався змішаний тип відносин до хвороби. Він поєднував різні психотипи. Слід відзначити, що ми рідко спостерігали суто чистий психотип. Кожен з них містив домішки одного-декількох інших психотипів. Наприклад, поєднання іпохондричного і меланхолійного типів супроводжувалося зосередженістю на суб'єктивних неприємних і хворобливих відчуттях, перебільшенні справжніх страждань хворого і побічного ефекту антимікобактеріальних препаратів. Такі хворі були пригнічені хворобою, їм було притаманне невір'я в лікування, інколи були активні депресивні висловлення і навіть суїцидні думки, не кажучи про песимістичний погляд на життя.

Гармонічний тип сприйняття своєї хвороби був у 98 (48,04 %) ефективно лікованих хворих, що у 67,66 – 37,83 рази частіше, аніж у 1 (0,71 %) раніше неефективно лікованого чи у 2 (1,27 %) не лікованих ( $t = 13,2605 - 12,9544$ ;  $P < 0,001$ ). Ейфоричний тип у ефективно лікованих зустрічався в 35,21 рази частіше, ніж у раніше неефективно лікованих (25,00 % проти 0,71 %,  $t = 7,8012$ ;  $P < 0,001$ ) і лише у 1,64 раз частіше проти 24 (15,29 %) раніше неефективно лікованих ( $t = 2,3251$ ;  $P < 0,02$ ).

У раніше неефективно лікованих психотипи реагування на туберкульоз були більш строкаті. У них порівняно з групою А частіше зустрічались неврастенічний (16,43 % проти 3,92 %,  $t = 4,0758$ ;  $P < 0,001$ ), тривожний (14,29 % проти 0,49 %,  $t = 5,4754$ ;  $P < 0,001$ ), анозогнозичний (13,57 % проти 1,47 %,  $t = 4,6457$ ;  $P < 0,001$ ), меланхолічний (12,86 % проти 2,94 %,  $t = 3,6147$ ;  $P < 0,001$ ) та агресивний (12,14 % проти 1,47 %,  $t = 4,2635$ ;  $P < 0,001$ ) типи реагування на хворобу.

Аналогічна тенденція спостерігалася й у не лікованих хворих групи В, в т.ч. й у тих, що тривалий час відмовлялися від лікування. У них порівняно з ефективно лікованими (група А) найчастішими психотипами реагування на хворобу були: тривожний (15,92 % проти 0,49 %,  $t = 5,2119$ ;  $P < 0,001$ ), іпохондричний (14,65 % проти 0,98 %,  $t = 4,7054$ ;  $P < 0,001$ ), паранояльний (12,74 % проти 0 %) психотипи.

Отже, у ефективно лікованих переважав гармонічний та ейфоричний тип сприйняття хвороби, у раніше неефективно лікованих – неврастенічний, тривожний, анозогнозичний, меланхолічний, агресивний типи реагування на хворобу, а у не лікованих – тривожний, іпохондричний, паранояльний психотипи. Ми не виявили залежності між психотипами реагування на туберкульоз та між клінічними формами захворювання ( $P > 0,05$ ).

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

Установлення діагнозу туберкульозу стало початком нової життєвої ситуації у всіх хворих, оскільки їм довелося зненацька змінювати свої сформовані стереотипи. Цей стресовий стан став для хворих обох груп психогенією і причиною невротичних розладів. У 59 (48,36 %) із 122 (59,80 %) бактеріовиділювачів групи А, у 54 (66,67 %) із 81 (57,86 %) групи Б і у 13 (15,66 %) із 83 (52,87 %) хворих групи В почалися ознаки депресії після повідомлення їм про те, що в них виявлене бактеріовиділення і вони є заразними для родини і навколишніх ( $t = 0,72 \pm 0,10$ ,  $P < 0,001$ ).



Піднятий, ейфоричний настрій був у 51 (25,00 %) хворих групи А, у 1 (0,71 %) хворого групи Б і у 24 (15,29 %) хворих групи В. Вони не втрачали почуття гумору і щастя, у деяких з них з'явився підвищений інтерес до життя і почався розгульний спосіб життя. Заспокоєння в прийнятті спиртних напоїв знаходили 37 (72,55 %), 10 (41,67 %) хворих відповідно груп А і В. Деякі хворі сердилися, конфліктували з навколишніми і лише 41 (8,18 %) хворий із всіх спостережуваних в трьох групах зовні холоднокро-

вно і врівноважено перенесли звістку про туберкульоз, хоча внутрішнього спокою в них не було. У 312 (62,28 %) хворих усіх груп були явища астенії, зокрема дратівливість, слабкість, порушення сну, різні вегетативні розлади. Ні робота, ні навіть хобі не цікавили 5 (2,45 %) хворих групи А, 20 (14,29 %) – групи Б і 6 (3,82 %) – групи В і вони з труднощами могли актуалізувати свою волю на подолання цих порушень.

### Висновки

У хворих на вперше діагностований туберкульоз чи вперше встановлену неефективність лікування спостерігаються психологічні й психоневротичні розлади різної інтенсивності, які еволюціонують залежно від перебігу захворювання: угасають при поліпшенні стану хворого і наростають або змінюються новими при неефективному лікуванні. Виявлено 14 психотипів реагування хворих на встановлення діагнозу туберкульозу

чи неефективного лікування: гармонічний, меланхолічний, апатичний, ейфоричний, анозогнозичний, тривожний, агресивний, неврастенічний, сенситивний, іпохондричний, ергопатичний, паранояльний, obsесивно-фобічний, змішаний. Зазначені психотипи реагування хворих на туберкульоз можуть використовуватися для індивідуалізації їх методів корекції.

### References (список літератури)

1. Feshchenko YuI, Melnyk VM. [Organization of TB control chemoresistant]. Kyiv: Zdorovya, 2013, 704 p.
2. Feshchenko YuI, Melnyk VM, Matusевич VG, Novozhilova IO. [Scientific approaches to the solution of problems of tuberculosis]. *Ukrainian pulmonological journal*. 2013;2:5-14.
3. Petrenko VM. [Treatment of tuberculosis]. *Doctor*. 2002;4:25-28.
4. Melnyk VM. [Epidemiological significance of efficiency of treatment of TB patients]. *Problemy tuberculosa*. 2002;4:5-9.
5. Rieder HL. [Epidemiologic basis of tuberculosis control]. Moskva: Ves mir, 2001. 192 p.
6. Styblo K. *Epidemiology of Tuberculosis*. The Hague: WHO, 1991, 457 p.
7. Beaglehole R., Bonita R., Kjellström. *Basic epidemiology*. Geneva: WHO, 1993, 259 p.
8. Lukashova YeN. [Psychological features of patients with tuberculosis Teens]. *Problemy tuberculosa*. 2002;1:39-41.
9. Gnesdilova YeV. [Ptiza-school as a way of psychological and social correction of pulmonary tuberculosis patients]. *Problemy tuberculosa*. 2002;3:11-12.
10. Suchov VM. [Experience in the use of ofloxacin, licopid and psychological correction in patients with chronic lung tuberculosis]. *Pulmonologia*. 2002;4:9-12.

(received 16.10.2015, published online 30.06.2015)

(отримано 16.10.2015, опубліковано 30.06.2015)

