

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Подано результати дослідження особливостей прояву та вираженості відхиленої поведінки у пацієнтів із хронічним панкреатитом. В опитуваних із панкреатитом алкогольної етіології реєструвалися вищі рівні готовності до подолання норм та правил, адиктивної, саморуйнівної поведінки, схильності до агресії та насилля, зниження вольового контролю емоційних реакцій. У жінок переважали схильності до адиктивної поведінки здебільшого в осіб із біліарним панкреатитом та саморуйнівної — в опитуваних із алкогольним панкреатитом, тоді як у чоловіків — готовність до порушення норм та правил, адиктивної поведінки.

Ключові слова: хронічний панкреатит, відхилена поведінка, психологічна допомога.

На сьогодні хронічний панкреатит (ХП) становить актуальну медичну проблему через неухильне зростання захворюваності та поширеності, його загрозливі для життя і несприятливі для психосоціального функціонування наслідки. В Україні щороку реєструється близько 230 нових випадків патології підшлункової залози, поширеність становить 2400 на 100 тис. дорослого населення [1–3]. ХП найчастіше діагностується у пацієнтів віком 30–50 років, які є найбільш працездатною частиною населення [1, 3]. Ускладненнями ХП є панкреонекроз, гастродуоденальні кровотечі, стеноз жовчовивідної протоки та дванадцятипалої кишки, зниження толерантності до глюкози, цукровий діабет, екзокринна недостатність підшлункової залози [4].

Основними причинами розвитку ХП є надмірне вживання алкоголю — алкогольний хронічний панкреатит (АХП), а також хвороби жовчного міхура та дванадцятипалої кишки, що обумовлюють розвиток біліарного хронічного панкреатиту (БХП). Алкогольний панкреатит домінує серед чоловіків, однак останніми роками кількість жінок із цим діагнозом збільшилася на 30% [4]. Біліарний панкреатит, навпаки, реєструється переважно у жінок.

Лікування ХП включає медикаментозну терапію, орієнтовану в основному на корекцію ендо- та екзокринної недостатності, зменшення больового синдрому, сувору дієту з виключенням алкогольних напоїв, а також категорій продуктів, які стимулюють панкреатичну секрецію. Дієтичне харчування — це наріжний камінь та один із найважливіших поведінкових компонентів у терапії ХП, його порушення призводить до збереження етіологічних та патогенетичних чинників, що, у свою чергу, погіршує перебіг захворювання та знижує ефективність лікування. І якщо на момент

установлення діагнозу хворий може не розуміти власної ролі у розвитку захворювання, то у процесі терапії відступ від лікувального режиму та збереження старих харчових патернів чи вживання алкоголю — це свідоме завдання шкоди собі, що є варіантом відхиленої поведінки.

Погляд на дії та реакції соматичних пацієнтів через призму відхиленої поведінки є новим перспективним напрямом вивчення змістовних аспектів поведінки хворих під час лікувального процесу та, що особливо важливо, корекції неадаптивних девіантних патернів.

Метою дослідження стало вивчення особливостей прояву та вираженості відхиленої поведінки у пацієнтів із ХП біліарної та алкогольної етіології.

Для вивчення девіантної поведінки було застосовано «Методику оцінки схильності до відхиленої поведінки» А. Н. Орла, модифіковану для діагностики дорослих осіб [5].

У дослідженні брали участь 147 пацієнтів із ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок (підгрупа (ПГ) 1а) та 49 чоловіків (ПГ1б), і 140 хворих із ХП, причиною якого було вживання алкоголю, — група 2, з них 44 опитувани жіночої (ПГ2а) та 96 — чоловічої статі (ПГ2б).

У табл. 1 подано показники вираженості схильності до відхиленої поведінки у пацієнтів із ХП. За службовою шкалою установки соціальної бажаності виявлено помірну тенденцію надавати такі відповіді при заповненні опитувальника, що дало змогу інтерпретувати отримані результати як достовірні. Установлено також, що жінки із БХП були більш схильними давати «привабливі» відповіді порівняно з опитуваними, які хворіють на АХП ($55,6 \pm 4,7$ бала у ПГ1а та $53,8 \pm 5,7$ бала у ПГ2а, $p < 0,05$). Середні показники за шкалами у всіх підгрупах перебували у межах статистичної норми.

Вираженість схильності до відхиленої поведінки у пацієнтів із хронічним панкреатитом, $x \pm \sigma$

Шкали	Група 1, $n = 147$		Група 2, $n = 140$	
	ПГ1а, $n = 98$	ПГ1б, $n = 49$	ПГ2а, $n = 44$	ПГ2б, $n = 96$
Установка на соціальну бажаність	55,6±4,7*	52,1±4,8*	53,8±5,7**	51,4±3,3**
Схильність до подолання норм та правил	39,1±4,7*	43,0±6,1*	45,4±5,7**	47,5±5,8**
Схильність до адиктивної поведінки	43,0±7,2	41,7±7,2	45,5±6,6	46,6±6,9
Схильність до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки	40,4±7,8	39,7±7,8	45,9±6,8	46,1±6,4
Схильність до агресії та насилля	35,8±3,7*	37,9±5,2*	39,6±5,0**	41,6±5,1**
Вольовий контроль емоційних реакцій	38,5±6,4	37,7±4,8	43,3±7,0	45,4±6,1
Схильність до деліквентної поведінки	35,1±2,9*	36,3±3,3*	35,7±2,2**	38,8±4,4**

* Достовірність різниці між чоловіками та жінками у групах 1 і 2. Фоном позначено достовірність різниці між опитуваними однієї статі на рівні $p < 0,05$. Те саме у табл. 3.

Діагностовано відмінності у вигляді вищих рівнів схильності до подолання норм та правил (39,1±4,7 бала у ПГ1а та 43,0±6,1 бала у ПГ1б; 45,4±5,7 бала у ПГ2а та 47,5±5,8 бала у ПГ2б), адиктивної поведінки (43,0±7,2 бала у ПГ1а та 41,7±7,2 бала у ПГ1б; 45,5±6,6 бала у ПГ2а та 46,6±6,9 бала у ПГ2б), до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки (40,4±7,8 бала у ПГ1а та 39,7±7,8 бала у ПГ1б; 45,9±6,8 бала у ПГ2а та 46,1±6,4 бала у ПГ2б), готовності до агресії та насилля (35,8±3,7 бала у ПГ1а та 37,9±5,2 бала у ПГ1б; 39,6±5,0 бала у ПГ2а та 41,6±5,1 бала у ПГ2б), зниженні вольового контролю емоційних реакцій (38,5±6,4 бала у ПГ1а та 37,7±4,8 бала у ПГ1б; 43,3±7,0 бала у ПГ2а та 45,4±6,1 бала у ПГ2б) в опитуваних з АХП незалежно від статі та деліквентної поведінки лише у чоловіків з алкогольною етіологією панкреатиту (36,3±3,3 бала у ПГ1б та 38,8±4,4 бала у ПГ2б), $p < 0,05$.

Виявлено більш високий рівень схильності жінок до надання соціальнобажаних відповідей порівняно з чоловіками (55,6±4,7 бала у ПГ1а та 52,1±4,8 бала у ПГ1б; 53,8±5,7 бала у ПГ2а та 51,4±3,3 бала у ПГ2б, $p < 0,05$). У чоловіків зареєстровано більшу вираженість схильності до подолання норм та правил (39,1±4,7 бала у ПГ1а та 43,0±6,1 бала у ПГ1б; 45,4±5,7 бала у ПГ2а та 47,5±5,8 бала у ПГ2б), агресії та насилля (35,8±3,7 бала у ПГ1а та 37,9±5,2 бала у ПГ1б; 39,6±5,0 бала у ПГ2а та 41,6±5,1 бала у ПГ2б), а також деліквентної поведінки на відміну від осіб жіночої статі (35,1±2,9 бала у ПГ1а та 36,3±3,3 бала у ПГ1б; 35,7±2,2 бала у ПГ2а та 38,8±4,4 бала у ПГ2б), $p < 0,05$.

У жінок із БХП перше місце за вираженістю займає готовність до адиктивної поведінки, друге — схильність до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, третє — подолання норм та правил, четверте — агресії та насилля і п'яте — деліквентної поведінки.

У чоловіків із біліарною етіологією ХП перше місце належало схильності до подолання норм та правил, друге — готовності до адиктивної поведінки, третє — саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, четверте — агресії та насилля та п'яте — деліквентної поведінки.

За рейтингом у жінок із АХП на першому місці була схильність до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, на другому — адиктивної, на третьому — подолання норм та правил, на четвертому — готовність до агресії та насилля, на п'ятому — деліквентної поведінки.

На першому місці у чоловіків з АХП була схильність до подолання норм та правил, на другому — адиктивної поведінки, на третьому — саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, на четвертому — агресії та насилля, на п'ятому — деліквентної поведінки (табл. 2).

Таким чином, у всіх підгрупах до першої трійки увійшли схильність до адиктивної, саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, готовність до пору-

Таблиця 2

Вираженість відхиленої поведінки за рейтингом

Ранг	Група 1, $n = 147$		Група 2, $n = 140$	
	ПГ1а, $n = 98$	ПГ1б, $n = 49$	ПГ2а, $n = 44$	ПГ2б, $n = 96$
1	АП	НіП	СР і СП	НіП
2	СР і СП	АП	АП	АП
3	НіП	СР і СП	НіП	СР і СП
4	А і Н	А і Н	А і Н	А і Н
5	ДП	ДП	ДП	ДП

Примітка. АП — адиктивна поведінка; ДП — деліквентна поведінка; СР і СП — саморуйнівна та самопошкоджуюча поведінка; НіП — порушення норм та правил; А і Н — схильність до агресії та насилля.

Структура складових відхиленої поведінки за ступенем вираженості ознак у хворих із біліарним та алкогольним хронічним панкреатитом, %±m

Шкали	Група 1, n = 147					
	ПГ1а, n = 98			ПГ1б, n = 49		
	до 50 балів	50–59 балів	60 і більше балів	до 50 балів	50–59 балів	60 і більше балів
1	11,2±3,2*	74,5±4,4	14,3±3,5	30,6±4,6*	57,1±4,9	12,2±3,3
2	92,9±2,6*	7,1±2,6*	—	81,6±3,9*	18,4±3,9*	—
3	78,6±4,1	21,4±4,1	—	85,7±3,5	14,3±3,5	—
4	79,6±4,0	20,4±4,0	—	83,7±3,7	16,3±3,7	—
5	100	—	—	100	—	—
6	92,9±2,6	7,1±2,6	—	100	—	—
7	100	—	—	100	—	—
Шкали	Група 2, n = 140					
	ПГ2а, n = 44			ПГ2б, n = 96		
	до 50 балів	50–59 балів	60 і більше балів	до 50 балів	50–59 балів	60 і більше балів
1	25,0±4,3	59,1±4,9	15,9±3,7*	27,1±4,4	70,8±4,5	2,1±1,4*
2	77,3±4,2*	22,7±4,2*	—	61,5±4,9*	38,5±4,9*	—
3	79,5±4,0*	20,5±4,0*	—	65,6±4,7*	34,4±4,7*	—
4	68,2±4,7	31,8±4,7	—	69,8±4,6	30,2±4,6	—
5	100	—	—	99,0±1,0	1,0±1,0	—
6	81,8±3,9	18,2±3,9	—	80,2±4,0	19,8±4,0	—
7	100	—	—	100	—	—

Примітка. Шкали: 1 — установка на соціальну бажаність; 2 — схильність до подолання норм та правил; 3 — схильність до адиктивної поведінки; 4 — схильність до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки; 5 — схильність до агресії та насилля; 6 — вольовий контроль емоційних реакцій; 7 — схильність до деліквентної поведінки.

шення норм та правил. Причому у жінок домінували схильність до адиктивної поведінки переважно в осіб із БХП та саморуйнівної поведінки — в опитуваних з АХП, тоді як у чоловіків — готовність до порушення норм та правил і адиктивна поведінка.

У структурі складових відхиленої поведінки за ступенем вираженості (табл. 3) у жінок із різними нозологіями зареєстровано більшу кількість осіб із БХП, які не приховували свої норми та цінності й не були схильними коригувати свої відповіді у бік соціальної бажаності (11,2±3,2% у ПГ1а та 25,0±4,3% у ПГ2а, $p < 0,05$). У жінок з АХП також переважали респондентки зі схильністю до неконформної поведінки (7,1±2,6% у ПГ1а та 22,7±4,2% у ПГ2а) та зниженим рівнем вольового контролю над емоційними реакціями (7,1±2,6% у ПГ1а та 18,2±3,9% у ПГ2а, $p < 0,05$).

Серед чоловіків групи 2 порівняно з пацієнтами групи 1 було більше опитуваних із тенденцією до неконформної (18,4±3,9% у ПГ2б та 38,5±4,9% у ПГ2б), адиктивної (14,3±3,5% у ПГ2б та 34,4±4,7% у ПГ2б) та саморуйнівної поведінки (16,3±3,7% у ПГ1б та 30,2±4,6% у ПГ2б), зі зниженням вольового контролю за емоційними реакціями (0% у ПГ1б та 19,8±4,0% у ПГ2б) (табл. 3).

Серед жінок із БХП виявлено меншу кількість опитуваних із дуже низькою тенденцією надавати соціальнобажані відповіді (11,2±3,2% у ПГ1а та 30,6±4,6% у ПГ1б) та більшу — з нижчими рівнями готовності до подолання норм і правил порівняно з чоловіками даної групи (7,1±2,6% у ПГ1а та 18,4±3,9% у ПГ1б, $p < 0,05$).

Чоловіки з АХП, на відміну від жінок із такою ж нозологією, меншою мірою виявляли виражену настороженість до опитування і надавали відповіді у рамках суворого дотримання соціальних норм (15,9±3,7% у ПГ2а та 2,1±1,4% у ПГ2б, $p < 0,05$). Для більшої кількості чоловіків з алкогольною етіологією ХП порівняно з жінками з цією нозологією були властиві тенденції до неконформної (22,7±4,2% у ПГ2а та 38,5±4,9% у ПГ2б) та адиктивної поведінки (20,5±4,0% у ПГ2а та 34,4±4,7% у ПГ2б, $p < 0,05$).

Високі показники за шкалою подолання норм та правил свідчать про неконформні установки, готовність висувати власні норми та цінності всупереч груповим. Під час лікування подібні прояви виражалися в орієнтації на індивідуальні інтереси, порушенні правил поведінки у лікувальному закладі, конфліктах із медичним персоналом, іншими

пацієнтами, самовільними змінами лікарських призначень.

Для посиленої готовності до адиктивної поведінки були характерними ілюзорно-компенсаторний спосіб вирішення особистісних проблем та відхід від реальності, зміна свого психічного стану через різні види залежностей — вживання алкогольних напоїв, «заїдання стресу», колекціонування, роботоголізм.

Схильність до самопошкоджуючої та саморуйнівної поведінки виявлялася у прийнятті ризикованих рішень, пошуку гострих відчуттів, легковажному ставленні до свого здоров'я, знеціненні власного життя, самозвинуваченнях та самобичуванні.

Підвищення показників за шкалою агресії та насилля вказувало на агресивну налаштованість особистості у взаємодії з іншими, тенденцію застосовувати силові методи у вирішенні проблем, пониження інших задля підняття власного авторитету.

Низький вольовий контроль емоційних реакцій свідчив про проблеми самоконтролю поведінкових проявів емоційних реакцій, реалізацію негативних емоцій безпосередньо у поведінці, несформованість здатності до контролю власних потреб і чуттєвих потягів.

Дослідження особливостей прояву та вираженості відхиленої поведінки у пацієнтів із ХП встановило:

— тенденції до прояву різних форм відхиленої поведінки у 7–22 % хворих із БХП та 20–38 % пацієнтів з АХП;

— вищі рівні готовності до подолання норм та правил, адиктивної, саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, схильності до агресії та насилля, зниження вольового контролю емоційних реакцій в опитуваних із ХП алкогольної етіології;

— прагнення виявляти більшу лояльність до соціальних норм та правил у жінок у цілому, особливо пацієнок із БХП;

— більшу схильність чоловіків до неконформної поведінки, застосування агресії та готовність до деліквентної поведінки;

— домінування тенденцій до появи адиктивної, саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, готовності порушувати норми та правила; причому

у жінок превалювали схильність до адиктивної поведінки переважно в осіб із БХП та саморуйнівної — в опитуваних з АХП, тоді як у чоловіків — готовність до порушення норм та правил і адиктивна поведінка;

— відображення девіацій на лікувальному процесі у вигляді порушення комплаєнсу для неконформних форм відхиленої поведінки; використання алкоголю, «заїдання стресу», роботоголізму із метою зміни психічного стану — адиктивної поведінки; легковажного ставлення до свого здоров'я, знецінення власного життя, самозвинувачень — схильності до саморуйнівної поведінки; агресивної налаштованості до оточення — готовності до насилля; реалізації негативних емоцій безпосередньо у поведінці — низького вольового контролю.

Наявність тенденцій до прояву різних форм девіацій у хворих із ХП та їх вплив на поведінку протягом лікування вказують на необхідність включення діагностики та психологічної корекції даних дезадаптивних патернів у програму комплексної медико-психологічної допомоги.

Список літератури

1. Современные подходы к диетическому питанию больных хроническим панкреатитом / Н. В. Харченко, Г. А. Анохина, И. А. Коруля [и др.] // Здоров'я України.— 2011.— № 4 (22).— С. 17–18.
2. Коваль В. Ю. Особливості хронічних панкреатитів на Закарпатті [Електронний ресурс] / В. Ю. Коваль, Е. Й. Архій, О. О. Болдіжар // Гастроентерологія.— 2013.— № 3 (49).— Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36818#prettyPhoto>
3. Halloran C. Хронічний панкреатит / С. Halloran // Внутренняя медицина.— 2009.— № 4 (16).— С. 44–47.
4. Короткевич О. И. Хронический панкреатит: от патогенеза к терапии [Электронный ресурс] / О. И. Короткевич // Рус. мед. журн.— 2009.— № 19.— Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_6765.htm
5. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов.— М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.— С. 362–370.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ОТКЛОНЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Н. В. КУТОВАЯ

Представлены результаты исследования особенностей проявления и выраженности отклоненного поведения у пациентов с хроническим панкреатитом. У опрошенных с панкреатитом алкогольной этиологии регистрировались более высокие уровни готовности к преодолению норм и правил, аддиктивному, саморазрушительному поведению, склонности к агрессии и насилью, снижение волевого контроля эмоциональных реакций. У женщин преобладали тенденции

к аддиктивному поведению преимущественно у лиц с билиарным панкреатитом и саморазрушительному — у опрашиваемых с алкогольным панкреатитом, тогда как у мужчин — готовность к нарушению норм и правил, аддиктивному поведению.

Ключевые слова: хронический панкреатит, отклоненное поведение, психологическая помощь.

**THE PECULIARITIES OF MANIFESTATIONS AND SEVERITY OF DEVIANT BEHAVIOR
IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS**

N. V. KUTOVA

The findings of investigation of the peculiarities of manifestation and severity of deviant behavior in patients with chronic pancreatitis are reported. Higher levels of readiness to break the norms and rules, addictive, self-destructive behavior, tendency to aggression and violence, reduction of emotional reactions control were registered in patients with alcoholic pancreatitis. In females, susceptibility to addictive behavior, primarily in patients with biliary, and self-destructive in respondents with alcoholic pancreatitis prevailed, while in males willingness to break the rules and addictive behavior were noted.

Key words: chronic pancreatitis, deviant behavior, psychological help.

Надійшла 14.09.2015