

ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ. ІСТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ

УДК 159.922.4

DOI <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.3/01>**Бондаревич С.М.**

Одеський національний морський університет

Діколь-Кобріна О.А.

Одеський національний морський університет

Крохмаль З.А.

Одеський національний морський університет

АНАЛІЗ РОЛІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ ОСОБИСТОСТІ У ПСИХОГЕНЕЗІ ФОРМУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

У статті проведено аналіз наукової літератури про ставлення людини з соматичним захворюванням на туберкульоз до своєї хвороби. Показано, що ставлення людини до свого захворювання, може бути описане через належність до певних психологічних типів відносин до хвороби. **Актуальність дослідження** пов'язана з тим, як психологічні особливості особистості впливають на формування психосоматичних захворювань туберкульозного генезу. **Мета дослідження:** визначити роль взаємовпливу та взаємоз'язку психологічних особливостей особистості та відношення до хвороби у формуванні психосоматичних розладів туберкульозного генезу. Визначено, що саме при туберкульозі легень є високий рівень соціальної тривожності та низький рівень якості життя, страх соціальної ізоляції. За результатами дослідження відзначено переважання адаптивних типів відношення до хвороби: ергопатичного та анозогнозичного. Переважання ергопатичного типу у хворих характеризується прагненням продовжувати роботу, зберегти професійний статус та можливістю продовжити активну трудову діяльність. Переважна більшість анозогнозичного типу у пацієнтів з туберкульозом легень пов'язана з наявністю таких факторів, як відсутність роботи, наявність шкідливих звичок та судимості. Для пацієнтів зі змішаним ергопатичним-анозогнозичним типом характерно бажання перервати лікування, мотивуючи це, з одного боку, необхідністю заробляти гроші, а з іншого – відсутністю суб'єктивних скарг на самопочуття в цілому. Для пацієнтів із сенситивним типом участь сім'ї та близьких є основним, а часом єдиним джерелом емоційної, психологічної та моральної підтримки. Тривожний тип ставлення до хвороби визначає реакцію пацієнтів на свій діагноз до того, що вони майже впадають у паніку. Тому тривога стає джерелом конфліктів з оточуючими, ще дана категорія пацієнтів частіше за інших вступає у конфлікти. Таким чином, розуміння умов формування специфічних особливостей рис особистості, психоемоційного стану та системи взаємовідносин до своєї хвороби, серед даної категорії пацієнтів дозволяють адекватно оцінити сутність розладів адаптації індивіда у соціальному середовищі. Тому вивчення зазначеної проблеми та пошук шляхів психологічного супроводу особистості на різних, особливо кризових етапах онтогенезу з метою формування психологічного та фізичного здоров'я є перспективою подальших досліджень.

Ключові слова: соматичні захворювання, туберкульоз, типи відношення до хвороби.

Постановка проблеми. Психосоматичні співвідношення – одна з найскладніших проблем сучасної медицини. Дослідження у цій галузі базуються на багатьох роботах зарубіж-

них та вітчизняних вчених: Ф. Данбар, Ф. Александера, З. Фрейда, І. Сеченова, І. П. Павлова, Р. А. Лурія, В. М. Мясіщева, Лічко та ін. [7; 11–12].

Тому психосоматичні дослідження не є самостійною дисципліною – це підхід, який враховує різноманітність причин, що призвели до захворювання. Тому, різноманітність підходів, методів та технік дозволяють працювати з людиною цілісно.

Питання інтеграції у практику сучасної медицини психологічних знань про природу здоров'я та соматичних розладів відносяться до розряду найбільш актуальних, оскільки вони допомагають у необхідних випадках враховувати психофізіологічні механізми розвитку та перебігу хвороби, отримувати поглиблені уявлення про адаптаційні можливості людини, ступінь її активності у лікуванні. Особливо, це стає найбільш актуальним в разі такого соціально небезпечного захворювання, як туберкульоз.

Як показують дослідники, загальна кількість хворих у світі перевищує 60 мільйонів, близько 20 мільйонів мають відкриту форму туберкульозу – тобто є постійними джерелами небезпеки для здорових людей. За даними авторів, щорічно хворіють на туберкульоз близько 10 мільйонів осіб, з них близько 3 мільйонів помирають, тобто щодня помирає до 8 тисяч людей [1, с. 92–95; 2, с. 5–8; 4–6]. Серед причин смерті туберкульоз займає 10-й рядок і перше місце серед інфекційних захворювань.

Наразі, згідно з даними статистики МОЗ України, у країні зареєстровано близько 700 тисяч хворих на туберкульоз, з них 600 тисяч перебувають на обліку, 142 тисячі з відкритою формою. За офіційними даними, кількість хворих перевищила 1 % жителів країни, хоча реальна кількість хворих набагато більша. Смертність в Україні від туберкульозу сягає майже 40 %. Близько 80 % хворих при своєчасній діагностиці та відповідному лікуванні можна було б урятувати [3; 5, с. 5–10; 10].

Так, аналіз соціальної структури випадків на туберкульоз демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли, майже 75 % становлять представники соціально незахищених верств населення (58,4 % – непрацюючі особи працездатного віку, 12,2 % – пенсіонери, 1 % – особи, які повернулися з місць позбавлення волі, 2,5 % – без постійного місця проживання). Серед випадків на туберкульоз 12,5 % становитиме суб'єкти, які зловживають алкоголем та 3 % – споживачі ін'єкційних наркотиків [1, с. 92–95; 2, с. 5–8; 3; 10].

Тому, це свідчить про нагальну потребу подальшого розвитку у країні освітньо-профілактичних програм та заходів із соціальної підтримки хворих

на туберкульоз із забезпеченням активної участі інститутів громадянського суспільства.

Численні історичні документи та матеріали медичних досліджень свідчать про поширення туберкульозу у далекому минулому. Найперша згадка про туберкульоз належить Паулю Бартельсу. Їм було у 1907 році описано туберкульозне ураження грудних хребців з утворенням пагорба біля скелета, який був знайдений поблизу Гейдельберга і належав людині, що жила за 5000 років до н. е. І сьогодні, у XXI ст., туберкульоз залишається як міжнародною, так і національною проблемою. Цією проблемою займалися такі дослідники, як Ю. І. Феценко, Є. М. Лібанова, І. І. Хожило, С. Борткевич, А. В. Зубарьова, де саме розглядається вплив поширення соціальних хвороб на розвиток людства [4; 5, с. 5–10; 6].

Ставлення до захворювання, це психологічне ставлення, індивідуальне та неповторне. Проте психологічний аналіз показує, що ставлення конкретної людини, залишаючись унікальним, може бути описане через їх належність до певних психологічних типів відносин, тобто виявлення схожості з унікальними за своєю природою відносинами інших людей. Як вважають Бурлачук, Коржова (1998) тип особистості допомагає зрозуміти, чим є хвороба для самого хворого [7; 8, с. 67–71; 11; 14].

У психологічному плані внутрішню картину хвороби (ВКХ) можна розглядати як елемент самосвідомості суб'єкта, сформований у результаті самопізнання. Її можна розглядати також як складний комплекс уявлень, переживань та ідей, які своєрідно відображають у психіці хворого патологічні зміни процесів життєдіяльності організму та пов'язаними з ними умовами існування особистості, які реалізуються через соматичні розлади. За думкою дослідників, внутрішня картина хвороби розуміється як система психічної адаптації, яка має у своїй основі механізми психологічного захисту та копінг-поведінку, вона формується в захисних цілях для зниження емоційної напруженості, подолання труднощів, спричинених психосоматичним розладом [7; 8, с. 67–71; 12].

Залежно від особливостей особистості автори виділяють п'ять типів ставлення до захворювання: астено-депресивний, психостенічний, іпохондричний, істеричний та ейфорично-анозогнозичний (Рохлін, 1975) [7; 8, с. 67–71; 11–12].

Лічко, Іванова (1980) виділяють 12 типів ставлення до хвороби: 1) гармонійний тип; 2) ергопатичний тип; 3) анозогнозичний тип; 4) тривожний тип; 5) іпохондричний тип; 6) неврастенічний тип;

7) меланхолійний тип; 8) апатичний тип; 9) сенситивний тип; 10) егоцентричний тип; 11) паранояльний тип; 12) дисфоричний тип [11; 14, с. 11–15].

Ставлення до соматичного розладу містить у собі когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Перший включає знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі та впливу на життя особистості хворої людини, а також прогноз на майбутнє. Емоційний компонент – це відчуття та переживання захворювання та всієї супутньої ситуації, пов'язаної з нею. Залежні від соматичного розладу реакції адаптації або дезадаптації вироблення стратегії поведінки у зв'язку з хворобою, вчені відносять до поведінкового компонента. Будучи значущими для людини, ставлення до хвороби впливає і інші відносини особистості [11; 15, с. 40–63].

Когнітивний аспект внутрішньої картини хвороби (ВКХ) характеризується поняттям особистісного значення розладу, яке є одним із компонентів психосоціальної реакції на захворювання, поряд з емоційною реакцією та способом адаптації. Велику роль у формуванні ВКХ грає тип емоційних відносин хворого до свого захворювання, його проявів, прогнозу та ін., стану справ. Наприклад, авторами була надана наступна класифікація типів переживання хвороби для хворих на туберкульоз (Р. Конечний, М. Боухал, 1983) [12]: 1. Інфантильний тип, властивий юнакам та дітям, який бачить усе у «рожевому світлі». 2. Реакція шоку, характерна індивідам віку 20–30 років. 3. Іпохондричний тип. 4. Тип повної надії. 5. Хворі на істеричний тип (підсвідоме прагнення отримати вигоди від хвороби). 6. Релігійні хворі (хвороба – удар долі). 7. Невдоволення хворобою і прагнення скоріше її позбутися. 8. Реакція сорому. 9. «Економічний тип» (на першому місці стоять витрати на лікування та тривога за добробут сім'ї). 10. Індиферентний тип («глухі до слів лікаря і йдуть своїм шляхом»).

Психологічні критерії мають значення для диференціювання поведінки суб'єкта, хворого на туберкульоз, та яка визначається типом нозогностичних відносин, розбіжністю від симуляції та агравації [13, с. 27–31].

Захворювання на туберкульоз у осіб молодого віку (18–44 років) має великий психотравмуючий фактор, які зумовлюють специфічні емоційні реакції, поведінку та сприяють зміні світогляду та ставлення до своєї дійсності особистості хворої людини [15, с. 40–63].

Госпіталізація, необхідність тривалого лікування, страх за своє здоров'я та здоров'я близь-

ких (дітей, подружжя, батьків, родичів, знайомих, колег тощо) у зв'язку з наявністю контакту, переживаються цією людиною як важкий стрес, пов'язаний із різкою зміною звичного стилю життя, соціального статусу, обмеженнями сімейного та міжособистісного спілкування, залежністю від медичного персоналу, все це супроводжується стійкими негативними емоційними реакціями та агресією, з внутрішніми та зовнішніми проявами.

Таким чином, актуальність проблеми пов'язана з тим, як психологічні особливості особистості впливають на формування психосоматичних захворювань туберкульозного генезу. Розуміння умов формування специфічних особливостей рис особистості хворого на туберкульоз, психоемоційного стану та системи взаємовідносин до себе, до своєї хвороби та до свого оточення, серед даної категорії суб'єктів, дозволяють адекватно оцінити сутність психосоматичних розладів, та їх адаптацію у соціальному середовищі. Психологічне призначення поведінки людини полягає у тому, щоб якомога краще адаптувати її до вимог ситуації, дозволяючи оволодіти нею.

Мета дослідження: визначити роль взаємовпливу та взаємоз'язку психологічних особливостей особистості, відношень до хвороби у формуванні психосоматичних розладів туберкульозного генезу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Дослідження проводилося на базі Одеського обласного центру соціально-небезпечних захворювань. У дослідженні брали участь 30 респондентів: молоді люди, чоловіки та жінки віком від 18 до 45 років.

Вибірку склали пацієнти стаціонарного та амбулаторного відділень у кількості 30 осіб з діагнозом на туберкульоз легень. З них чоловіки – 21 особа; жінки – 9 осіб віком від 18 до 45 років.

Для вирішення поставлених завдань у роботі були використані теоретичні, емпіричні методи, а також методи кількісної обробки даних.

Для вивчення закономірності взаємовпливу та взаємоз'язку між психологічними особливостями особистості у формуванні психосоматичних розладів туберкульозного генезу були використані:

– шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергер (в адаптації Ю. Л. Ханіна) [12];

– методика визначення типів ставлення до хвороби «Методика – Тип ставлення до хвороби» (Бурлачук, Коржова, 1998). В основу методики покладено концепцію психології відносин (В. М. Мясіщева) [8, с. 67–71; 11].

Суб'єктивна оцінка комплексу хворобливих відчуттів досліджуваних осіб проводилася за допомогою клінічного інтерв'ю та анкетування. Переживання пов'язані з невизначеністю їхнього професійного майбутнього, занепокоєнням за здоров'я рідних.

Наявність страхів та тривоги відзначено у 43 % респондентів. Найбільша реактивна особистісна тривожність спостерігалася у жінок та чоловіків віком від 35 років (у 63 %). Переживання пов'язані з невизначеністю їхнього професійного майбутнього, занепокоєнням за здоров'я рідних.

Суб'єктивне сприйняття свого захворювання пацієнтами визначається як відсутність гострих клінічних симптомів, що значно знижує адекватність оцінки серйозності та небезпеки захворювання. Необхідність тривалого прийому лікарських препаратів та перебування у стаціонарі є фактом, який дестабілізує емоційну складову ставлення до хвороби, а за відсутності патологіч-

них симптомів змушує сумніватися у діагнозі та необхідності лікування, що робить неадекватною оцінку самого захворювання суб'єктом.

Так, до 73 % пацієнтів вважають, що у них немає важких клінічних проявів хвороби, особливо це характерно для осіб із вперше виявленим туберкульозом легень у перший місяць захворювання та понад три місяці госпіталізації.

До симптомів соматичного розладу більшість опитаних віднесли: слабкість, сонливість, потовиділення, біль у спині, розлади роботи травної системи і нирок. Особливо турбують ці симптоми у початковий період прийому ліків. При цьому практично всі пацієнти приймали призначені лікарські препарати, але особистісна мотиваційна спрямованість недостатньо виражена.

Для вирішення завдань нашого дослідження, було обрано методику «Шкала особистісної тривоги Спілберґера-Ханіна», щоб з'ясувати рівень особистісної тривоги, визначити типи ставлення

Таблиця 1

Результати дослідження за методикою Шкала тривоги Спілберґера – Ю. Л. Ханіна

		Значення				Значення	
№	Вік	ситуативна тривожність	особистісна тривожність	№	Вік	ситуативна тривожність	особистісна тривожність
1	22 ч	Середня	Середня	16	38 ч	Висока	Середня
2	24 ч	Середня	Середня	17	32 ч	Середня	Середня
3	21 ч	Середня	Середня	18	18 ч	Середня	Середня
4	32 ч	Висока	Середня	19	21 ч	Середня	Середня
5	35 ч	Висока	Висока	20	39 ч	Висока	Середня
6	22 ч	Середня	Середня	21	29 ч	Середня	Середня
7	33 ч	Висока	Висока	22	30 ж	Висока	Висока
8	34 ч	Висока	Середня	23	32 ж	Висока	Середня
9	44 ч	Висока	Висока	24	19 ж	Середня	Середня
10	35 ч	Середня	Висока	25	25 ж	Середня	Висока
11	22 ч	Середня	Середня	26	29 ж	Висока	Висока
12	33 ч	Висока	Середня	27	32 ж	Висока	Висока
13	42 ч	Середня	Висока	28	24 ж	Висока	Середня
14	36 ч	Середня	Середня	29	27 ж	Середня	Висока
15	37 ч	Середня	Висока	30	24 ж	Середня	Середня

до хвороби за методикою «Тип ставлення до хвороби» та зробити порівняльний аналіз за здобутими показниками.

Найбільша реактивна особистісна тривожність спостерігалася у жінок та чоловіків віком від 35 років у 63 % (рис. 1.).

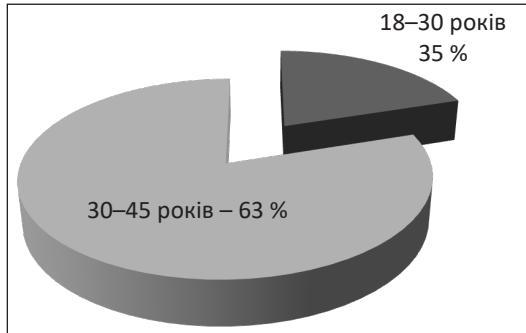


Рис. 1. Розподіл реактивної особистісної тривожності у жінок та чоловіків за віком

Наявність страхів та тривоги відзначено у 43,3 % досліджуваних (табл. 1).

Зведена таблиця 2 результатів обстеження за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна.

Таблиця 2

Результати дослідження за методикою Шкала тривоги Спілберга – Ю. Л. Ханіна

Показники	Результат			
	реактивна тривожність		особистісна тривожність	
	п	%	п	%
Низький до 30	0	0	0	0
Помірний 31–44	17	56,7 %	19	63,3 %
Високий 45 і більше	13	43,3 %	11	36,7 %

На рисунку 2 вказано отримані показники ситуативної та особистісної тривожності досліджуваних осіб. Важливо зазначити, що у жодного респондента при проходженні методики не виявлено низький рівень тривоги.



Рис. 2. Результати дослідження ситуативної та особистісної тривожності досліджуваних осіб

За допомогою методики ми з'ясували рівень ситуативної та особистісної тривоги кожного

учасника, та середній показник групи який складає 39,7 та 45,3 бали, інтерпретуючи даний показник, можна виявити що така кількість балів потрапляє до зони помірної та високої тривожності, отже можна зробити висновок що досліджувані мають помірний та високий рівень ситуативної та особистісної тривожності. Виходячи з отриманих результатів, переважаючі типи відношень до хвороби були згруповані у три блоки (рис. 3).

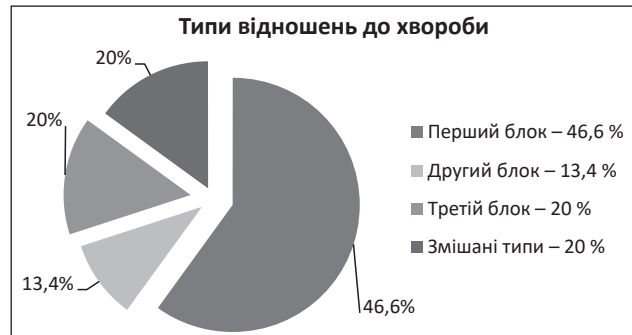


Рис. 3. Результати дослідження переважаючих типів ставлення до хвороби

Результати дослідження оцінки даної вибірки дослідження вказують на присутність у більшості досліджуваних першого блоку (14 осіб – 46,6 %) – адаптивного типу ставлення до хвороби: 1) ергопатичного (7 осіб – 23,3 %); 2) анозогнозичного (5 осіб – 16,6 %) та 3) гармонійного (2 особи – 6,6 %), типи ставлення до хвороби, за яких психічна та соціальна адаптація суттєво не порушується (рис. 4).

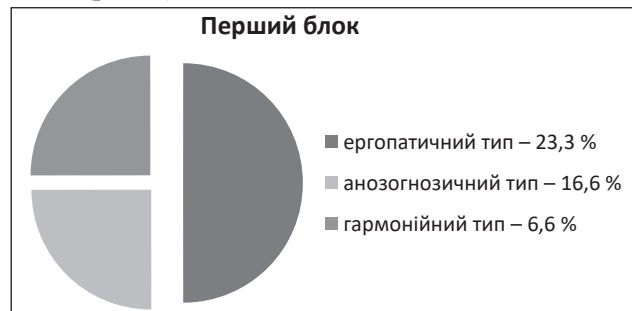


Рис. 4. Результати дослідження першого блоку адаптивного типу ставлення до хвороби

Нерідко цей тип присутній у пацієнтів у перші два місяці постановки діагнозу.

Ергопатичний тип ставлення до хвороби обумовлено, з одного боку, зниженням матеріального благополуччя пацієнтів, страхом втратити роботу, запереченням факту хвороби, а з іншого боку, в разі поєднання даного типу із сенситивним типом ставлення до хвороби, можливістю зберегти зв'язки із соціумом, бажанням відволіктися від думок про хворобу, компенсувати заподіяну шкоду рідним та зберегти матеріальну незалежність.

Анозогнозичний тип ставлення до хвороби у пацієнтів з туберкульозом легень взаємопов'язаний з наявністю таких факторів, як відсутність роботи, наявність шкідливих звичок та судимості.

Другий блок (4 особи – 13,3 %) включає: 1) тривожний (3 особи – 10 %) та 2) іпохондричний (1 особа – 3,3 %) тип, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що зумовлює порушення соціальної адаптації хворих із цими типами реагування (рис. 5).



Рис. 5. Результати дослідження другого блоку типу ставлення до хвороби

Для пацієнтів із сенситивним типом ставлення до хвороби доля сім'ї та близьких є основним, а часом єдиним джерелом емоційної, психологічної та моральної підтримки. Тривожний тип ставлення до хвороби найбільш уражає жінок з вищою освітою. Домінуючими мотивами для них є пошук додаткової інформації про хворобу та тривогу за близьких.

Неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи відношення відсутні у цій вибірці.

У третій блок (6 осіб – 20 %) увійшли: 1) сенситивний (5 осіб – 16,6 %); 2) егоцентричний (1 особа – 3,3 %), для яких характерна інтерпсихічна направленість особистісного реагування на хворобу, що також зумовлює порушення соціальної адаптації хворих (рис. 6).

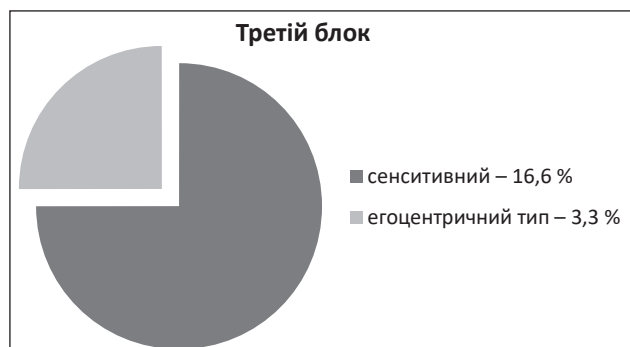


Рис. 6. Результати дослідження третього блоку типу ставлення до хвороби

У хворих із сенситивним типом ставлення до хвороби на перший план у структурі хвороби виступає емоційний рівень.

Вони відзначають коливання в настрої, побоюючись неприємного відношення з боку знайомих, приховують діагноз, змушені перебудовувати свої відносини з оточуючими, на їхню думку, «здорові люди не здатні зрозуміти хворих, тому що не переживали того, що переживають хворі».

Вони відчують відмінності між собою та оточуючими, тому що «доводиться обмежувати своє спілкування з оточуючими». Оцінка відносин із рідними, показала, що «родина стала уважніше до мене ставитися, виявляючи турботу та підтримку» відзначали більше половини суб'єктів.

Первинна реакція на хворобу – «закрилися і пішли до себе». «Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим», найменші неприємності, пов'язані з хворобою, їх сильно засмучують, їх лякають труднощі та небезпеки, пов'язані з майбутнім лікуванням, негативний емоційний фон позначається на взаєминах з оточуючими, вони соромляться своєї хвороби близькими, намагаються, щоб на роботі (за місцем навчання) менше знали і говорили про мою хворобу, а оточуючі її не помічали.

Дисфоричний та паранояльний типи відношення до хвороби серед даних респондентів не виражені.

Змішані типи відношення до хвороби (6 осіб – 20 %) (рис. 7): 1) ергопатичний-анозогнозичний тип – 2 особи – 6,6 %; 2) ергопатичний-сенситивний тип – 1 особа – 3,3 %; 3) меланхолійно-сенситивний тип – 1 особа – 3,3 %; 4) апатичний-паранояльний тип – 1 особа – 3,3 %; 5) ергопатичний тип – 1 особа – 3,3 %.

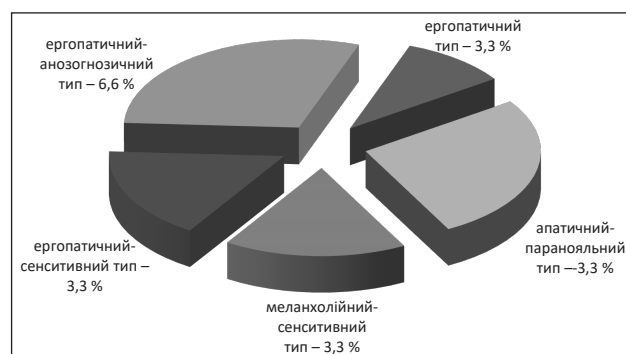


Рис. 7. Результати дослідження змішаних типів ставлення до хвороби

Переважає ергопатичного типу у хворих характеризується прагненням продовжувати роботу, зберегти професійний статус та мати можливість продовжити активну трудову діяльність у колишній якості.

Для пацієнтів зі змішаним ергопатичним-анозогнозичним типом характерне бажання перервати лікування, мотивуючи це, з одного боку, необхідністю заробляти гроші, а з іншого – відсутністю суб'єктивних скарг на самопочуття в цілому.

Незважаючи на те, що анозогнозичний тип ставлення до хвороби відноситься до групи адаптивних, клінічні спостереження показують, що він виправданий на початкових етапах захворювання як реакція заперечення, зменшення значущості можливих наслідків хвороби.

Групу ризику складають безробітні пацієнти, оскільки, за оцінками лікарів, саме безробітні хворі найчастіше порушують лікарняний режим і мають перерви у прийомі ліків. Відсутність потреби у листі непрацездатності, і навіть тяжких клінічних проявів хвороби (особливо на початкових етапах) суб'єктивно створює сприйняття індивідом себе як здорового, що, в наслідку, призводить до зривів у лікуванні.

Крім того, під час оцінки мотиваційно-поведінкового аспекту ВКХ саме дана категорія хворих має шкідливі звички і, незважаючи на діагноз, не бажає від них відмовлятися. Своє самопочуття вважають «цілком задовільним», намагаються «не думати про свою хворобу і жити безтурботним життям», байдужі до процесу лікування та роботи, а здоров'я «не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться», не вважають, що хвороба «може істотно вплинути на майбутнє».

У підгрупі досліджуваних з ергопатичним-сенситивним типом під час інтерв'ю були виявлені ознаки так званої соціальної фобії, вони соромляться говорити про своє захворювання, виявляють побоювання за здоров'я близьких, відчувають провину.

Тривожний тип ставлення до хвороби визначає реакцію пацієнтів на діагноз, вони «впали в паніку». Тривога стає джерелом конфліктів з оточуючими, дана категорія індивідів частіше за інших вступає в конфлікти, часто поводяться дратівливо.

У структурі ВКХ особливе місце займає когнітивний компонент: постійний пошук додаткової інформації про хворобу, її подальші наслідки та можливості лікування.

Так, на туберкульоз хворіють переважно особи дефензивної (пасивно-оборонної) структури особистості: слабовільні, нерішучі, душевно і фізично інертні, боязкі, схильні до сумнівів і самозвинувачень, винності, з тенденцією до накопичення негативних емоцій, протиставлення себе суспільству, дистанційністю у міжособистісних відносинах. Госпіталізація пацієнтів у зв'язку з туберкульозом

легень сприймається ними як черговий тяжкий стрес, та супроводжується страхом перед соціальними контактами, зниженням активності чи іншими проявами, регресивним або дезадаптивним типами пристосувальної поведінки.

Висновки. Були проаналізовані роль взаємовпливу та взаємозв'язку психологічних особливостей особистості, відношень до хвороби суб'єкта у формуванні психосоматичних розладів туберкульозного генезу.

Показано, що ставлення людини до свого захворювання, може бути описане через належність цього ставлення до певних психологічних типів відносин до хвороби.

За результатами дослідження відзначено переважання адаптивних типів відношення до хвороби: ергопатичного та анозогнозичного. Переважання ергопатичного типу у хворих характеризується прагненням продовжувати роботу, зберегти професійний статус та можливістю продовжити активну трудову діяльність. Переважна більшість анозогнозичного типу у пацієнтів з туберкульозом легень пов'язана з наявністю таких факторів, як відсутність роботи, наявність шкідливих звичок та судимості. Для пацієнтів зі змішаним ергопатичним-анозогнозичним типом характерно бажання перервати лікування, мотивуючи це, з одного боку, необхідністю заробляти гроші, а з іншого – відсутністю суб'єктивних скарг на самопочуття в цілому. Для пацієнтів із сенситивним типом участь сім'ї та близьких є основним, а часом єдиним джерелом емоційної, психологічної та моральної підтримки. У підгрупі досліджуваних з ергопатичним-сенситивним типом під час інтерв'ю були виявлені ознаки так званої соціальної фобії, вони соромляться говорити про своє захворювання, виявляють побоювання за здоров'я близьких, відчувають провину. Тривожний тип ставлення до хвороби визначає реакцію пацієнтів на свій діагноз до того, що вони майже впадають у паніку. Тому тривога стає джерелом конфліктів з оточуючими, ще дана категорія пацієнтів частіше за інших вступає у конфлікти, де поводяться дратівливо.

Таким чином, розуміння умов формування специфічних особливостей рис особистості, психоемоційного стану та системи взаємовідносин як до своєї хвороби, так із оточенням, серед даної категорії пацієнтів дозволяють адекватно оцінити сутність розладів адаптації у соціальному середовищі.

Потребує подальшого розгляду проблема діагностики із вивчення закономірностей взаємовпливу та взаємозв'язку між психологічними осо-

бливостями, які у переважній більшості випадків супроводжуються розладами психологічної або соціальної адаптації, призводять до внутрішньо-особистісного конфлікту та викликають психосоматичні порушення туберкульозного генезу.

Тому вивчення зазначеної проблеми та пошук шляхів психологічного супроводу особистості на різних, особливо кризових етапах онтогенезу з метою формування психологічного та фізичного здоров'я є перспективою подальших досліджень.

Список літератури:

1. Поліщук Л. М., Радаєва І. М., Устянська О. В. Туберкульоз – соціальна проблема в Україні / *Молодий вчений*. № 11 (51). 2017. С. 92–95.
2. Москаленко В. Ф. Актуальні проблеми туберкульозу в Україні за 10 років / В. Ф. Москаленко, Ю. І. Феценко / *Укр. пульмон. журн.* № 1. 2001. С. 5–8.
3. «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами міністерства охорони здоров'я України». [Електронний ресурс].
4. Феценко Ю. І. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. К. : Здоров'я, 2007. 664 с.
5. Феценко Ю. І., Мельник В. М., Матусевич В. Г., Антоненко Л. Ф. Епідеміологія туберкульозу у світі, сучасні підходи до організації протитуберкульозних заходів / *Український пульмонологічний журнал*. № 4, 2003. С. 5–10.
6. Феценко Ю. І. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. К. : Здоров'я, 2002. 904 с.
7. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник. М. : Триада-Х, 2000. 256 с.
8. Вассерман Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Фёдорова / *Клиническая (медицинская) психология*. № 27, 2008. С. 67–71.
9. Золотова Н. В., Стрельцов В. В., Баранова Г. В., и др. Модель психологической реабилитации больных туберкулезом легких в условиях стационара / *Туберкулез и болезни легких*. № 4, 2018. С. 12–19.
10. Левчук Н. М. Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі : монографія / відпов. ред. д. е. н., проф. В. С. Стещенко / Н. М. Левчук. К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2011. 492 с.
11. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова и др. СПб. : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
12. Малкіна-Пих І. Г. Психосоматика: Довідник практичного психолога. М. : Изд-во Ексмо, 2005. 992 с.
13. Валиев Р. Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни / *Проблемы туберкулеза*. № 2, 2009. С. 27–31.
14. Филиппсон О. Н. Влияние отношения больных туберкулезом к заболеванию на эффективность лечения / *Проблемы туберкулеза*. № 3, 2010. С. 11–15.
15. Тарабрина Н. В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // *Консультативная психология и психотерапия*. № 1, 2014. С. 40–63.

Bondarevych S.M., Dikol-Kobrina O.A., Krokmal Z.A. ANALYSIS OF THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL FEATURES AND ATTITUDES TOWARDS PERSONALITY DISEASE IN PSYCHOGENESIS OF TUBERCULOSIS FORMATION

The article analyzes the scientific literature on the attitude of a person with somatic tuberculosis to his disease. It is shown that a person's attitude to his disease can be described by belonging to certain psychological types of attitudes to the disease. The relevance of the study is related to how the psychological characteristics of the individual affect the formation of psychosomatic diseases of tuberculosis origin. The purpose of the study: to determine the role of the interaction and relationship of psychological characteristics of the individual and the relationship to the disease in the formation of psychosomatic disorders of tuberculosis. It has been determined that pulmonary tuberculosis has a high level of social anxiety and a low level of quality of life, fear of social isolation. According to the results of the study, the predominance of adaptive types of attitude to the disease was noted: ergopathic and anosognostic. The predominance of ergopathic type in patients is characterized by the desire to continue working, maintain professional status and the ability to continue active employment. The vast majority of anosognostic types in patients with pulmonary tuberculosis are associated with factors such as lack of work, bad habits, and a criminal record. Patients with a mixed ergopathic-anosognostic type are characterized by a desire to discontinue treatment, motivated by, on the one hand, the need to earn money, and on the other – the lack of subjective complaints about general well-being. For sensitive patients, family and

loved ones are the main and sometimes the only source of emotional, psychological and moral support. Anxious attitudes toward the disease determine patients' reaction to their diagnosis to the point that they almost panic. Therefore, anxiety becomes a source of conflict with others, this category of patients is more likely than others to enter into conflicts. Thus, understanding the conditions of formation of specific features of personality traits, psycho-emotional state and the system of relationships to their disease, among this category of patients can adequately assess the nature of individual adaptation disorders in the social environment. Therefore, the study of this problem and the search for ways of psychological support of the individual at different, especially crisis stages of ontogenesis in order to form psychological and physical health is a prospect for further research.

Key words: *somatic diseases, tuberculosis, types of attitudes to the disease.*