

мониторинг микрофлоры верхних дыхательных путей (ВДП). Было изолировано 186 штаммов бактерий, дрожжеподобных и мицелиальных грибов. После окончания приема пробиотика у пациентов наблюдали элиминацию из данных биотопов микроорганизмов родов *Corynebacterium*, *Enterococcus* и *Aspergillus*, видов: *S.aureus*, *S.epidermidis*, *S.saprophyticus*. У 10 (46%) человек после проведенного курса пробиотикотерапии были выявлены «скрытые патогены» – микроорганизмы, которые не изолировались в начале исследования - *S.epidermidis* и *S.aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Micrococcus*, *Enterococcus*, *Actinomyces*, *Aspergillus* и *Candida*. Выявленный феномен «скрытых патогенов» позволяет всесторонне охарактеризовать микробиоценозы больных, получить дополнительный диагностический эффект с точки зрения определения этиологических факторов.

Ключевые слова: острый миелоидный лейкоз, микробиоценоз, верхние дыхательные пути, пробиотики, «скрытые патогены».

Стаття надійшла 22.01.19 р.

of the upper respiratory tract microbiota was performed. The 186 strains of bacteria, yeast and mycelial fungi were isolated. After the end of probiotic intake, in the patients observed elimination from the biotopes of upper respiratory tract opportunistic microorganisms such as *Corynebacterium*, *Enterococcus*, *Aspergillus*, *S.aureus*, *S.epidermidis*, *S.saprophyticus*. "Hidden pathogens" - microorganisms that were not isolated at the beginning of the study - *S.epidermidis* and *S.aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Micrococcus*, *Enterococcus*, *Actinomyces*, *Aspergillus* and *Candida* were detected in 10 (46%) patients after the course of probiotics. Established phenomenon of "hidden pathogens" allows us comprehensively to characterize the microbiocenosis of patients and obtain an additional diagnostic effect in terms of determining the etiological factors.

Key words: acute myeloid leukemia, microbiocenosis, upper respiratory tract, probiotics, «hidden pathogens».

Рецензент Єрошенко Г.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-4-70-117-122

УДК 159.923:616.34-056.24

М.М. Мельничук, В.М. Павленко¹

Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка, Полтава

¹Харківський національний університет імені В.Н. Карабіна, Харків

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ У СТАДІЇ РЕМИСІЇ

e-mail: igopolt@ukr.net

У статті проаналізовано особливості акцентуації характеру хворих на хронічний коліт в стадії ремісії, визначено переважаючі типи їх ставлення до хвороби і механізми психологічного захисту. Встановлено значущі зв'язки між акцентуаціями характеру хворих, їх внутрішньою картиною хвороби і механізмами психологічного захисту. В дослідженні показано, що тільки у 7% хворих на хронічний коліт не мають проблем з соціальною адаптацією, викликаних особливостями їх внутрішньої картини хвороби. Переважна ж більшість рано чи пізно стикається з подібними проблемами інтрапсихічної спрямованості (5%), інтерпсихічної спрямованості (15%) або їх поєднання (73%). Виявлено особливості даних параметрів в залежності від статевої приналежності хворих та тривалості їх захворювання. Виявлено також суттєві відмінності щодо ВКХ у хворих з різною тривалістю хвороби: у пацієнтів зі стажем хвороби менше 5 років значуще рідше зустрічаються сенситивний та егоцентричний типи ВКХ, і, навпаки, значуще частіше спостерігається ейфоричний тип порівняно з пацієнтами, тривалість захворювання яких перевищує 15 років.

Ключові слова: акцентуація характеру, механізм психологічного захисту, внутрішня картина хвороби, хронічний коліт.

Робота є фрагментом НДР «Синергетичний підхід до психологічних процесів у системах різного рівня організації», № держреєстрації 0117U003062.

Проблема взаємозв'язку психічних і соматичних чинників для розвитку різноманітних органічних і функціональних захворювань кишківника останнім часом стає все більш актуальною, в тому числі для персоніфікації терапії, що застосовується. Публікуються численні дослідження, присвячені як особистісно-психологічним особливостям хворих [1, 2, 4, 5], так і соціальним чинникам, що впливають на виникнення та рецидив відповідних хвороб. Контингентом досліджень виступають як дорослі, так і діти та підлітки [3].

Певною мірою цьому сприяє й те, що в останні роки значно зросла кількість хронічних захворювань кишківника. В результаті зростає число хворих, які часом дуже гостро переживають тимчасову або постійну втрату своєї працездатності, неможливість продовжувати колишній спосіб життя. Цей чинник зумовлює необхідність надання дієвої психологічної допомоги таким пацієнтам. Соціально-психологічна реабілітація хворого, повернення його до активного повноцінного життя в сім'ї та суспільстві, зниження ризику повторного захворювання, багато в чому залежить від ставлення людини до хвороби, її волі, формування дієвих захисних механізмів, активної позиції, спрямованої на боротьбу з недугою.

В роботах останніх років, присвячених захворюванням кишківника, доволі часто розглядаються емоційно-особистісні характеристики пацієнтів [1], типи їх емоційного реагування на хворобу, зміни самовідчуття та активності [2], формування афективно-ригідного варіанту

дезадаптації та декомпенсації особистості [5] тощо. В той же час в доступних літературних джерелах нам не вдалося знайти робіт, пов'язаних з вивченням взаємозв'язку типів відношення до хвороби з акцентуаціями характеру і механізмами психологічних захистів, що і зумовило вибір теми даного дослідження.

Метою роботи було дослідити взаємозв'язок типів відношення до хвороби з акцентуаціями характеру і захисними механізмами у хворих на хронічний коліт в стадії ремісії.

Матеріал і методи дослідження. В дослідженні загалом взяли участь 80 хворих середнього віку (40-45 років) з діагнозом хронічний коліт в стадії ремісії з різним стажем захворювання. Вони склали 2 підгрупи за статевою ознакою (40 чоловіків і 40 жінок) та 2 підгрупи за тривалістю хвороби (ті, що хворіють менше 5 років, та ті, у яких тривалість захворювання більше 15 років).

Обробка даних: в методичному комплексі було використано опитувальник для визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда, методику для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби ЛОБІ; тест для діагностики механізмів психологічного захисту – опитувальник Плутчика Келлермана Конте «Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI)», а також методи математичної статистики: описовий аналіз, кореляційний аналіз за критерієм Пірсона та визначення значущості статистичних відмінностей між підгрупами за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Акцентуації характеру хворих на хронічний коліт. Аналіз акцентуацій характеру хворих на хронічний коліт показав, що 58% досліджуваних належать до змішаного типу, тобто їх особистості властива присутність декількох типів акцентуацій, у 27% хворих виявлено чистий тип акцентуації, тобто їх особистості притаманний тільки один виражений тип акцентуації, в той час як у 15 % досліджуваних взагалі не було виявлено явних акцентуацій. Звертає на себе увагу суттєве переважання у хворих на коліт емотивного типу акцентуацій (23%). Для таких пацієнтів характерні глибока чутливість, вразливість, чуйність, м'якість. Вони люблять природу, мистецтво, легко плачуть і від горя, і від радості. Душевні потрясіння, справляючи на таких людей хворобливо глибоке враження, можуть спричинити реактивну депресію. Людина емотивного складу не може відчувати безпричинних веселощів, щастя. Такі пацієнти надзвичайно вразливі, слізливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше, ніж інші люди.

Суттєво рідше виявляється застрячий і екзальтований (по 12%) типи акцентуацій, демонстративний (11%), гіпертимний (10%), збудливий і тривожний (по 8%), циклотимний (7%) типи. Найрідше в нашому дослідженні спостерігалися хворі з педантичним (5%) і дистимічним (4%) типами акцентуацій. Останнє говорить про те, що пацієнтам із хронічним колітом не властиві такі риси, як пригнічений настрій, фіксація на похмурих сторонах життя, ригідність, інертність психічних процесів, довге переживання травмуючих подій.

Аналіз проведених досліджень показав, що для пацієнтів, хворих на хронічний коліт, найбільш типовим є ейфоричний тип ставлення до хвороби (40%). Також досить часто спостерігаються такі дезадаптивні варіанти відношення до хвороби, як анозогнозичний (22,5%), паранойяльний і сенситивний (по 17,5%) та неврастенічний (15%). Помітно рідше зустрічаються ергопатичний (12,5%), обсесивно-фобічний, тривожний та егоцентричний типи (по 7,5%). У одного хворого встановлено гармонійний тип ВКХ. Іпохондричний, меланхолійний та апатичний типи ставлення до хвороби не виявлено у жодного з досліджуваних. Таким чином, як свідчать наведені результати, в нашому дослідженні тільки один хворий мав гармонійне, адекватне ставлення до свого захворювання – нормозогнозичну реакцію на хворобу. Спостерігалось суттєве переважання гіпнозогнозичних реакцій (ейфоричний, анозогнозичний, ергопатичний типи), коли хвороба не сприймається належним чином і, відповідно, лікуванню не приділяється належна увага. В межах цього блоку три можливих варіанти подібного ставлення до хвороби виявлялися з наступною частотою: ейфоричний тип (необґрунтовано підвищений настрій, зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування) – у 58,3%, анозогнозичний тип (активне відкидання думки про хворобу) – у 33,3% випадків та ергопатичний тип (підкреслене прагнення заперечувати вплив хвороби на життєвий уклад) – у 8,33 % випадків. Тобто, як виявилось, найбільш психологічно проблемним для хворих на хронічний коліт є виразне домінування ейфоричного типу внутрішньої картини хвороби, тобто варіанту, коли хворі відчувають необґрунтовано підвищений настрій, легковажне ставлення до хвороби та лікування, надію на те, що «все само якось обійдеться», бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу, що викликає легкість порушень режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо позначатися на перебігу хвороби. Тільки у 7% хворих на хронічний коліт не було проблем з соціальною адаптацією, викликаних особливостями їх внутрішньої картини хвороби. Переважна ж більшість рано чи пізно стикається з подібними

проблемами інтрапсихічної спрямованості (5%), інтерпсихічної спрямованості (15%) або їх поєднання (73%). Так, до блоку, що включає типи реагування переважно з інтрапсихічною спрямованістю відносять тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний типи ВКХ. Емоційно-афективна сфера відносин у хворих з цими типами реагування клінічно проявляється у дезадаптивній поведінці: реакціях за типом дратівливої слабкості, тривожному, пригніченому стані, «відходом» в хворобу, відмову від боротьби – «капітуляції» перед захворюванням і т. п. До наступного блоку входять типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю. Цей блок включає типи з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості хворих: сенситивний, ейфоричний, егоцентричний, паранойяльний та обсесивно-фобічний типи ВКХ. У цих випадках, реакції хворих характеризуються дезадаптивною поведінкою, що порушує міжособистісну взаємодію хворих з іншими людьми. Як видно з наведених результатів, цей блок переважає перший, хоча найбільш характерним варіантом є їх поєднання.

Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що пацієнти із хронічним колітом в стадії ремісії здебільшого використовували такі механізми психологічного захисту, як раціоналізація та проекція. Раціоналізація (виявлена у 75% хворих) – захисний механізм приховування суб'єктом від своєї свідомості (шляхом самовиправдання, вигадкування штучних виправдувальних причин) істинних мотивів, причин своїх дій, вчинків з метою забезпечення стану психічного комфорту, релаксації, збереження почуття власної гідності, цілісності свого «Я», запобігання небажаних психічних станів (почуття провини, сорому і т. п.). Ці пацієнти не хочуть слухати про результати аналізів, або не хочуть їм вірити. Вони використовують для позначення свого діагнозу слова, які не нагадують їм про хворобу, намагаються не помічати очевидних проявів захворювання. Механізм «проекція» (спостерігалася у 70% хворих), полягає в тому, що індивід приписує іншим свої неприйнятні бажання як раціональну основу для їх неприйняття і прийняття себе на цьому тлі. У таких хворих відзначаються наступні риси: зарозумілість, самолюбство, егоїзм, злопам'ятність, мстивість, вразливість, загострене відчуття несправедливості, ревнивість, нетерпимість до заперечень, песимізм, підвищена чутливість до зауважень, підозрілість. Найрідше хворими на хронічний коліт використовується такий захисний механізм як заміщення. Він був виявлений тільки у 7,5% пацієнтів. Це означає, що для хворих не характерно зняття напруги шляхом звернення гніву і агресії на більш слабкий живий чи неживий об'єкт або на самого себе.

Виявлені особливості взаємозв'язку між типами ставлення до хвороби і характерологічними особливостями хворих представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Кореляційні зв'язки між акцентуаціями характеру та ВКХ

Типи акцентуацій характеру		гіпернозогнозичні реакції				гіпнозогнозичні реакції		
		Паранойяльн.	Обсесивно-фоб.	Сенситив.	Егоцентр.	Ейфорич.	Анозогн.	Ергопат.
Гіпертимний	Кореляція Пірсона	,379*	-,240	-,119	-,184	,368*	,249	,405**
	Знач. (двостороння)	,016	,135	,466	,256	,019	,121	,010
	N	40	40	40	40	40	40	40
Дистимічний	Кореляція Пірсона	-,087	-,107	,138	,296	-,347*	,004	,106
	Знач. (двостороння)	,594	,510	,397	,063	,028	,982	,514
	N	40	40	40	40	40	40	40
Тривожний	Кореляція Пірсона		,330*	,332*	,207			
	Знач. (двостороння)		,038	,036	,199			
	N		40	40	40			
Збудливий	Кореляція Пірсона	-,236	,389*	,454**	,094	-,239	-,316*	-,091
	Знач. (двостороння)	,142	,013	,003	,566	,137	,047	,577
	N	40	40	40	40	40	40	40
Педантичний	Кореляція Пірсона		,131	,325*	,439**			
	Знач. (двостороння)		,421	,041	,005			
	N		40	40	40			
Демонстративн.	Кореляція Пірсона	,343*	,069	,023	-,139	,350*	,187	,192
	Знач. (двостороння)	,030	,672	,888	,391	,027	,248	,234
	N	40	40	40	40	40	40	40

Примітка. * Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння). ** Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).

Наведені дані свідчать про те, що ейфоричний тип ВКХ має два позитивні зв'язки: з акцентуаціями за гіпертимним ($r=0,368^*$) і демонстративним ($r=0,350^*$) типами, а також характеризується зворотнім зв'язком з дистимічним ($r=-0,347^*$) типом. Сенситивний тип ВКХ має

З значущих позитивних кореляцій: з тривожним ($r=0,332^*$), збудливим ($r=0,454^{**}$) і педантичним ($r=0,325^*$) типами акцентуацій. Для хворих з паранойяльним і обсесивно-фобічним типами ВКХ характерні позитивні кореляційні зв'язки з гіпертимічною ($r=0,379^*$) і демонстративною ($r=0,343^*$) акцентуаціями у першому випадку та з тривожною ($r=0,330^*$) і збудливою акцентуаціями ($r=0,389^*$) – у другому. Егоцентричний і ергопатичний типи ставлення до хвороби мають по одному прямому кореляційному зв'язку з педантичною ($r=0,439^{**}$) і з гіпертимічною акцентуаціями ($r=0,405^*$) відповідно. Анозогностичний тип має зворотний кореляційний зв'язок з збудливою акцентуацією ($r=-0,316^*$).

Таким чином, зважаючи на те, що акцентуації характеру мають 5 значущих кореляційних зв'язків з гіпнозогностичними типами ВКХ і 8 – з гіпернозогностичними, можна припускати, що гіпнозогностичні реакції в меншій мірі корелюють з акцентуаціями характеру, ніж гіпернозогностичні реакції. Результати дослідження представлені в таб. 2.

Таблиця 2

Взаємозв'язок між типами ВКХ та механізмами захисту

			Гармонійний	Сенситивний
Група механізмів психологічного захисту пов'язана з перетворенням (спотворенням) змісту думок, почуттів, поведінки хворого.	Проекція	Кореляція Пірсона	,402*	,362*
		Знач. (двостороння)	,010	,022
		N	40	40
	Заміщення	Кореляція Пірсона	,320*	,199
		Знач. (двостороння)	,044	,219
		N	40	40
Реактивні утворення	Кореляція Пірсона	,431**	,446**	
	Знач. (двостороння)	,005	,004	
	N	40	40	

Як видно з наведених даних, гармонійний тип ставлення до хвороби позитивно корелює з такими механізмами психологічного захисту, як проекція ($r=0,402^*$), заміщення ($r=0,320^*$) та реактивні утворення ($r=0,431^{**}$). Особливості гармонійного типу: твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість і без підстав бачити все в похмурому світлі, але й без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У випадку несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними хворому. Тому цілком закономірна і очікувана позитивна кореляційна зв'язок з даними видами психологічних захистів.

Сенситивний тип ставлення до хвороби також позитивно корелює з такими механізмами психологічних захистів як проекція ($r=0,362^*$) і реактивні утворення ($r=0,446^{**}$). Особливості типу ставлення до хвороби при використанні сенситивного типу: надмірні переживання щодо можливого несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати хворого, вважати його неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини і природу хвороби. Побоювання стати тягарем для близьких. Прямий взаємозв'язок з проекцією і реактивними утвореннями, з одного боку, може говорити про те, що неусвідомлювані і неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписується іншим людям. А з іншого – що особистість запобігає виразу неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів і вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень.

Тісний взаємозв'язок між ВКХ та механізмами психологічного захисту у хворих на коліт, виявлений в нашому дослідженні, добре узгоджується з висновком, зробленим В.Л. Федоровою [4] щодо взаємообумовленості цих психічних феноменів, хоч і з використанням іншого методичного комплексу. Разом з тим слід зауважити, що в дослідженні В.Л. Федорової показано суттєве переважання ергопатичного варіанту внутрішньої картини хвороби у досліджуваних, за якого для хворих є характерним активне прагнення компенсувати фруструючий вплив хвороби за рахунок «занурення в роботу», в діяльність задля збереження соціального статусу й попереднього рівня активності, не зважаючи на фізичні обмеження. В нашому ж дослідженні, як зазначалося вище, переважаючим був ейфоричний тип ВКХ. Ми припускаємо, що ця розбіжність може бути викликана певною різницею в контингенті досліджуваних (запальні хвороби кишківника загалом у дослідженнях В.Л. Федорової і тільки хронічний коліт у випадку нашого дослідження), стадією хвороби (загострення у дослідженнях В.Л. Федорової та ремісії – у нашому дослідженні), а також різницею в методах виявлення ВКХ (методика ТОБОЛ у дослідженнях В.Л. Федорової та ЛОБІ – у нашому дослідженні).

Аналіз результатів дослідження статевих відмінностей респондентів з хронічним колітом свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей за типами ставлення до захворювання і за механізмами психологічного захисту. У той же час між даними групами хворих виявлені відмінності за типами акцентуацій. Жінкам, на відміну від чоловіків, більшою мірою властиві ознаки емотивного, тривожного і демонстративного типів акцентуацій.

У пацієнтів з різною тривалістю хвороби існують значущі відмінності щодо рівня прояву педантичного типу акцентуації [1, 4, 5]. Для групи зі стажем менше 5 років, характерний менший рівень прояву цього типу у порівнянні з групою зі стажем захворювання понад 15 років [4]. Виявлено також суттєві відмінності щодо ВКХ у хворих з різною тривалістю хвороби: у пацієнтів зі стажем хвороби менше 5 років значуще рідше зустрічаються сенситивний та егоцентричний типи ВКХ, і, навпаки, значуще частіше спостерігається ейфоричний тип порівняно з пацієнтами, тривалість захворювання яких перевищує 15 років [5]. Виявлені також суттєві розбіжності між цими підгрупами, що стосуються механізмів психологічного захисту, які вони використовують. Так, пацієнти зі значною тривалістю захворювання більшою мірою використовують компенсаційний механізм психологічного захисту у порівнянні з пацієнтами, у яких захворювання триває не більше 5 років [2, 5].

Висновок

За результатами експериментального дослідження можна говорити про відмінні особливості розглянутих психологічних феноменів у пацієнтів з різною тривалістю захворювання. Чим довше триває захворювання, тим гостріше виявляються гіпернозогностичні реакції і тим слабше – гіпонозогностичні реакції, як типи емоційного ставлення до своєї хвороби в зіставленні з особливостями проявів хвороби. Прояв даних закономірностей характеризуються посиленням дезадаптивної поведінки, що порушує міжособистісну взаємодію хворих з іншими людьми по мірі збільшення тривалості захворювання. Також із збільшенням тривалості захворювання у пацієнтів загострюються педантичні риси характеру і такий механізм психологічного захисту як компенсація. Відмінні особливості у пацієнтів, що відрізняються за статевою ознакою виявлені тільки за акцентуаціями темпераменту і характеру. Жінкам більшою мірою характерні ознаки емотивного, тривожного і демонстративного типів акцентуацій, ніж чоловікам.

Перспективи подальших досліджень полягають у з'ясуванні вікових особливостей взаємозв'язку типів відношення до хвороби з акцентуацією характеру і захисними механізмами у хворих на хронічний коліт. Теоретичні положення та висновки емпіричного дослідження дають можливість використання результатів у роботі клінічного психолога з хворими на хронічний коліт для надання дієвої психологічної допомоги, соціально-психологічної реабілітації та повернення таких пацієнтів до активного повноцінного життя в сім'ї та суспільстві.

Список літератури

1. Esaulov V.I. O nekotorykh emotsionalno-lichnostnykh kharakteristikakh patsiyentov s sindromom razdrzhennogo kishechnika. European research. 2015. 6: 12-17. [inRussian]
2. Kozlova I.V., Myalina YU.M., Lekareva L.I., Badieva O.E., Tykhonova T.A. Psikhologicheskiye osobennosti patsiyentov s funktsionalnymi i vospalitelnyimi zabolevaniyami kishechnika. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2014. 1: 80-85. [inRussian]
3. Svyrydova T.V., Lazurenko S.B., Venher A.L., Komarova O.V., Potapov A.S., Buslayeva A.S. Issledovaniye psikhologicheskikh osobennostey detey i podrostkov s zabolevaniyami organov pishchevareniya. Vestnik RAMN. 2015. 5: 519-525. [inRussian]
4. Fedorova V.L. Psikhologicheskiye mekhanizmy formirovaniya vnutrenney kartiny bolezni i sovladayushchego so stressom povedeniya u bolnykh s vospalitelnyimi zabolevaniyami kishechnika [dissertatsiya]. SPb.; 2009. 23 s. [inRussian]
5. Chohey K.I. Psykholohichni Osoblyvosti u khvoroho na nespetsifichniy virazkoviy kolit. Naukoviy visnyk Uzhhorodskoho universytetu. 2011. 40: 190-194. [in Ukrainian]

Реферати

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ В СТАДИИ РЕМИССИИ

Мельничук М.М., Павленко В.М.

В статье проанализированы особенности акцентуаций характера больных хроническим колитом в стадии ремиссии, определены преобладающие типы их отношение к болезни и механизмы психологической защиты. В исследовании показано, что только 7% больных хроническим колитом не имеют проблем с социальной адаптацией, вызванных особенностями их внутренней картины болезни. Подавляющее же большинство рано или поздно сталкивается с подобными проблемами интрапсихической направленности (5%), интерпсихической направленности (15%) или их сочетания (73%). Установлены значимые связи между

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH CHRONIC COLITIS AT THE STAGE OF REMISSION

Melnichuk M.M., Pavlenko V.M.

The article analyzes the peculiarities character's accentuation of patients with chronic colitis in remission. The types of their attitude to the disease and mechanisms of psychological defense are identified. The study shows that only 7% of patients with chronic colitis do not have problems with social adaptation caused by features of their internal picture in the disease. The overwhelming majority sooner or later face similar problems of intrapsychic orientation (5%), interpsychic orientation (15%) or their combination (73%). Significant correlations between patients' accentuations of character, their internal picture of the disease, and

акцентуациями характера больных, их внутренней картиной болезни и механизмами психологической защиты. Выявлены особенности данных параметров в зависимости от половой принадлежности больных и стажа их заболевания. Выявлены также существенные различия по ВКБ у больных с различной продолжительностью болезни: у пациентов со стажем болезни менее 5 лет значимо реже встречаются сенситивный и эгоцентричный типы ВКБ, и, наоборот, значительно чаще наблюдается эйфорический тип по сравнению с пациентами, продолжительность заболевания которых превышает 15 лет.

Ключевые слова: акцентуация характера, механизм психологической защиты, внутренняя картина болезни, хронический колит.

Стаття надійшла 15.04.2019 р.

mechanisms of psychological defense are revealed. The peculiarities of these parameters depending on patients' gender and their experience of the disease are shown. Significant differences were also found for internal picture of the disease (IPD) in patients with different disease duration: patients who have been diseased less than 5 years were significantly less likely to have sensitive and self-centered IPD types, and, conversely, euphoric type was observed more frequently than in patients whose disease has lasted for over 15 years.

Key words: accentuation of character, mechanism of psychological defense, internal picture of the disease, chronic colitis in remission.

Рецензент Скрипніков А.М.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-4-70-122-127

UDC 616.132-002-008-036.82

R.V. Nesterak, M.B. Hasiuk

HSEE "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk
State Pedagogical University "Vasyl Stefanyk Precarpathian National University",
Ivano-Frankivsk

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF CARDIAC PATIENTS THROUGH OPTIMIZATION OF THE SELF-PERCEPTION OF HEALTH

e-mail: roxolana.nesterak@gmail.com

Clinical-psychological rehabilitation with the author's "Program of clinical and psychological rehabilitation of cardiologic patients by optimizing the self-perception of health" can be used to control the quality and effectiveness of rehabilitation of patients after acute coronary syndrome. It was established that the use of such an approach contributed to the change in objective and subjective data of patients, as well as to a healthy lifestyle. Along with this, the factors of improving the quality of rehabilitation are the use of complex medical therapy, close cooperation of a multidisciplinary team consisting of a cardiologist, a physician of physical and medical rehabilitation, a psychologist, a physical therapist and a patient.

Key words: acute coronary syndrome, percutaneous coronary intervention, rehabilitation, self-perception of health.

The present study is a fragment of the research project "Non-alcoholic fatty liver disease: influence on the course of cardiovascular diseases, optimization of treatment", state registration No. 0118U004756.

The development of modern medical science suggests that over the past three decades, there has been a general tendency in Europe to reduce mortality from ischemic disease, although it remains the most common cause of death worldwide. The leading method of treatment with STEMI is percutaneous coronary intervention (PCI), according to the Percutaneous Coronary Interventions Register data during the 2017, nearly 7500 PCI were performed in patients with acute myocardial infarction with ST segment elevation (STEMI) [2, 5]. Also, current research studies show that the reduction of mortality in STEMI is provided by both through reperfusion therapy, primary percutaneous coronary intervention (PCI) and the performance of secondary prevention [8]. Secondary prophylaxis, in particular rehabilitation and recovery period after STEMI, is an integral part of effective comprehensive treatment for patients with STEMI [8, 6]. An important task at the present stage of development of rehabilitation practice is to improve and unify the procedure for the rehabilitation of patients with coronary heart disease.

The rehabilitation involves the close collaboration of the patient with the interdisciplinary team providing of the rehabilitation process, respectively it is important to control the factor of the patient's attitude towards his/her health in general and the rehabilitation procedure in particular. The reflection of a person's attitude towards his/her health has become the phenomenon of the self-perception of health (SPH), whose main function is the regulation of the individual's activities in relation to his/her behavior in support of health and the response to the disease, and that this function should be realized, the SPH should be uncontroversial [1]. The definition of the structural components of the SPH allows performing the control of rehabilitation more qualitatively. Thus, *the sensitive component of the SPH* is interpreted as an image of a body that manifests itself in the extended or limited possibilities of possession of his/her own body. *The emotional component of the SPH* – is the usual way of experiencing their own life situations, as well as responsibility for their recovery, the ability to accept emotional support for the family. *The cognitive component of the SPH* is considered as an awareness of the patient's complexity of the disease, the role of the psychological factors in the development of the disease and the acceptance of the consistent patterns of