

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ВЕНЕРИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Наукові праці МАУП, 2008, вип. 1(17), с. 225–229

Проведено теоретичний аналіз проблеми впливу соматичної патології на психіку хворої людини. Визначено її ставлення до свого захворювання і типи психологічного реагування на захворювання, а також поведінку осіб, які страждають на венеричні захворювання, що належать до неспецифічної соматичної патології.

Вплив соматичного стану на психіку людини може бути як патогенним, так і саногенним. Що стосується останнього аспекту, то лікарям добре відомо, що з кожним днем при одужанні від важкого соматичного недугу відбувається і поліпшення психічного стану хворого: покращується настрій, з'являються бадьорість і оптимізм.

Вважається, що визначити ступінь фізичного здоров'я людини достатньо просто — здорова людина задоволена функціонуванням свого організму. Цей ступінь здоров'я достовірно встановлює медицина, використовуючи відповідні методики огляду, лабораторні дослідження. Складніше оцінити психічний стан людини, знайти критерії психічного і соціального благополуччя людини. Зокрема, одним із центральних у психології здоров'я є поняття про норму психічного розвитку, яке визначає відповідність біологічного і психологічного віку людини.

Проведемо теоретико-методологічний аналіз проблеми впливу соматичної патології на психіку хворої людини, визначимо її ставлення до свого захворювання і типи психологічного реагування.

Отже, психолог і лікар, які працюють з показниками здоров'я людини, повинні виходити з того, що у будь-якої людини на рівні життєвої психології є свої уявлення про нормальність людини в якийсь конкретний період її життя. У цьому розумінні побутове уявлення людини про вік, про особливості віку — відчуття, дії, ставлення до події тим конкретним матеріалом, який визначає зміст внутрішньої картини здоров'я [1, 14–17].

При оцінюванні психології здоров'я важливо розрізнити поняття “стан здоров'я” і “самопочуття”. Стан здоров'я — це справжній стан організму людини за даними лікарняного огляду. Водночас самопочуття є суб'єктивною оцінкою, а тому не є показником об'єктивного стану здоров'я.

Критерії психічного здоров'я базуються на поняттях “адаптація”, “соціалізація” і “індивідуалізація”.

У поняття “адаптація” входять здатність людини свідомо ставитись до функцій свого організму (травлення, виділення та ін.), а також здатність регулювати свої психічні процеси (керувати своїми думками, почуттями, бажаннями). Межі індивідуальної адаптації існують, але адаптована людина може жити у звичних для неї геосоціальних умовах.

“Соціалізація” визначається за трьома критеріями, пов'язаними зі здоров'ям людини: 1) здатність людини реагувати на іншу людину як на рівну собі (“інший такий же живий, як і Я”); 2) реакція на існування певних норм у стосунках з іншими і як прагнення наслідувати їм; 3) відчуття людини своєї відносної залежності від інших людей. Існує для кожної людини необхідна міра самотності, якщо ж людина цю міру переступає, то почувається погано. Міра самотності — це своєрідна співвідносність необхідності в незалежності, показник усамітнення від інших і свого місця серед свого оточення.

“Індивідуалізація” дає змогу описувати ставлення людини до самої себе. Людина сама формує

у психічному житті свої якості, вона усвідомлює власну неповторність як цінність і не дозволяє руйнувати її іншим людям. Здатність визнавати і зберігати індивідуальність в собі та в інших — один із найважливіших параметрів психічного здоров'я.

Можливості адаптації, соціалізації та індивідуалізації має кожна людина, ступінь їх реалізації залежить від соціальної ситуації її розвитку, ідеалів нормативної людини певного суспільства в конкретний момент. Внутрішня картина здоров'я пов'язана ще й з тим, що кожна людина потенційно може поглянути на своє життя з боку та оцінити його (рефлексія).

Суттєвою особливістю рефлексійних переживань є те, що вони виникають всупереч волі та індивідуальних зусиль людини. Вони є передумовами духовного життя людини, в якому, на відміну від психічного життя, життя переживається як цінність. Переживання, які пов'язані зв'язком з іншими людьми, відповідність конкретному ідеалу людини і складають зміст внутрішньої картини здоров'я як трансцендентального цілісного уявлення про життя.

Суб'єктивно-психологічний бік будь-якого захворювання найчастіше визначають поняттям “внутрішня картина хвороби”. Це поняття виникає у хворого як цілісний образ свого захворювання, за висловом Р. А. Лурія. Порівняно з подібними термінами медичної психології (“переживання хвороби”, “свідомість хвороби”, “ставлення до хвороби” та ін.) термін “внутрішня картина хвороби” є найбільш загальним та інтегративним.

Первісне уявлення про структуру “внутрішня картина хвороби”, що включає два рівні (сенситивний та інтелектуальний), надалі було диференційовано шляхом виокремлення чотирьох рівнів:

- 1) почуттєвий — комплекс хворобливих відчуттів;
- 2) емоційний — переживання захворювання та його наслідків;
- 3) інтелектуальний — знання про хворобу та її реальна оцінка;
- 4) мотиваційний — формування певного ставлення до захворювання, зміна способу життя та актуалізація діяльності, спрямованої на видужування.

“Внутрішня картина хвороби” звичайно є цілісним, нерозчленованим утворенням. На її формування впливають різні фактори: характер захворювання, його гострота і темп розвитку, особливості поведінки особи в період перед хворобою. Для дослідження “внутрішньої картини

хвороби” використовуються метод клінічної бесіди, опитувальники, анкети, інтерв'ю.

Психологи і психіатри виокремлюють тринадцять типів психологічного реагування на захворювання. Типологія реагування на захворювання створена А. Є. Личко і Н. Я. Івановим на підставі оцінки впливу трьох факторів: природи соматичного захворювання, типу особистості, в якому важливою складовою є тип акцентуації характеру, і ставлення до цього захворювання в референтній для хворого групі. Типи об'єднані за блоками. Перший блок охоплює типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація суттєво не порушується: гармонійний, ергопатичний та анозогностичний типи. У другий і третій блок входять типи реагування на хворобу, які характеризуються психічною дезадаптацією у зв'язку із захворюванням.

При цьому другий блок містить типи реагування переважно з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний). Емоційно-афективна сфера відношень у хворих з цими типами реагування клінічно виявляється у дезадаптивній поведінці: у реакціях роздратування, тривожному, пригніченому стані, у концентрації уваги тільки на хворобі, відмові від боротьби — “капітуляції” перед захворюванням.

У третій блок входять типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю. Це типи з таким сенсibiлізованим ставленням до хвороби, яке здебільше залежить від преморбідних особливостей особистості хворих: сенситивний, егоцентричний, паранояльний і дисфоричний. Хворі з цими типами ставлення до захворювання при різних емоційно-афективних реакціях на хворобу також характеризуються дезадаптивною поведінкою, внаслідок якої порушується соціальне функціонування [5, 67–69].

1. Гармонійний тип — характеризується тверезою оцінкою свого стану, активним сприйняттям успішному лікуванню, небажанням обтяжувати інших своєю хворобою, переключенням інтересів на доступні для хворого сфери життя при несприятливому перебігу хвороби.

2. Ергопатичний тип — вирізняється вираженим прагненням продовжувати роботу будь-що-будь, може бути описаний як “занурення від хвороби у роботу”.

3. Анозогностичний тип — характеризується активним відкиданням думки про хворобу та її наслідки, зневажливим ставленням до хвороби, небажанням лікуватися.

4. Тривожний тип — безперервне занепокоєння і замисленість щодо несприятливого перебігу захворювання, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук додаткової інформації про хворобу і нових методів її лікування.

Цей тип психічного реагування на захворювання є одним із типових. Він базується на побоюванні, що через захворювання може змінитись повсякденний ритм життя. Тривога проєцирується в майбутнє і викликана часто побоюваннями, що хвороба надовго і суттєво змінить звичний перебіг життя. Проявом тривоги може бути підвищений інтерес до медичної літератури, прискіпливість до медичного персоналу та ін.

5. Іпохондричний тип — характеризується зосередженістю людини на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням розповідати про них оточуючим її людям.

6. Неврастенічний тип — характеризується дратівливістю, особливо при хворобливих відчуттях, нетерплячістю.

7. Меланхолічний тип — вирізняється песимістичним ставленням до хвороби, невірою у видужання. Часті депресивні висловлювання, що межують навіть із суїцидальними думками. Песимістичне сприйняття всього навколишнього світу.

8. Апатичний тип — вирізняється байдужістю до себе і перебігу хвороби, втратою інтересу до життя.

9. Сенситивний тип — характеризується занепокоєнням особи щодо недоброчливого ставлення до неї оточуючих її людей через хворобу, страхом стати тягарем.

10. Егоцентричний тип — характеризується вимогами особи виняткової турботи про неї, виставлянням напоказ страждань з метою безроздільного заволодіння увагою оточуючих людей.

11. Паранояльний тип — характеризується крайньою підозрілістю до лік і процедур, обвинуваченнями оточуючих людей у можливих побічних діях лік.

12. Ейфоричний тип — вирізняється безпідставно піднесеним настроєм, зневаженням, легковажним ставленням до хвороби і лікування. Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Подібний тип реагування може носити захисний характер або віддзеркалювати характерологічні особливості.

13. Обсесивно-фобічний тип — характеризується домінуванням нав'язливих думок, побоювань, особливо ритуалів. Тривожна замисленість

передусім через побоювання нереальних, малоімовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, через можливі проблеми, на роботі, в сім'ї у зв'язку з хворобою. Захистом від тривоги стають прикмети і ритуали [5, 198–201].

Особистісні реакції на хворобу можна розглядати як різні види психологічних захистів.

При психосоматичних захворюваннях найбільш частою формою психологічного захисту є ейфорично-анозогностична поведінка, що характеризується запереченням вагомості хвороби, неуважністю до свого стану, істеричним поведінням, характерним для егоцентризму.

Когнітивний аспект “внутрішньої картини хвороби” характеризується поняттям особистісного значення хвороби, що є одним з компонентів психосоціальної реакції на захворювання поряд з емоційною реакцією і способом адаптації до хвороби. Існують різні класифікації особистісних значень хвороби. Наведемо одну з найбільш розроблених типологій, відповідно до якої хвороба може сприйматися як:

- 1) перешкода, що повинна бути подолана (наприклад, втрата роботи);
- 2) “ворог”, що загрожує цілісності особистості;
- 3) покарання за минулі гріхи;
- 4) прояв уродженої слабкості організму;
- 5) полегшення (хвороба дає змогу позбавитись від соціальних вимог, відповідальності, наприклад, звільняє юнака від військового обов'язку);
- 6) стратегія пристосування до вимог життя (наприклад, використання хвороби для одержання грошової компенсації);
- 7) неповернута втрата, збиток (наприклад, підліток, хворий на діабет, може вважати все життя зіпсованим);
- 8) позитивна цінність, що допомагає особистості знайти більш піднесений сенс життя чи краще зрозуміти мистецтво.

Ці типи значень хвороби можна об'єднати в основні чотири групи: виклик (загроза), втрата, полегшення, покарання.

У вітчизняній психології становлення суб'єктивного ставлення до хвороби розглядається як об'єктивний пізнавальний процес, що проходить у кілька етапів (і водночас має кілька компонентів): сенсологічний, оціночний та етап формування ставлення до хвороби. При цьому адекватний тип реагування, що називається “соматозогнозія”, відрізняється від патологічного [5].

У психологічному плані “внутрішня картина хвороби” може розглядатись як елемент самосвідомості, сформований у результаті самопізнання. Її можна розглядати також як складний комплекс уявлень, переживань, ідей, що своєрідно віддзеркалюють у психіці хворої людини патологічні зміни процесів життєдіяльності організму і пов’язані з ними умови існування особистості, зумовлені патологією.

М. М. Кабановим зі співавторами було здійснено дослідження теоретичного моделювання “внутрішньої картини хвороби”. В основу моделі автори поклали поняття про церебральне інформаційне поле хвороби, тобто інформації, що зберігається у довгостроковій пам’яті, про прояви хвороби. Його матеріальним субстратом є матриці довгострокової пам’яті, що асоціюються у функціональні комплекси, а останні є основою уявлень особистості про свою хворобу. Ці матриці та їх комплекси можуть впливати на роботу мозку, а отже, і на психіку [1].

Велику роль у формуванні “внутрішньої картини хвороби” грає тип емоційного ставлення хворого до своєї хвороби, її проявів, прогнозу та ін. Існують різні типи подібних ставлень.

Гіпнозогностичний тип — хворі ігнорують свою хворобу, легковажно ставляться до лікування.

Гіпернозогностичний тип — у хворого наявне перебільшено яскраве емоційне забарвлення переживань, пов’язаних із хворобою, при цьому формується занижена модель очікуваних результатів лікування.

Прагматичний тип — хворий по-діловому контактує з лікарями, прагне мати реальну оцінку своєї хвороби, прогнозує розвиток лікування, приділяє увагу оптимальній організації лікувальних і профілактичних заходів.

В основі формування нозогностичних емоційних відносин лежать певні особливості структури особистості, сформовані насамперед вихованням. Психологічні критерії мають велике значення для диференціювання поведінки, зумовленої типом нозогностичних відношень.

Слід враховувати двояке (абівалентне) ставлення хворого до свого захворювання. Традиційне розуміння хвороби пов’язують з негативним її боком. Однак спостереження психологів свідчать, що є також позитивний бік захворювання. Завдання лікаря — відшукати позитивний бік хвороби і донести цей позитив до хворого. Це часто допомагає налагодити потрібний психотерапевтичний контакт і підбадьорює хворого [3].

У переживаннях і ставленні людини до своєї хвороби в динаміці можна спостерігати наступні етапи:

1. Передмедичний етап — триває до початку спілкування з лікарем, коли з’являються перші ознаки хвороби і хвора людина має вирішити питання про звернення по медичну допомогу.

2. Етап ломки життєвого стереотипу — перехід у таку стадію захворювання, коли хвора людина ізольована від роботи, а часто і від сім’ї при госпіталізації. У неї немає впевненості в характері і прогнозі свого захворювання, її гнітять сумніви і тривоги.

3. Етап адаптації до хвороби, коли знижується почуття напруженості і безнадійності, оскільки гострі симптоми хвороби поступово зменшуються і хворий пристосувався до факту захворювання.

4. Етап “капітуляції” — хвора людина примиряється з долею, не застосовує активних зусиль до пошуку “нових” методів лікування, вважає обмеженими можливості медицини щодо її повного видужання. Вона стає до всього байдужою, пригніченою.

5. Етап формування компенсаторних механізмів пристосування до життя, установки на отримання якихось матеріальних або інших вигод від хвороби (рентні установки).

Загальні принципи вибору хворою людиною тих чи інших типів реагування на захворювання, закономірності формування типу ставлення до хвороби поєднуються в клініці зі специфічними особливостями психічного стану хворих. Можна говорити про вплив самої хвороби на характер реагування на її появу, перебіг, успішність лікування і наслідки. При цьому типовість реакції на захворювання залежить від параметрів хвороби такою ж мірою, як і від індивідуально-психологічних особливостей людини.

Кожна хвороба характеризується набором специфічних особливостей, які торкаються значущих для пацієнта (реального чи потенційного) сфер життєдіяльності. Виокремлюють наступні параметри, на підставі яких оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне ставлення до неї [5]:

- 1) вірогідність смерті;
- 2) вірогідність інвалідизації та хроніфікації;
- 3) больова характеристика хвороби;
- 4) необхідність радикального чи паліативного лікування;
- 5) вплив хвороби на можливість підтримувати попередній рівень спілкування;
- 6) соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворих у мікросоціумі;

7) вплив хвороби на сімейну і сексуальну сфери;

8) вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

Взаємозв'язок психічної та сечостатевої сфер у нормі і при патології є загально визнаним як на рівні загальної медичної концепції, так і з позицій приватного ставлення до наявності захворювання (клінічного, анатомо- та нейрофізіологічного, психодинамічного, психосоматичного та ін.) [2].

Отже, в соматичній клініці (шкірвендиспансер є її окремим випадком) психотерапевтична допомога хворому дає змогу коригувати вторинні порушення значущих ставлень особистості до хвороби, створити у хворої людини помітно більш реалістичну установку на лікувальний процес в цілому, на збереження або створення сімейно-соціальних зв'язків і взаємостосунків на прийнятному для хворого рівні. Своєчасне застосування навіть найпростіших психологічних методів коригування невірних установок хворого зазвичай запобігає розвитку дистресів, сприяє поліпшенню загального стану, покращує ефективність заходів щодо профілактики рецидивів патології.

Викладене дає підстави враховувати особливості особистісного реагування в ході лікувально-реабілітаційного процесу різноманітних категорій соматичних хворих, у тому числі тих, хто страждає на венеричні захворювання [4, 82–86].



Література

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. — М.: ЭКСМО, 2002. — 640 с.
2. Васильев Т. В., Чистякова И. А. Новые данные о заболеваниях, передаваемых половым путем // Вестн. дерматологии и венерологии. — 1981. — № 5. — С. 21.
3. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с.
4. Федоренко О. Є. Деякі особливості структури психологічного реагування осіб із специфічним соматичним ураженням статевої сфери // Шостий з'їзд дермато-венерологів України: Тези доп. — Х., 1992. — С. 82–86.
5. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага: Авиценум, 1983. — 587 с.

Лікар-венеролог повинен не тільки правильно мікроскопічно і клінічно діагностувати і медикаментозно лікувати хворобу, а й враховувати при цьому соціально-психологічний стан хворого.

Врач-венеролог должен не только правильно микроскопически и клинически диагностировать и медикаментозно лечить болезнь, но и учитывать при этом социально-психологическое состояние больного.

And from here it becomes obvious that doctor — a venereologist must not only correctly microscopically and clinically to diagnose and medicinal treat illness, but also certainly correctly socially-psychologically to “walk” up to the patient.

Надійшла 25 жовтня 2007 р.