

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.24-002.5:159.923

Гурова Я.В.¹, Удалова Т.Ю.², Мордык А.В.³, Багишева Н.В.³, Руденко С.А.¹,
Фефелов И.Д.²

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

¹ КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», 644050, г. Омск, Россия; ² ГБОУ ВПО «Омский государственный педагогический университет», 644000, г. Омск, Россия; ³ ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644043, г. Омск, Россия

Представляется актуальным выяснить, какие личностные особенности способствуют формированию фиброзно-кавернозного туберкулеза, для предупреждения его хронизации в процессе лечения.

Цель – выявить личностные особенности больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких для разработки в последующем психологического сопровождения лечения впервые выявленных больных, препятствующего формированию хронизации специфического процесса.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 96 человек – 48 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом и 48 здоровых добровольцев. Для исследования личностных особенностей использована методика «Комбинированный личностный опросник (КЛО)» на базе 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла (адаптация Г.А. Леевик).

Результаты. Пациенты с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в сравнении с представителями контрольной группы имели более высокие средние показатели в шкалах А (замкнутость – открытость), F (бедность – богатство эмоциональных реакций), Н (сдержанность – активность в общении), L (доверчивость – подозрительность), М (практичный – мечтательный стиль мышления), N (простота – изощренность поведения), О (уверенность – неуверенность), Q1 (консерватизм – стремление к новому), Q2 (конформность – неконформность), Q4 (расслабленность – напряженность), Р (пластичность – ригидность) и Tr (тревожность). У них снижен уровень логического интеллекта, они менее уравновешены, легче подчиняемы, недисциплинированы, имеют низкий самоконтроль, малый уровень притязаний, менее благоприятный климат в семье вкупе с интровертностью.

Заключение. Таким образом, пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом отличают сдержанность в общении, замкнутость, подозрительность, напряженность, тревожность, недисциплинированность, низкий уровень самоконтроля. Создание специальной социально-психологической службы для сопровождения данной категории пациентов может способствовать повышению эффективности комплексной терапии и улучшению прогноза заболевания.

Ключевые слова: личностные особенности пациента; фиброзно-кавернозный туберкулез; социально-психологическая помощь.

Для цитирования: Гурова Я.В., Удалова Т.Ю., Мордык А.В., Багишева Н.В., Руденко С.А., Фефелов И.Д. Личностные особенности пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2016; 19 (3): 143–148. DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-3-143-148

Для корреспонденции: Багишева Наталья Викторовна, канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии, 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12, E-mail: ppi100@rambler.ru.

Gurova Ya.V.¹, Udalova T.Yu.², Mordyk A.V.³, Bagisheva N.V.³, Rudenko S.A.¹

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH FIBRO-CAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS

¹Clinical TB Dispensary № 4, Omsk, 644050, Russian Federation; ²State Pedagogical University, Omsk, 644000, Russian Federation; ³Omsk State Medical University, Omsk, 644003, Russian Federation

There is represented to be relevant to clarify what personal characteristics contribute to the formation of fibro-cavernous tuberculosis, to prevent its formation in the course of treatment.

The aim is to identify the personal features of patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis to develop psychological support in the subsequent treatment of newly diagnosed patients, preventing the formation of chronic specific process.

Material and methods. 96 patients participated in a study: 48 cases with fibro-cavernous tuberculosis and 48 healthy volunteers. To study the personality characteristics there was used «Combined Personality Inventory (CPI)» based on the Raymond Cattell's 16 Personality Factors (adaptation by G.A. Leevik).

Results. In comparison with the control group patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis had higher averages in scales A (reserved demeanor – openness), F (poverty – wealth of emotional reactions), H (reservedness – activity in communication), L (credulity – suspicion), M (practical – dreamy style of thinking), N (easy – the sophistication of behavior), O (confidence – lack of confidence), Q1 (conservatism – the desire for new), Q2 (conformity – non-conforming), Q4 (relaxed – alertness), P (plasticity – rigidity) and Tr (anxiety). They have reduced the level of logical intelligence, they are both less balanced and easier to subjugate, not disciplined, have low self-control, low level of claims, a less favorable climate in the family, coupled with introversion.

Conclusion. Thus, patients with fibro-cavernous tuberculosis are distinguished by reservedness in communications, reserved demeanor, suspicion, alertness, anxiety, lack of discipline, poor self-control. Creation of a special social and psychological support services for this group of patients can elevate the efficiency of the complex treatment and improve prognosis.

Key words: personal characteristics of the patient; fibro-cavernous tuberculosis; social and psychological assistance.

For citation: Gurova Ya.V., Udalova T.Yu., Mordyk A.V., Bagisheva N.V., Rudenko S.A. Personality characteristics of patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2016; 19 (3): 143–148. (In Russ.). DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-3-143-148

For correspondence: Natalia V. Bagisheva, MD, PhD, Assistant Professor of the Department of Internal Medicine and Outpatient Therapy; Omsk, 644003, Russian Federation, E-mail: ppi100@rambler.ru.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 25 January 2016

Accepted 16 February 2016

Постоянное психодинамическое развитие личности обязывает нас искать новые способы взаимодействия изменившегося сознания с изменившимся миром [1]. И нередко формирование этих структур может быть осложнено заболеваниями. Любое взаимодействие с внешним миром постоянно принуждает нас апеллировать к своим внутренним личностным запросам для коррекции собственной стратегии поведения или, в случае возникновения серьезных препятствий, изменения своих взглядов и значимых ценностей [2, 3]. Но если человек обнаруживает у себя такое серьезное заболевание, как туберкулез легких, весь его привычный мир может подвергаться кардинальным изменениям [4–6]. Несмотря на то что болезни всегда являются неизменным спутником любого биологического вида и так или иначе проявляются в жизни каждого индивида, наличие некоторых из них может до неузнаваемости преобразить поведение человека, а потенциальная возможность не выздороветь и умереть оказывает сильное угнетающее влияние на психику [7].

Фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) является хронической формой туберкулеза, может стать неблагоприятным исходом практически всех форм впервые выявленного туберкулеза легких [1, 8, 9]. Больные ФКТ легких ввиду наличия постоянного бактериовыделения, дыхательной и легочно-сердечной недостаточности признаются инвалидами [10]. Пациенты со сформированным ФКТ составляют ПБ группу диспансерного учета у фтизиатра; считается, что возможности консервативного лечения, а именно химиотерапии, для них уже упущены, поэтому в каких-то случаях хирургическое лечение приводит к изменению перспектив пациента [9, 10]. Среди них отмечается высокая смертность, которая при надлежащем психологическом сопровождении может быть существенно снижена за счет повышения приверженности к терапии, снятия страха перед хирургическим вмешательством.

Как утверждает И. Ялом, «...индивид несет полную ответственность за свой мир – иначе говоря, сам является его творцом» [11]. Эта идея, которая поддерживается многими экзистенциальными психотерапевтами, дает возможность предположить, что сформированная человеком ситуация, в которой он заболевает, в большинстве случаев зависит от его собственных действий. Данная позиция отражена в представлении о внешнем локусе контроля из шкалы Д. Роттера, полнезависимом когнитивном стиле по Г. Виткину [12]. Из этого можно сделать родственный вывод, заключающийся в том, что возможность выздоровления человека полностью зависит от него самого. По большей части здоровому человеку, для

которого заболевание служит лишь препятствием к полноценной жизнедеятельности, свойственно желание и стремление избавиться от недуга.

Однако когда дело касается тяжелого заболевания, такого как туберкулез, на передний план выступает наличие твердых жизненных установок [5, 13]. Те люди, которые имеют конкретные жизненные цели, часто способны успешно противостоять болезни [5]. Экзистенциальная фрустрация, которая свойственна и немалому количеству здоровых людей, среди больных имеет особенно сильное выражение еще и ввиду того, что в обществе формируется представление о невозможности нормальной дальнейшей жизни при наличии этого заболевания [14]. Получается, что при отсутствии собственных мотивов к жизни у человека исчезает или даже не возникает потребность в излечении, которая окончательно укрепляется общественным отчуждением и негативными прогнозами [6].

Р.Р. Мей пишет: «Человек может понять себя, только представляя себя в будущем. Это следует из того факта, что человек – существо всегда развивающееся, всегда стремящееся в будущее» [15]. Учитывая то, что большинство людей утрачивают возможность позиционировать себя в будущем, их жизнь превращается в постоянное настоящее, в котором имеет смысл только удовлетворение сиюминутных потребностей. Из этого также может следовать наличие вторичной выгоды, когда человек перестает сопротивляться болезни и начинает использовать ее в качестве средства для получения различных льгот и дотаций [6, 13]. На основании вышесказанного мы предлагаем гипотезу, что пациенты с ФКТ легких характеризуются низким уровнем социальной адаптации, слабым целеполаганием и, как следствие, отсутствием стремления к выздоровлению.

Цель – выявить личностные особенности людей, больных ФКТ легких, для разработки в последующем полноценного психологического сопровождения лечения впервые выявленных больных, препятствующего хронизации специфического процесса.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе КУЗОО «КПТД № 4», а также с участием здоровых людей в выборке, приближенной по критериям возраста и пола. В исследовании приняли участие 96 человек: 48 представляли целевую группу и 48 – контрольную. Объем выборки объясняется в первую очередь особенностями пациентов с ФКТ легких: скрытностью, замкнутостью и нежеланием участвовать в каких-либо исследованиях. Возраст оптантов составляет 27–45 лет и 25–42 года соответственно. Всем респондентам были разъяснены цели исследования, а также круг лиц,

имеющих доступ к индивидуальным результатам опроса. Исследование проводилось на добровольной основе. Обязательным критерием участия в исследовании было подписание добровольного согласия.

В соответствии с целью исследования нами была подобрана методика, отвечающая требованиям надежности и валидности, а также соответствующая возрасту испытуемых. Для исследования личностных особенностей нами была использована методика «Комбинированный личностный опросник (КЛО)» на базе 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла (адаптация Г.А. Леевик) [16]. Как и в зарубежном аналоге, факторы в КЛО имеют буквенное и бытовое название. Причем название каждого фактора биполярное: первое слово обозначает низкий уровень выраженности данного свойства, второе – высокий уровень. Например, у фактора С «Неуравновешенность – контроль эмоциональных реакций» низкие баллы по данной шкале получают люди, не умеющие контролировать и управлять своими чувствами, высокие – выдержанные и спокойные в общении.

Как и методика Кеттелла, данный опросник является многомерным тестом и включает разные типы вопросов, в связи с чем типы ответов на вопросы и получаемые за них баллы разнятся. Так, в шкалах А (замкнутость – открытость в общении), F (бедность – богатство эмоциональных реакций человека), G (низкая – высокая дисциплинированность), H (сдержанность – активность в контактах с людьми), I (низкая – высокая эмоциональная чувствительность), L (доверчивость – подозрительность по отношению к другим людям в общении), N (простота – изощренность поведения в обществе), O (уверенность – неуверенность в себе) и др. опитант выбирает ответ из вариантов: а) да; б) не знаю (иногда); в) нет, причем совпадение с ключом дает 2 балла, промежуточный вариант «б) не знаю (иногда)» оценивается в 1 балл, третий вариант получает 0 баллов. В шкалах МД, В, Р, УП, ОР, ОН, ОК, ОС имеется ответ, за который присваивается 1 балл, остальные 2 варианта ответа получают 0 баллов. Например, на вопрос, относящийся к шкале В «Низкий – высокий логический интеллект»: «Если бы я сказал, что небо находится «внизу» и что зимой «жарко», то я должен был бы назвать преступника: а) бандитом, б) святым, в) тучей», верный ответ оценивается в 1 балл. Кроме того, шкалы «Тревожность» и «Экстраверсия» высчитываются по формулам, включающим результаты по ряду шкал данной методики. Таким образом, данная методика является достаточно сложноорганизованным тестом, в связи с чем желающим применять данную методику рекомендуется обратиться к первоисточнику, содержащему полное описание данной психодиагностической методики.

Именно многофакторность и высокие показатели надежности и валидности данной методики позволяют использовать ее одну (что является чрезвычайно ценным вследствие специфики контингента пациентов с ФКТ – нежелание много писать из-за быстрой утомляемости и низкого познавательного интереса, преобладание неблагоприятного социального окружения и инфекционный характер заболевания уменьшают возможности контакта с родственниками боль-

ного и сложности в получении от них данных). Кроме того, коррекция ряда шкал (С, G, ОС) в зависимости от показателей достоверности результатов конкретного испытуемого (шкала МД) повышает объективность данных, несмотря на субъективность в самооценке респондента.

Вследствие того, что возможное количество баллов по разным шкалам различается, соответственно разнятся границы среднего уровня исследуемых характеристик. Основой точной интерпретации результатов КЛО является наличие психологически и статистически обоснованных норм. Норма – усредненные данные о результатах выполнения теста на представительной выборке. Соответственно для более точной интерпретации результатов КЛО необходимо сравнить результаты больных с таковыми аналогичной группы относительно здоровых людей, приближенных к ним по характеристикам возраста, пола, образования, что и предпринято в данном исследовании. Используемые нами для интерпретации нормы определены в 1993 г. для выборки педагогов средних школ ($n = 350$ человек) и неквалифицированных рабочих ($n = 100$).

Поскольку в выборке пациентов с туберкулезом нет работающих людей [13], мы исключили из сравнительного анализа шкалы, относящиеся к сферам, связанным с работой (ОР – отношение к работе, ОК – психологический климат в коллективе, ОН – отношения с начальником).

Статистическая обработка материала проведена с помощью методов вариационной статистики на основе анализа абсолютных и относительных величин с использованием пакета прикладных программ Statistica 6. Проверка гипотезы нормального распределения значений в группах проводилась по асимметрии в программе Statistica 6. Количественные данные представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое, σ – стандартное отклонение. Для сравнения показателей в группах использовался U -критерий Манна–Уитни ($U_{0,01} = 834$, $U_{0,05} = 927$). Статистическая значимость результатов выражалась в виде $p = 0,000$, результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Прежде всего необходимо отметить высокую надежность полученных результатов: показатели по шкале МД (точность самооценки) соответствуют уровню высокой надежности ответов, точной адекватной самооценке испытуемым собственных свойств и отношений. У респондентов, имеющих среднюю надежность ответов, осуществлялась коррекция результатов в соответствии с алгоритмом, предложенным разработчиками методики КЛО [16]. Таким образом, объективность полученных результатов обеспечивается данным обстоятельством, а также характером построения и разработки самого стандартизированного многофакторного личностного опросника КЛО, имеющего хорошие показатели валидности и надежности.

В первую очередь мы вывели среднее арифметическое значение с обеих выборок, что позволило нам сравнить преобладающую выраженность различных признаков в двух группах. Сравнительные данные от-

Сравнительные результаты исследования личностных особенностей пациентов с ФКТ и здоровых людей с помощью методики КЛЮ

Шкала	Пациенты с ФКТ	Контрольная группа	U-критерий Манна–Уитни; <i>p</i>
МД Высокая – низкая надежность	3,96 ± 2,87 высокий	4,42 ± 1,67 высокий	974; <i>p</i> ≤ 0,1 не значимы
А Замкнутость – открытость	6,63 ± 2,02 низкий	7,17 ± 2,85 низкий	948; <i>p</i> ≤ 0,1 –"
В Низкий – высокий логический интеллект	7,88 ± 1,60 –"	9,63 ± 1,91 средний	574; <i>p</i> ≤ 0,01 значимы
С Неуровновешенность – контроль эмоций	4,71 ± 1,83 очень низкий	6,08 ± 3,16 низкий	786; <i>p</i> ≤ 0,01 –"
Е Подчиненность – доминантность	5,33 ± 1,88 средний	6,54 ± 2,30 средний	816; <i>p</i> ≤ 0,01 –"
Ф Бедность – богатство эмоциональных реакций	4,79 ± 1,77 низкий	4,50 ± 2,48 низкий	964; <i>p</i> ≤ 0,1 не значимы
Г Низкая – высокая дисциплинированность	7,04 ± 2,07 –"	7,58 ± 2,19 –"	998; <i>p</i> ≤ 0,1 –"
Н Сдержанность – активность в общении	7,50 ± 2,04 средний	7,08 ± 2,73 средний	1066; <i>p</i> ≤ 0,1 –"
И Низкая – высокая эмоциональная чувствительность	5,38 ± 1,91 –"	5,67 ± 2,99 –"	1128; <i>p</i> ≤ 0,1 –"
Л Доверчивость – подозрительность	6,50 ± 2,23 высокий	4,96 ± 2,07 средний	660; <i>p</i> ≤ 0,01 значимы
М Практичный – мечтательный стиль мышления	7,04 ± 1,92 средний	5,17 ± 2,18 –"	602; <i>p</i> ≤ 0,01 –"
Н Простота – изощренность поведения	6,13 ± 1,62 –"	5,33 ± 1,71 низкий	850; <i>p</i> ≤ 0,05 –"
О Уверенность – неуверенность	6,79 ± 2,50 низкий	6,71 ± 2,27 –"	1152; <i>p</i> ≤ 0,1 не значимы
Q1 Консерватизм – стремление к новому	6,58 ± 1,91 средний	6,13 ± 2,19 средний	1000; <i>p</i> ≤ 0,1 –"
Q2 Конформность – неконформность	6,33 ± 1,52 –"	5,79 ± 1,86 –"	908; <i>p</i> ≤ 0,05 значимы
Q3 Низкий – высокий самоконтроль	7,54 ± 1,32 –"	8,38 ± 2,60 высокий	778; <i>p</i> ≤ 0,01 –"
Q4 Расслабленность – напряженность	5,38 ± 1,69 низкий	5,33 ± 2,51 низкий	1146; <i>p</i> ≤ 0,1 не значимы
Р Пластичность – ригидность	4,58 ± 2,57 средний	4,33 ± 2,24 средний	1016; <i>p</i> ≤ 0,1 –"
УП Низкий – высокий уровень притязаний	2,25 ± 2,11 низкий	3,21 ± 1,79 –"	810; <i>p</i> ≤ 0,01 значимы
УЦ Низкий – высокий уровень целей	8,75 ± 5,53 средний	10,42 ± 5,24 –"	946; <i>p</i> ≤ 0,1 не значимы
ОС Неблагоприятный – благоприятный психологический климат в семье	2,04 ± 1,65 низкий	3,75 ± 1,59 –"	868; <i>p</i> ≤ 0,05 значимы
Тр Низкая – высокая тревожность	61,38 ± 12,53 высокий	56,00 ± 15,85 –"	940; <i>p</i> ≤ 0,1 не значимы
Э Интроверсия – экстраверсия	32,17 ± 13,51 средний	39,50 ± 25,38 –"	922; <i>p</i> ≤ 0,5 значимы

ражены в таблице. В ней указаны средние арифметические по группе и стандартное отклонение, а также уровень признака в среднем по группе, отражающий приближенность к началу (очень низкий и низкий) или к концу (высокий и очень высокий) биполярной шкалы. Для эмпирических значений *U*-критерия Манна–Уитни представлен уровень значимости и достоверность различий между группами по указанной шкале.

Исходя из данных, представленных в таблице, показатели среднего арифметического демонстрируют, что люди с заболеванием в сравнении с представителями контрольной группы имеют более высокие средние показатели в шкалах А (замкнутость – открытость), Ф (бедность – богатство эмоциональных реакций), Н (сдержанность – активность в общении), Л (доверчивость – подозрительность), М (практичный – мечтательный стиль мышления), N (простота – изощренность поведения), О (уверенность – неуверенность), Q1 (консерватизм – стремление к новому), Q2 (конформность – неконформность), Q4 (расслабленность – напряженность), Р (пластичность – ригидность) и Тр (тревожность), что характеризует больных как более замкнутых, импульсивных, сдер-

жанных в общении, эмоционально чувствительных, подозрительных, мечтательных, изощренных в поведении, неуверенных, стремящихся к новому, неконформных, напряженных, ригидных и тревожных. С другой стороны, у них снижен уровень логического интеллекта, они менее уравновешенны, легче подчиняемы, недисциплинированы, имеют низкий самоконтроль, малый уровень притязаний, менее благоприятный климат в семье вкупе с интровертностью. Больше чем на единицу отклоняются показатели В (низкий – высокий логический интеллект), С (неуравновешенность – контроль эмоций), Е (подчиненность – доминантность), Л (доверчивость – подозрительность), М (практичный – мечтательный стиль мышления), Q3 (низкий – высокий самоконтроль), УЦ (уровень целей); на 6 ед. – Тр (тревожность) и на 4 ед. – Э (экстраверсия). Таким образом, из этих данных можно сделать вывод, что, поскольку у людей с хроническим туберкулезом снижен уровень интеллекта, плохой самоконтроль и гипертрофированная мечтательность, они не могут правильно соизмерить выгоды своего состояния здоровья и не стремятся вылечиться. Вероятно, вследствие мечтательности они полагают, что способны справиться с недугом само-

стоятельно, хотя низкий уровень целеполагания этому не способствует, и ухудшающееся самочувствие постепенно усиливает тревожность. Это также зачастую усугубляется необщительностью и подозрительностью в адрес персонала и лечебных заведений в целом.

По шкале МД осуществляется проверка надежности методики. Ее данные в средних значениях подтверждают предположение о том, что пациенты с ФКТ легких несколько более скрытны и склонны обманывать и утаивать информацию от персонала.

Для подтверждения средних значений был выполнен расчет стандартного отклонения в обеих выборках по каждой шкале в отдельности. Стандартное отклонение показывает, как распределены значения относительно среднего в выборке.

Практически во всех сферах наблюдается минимальное стандартное отклонение, что подтверждает валидность среднего значения из таблицы. Наибольший разброс данных находится в сферах УЦ, Тр, Э. Мы считаем, что поскольку экстраверсия является более комплексным проявлением личности, то разброс ее показателей оправдан диапазоном значений (0–80 баллов). Для группы здоровых людей из разных социальных слоев, стандартное отклонение экстраверсии которых составляет 27,39, различие еще более оправданно из-за отсутствия такого связующего элемента, как заболевание. По аналогии можно рассмотреть и сферу тревожности, а в случае с целеполаганием ситуация уравнивается, что дает возможность предположить, что естественное различие между индивидами в уровне целей сохраняется и у больных, но при этом по сравнению со здоровыми людьми целеполагание в среднем ослаблено.

Таким образом, пациенты с ФКТ легких имеют ряд личностных особенностей, которые необходимо учитывать при их лечении и построении врачебного контакта.

Заключение

В результате исследования установлено, что люди с ФКТ легких характеризуются такими личностными особенностями, как неуравновешенность в плане контроля эмоций, подозрительность и замкнутость. Для них свойствен низкий уровень притязаний, невысокая самооценка, отсутствие веры в свои способности. Им трудно находить для себя мотивацию, и они часто не верят в собственное выздоровление или просто не хотят лечиться. С трудом идут на контакт, неохотно раскрываются, относятся к другим людям с предубеждением. В их семьях чаще, чем в других, проявляются конфликты, вероятно, направленные на самого больного или им же самим провоцируемые вследствие высокой раздражительности. На основании сравнительных данных с контрольной группой можно считать это компенсаторными новообразованиями личности вследствие заболевания и отношения к нему, поскольку к людям, болеющим туберкулезом, относятся с опаской и зачастую сторонятся контактов с ними. Общество «исключает» таких людей, тем самым заставляя их адаптироваться к новым условиям, что иногда выливается в проявление асоциальности и недоверие ко всем. Общественное отношение во

многим действует и на их самооценку: будучи «списанными со счетов», они уже не уверены, что у них есть возможность стать полноправными членами общества.

Логический интеллект у них развит хуже, и это объясняет то, что заражаются и заболевают туберкулезом чаще всего те люди, которые пребывают в неблагоприятной жизненной ситуации физического или психологического истощения. То есть это может быть как недостаток образования, так и отсутствие познавательного интереса.

При госпитализации возможности личного контакта ограничиваются, что оказывает влияние на формирование кругозора и несколько притупляет умение общаться с разными людьми, хотя в эпоху развития Интернета и социальных сетей это не является критическим фактором.

Тем не менее мы считаем, что существует необходимость создания специальной социально-психологической службы для сопровождения пациентов, способствующей повышению эффективности лечения больных туберкулезом.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фромм Э. *Анатомия человеческой деструктивности*. М.: АСТ-ЛТД; 2014.
2. Бизюк А.П. *Патопсихология. Краткий курс в контексте общей и клинической психологии*. СПб.: Речь; 2010.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. *Психосоматическая медицина*: Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенко. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА; 1999.
4. Брюханова Н.С., Мордык А.В. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких. *Туберкулез и болезни легких*. 2011; 88(4): 71–2.
5. Мордык А.В., Брюханова Н.С., Антропова В.В., Пузырева Л.В. Роль личности пациента в процессе выявления и лечения туберкулеза органов дыхания. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2011; (4): 148–51.
6. Мордык А.В., Удалова Т.Ю., Пузырева Л.В., Леденева Т.Н., Ситникова С.В. Сравнение личностных особенностей больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом и с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез. *Бюллетень сибирской медицины*. 2015; 14(1): 60–5.
7. Бекмухамбетова Н.В., Иванова О.Г., Мордык А.В., Багешева Н.В. Некоторые особенности клинического течения туберкулеза органов дыхания и сопутствующей соматической патологии. *Омский научный вестник*. 2014; 2(134): 8–10.
8. Лысов А.В., Иванова О.Г., Мордык А.В. Факторы, влияющие на эффективность химиотерапии у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких. *Профилактическая и клиническая медицина*. 2006; (4): 140–3.
9. Поркулевич Н.И., Мордык А.В., Гурова Я.В., Мартынова Г.Г. Анализ причин формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза. *Туберкулез и болезни легких*. 2015; (5): 154–5.
10. Иванова О.Г., Мордык А.В., Мордык Д.И., Животенко Ю.А., Бородкина С.П., Горбатов Е.В. и др. Первичная инвалидность вследствие туберкулеза в Омской области и факторы, ее обуславливающие. *Туберкулез и болезни легких*. 2011; 88(4): 163.

11. Ялом И. *Экзистенциальная психотерапия*. М.: Римис; 2008.
12. Хелл Л., Зиглер Д. *Теории личности*. СПб.: Питер; 2014.
13. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Подкопаева Т.Г. Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению. *Социология медицины*. 2011; (2): 44—7.
14. Гапоненко Г.Е., Гудинова Ж.В., Мордык А.В., Пузырёва Л.В. Гигиеническое воспитание населения как составная часть профилактических мероприятий в борьбе с туберкулезом. *Туберкулез и болезни легких*. 2011; 88(7): 17—20.
15. Мэй Р.Р. *Экзистенциальная психология*. М.: Эксмо-Пресс; 2001.
16. Вишняков И.А., Усольцева В.В. *Тестовые материалы к курсу «Психодиагностика»*. 2-е изд. Омск: ИПЦ «Сфера», 2006.
17. Бурлачук Л., ред. *Словарь-справочник по психодиагностике*. СПб.; 2008.

REFERENCES

1. Fromm E. *Anatomy of the Human Destructiveness*. Moscow: AST-LTD; 2014. (in Russian)
2. Bizyuk A.P. *Pathopsychology. A Short Course in the Context of General and Clinical Psychology*. St. Petersburg: Rech'; 2010. (in Russian)
3. Broytigam V., Kristian P., Rad M. *Psychosomatic Medicine / Transl. from Engl. G.A. Obukhova, A.V. Bruenko*. Moscow: GEOTAR MEDITSINA; 1999. (in Russian)
4. Bryukhanova N.S., Mordyk A.V. Diagnostics and correction of borderline mental disorders in patients with newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2011; 88(4): 71—2. (in Russian)
5. Mordyk A.V., Bryukhanova N.S., Antropova V.V., Puzyreva L.V. The role of the individual patient in the detection and treatment of pulmonary tuberculosis. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2011; (4): 148—51. (in Russian)
6. Mordyk A.V., Udalova T.Yu., Puzyreva L.V., Ledeneva T.N., Sitnikova S.V. Comparison of personality characteristics of patients with newly diagnosed infiltrative TB and co-infection with HIV/

7. *Byulleten' sibirskoy meditsiny*. 2015; 14(1): 60—5. (in Russian)
7. Bekmukhambetova N.V., Ivanova O.G., Mordyk A.V., Bagishcheva N.V. Some clinical features of pulmonary tuberculosis and concomitant somatic pathology. *Omskiy nauchnyy vestnik*. 2014; 2(134): 8—10. (in Russian)
8. Lysov A.V., Ivanova O.G., Mordyk A.V. Factors affecting the effectiveness of chemotherapy in patients with newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina*. 2006; (4): 140—3. (in Russian)
9. Porkulevich N.I., Mordyk A.V., Gurova Ya.V., Martynova G.G. Analysis of the causes of formation of fibro-cavernous tuberculosis. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2015; (5): 154—5. (in Russian)
10. Ivanova O.G., Mordyk A.V., Mordyk D.I., Zhivotenko Yu.A., Borodkina S.P., Gorbatykh E.V. et al. Primary disability due to tuberculosis in the Omsk region and the factors it conditional. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2011; 88(4): 163. (in Russian)
11. Yalom I. *Existential Psychotherapy*. Moscow: Rimis; 2008. (in Russian)
12. Kh'ell L., Zigler D. *Theories of Personality*. St. Petersburg: Piter; 2014. (in Russian)
13. Mordyk A.V., Puzyreva L.V., Podkopaeva T.G. The social status of patients TB dispensary and its impact on the attitude to the treatment. *Sotsiologiya meditsiny*. 2011; (2): 44—7. (in Russian)
14. Gaponenko G.E., Gudina Zh.V., Mordyk A.V., Puzyreva L.V. Hygienic education of the population as part of the preventive measures in the fight against tuberculosis. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2011; 88(7): 17—20. (in Russian)
15. Mey R.R. *Existential Psychology*. Moscow: Eksmo-Press; 2001. (in Russian)
16. Vushnyakov I.A., Usoltseva V.V. *Test materials for the course «Psychodiagnostics»*. Ed. 2nd. Омск: CPI «Sphera»; 2006. (in Russian)
17. Burlachuk L., Ed. *Dictionary of Psychodiagnostics*. St. Petersburg; 2008. (in Russian)

Поступила 25.01.16
Принята к печати 16.02.16

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Обращаем ваше внимание на то, что журнал
«Медико-социальная экспертиза и реабилитация»
входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК,
в которых должны быть опубликованы основные результаты
диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора
медицинских, социологических и психологических наук.