

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАБУТИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЗОРУ

¹Львівський національний університет ім. Івана Франка,
²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова

Сформовано структуру внутрішньої картини хвороби пацієнтів із набутими захворюваннями зору, виділено блоки адаптивних та дезадаптивних типів ставлення до хвороби, їхні вікові особливості та відмінності. Виявлено, що у внутрішній картині хвороби переважають гармонійний, сензитивний та ергопатичний типи ставлення до хвороби.

Ключові слова: внутрішня картина хвороби, типи ставлення до хвороби, набуті захворювання зору.

Сучасна медицина вважається переважно медициною захворювань: хвороба розглядається поза зв'язком із психологічними особливостями пацієнта. Однак не можна обходити той факт, що 60–80% усіх захворювань обумовлені психікою чи опосередковані нею, стаючи важливою проблемою у зв'язку з високою частотою, хронічним перебігом, ростом і розповсюдженістю [1, 2].

У пацієнтів із набутими хворобами зору до розвитку межових психічних розладів можуть призвести обмеження переміщення та спілкування, недостатність кольорового та переважання сутінкового сприйняття навколишнього світу. Вони часто недооцінюють наявні емоційні розлади і не хочуть або ж бояться звертатися за допомогою до психолога, і тому офтальмологам доводиться самотійно займатися корекцією емоційних станів пацієнтів [3, 4].

Однією з ключових концепцій медичної психології стало запроваджене Р. А. Лурією у 1929 р. поняття «внутрішня картина хвороби» (ВКХ) [5]. У психологічному плані ВКХ може розглядатись як елемент самосвідомості і як складний комплекс уявлень, переживань, своєрідно відображених у психіці хворого патологічних змін організму й умов існування людини, що визначає характер захворювання, обставини, за яких перебігає хвороба [6, 7].

На теперішній час ВКХ осіб із набутими захворюваннями зору подано в науковій літературі окремими аспектами (дослідження психологічних особливостей, психічних розладів, психоемоційних станів, якості життя) [8–15]. Визначення ВКХ цих пацієнтів є мало висвітленою й актуальною темою наукового дослідження, передбачає покращання соціально-психологічної адаптації пацієнтів із набутими захворюваннями зору, розуміння лікарем суб'єктивного стану хворого та запобігання емоційному вигоранню.

Мета дослідження — виявити особливості ВКХ пацієнтів із набутими захворюваннями зору.

Спираючись на теоретичні засади, ми провели дослідження типів ставлення до хвороби та особистісних особливостей пацієнтів із набутими захворюваннями зору в медичному закладі. Групу порівняння становили хворі з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки (ВХШіДК).

Дослідження проведено в березні 2011 р. — червні 2012 р. на базі поліклінічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова. Після отримання інформованої згоди було обстежено 75 осіб віком від 18 до 78 років, із них 40 пацієнтів (основна група) з високою ускладненою міопією, відкритокутовою глаукомою II–IV ст., центральною дегенерацією сітківки та 35 хворих (група порівняння) з ВХШіДК.

Критеріями включення до основної групи хворих були наявність клінічно підтвердженого захворювання, низькі зорові функції, тривалість захворювання більше 10 років, відсутність хронічної некомпенсованої патології та психічних захворювань в анамнезі; контрольної групи — наявність виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки в стані загострення або ремісії та відсутність іншої соматичної чи психічної патології.

Із метою виявлення вікових відмінностей досліджуваних показників усі хворі умовно розподілено на молодших (до 40 років) та старших (після 40 років).

Група пацієнтів із набутими хворобами зору включала 13 чоловіків та 27 жінок віком від 18 до 78 років, із них до 40 років — 17, після 40 років — 23. Більшість осіб потребувала допомоги при тестуванні, тому читання питань і позначення відповіді проводилось безпосередньо нами.

Група хворих із ВХШіДК складалася з 12 чоловіків та 23 жінок віком від 19 до 74 років, із них до 40 років — 12, після 40 років — 23.

Основними результатами дослідження були типи ставлення до хвороби, показники соціальної

адаптації, акцентуації характеру та механізмів психічного захисту особистості.

Статистичну обробку виконано після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel в програмі Statistica 8. Використано порівняльний за *t*-критерієм Стьюдента, кореляційний та факторний методи статистичного аналізу.

Типи ставлення до хвороби вивчалися за допомогою спеціальної психологічної методики (опитувальника), запропонованої А. Е. Лічко, Н. Я. Івановим «Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту» (ООБІ) або «Тип ставлення до хвороби» [5]; особистісні риси — за методиками «Соціально-психологічна адаптація» К. Роджерса і Р. Даймонда, «Визначення акцентуацій характеру» К. Леонгарда, «Виявлення психологічних захистів» Келлермана — Плутчика [14].

ООБІ призначений для вивчення варіантів особистісного реагування на захворювання осіб із різними (психо)соматичними та неврологічними захворюваннями. Ставлення до хвороби інтегрує усі психологічні категорії, в рамках яких аналізують поняття ВКХ, і впливає на інші системи відношень особистості. Реакції на хворобу можуть бути як психопатологічними, що заважають якісному одужанню, так і психологічно адекватними.

Виділяють такі типи ВКХ:

1) гармонійний — відзначається чітким усвідомленням свого стану без перебільшення чи недооцінювання його, характеризується прагненням активно допомагати в досягненні успіху лікування, небажанням обтяжувати інших турботами по догляду за собою;

2) ергопатичний — «втеча від хвороби у роботу». Незважаючи на тяжкість хвороби, існує надцінне ставлення до роботи, прагнення продовжувати її. Вибіркове ставлення до обстеження, лікування зумовлене прагненням будь-якою ціною зберегти професійний статус і можливість активної праці. Пацієнти часто припиняють курс лікування;

3) анозогностичний — характеризується активним відкиданням думки про захворювання, про можливі його наслідки. Заперечення очевидного. Приписування проявів хвороби випадковим обставинам. Відмова від обстеження та лікування. Бажання «обійтися своїми засобами». Надія на те, що «усе саме минеться». Пацієнти легко порушують режим, що несприятливим чином відбивається на перебігу хвороби;

4) тривожний — передбачає безперервне піклування, стурбованість та помисливість у ставленні до несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності та навіть небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, жага додаткової інформації про хворобу, безперервний пошук «авторитетів»;

5) іпохондричний — зосередженість на суб'єктивних болісних та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розказувати про них оточуючим. Перебільшення справжніх та вишукування неіснуючих захворювань; побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися та невіри в успіх, вимог ретельного обстеження та боязні шкоди й болючості процедур;

6) неврастенічний — поведінка за типом «драгівливої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, несприятливих даних обстеження, невдачах лікування. Нетерпеливість, нездатність чекати полегшення;

7) меланхолічний — пригніченість від хвороби, невіра у виживаність, можливе покращання, ефект лікування. Характерні активні депресивні й суїцидальні думки та висловлювання;

8) апатичний — повна байдужість до своєї долі, до результатів лікування і завершення хвороби. Пасивне підкорення процедурам та лікуванню. Втрата інтересу до життя;

9) сенситивний — надмірна стурбованість через можливе несприятливе враження, яке можуть справити на оточення відомості про захворювання. Занепокоєння тим, що оточуючі почнуть уникати, зневажливо або з підозрою ставитися, пускати плітки або несприятливі свідчення про причину і природу захворювання. Страх стати тягарем для близьких через хворобу та недоброзичливе ставлення з їхнього боку;

10) егоцентричний — «втеча до хвороби». Виставляння напоказ близьким та оточенню своїх страждань із метою повністю заволодіти їхньою увагою. Вимагання виключної опіки. Постійне бажання показати іншим своє особливе становище, свою виключність стосовно хвороби;

11) паранояльний — впевненість, що хвороба — результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення чи побічну дію ліків халатності або злему наміру лікарів та персоналу, звинувачення й вимагання їх покарання через це;

12) дисфоричний — характеризується домінуванням похмурого озлобленого настрою, постійним понурим виглядом. Заздрість та ненависть до здорових, вимога особливої уваги до себе та підозрілість до процедур та лікування.

Результати порівняльного аналізу за *t*-критерієм Стьюдента виявили таке.

Щодо хвороби виявлено достовірно вищі показники гармонійного та ергопатичного типів ВКХ ($p < 0,01$), акцентуації характеру (дистимічність, $p = 0,02$), механізмів психологічного захисту (компенсація, $p = 0,04$, реактивне утворення, $p = 0,02$) у хворих основної групи (рис. 1).

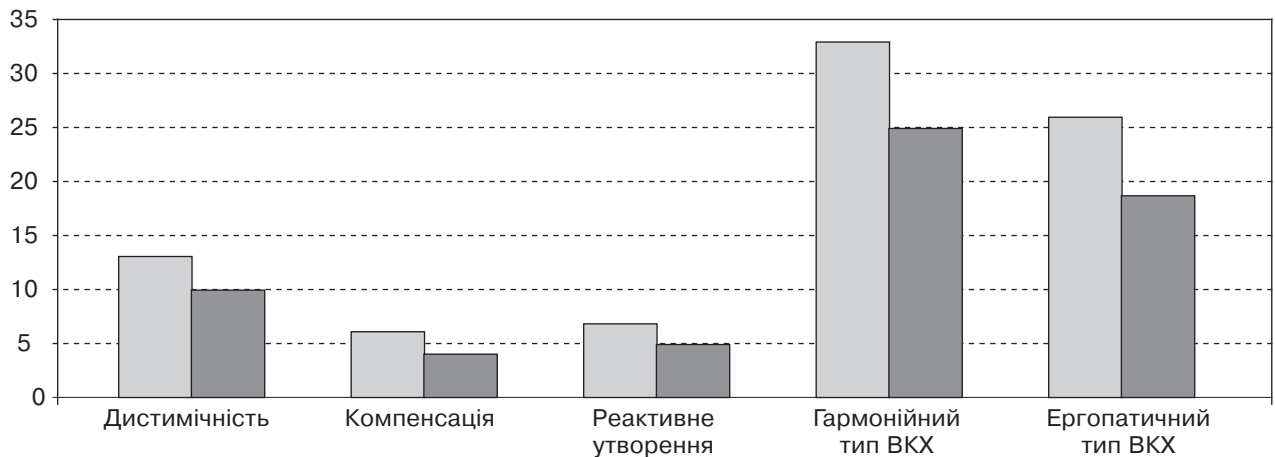


Рис. 1. Порівняльний аналіз показників групи хворих із набутим захворюванням зору і групи за ВХШІДК за *t*-критерієм Стьюдента: □ — основна група; ■ — група порівняння

Пацієнти основної групи порівняно з хворими на ВХШІДК більш реально оцінюють свій стан без схильності перебільшувати тяжкість хвороби та без підстав недооцінювати її. Вони мають надвідповідальне ставлення до роботи і продовжують її, незважаючи на тяжкість хвороби. Такі хворі є серйознішими, більш зосередженими на негативному, песимістичними. Вони схильні замінити свої звичні моделі поведінки на протилежні, намагаються компенсувати фізичну ваду (наприклад, контактними лінзами).

Порівняння вікових відмінностей показало, що у молодших людей (до 40 років) вищий показник соціальної адаптації (72 і 66 відповідно, $p = 0,03$), а у старших — вищі показники іпохондричного та егоцентричного типів ВКХ (10 і 5 та 6, $p = 0,01$) та соціально-психологічні показники дезадаптивності (78 і 57, $p < 0,01$), прийняття інших (29 і 23, $p = 0,01$), емоційного дискомфорту (16 і 10, $p = 0,02$), зведеності (20 і 14, $p = 0,01$), педантичної акцентуації характеру (7 і 5, $p = 0,02$), невірноваженості, збудливості (12 і 9, $p = 0,01$), компенсативних механізмів психологічного захисту (7 і 4, $p = 0,04$), раціоналізації (10 і 7, $p = 0,01$).

Отже, віковий порівняльний аналіз свідчить, що незалежно від статі люди старшого віку з набутими захворюваннями зору порівняно з молодшими з такими самими хворобами важче адаптуються в соціальному оточенні, більш емоційно переживають свій недуг, компенсують і обґрунтовують своє становище в соціумі кращим прийняттям інших, вищою дисциплінованістю і відповідальністю, при цьому не намагаються керувати, а радше віддають верховенство іншому (комусь із подружжя, дітям, друзям, співробітникам тощо). Вони вимагають більшої уваги до себе. Схильні до втечі від реальності у хворобу, зосередженості на власних болісних відчуттях.

Факторний аналіз дозволив нам виділити 7 незалежних латентних факторів, які описують понад 60% сукупної дисперсії даних, з яких два (третій і четвертий) пояснюють по 5% сукупної дисперсії даних і відповідають за ВКХ, решта п'ять — за психологічні характеристики.

Третій фактор впливає на шкали: гармонійний (0,64), ергопатичний (0,65), сенситивний (0,69) типи ВКХ, оскільки він характеризує більшість шкал адаптивних типів, його названо адаптивним типом ВКХ.

Четвертий фактор впливає на шкали: тривожний (0,78), іпохондричний (0,78), меланхолічний (0,78), егоцентричний (0,76), паранояльний (0,73), неврастенічний (0,68), апатичний (0,66), дисфоричний (0,44) типи ВКХ. Цей фактор названо дезадаптивним типом ВКХ.

Проведено факторний аналіз окремо серед хворих досліджуваних груп, порівняльний аналіз цих факторів показав, що хворі основної групи характеризуються вищими показниками третього фактора. Отже, факторний аналіз підтвердив результати порівняльного аналізу за *t*-критерієм Стьюдента про те, що у хворих основної групи переважають адаптивні типи ставлення до хвороби.

Результати кореляційного аналізу дали змогу визначити зв'язки між типами ставлення до хвороби, побудувати структуру ВКХ у хворих із набутими захворюваннями зору і ВХШІДК, а також виявити відмінності між ними.

У хворих основної групи виявлено достовірно значущі ($p < 0,01$) прямі і зворотні кореляційні зв'язки між типами ВКХ (рис. 2).

Гармонійний, ергопатичний і сенситивний типи ВКХ, які виділено у факторному аналізі (третій фактор — адаптивний тип ВКХ), пов'язані між собою прямими зв'язками і розташовані окремо від інших типів, які також виокремлені у факторному

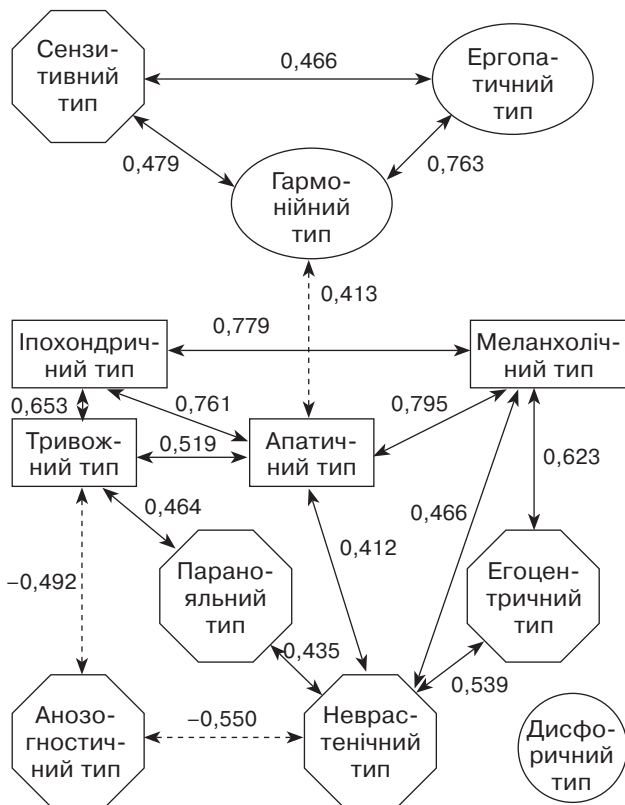


Рис. 2. Кореляційний граф типів ВКХ в основній групі хворих

аналізі (четвертий фактор — дезадаптивний тип ВКХ). Ці два блоки мають між собою слабкий зворотній кореляційний зв'язок (між гармонійним та апатичним типами ($-0,413$)), тобто формування реального ставлення до свого стану зменшує байдужість хворого до себе і підвищує його активність щодо лікування.

У групі хворих із ВХШіДК структура ВКХ виявилася відмінною від основної групи (рис. 3).

Адаптивний блок ВКХ у хворих із ВХШіДК не має зв'язків із блоками дезадаптивних типів. Центральним типом у ньому є ергопатичний (втеча від хвороби у роботу), що допомагає адаптуватися до свого стану й уникати стурбованості через можливе несприятливе враження на оточуючих. Дезадаптивні блоки, крім апатичного типу, тісно пов'язані між собою, утворюючи замкнене коло.

Таким чином, проведені нами дослідження типів ставлення до хвороби осіб із набутими захворюваннями зору дали змогу: 1) сформувати структуру ВКХ пацієнтів із набутими захворюваннями зору та виявити відмінність її від структури ВКХ хворих із ВХШіДК; 2) виділити блоки адаптивних та дезадаптивних типів ВКХ; 3) виявити вікові відмінності типів ВКХ і соціально-особистісних показників пацієнтів із набутими захворюваннями зору.

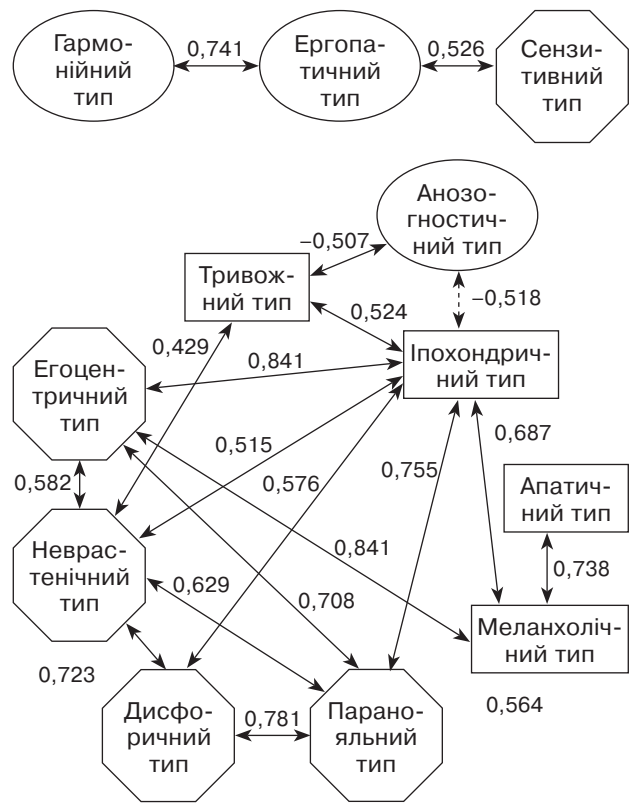


Рис. 3. Кореляційний граф типів ставлення до хвороби у хворих із ВХШіДК

Література

1. Коростий В. И. Механизмы психологической защиты, алекситимия и агрессия у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями: патогенетическая роль и подходы к психотерапии / В. И. Коростий // Мед. психология.— 2011.— № 3.— С. 19–22.
2. Пезешкиан Н. Психосоматика и психотерапия: пер. с нем. / Н. Пезешкиан.— М.: Медицина, 1996.— 464 с.
3. Гашек І. Психологія здоров'я: теорія і практика; за ред. І. Галецької, Т. Сосновської.— Львів: ВЦ ЛНУ ім. Івана Франка, 2006.— С. 38.
4. Каменских Т. Г. Цветоритмотерапия в коррекции психосоматических зрительных нарушений у больных с хронической офтальмопатологией / Т. Г. Каменских // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.— 2008.— № 6.— С. 29–32.
5. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия.— М.: Медицина, 1977.— 111 с.
6. Бизюк А. П. Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии: учебн. пособ. / А. П. Бизюк; под ред. Л. М. Шипициной.— СПб.: Речь, 2010.— 416 с.
7. Вітенко І. С. Медична психологія: підруч. / І. С. Вітенко.— К.: Здоров'я, 2007.— 208 с.

8. *Гайдамака Т. Б.* Особенности состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса у больных герпетическими кератитами / Т. Б. Гайдамака, А. Г. Чаура, Н. И. Храменко // *Офтальмол. журн.*— 2009.— № 1.— С. 70–72.
9. *Дідковська Л. І.* Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навч. посіб. / Л. І. Дідковська.— Львів: ВЦ ЛНУ ім. Івана Франка, 2010.— 264 с.
10. *Кириллова О. А.* Психические расстройства и качество жизни больных первичной открытоугольной глаукомой / О. А. Кириллова, М. В. Коркина, М. С. Артемьева // *Журн. неврологии и психиатрии.*— 2007.— № 9.— С. 82–84.
11. *Козина Е. В.* Психологическая характеристика больных первичной открытоугольной глаукомой / Е. В. Козина // *Вестн. офтальмологии.*— 2002.— № 3.— С. 38–40.
12. Анализ личностных психологических особенностей и качества жизни пациентов, находящихся на лечении в условиях глазного стационара / В. А. Лазук, Д. Л. Баяндин, И. И. Грязнова [и др.] // *Вестн. офтальмологии.*— 2006.— № 4.— С. 54–56.
13. *Момот В. А.* Особенности личности слепых и слабовидящих людей в зависимости от срока потери зрения / В. А. Момот // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.*— 2005.— № 1.— С. 54–57.
14. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика: методики и тесты: учебн. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 672 с.
15. Profil psychologiczny pacjentow z jaskra pierwotna / A. Hill-Bator, M. Nizankowska, A. Kuczynska, M. Misijuk-Hojlo // *Streszczenia VI Sympozjum Sekcji Jaskry PT.*— Lodz, 9–11 pazdziernika 2008, Program, streszczenia.— S. 229.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗРЕНИЯ

В. А. ГУПАЛОВСКАЯ, Е. А. ОЧЕРЕТНАЯ

Сформирована структура внутренней картины болезни пациентов с приобретенными заболеваниями зрения, выделены блоки адаптивных и дезадаптивных типов отношения к болезни, их возрастные особенности и отличия. Выявлено, что во внутренней картине болезни преобладают гармоничный, сенситивный и эргопатичный типы отношения к болезни.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, типы отношения к болезни, приобретенные заболевания зрения.

THE FEATURES AN INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH ACQUIRED DISEASES OF VISION

V. A. GUPALOVSKAYA, E. A. OCHERETNAYA

The structure of inner picture of the disease in patients with acquired diseases of vision, was formed. The blocks of adaptive and maladaptive types of attitude to the disease, their age-specific features and differences were distinguished. It was revealed that harmonious, sensitive and ergopathic types of attitude to the disease dominated the internal picture of the disease.

Key words: internal picture of the disease, types of attitude to the disease, acquired diseases of vision.

Надійшла 19.08.2013