

Федоренко Раїса Петрівна,
к. психол. н., доцент кафедри
медичної психології та
психодіагностики Волинського
національного університету імені
Лесі Українки

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

В статті викладено результати досліджень, спрямованих на вивчення внутрішньої картини життєвого шляху і ставлення до хвороби пацієнтів із соматичними захворюваннями.

Ключові слова: *психосоматичні захворювання, внутрішня картина, життєвий шлях, витіснення, тривожність, ретроспекція, антиципація.*

В статье предлагаются результаты исследований, направленных на изучение внутренней картины жизненного пути и отношения к болезни пациентов из соматическими заболеваниями.

Ключевые слова: *психосоматические заболевания, внутренняя картина, жизненный путь, вытеснение, тревожность, ретроспекция, антиципация.*

Psychological analysis of the inherent picture of the path of life and the attitude to the disease of the patients with somatic disorders are presented in the article.

Key words: *psychosomatic disorders, inherent picture, path of life, displacement, anxiety, retrospection, anticipation.*

Суспільство, зорієнтоване на демократично-гуманістичні та національні цінності, розвиток творчого потенціалу особистості, потребує інформації про процес її життєдіяльності, де психічне здоров'я є необхідною умовою успішного перебігу цього процесу. Проблема психічного здоров'я вивчається на стику багатьох наук: філософії, релігії, психології, соціології, медицини та валеології. Незважаючи на свою життєву актуальність, у психологічній літературі зазначена проблема представлена досить неоднозначно. Так, у

психоаналізі досліджується проблема психічного здоров'я через вивчення механізмів психічних порушень: порушення психічного здоров'я як наслідок внутрішньоособистісного конфлікту (З.Фрейд 1990), індивідуальної соціалізації (А. Адлер, 1997; К. Хорні, 1997; Е. Фромм, 1995), дезінтегрованості особистості (К.Юнг, 1994, 1998).

В рамках концепції «позитивного психологічного здоров'я» (К. Голдштейна, А. Маслоу, (1997); Р. Мея, (2001) Г.Олпорта, (2007) К. Роджерса, (1999) В. Франкла (1990)) – здорове функціонування особистості розглядається як позитивний процес, що має самостійну цінність. Він описується через поняття «самореалізація», «самоактуалізація», «повноцінне людське функціонування», «устремління до смислу». У багатьох роботах проблема психічного здоров'я розглядається через аналіз поняття «норми» і «патології», об'єднуючи основні положення психоаналізу та гуманістичної психології (Л. Балабанова, 1998, 1999; Б.Братусь, 2003; Т. Вісковатова, 1996; В. Гавенко, 2003)[3].

Разом з тим, бракує розробок щодо психокорекційного та психотерапевтичного впливу на осіб з хронічними соматичними захворюваннями (В.Кришталь, Б. Михайлов, Н. Марута, Л. Шестопалова).

З огляду на те, що в Україні не була розвинута та досліджена належним чином соматопсихологія, кожна окрема особистість опинилась сам-на-сам зі своїми проблемами, не знаючи наслідків та системи допомоги при переживанні негативних емоцій. На сьогоднішній день ситуація змінилась: з'явилися нові дослідження з проблем соматичної психології, населення отримало доступ до зарубіжних досліджень і, що найголовніше, має змогу звернутися за допомогою до спеціалістів у складних ситуаціях.

Соматичне захворювання належить до тих факторів, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури її самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У новій для пацієнта життєвій ситуації на основі

сукупності відчуттів, уявлень та переживань, пов'язаних із фізичним станом, людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе в цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби. При цьому мають важливе значення як об'єктивні умови життя хворого (соціальні умови, об'єктивна тяжкість захворювання, його об'єктивний прогноз, ступінь життєвої загрози, тощо), суб'єктивний контекст (увесь комплекс реморбідних особливостей особистості, ятрогенні реакції), так і сукупність ситуаційних особливостей, куди належить і вся ситуація лікування [5].

Багато питань з психології хворого залишаються актуальними в даний час. В останні роки опубліковано багато праць, які висвітлюють ті чи інші грані даної проблеми, та спеціальних узагальнюючих досліджень в доступній літературі є досить мало.

Суттєвий внесок у вивчення психосоматичних захворювань внесли К.І.Головаха, О.О.Кронік, Б.П.Кушелевський, Г.Ф.Ланг, К.Левін, Н.А.Логінова, А.Л.Мясніков, М.Фредерік, К.Юнг, С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко, О. Коржова [2,4].

Психологія хворого розуміється нами як суб'єктивне відображення хвороби, її інтрапсихічне перетворення, уявлення про неї та пов'язані з цим переживання і відношення до хвороби. Іншими словами, це оцінка хворим свого соматичного страждання, відношення до нього, до сім'ї, до друзів, суспільно-трудової діяльності, зовнішнього середовища.

Вивчення явищ та процесів, в полі зору яких будуть хворий, хвороба та ситуація, обумовлена нею, відбувалось шляхом аналізу життєвого шляху особистості, що хворіє, та її ставлення до хвороби.

У контексті нашого дослідження важливим було вивчення внутрішньої картини життєвого шляху пацієнтів із різними психосоматичними захворюваннями. Ми передбачали, що внутрішня картина життєвого шляху пацієнтів із розладами серцево-судинної системи та хворих на цукровий діабет мають певні відмінності, які зумовлені ставленням до хвороби, гендерними та

віковими відмінностями.

Емпіричне дослідження проводилося на базі Волинської обласної клінічної лікарні. Вибіркова сукупність становила 80 осіб, віком від 24 до 60 років. I групу ($n_1=40$) склали кардіохворі, II групу ($n_2=40$) – пацієнти із захворюванням на цукровий діабет.

Аналізуючи ставлення обстежуваних до майбутніх перспектив життя, встановлено, що обстежувані як першої, так і другої груп хвилюються за своє майбутнє. Серед причин хвилювання домінують: власні переживання через хворобу; необхідність операції, страх за майбутнє дітей, проблеми в сім'ї. При цьому, кардіохворі більш тривожно ставляться до майбутнього (72%), у хворих на цукровий діабет переважає оптимістичний показник.

У ході дослідження виявлені відмінності щодо ставлення хворих до їжі. У 54,2% випадках кардіохворі не страждають розладами апетиту і лише 12,4% їжа не приносить ніякого задоволення. Інша картина спостерігається у осіб із захворюванням на цукровий діабет: 44,3% хворих мають поганий апетит і лише 8,3% цієї групи мають добрий апетит. На нашу думку, такі результати можуть свідчити про те, що хворі на цукровий діабет постійно слідкують за дієтою, уникаючи загострення хвороби.

Для вивчення ставлення обстежуваних до хвороби, лікування, лікарів, оточуючих та ін. було проведено "Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту" (ЛОБІ). Результати засвідчили, що у більшості випадків (45,4%) як у першій, так і у другій групах з початком захворювання пацієнти мали погане самопочуття, 15,4% - задовільне. Встановлено що більшість обстежуваних (42,1%) через хворобу мають поганий настрій, 18,2% характеризують свій настрій як тривожний.

Як показало дослідження, більшість обстежуваних (38,9%) готові до будь-якого лікування, стараються перебороти хворобу і працювати як раніше, і лише незначну кількість хворих (11,1%) хвороба лякає.

Важливим для нашого дослідження було ставлення хворих до рідних і

близьких. У більшості випадків (42,1%) вони намагаються не завдавати їм турбот, при цьому 9,4% вважають, що їх захворювання завдає клопоту рідним.

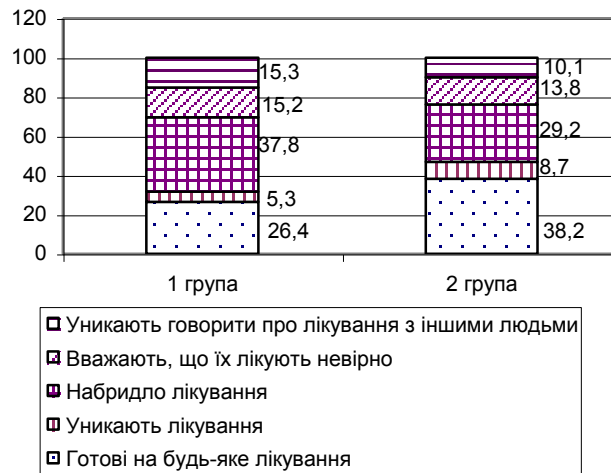
Аналізуючи ставлення хворих до роботи, встановлено, що незадоволеність роботою або втомлюваність загострює проблему із здоров'ям. 32,2% з них на роботі забувають про хворобу, 12,7% не можуть зосередитись на роботі через хворобу.

В результаті співставлення даних було визначено типологію обстежуваних у ставленні до хвороби. Більшість хворих обох груп (43,2%) відносяться до анозогностичного типу. Вони активно відкидають думки про хворобу, заперечують прояви хвороби. 3,2% обстежуваних належать до меланхолійного типу. Вони не вірять у виздоровлення, відрізняються пригніченістю, депресією.

У ставленні до хвороби (26,5%) кардіохворих намагаються перебороти хворобу, 10,2% хвороба лякає. У осіб із захворюванням на цукровий діабет ці показники відрізняються: 38,2% з них вважають, що лікарі перебільшують важкість хвороби і лише 9,3% постійно думають про ускладнення.

Дослідження передбачало також виявлення ставлення хворих до лікування. Результати засвідчують, що більшість обстежуваних кардіохворих (37,8%) відмічали, що їм набридло лікування, 15,3% хворих уникають спілкування з іншими людьми на тему лікування. Із хворих на цукровий діабет 38,2% готові на будь-яке лікування, а 8,7% - навпаки лікування уникають.

Ставлення обстежуваних до лікування (I - II група), %



Актуальним питанням дослідження було також визначення ставлення хворих до рідних і близьких людей. Результати показали, що більшість кардіохворих (38,3%) намагались не завдавати турбот своїм близьким та рідним, а 8,2% вважають себе тягарем для близьких. Інша картина спостерігається у хворих на цукровий діабет. 45,2% засвідчили, що рідні байдуже ставляться до їх хвороби, 8,2% через хворобу втратили інтерес до рідних. У більшості випадків кардіохворі турбуються за майбутнє своїх близьких, дітей, їх непокоїть, що не можуть достатньо їм допомагати.

Оскільки робота чи навчання відіграють визначальну роль у життєвому шляху хворих, а напружений робочий ритм чи незадоволеність роботою можуть загострювати проблему із здоров'ям, ми з'ясували відмінності у ставленні до роботи обстежуваними. У більшості випадків кардіохворі на роботі стараються забути про хворобу (23,2%) і, лише 8,2% відповіли, що із-за хвороби їм не до роботи. Більшість хворих II групи (41,2%) вважають, що хвороба зробила їх непосидючими і 11,2% докладають зусиль, щоб на роботі не знали про їхню хворобу.

У 41,1% випадків кардіохворі вважають, що хвороба не заважає їм мати друзів, а бажання побути наодинці залежить від настрою, 15,3% - уникають

самотності, щоб не думати про хворобу. 37,8% хворих II групи також відповіли, що уникають самотності, щоб не думати про хворобу, і лише 6,8% засвідчили, що коли лишаються насамоті, швидше заспокоюються. Отже, можна стверджувати, що, не зважаючи на свою хворобу, більшість хворих не бажають втрачати соціальних зв'язків з оточуючими.

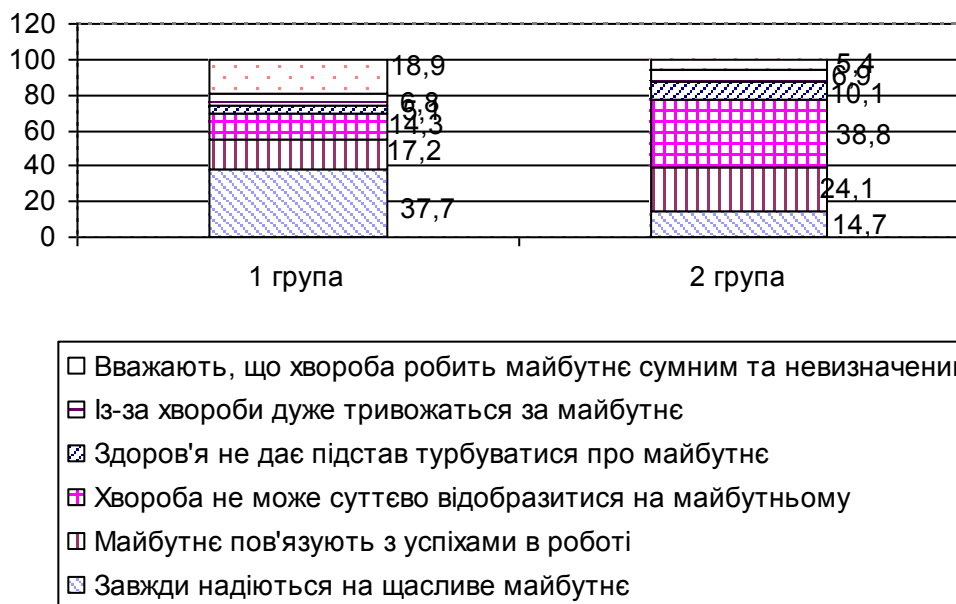
Порівнюючи показники, за шкалою ставлення до самотності, виявлена тенденція кардіохворих (41,1%) лишитися наодинці лише при відповідному настрої, а 7,2% вважають, що хвороба прирікає їх на самотність.

У хворих на цукровий діабет виявлена тенденція до уникання самотності, щоб не думати про хворобу (37,8%) і лише 10,2% вважають, що хвороба прирікає їх на самотність.

Аналізуючи ставлення хворих I і II груп до майбутнього, встановлено, що більшість кардіохворих (37,7%) завжди надіються на щасливе майбутнє, а 18,9% вважають, що хвороба робить їхнє майбутнє сумним і невизначеним.

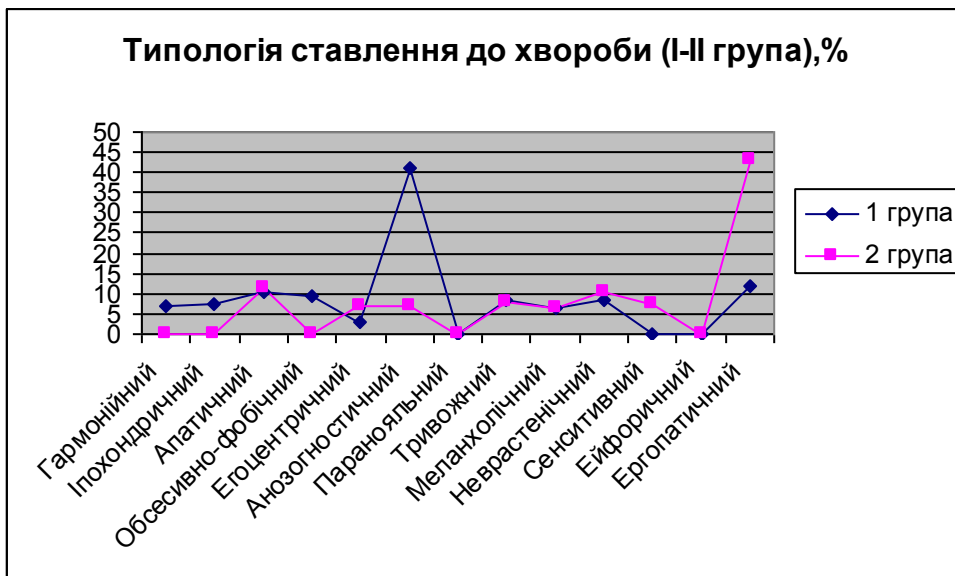
Хворі на цукровий діабет (38,8%) рахують, що хвороба суттєво не відобразиться на їх здоров'ї в майбутньому, а 5,4% обстежуваних вважають, що хвороба робить їхнє майбутнє сумним і невизначеним.

Ставлення до майбутнього (I - II група), %



Здійснивши порівняльний аналіз визначених типологій хворих в I і II групах, можемо стверджувати, що серед кардіохворих переважає анозогностичний тип (41,2%), тобто хворі активно відкидають думки про хворобу та її можливі наслідки, заперечують прояви хвороби. 6,5% хворих цієї групи належать до меланхолічного типу. Вони не вірять у выздоровлення, характеризуються пригніченістю настрою, депресією, песимістичними поглядами на життя.

У хворих на цукровий діабет переважає ергопатичний тип (43,2%). Такі хворі сублімують від хвороби в роботу, працюють ще активніше, ніж до хвороби, роботі віддають весь час. І найменша кількість респондентів (6,6%) відноситься до меланхолійного типу.



У ході дослідження виявлені гендерні відмінності у ставленні до хвороби у обстежуваних обох груп.

Так, у жінок переважав тривожний настрій, найменші дрібниці їх дратували, в той час у чоловіків домінувало роздратування, нетерплячість. Більшість жінок хвороба лякала і вони були готові до будь-якого лікування. Чоловіки уникали лікування і вважали, що їх лікують невірно.

Виявлено відмінності у показниках ставлення до рідних у жінок і чоловіків. Жінки виявляли більшу залежність і увагу від близьких, тоді як чоловіки втрачали інтерес до рідних, вважали, що їм недостатньо співчують.

Доведено також і вікові відмінності у показниках. Хворі віком від 50 до 60 років були більш тривожними і невпевненими в успіху лікування.

Отже, проведене нами дослідження свідчить про негативний вплив хвороби на повноцінне функціонування особистості, зміну життєвого шляху та залежність життєвих перспектив від ставлення особистості до хвороби.

Ставлення пацієнтів до характеру свого захворювання, формування у них адекватної моделі очікуваних результатів лікування мають велике значення для прогнозу захворювання і рівня десоціалізації.

Реакція особистості на хворобу залежить від гостроти і темпу розвитку захворювання, характеру лікування, особистості хворого, ставлення до хвороби родичів, психотерапевтичної обстановки.

Життєвий шлях хворого в більшості визначається віковими, гендерними, особистісними характеристиками та терміном захворювання.

Як показало наше дослідження, у хворих на цукровий діабет у ставленні до хвороби переважає ергопатичний тип (занурення в роботу, витіснення думок про хворобу та ін.), у більшості кардіохворих переважаючим типом є анозогнозичний. Ці люди відкидають думку про хворобу, про можливі наслідки. Прояви хвороби приписують випадковим обставинам. Дана внутрішня картина хвороби відображає захисно-приспосувальні та компенсаторні механізми особистості. Тобто, іде включення компенсаторних механізмів, що сприяє опору хворобі. Знання типу ставлення пацієнта до хвороби дає можливість адекватно підібрати психокорекційні заходи.

Наше припущення щодо того, що внутрішня картина життєвого шляху пацієнтів із розладами серцево-судинної системи та хворих на цукровий діабет мають певні відмінності, зумовлені ставленням до хвороби, гендерними та віковими відмінностями, підтвердилось.

Список використаної літератури

1. Ващенко Л.Ю. Причины соматических расстройств// Практична психологія та соціальна робота. – 1998. - №2. – 23 с
2. Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь .- Томск: Сиб. мед ун., 1995 – 356 с
3. Ковалев В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней \ под ред В.В. Ковалева. – М.: Наука, 1982. – С.76-98.
4. Коржова Е. Ю. Человек болеющий: Личность и социальная адаптация: Монография. Санкт-Петербург: ААН. 1994. – 190 с
5. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навчальний посібник. – К., 2007. – 115 с