

ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ХВОРИХ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Одним з найбільш важливих напрямів спільної діяльності психологів, психотерапевтів, лікарів є діагностика внутрішньої картини хвороби (ВКХ), яка допомагає виявити особливості психічного стану при різних соматичних захворюваннях; скорегувати тип ставлення до хвороби і в цілому прискорити процес одужання. При цьому гостро постає питання вивчення індивідуальних особливостей реагування хворих на соматичне захворювання.

Аналіз досліджень і публікацій щодо вивчення психологічних моментів феномену внутрішньої картини хвороби (Ю.М. Губачев, Є.М. Стабровський, Р.А. Лурія, В.М. Смірнов, Т.Н. Резнікова, Б.О. Целібєєв та ін.), в яких започатковано розв'язання даної проблеми показав, що ефективність заходів психологічного супроводження терапевтичного процесу зростає, якщо вони враховують індивідуальну специфіку реагування хворого на хворобу.

Особливої уваги потребує робота з людьми, що страждають хронічними, необоротними захворюваннями, які практично не піддаються радикальному лікуванню і, як правило, ведуть до важкої інвалідизації та, в подальшому, – до психічної трансформації особистості. Одним з таких захворювань, як підкреслюють Л.Д.Зікєєва, М.А.Цивілько, В.М.Коган, А.С. Нікіфоров, С.А.Солдатова та інші фахівці, є хронічна ниркова недостатність.

Актуальність даної проблеми для теорії та практики клінічної психології, а також необхідність формування спеціальних психологічних знань, умінь і навичок щодо роботи психолога з зазначеною категорією людей обумовило вибір мети нашого дослідження, яка полягає у вивченні особливостей реагування на захворювання людей з хронічною нирковою недостатністю (ХНН).

На думку деяких фахівців [1; 2] та ін., реагування на хворобу розглядається в психології як формування емоційного й поведінкового паттерна реакцій на захворювання на основі інтелектуальної інтерпретації діагнозу, когнітивної оцінки ваги та прогнозу його плинку.

Незважаючи на індивідуальну варіативність особистісного ставлення до хвороби, що залежить від багатьох факторів (природа соматичного захворювання, стать, вік, темпераментальні та характерологічні особливості, ставлення до захворювання у референтній для хворого групі, власна система установок, мотивів тощо), більшість дослідників [1; 2; 3] та ін. виділяє тринадцять основних типів реагування на хворобу, що зустрічаються найчастіше. Це гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, обсесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, паранойяльний і дисфоричний.

Особливістю впливу ХНН на психіку хворого, за даними В.Н.Ніколаєвої, є зменшення поліформізму психічних порушень у ході ускладнення соматичного стану, що переважно виражається в астено-депресивному стані [3]. Слід зазначити, що цей стан, за відсутністю цілеспрямованої психологічної допомоги, психокорекції ставлення до хвороби, може привести до розвитку психічного захворювання (депресії), у зв'язку з чим усе це стає небезпечним дія "пускового механізму", що може виявлятися у впливі со-

матичного захворювання (ХНН) на психіку людини, і який має взаємопідсилюючий характер.

Враховуючи малодослідженість негативного впливу хвороби на психіку хворого, нами було проведено психологічне обстеження, спрямоване на виявлення особливостей реагування на хворобу осіб різного віку та з різною тривалістю плинку ХНН.

Дослідження проводилося на базі Одеської обласної клінічної лікарні. У ньому приймали участь 30 хворих, що страждають термінальною стадією ХНН, які були умовно розділені на дві групи по періодах клінічного перебігу хвороби й кожна із цих груп розділена на дві підгрупи за віковою ознакою. Перша група складалася із хворих, що перебувають у початковому періоді хвороби і містила в собі дві вікові підгрупи: 20-34 року й 35-50 років. Друга група складалася із хворих, що перебувають у наступному періоді захворювання й містила в собі також дві вікові підгрупи: 20-34 року й 35-50 років. Крім того, до обстеження у якості "контрольної" групи у віці від 25 до 50 років нами були залучені 10 осіб, що не страждають цим соматичним захворюванням.

Для оцінки типів психічного реагування на соматичне захворювання, у даному випадку був використаний тест "ЛОБІ" (В.Д.Менделевич, 1998), який складається з 12 розділів (самопочуття, настрої, сон і пробудження від сну, апетит і відношення до їжі, відношення до хвороби, відношення до лікування, відношення до лікарів і медперсоналу, відношення до рідних й близьких, відношення до роботи (навчання), відношення до навколишнього, відношення до самості, відношення до майбутнього). До кожного з цих розділів додавалися від 11 до 14 варіантів тверджень, з яких випробуваному пропонувалося вибрати не більше трьох, що найбільшою мірою відбивають його ставлення. Висновок про переважний тип психічного реагування на захворювання робився на підставі порівняння отриманих при обробці даних випробуваного за всіма типами психічного реагування з мінімальними діагностичними числами.

У результаті дослідження були виявлені домінуючі типи психічного реагування на хворобу в групах випробуваних двох вікових категорій, що знаходяться у різних періодах клінічного перебігу хвороби. Групи розділені на дві підгрупи за віковою ознакою (див. табл. 1).

Наведені у таблиці дані показують, що з огляду на плин ХНН, у хворих 1 групи у віковому складі від 25 до 34 років переважає анозогнозичний (активне відкидання думок про хворобу) і ейфоричний (легко-важне відношення до хвороби) типи психічного реагування на захворювання, які склали по 25 % усіх респондентів даної групи. Ці дані вказують на те, що на початковій стадії хвороби, яка виникла в самий активний період життя випробуваних, найбільш властивою є реакція, що виражається у "невизнанні" себе хворим, активному відкиданні думок про хворобу, про можливі її наслідки, зневажливому ставленні до лікування, порушенні режиму, іноді негативному відношенні до персоналу.

У випробуваних того самого віку 2 групи, тобто таких, що знаходяться на наступній стадії ХНН, переважає неврастенічний тип психічного реагування, на частку якого відводиться 56,1% досліджуваних хворих даної групи. Перевага цього типу може бути по-

яснена значною вагою та розповсюдженістю патологічного процесу на даній стадії захворювання, коли патологічні зміни збільшуються і стають більш яскра-

во вираженими. Це викликає дисфоричний відтінок настрою з нетерплячістю, вимогливістю, невдоволенням навколишнім, іноді злостивістю.

Таблиця 1.

Представленість (у %) домінуючих типів реагування на хворобу в осіб на різних стадіях плинущу ХНН у віці 25-34 та 35-50 років

Група	Вік	Тип реагування на хворобу												
		Тривожний	іпохондричний	меланхолічний	апатичний	неврастенічний	обсесивно-фобічний	гармонійний	егоцентричний	ейфоричний	анозогнозичний	ергопатичний	параноїяльний	сенситивний
1 група	25-34	6,25				12,5		18,7	12,5	25	25			
	35-50		26,3	15,8		5,3		15,8	10,5				5,3	
2 група	25-34		15,0	13,3		56,1			13,3				13,3	
	35-50		13,0	8,6	13,0	17,4	21,7		13,0				13,0	
Контр	25-50	16,7						50,0	25,0		8,3			

Для досліджуваних 1 групи у віці від 35 до 50 років відзначається перевага іпохондричного типу, що склало 26,3%, а також гармонійного типу, що склало 15,8% від загального числа досліджуваних даної групи. Як свідчать такі дані, певній частині випробуваних властива зосередженість на суб'єктивних хворобливих відчуттях, перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань; схильність до деталізації свого самопочуття. Інші хворі цього віку, навпаки відрізняються реалізмом у сприйнятті симптомів і розумінні ваги захворювання, тверезою оцінкою ваги свого стану, схильністю виконувати всі вказівки лікаря, прагненням сприяти лікувальному процесу.

Для респондентів даної вікової категорії 2 групи характерна перевага обсесивно-фобічного типу (тривожна помисливість, уявлювана небезпека хвилюють більш, ніж реальна, захистом стають прикмети, ритуали), що становить 21,7%, і неврастенічного (17,4% всіх випробуваних даної групи) типів психічного реагування. Ці дані свідчать, що у віці 35-50 років при тривалому глинці хвороби домінуючими стають нав'язливі думки, побоювання, марновірність, зосередженість на дрібницях, або нетерплячість, спалахи дратівливості.

Крім того, маємо зазначити, що сенситивний і ергопатичний типи реагування на хворобу не виявлені як домінуючий у жодній з досліджуваних груп випробуваних.

Отже, за результатами аналізу індивідуальних даних, стадія плинущу ХНН певною мірою відбивається на психічному реагуванні на хворобу. Так, для хворих, що знаходяться на початковій стадії домінуючими у реагуванні на хворобу є: а) ігнорування хвороби, легковажне відношення до лікування; б) іпохондричне ставлення до хвороби; в) реалістичне відношення до захворювання.

Для хворих на другій стадії властивими є: а) нетерплячість, вимогливість, невдоволення навколишнім, дратівливе ставлення до лікування; б) нав'язливість, марновірність, зосередженість на дрібницях.

Якщо розглядати типи психічного реагування у представників різного віку загалом, можна зробити висновок, що для випробуваних більш молодого віку (25-34 роки) характерна перевага анозогнозичного й ейфоричного типів (відкидання думок про хворобу, безтурботність), тоді, як для віку 35-50 років іпохондричного і гармонійного типів (зосередження на суб'єктивних відчуттях і перебільшення їхнього значення, прагнення активно сприяти успіху лікування) пси-

хічного реагування. Цей факт, на наш погляд, пов'язаний з тим, що особи зрілого віку реагують на хворобу більш гостро, що обумовлено їхньою системою цінностей і відображають прагнення людини до благополуччя, незалежності і самостійності.

Для уточнення відомостей про вікову специфіку реагування на хворобу нами були розглянуті середні значення досліджуваних показників, отримані в різних вікових та контрольній групах (див. рис. 1).

Дані, представлені на рисунку, вказують, що найбільші розходження виявлені між середніми значеннями за показниками, що визначають виразність рис ергопатичного та гармонійного типів, де у контрольній групі вони істотно вище, ніж у групах хворих на ХНН. Разом з тим, слід вказати на відмінності у виразності показників, що характеризують параноїяльний, егоцентричний, обсесивно-фобічний, іпохондричний та тривожний типи реагування на хворобу, середні значення яких вище у групі хворих у віці 35-50 років. Щодо показників, які демонструють виразність неврастенічного та ейфоричного типів, то середні дані в групі хворих 25-34 років вище, ніж у двох інших.

Застосування статистичних методів оцінки вірогідності цих відмінностей показало, що за певними показниками різні вікові групи хворих на ХНН відрізняються достовірно (див. табл. 2.).

Розгляд наведених у таблиці даних дозволяє зафіксувати, що у випробуваних більш молодого віку значно вищими, ніж у хворих 35-50 років, є показники прояву анозогнозичного ($t = 4,13$) та ейфоричного ($t = 2,15$) типів реагування на хворобу. Навпаки, середні значення показника, що визначає обсесивно-фобічний тип реагування, у групі хворих 35-50 років достовірно вище, ніж у випробуваних 25-34 років. Тобто, хворі на ХНН у віці 25-34 років частіше, ніж люди з такою хворобою старшого віку, схильні реагувати на хворобу у формі невизнання себе хворим, активного відкидання думок про хворобу, зневажливого ставлення до лікування. У свою чергу, особам більш старшого віку значніше притаманні реакції у формі нав'язливих думок, побоювань, марновірності, зосередження на дрібницях.

Стосовно порівняння даних прояву типів ставлення до хвороби хворих 25-34 років з контрольною групою, маємо зазначити, що в осіб цього віку, хворих на ХНН, істотно вищим, ніж у тих, у кого що хворобу не зафіксовано, виявилось середнє значення показника, що характеризує неврастенічний ($t = 2,23$) тип реагування. У свою чергу, виразність показників

що визначають ергопатичний ($t = 4,3$) і гармонійний ($t = 3,56$) типи у хворих 25-34 років виявились значно нижчими, ніж у випробовуваних контрольної групи.

Такі дані вказують на те, що молоді хворі на ХНН відрізняються від здорових людей тим, що хво-

робливі прояви частіше викликають в них дратівливі реакції, нетерплячість та невдоволеність оточенням, і значно рідше тверезе ставлення до хвороби, прагнення сприяти лікуванню або спроби подолання хворобливих симптомів шляхом занурення в роботу.

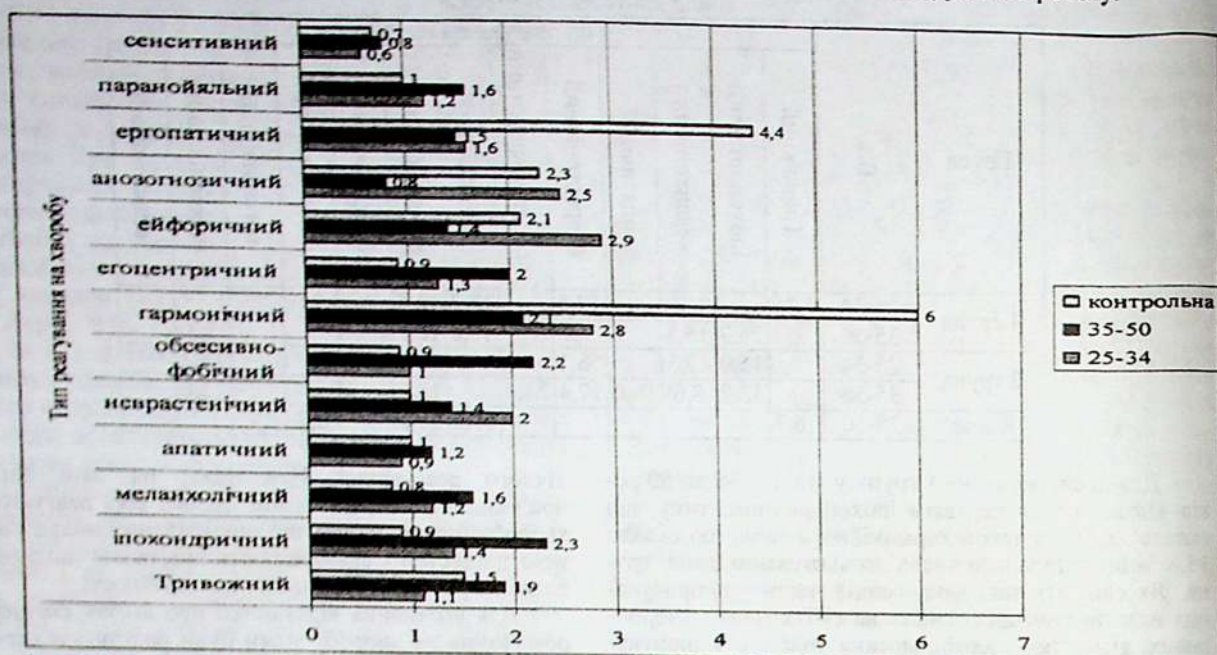


Рис. 1. Виразність показників, що характеризують типи реагування на хворобу, у групах випробовуваних різного віку та контрольній групі

Відмінності у виразності показників, що характеризують типи психологічного реагування на хворобу у випробовуваних різних груп

Таблиця 2.

Вік; показник	Тип реагування на хворобу												
	тривожний	іпохондричний	меланхолійний	апатичний	неврастенічний	обсесивно-фобічний	гармонійний	егоцентричний	ейфоричний	анозогнозичний	ергопатичний	паранойяльний	сенситивний
25-34	1,1	1,4	1,2	0,9	2	1	2,8	1,3	2,9	2,5	1,6	1,2	0,6
35-50	1,9	2,3	1,6	1,2	1,4	2,2	2,1	2	1,4	0,8	1,5	1,6	0,8
t	1,66	1,92	0,86	0,71	1,21	2,64*	0,69	1,44	2,15*	4,13**	0,3	0,93	0,87
25-34	1,1	1,4	1,2	0,9	2	1	2,8	1,3	2,9	2,5	1,6	1,2	0,6
Контрольна	1,5	0,9	0,8	1	1	0,9	6	0,9	2,1	2,3	4,4	1	0,7
t	0,73	1,04	0,99	0,22	2,23*	0,32	3,56**	0,81	1,05	0,28	4,3**	0,51	0,39
35-50	1,9	2,3	1,6	1,2	1,4	2,2	2,1	2	1,4	0,8	1,5	1,6	0,8
Контрольна	1,5	0,9	0,8	1	1	0,9	6	0,9	2,1	2,3	4,4	1	0,7
t	0,67	3,11**	1,96	0,47	1,13	2,83*	4,41**	3,07**	1,24	2,14*	4,49**	1,62	0,35

Порівняння даних хворих старшої вікової групи з показниками контрольної групи свідчить, що спектр відмінностей у прояві типів відношення до хвороби тут більш розгалужений, ніж при порівнянні групи хворих 25-34 років з контрольною. Так, більш значущими виявлені відмінності у прояві таких типів реагування: ергопатичний ($t = 4,49$), гармонійний ($t = 4,41$), іпохондричний ($t = 3,4$), егоцентричний ($t = 3,07$), обсесивно-фобічний ($t = 2,83$), анозогнозичний ($t = 2,14$). Причому виразність ознак іпохондричного, обсесивно-фобічного, егоцентричного типів вище в обстежених хворих, і навпаки, ергопатичне, анозогнозичне та гармонійне реагування частіше зустрічається в опитаних здорових. Отримані дані дають

можливість припустити, що більш широкий і значний прояв типів реагування на хворобу у представників старшої вікової групи пояснюється віковими змінами як у психічному, так і фізіологічному стані, що впливає на соматичний стан хвороби. Ці дані співвідносяться із результатами дослідження В.В.Ніколаєвої [3].

Отже, порівняння хворих на ХНН різних вікових груп дозволяє зробити висновок, що в людей, яких хвороба застає в більш ранньому віці, відмічається зневажливе ставлення до хвороби та невизнання себе хворим, прояв нетерплячості та невдоволеності. У хворих більш старшого віку спектр реакцій на хворобу різноманітніший, однак відрізняє їх обсесивно-

фобічна форма реагування, яка майже відсутня в поведінці молодших хворих та здорових людей.

Перспективи нашого подальшого дослідження

полягають у вивченні специфіки дії психологічних захисних механізмів залежно від вікових та термінальних особливостей ХНН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вельвовский И.З., Лунгарт Н.К. Психотерапия в клинической практике. – К.: Здоровье, 1984. – 154 с.

2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс, 1998. – 587 с.

3. Николаева В.В. Влияние хронических болезней на психику: Психологическое исследование. – М.: МГУ, 1987. – 167 с.

Подано до редакції 17.06.05

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются психологические особенности типов реагирования больных на соматическое заболевание при хронической почечной недостаточности.

SUMMARY

The article describes psychological features of types of patients' reaction to somatic disease with chronic kidney insufficiency.