

**Людмила Вікторівна Левицька,**

кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Хмельницького інституту соціальних технологій ВНЗ “Відкритий міжнародний університет розвитку людини “Україна”

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПІВ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ СТУДЕНТІВ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ**

*У статті подано теоретичний та емпіричний аналіз проблеми ставлення до хвороби студентів з обмеженими можливостями. Описуються типи реагування студентів на хворобу, що характеризуються наявністю психічної адаптації або дезадаптації у зв'язку із захворюванням. Розглядається методичний інструментарій експериментального дослідження і подається аналіз отриманих результатів.*

**Ключові слова:** хвороба, типи ставлення до хвороби, дезадаптація особистості.

**Постановка проблеми у загальному вигляді.** У сучасному світі в цілому і в Україні зокрема збереження здоров'я людини є однією з найважливіших проблем. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” передбачає здійснення українською державою низки заходів, що спрямовані на задоволення потреб населення в охороні здоров'я, а також створення умов для формування здорового способу життя. Одним із засобів досягнення цієї мети є корекція різних типів ставлення особистості до хвороби. Оскільки студенти, які мають проблеми здоров'я, не завжди добре адаптовані у суспільстві та їх ставлення до хвороби більш заважає, ніж допомагає адаптуватись у соціумі, то постає потреба надати їм знання, що допоможуть їм у подальшій соціалізації та сприятимуть покращенню особистого здоров'я і самопочуття.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано вирішення даної проблеми та на які опирається автор.** Усебічне наукове вивчення проблеми реакцій хворого на своє захворювання розпочалося з праць

німецького лікаря А. Гольдшейдера. Він уперше описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу і назвав їх аутопластичною картиною захворювання. А. Гольдшейдер виокремив два рівні у картині захворювання: “сенситивний”, який виникає на основі відчуттів, та “інтелектуальний”, що є результатом розмірковувань хворого про свій фізичний стан [1, с. 157]. У вітчизняній літературі проблема ставлення особистості до хвороби розглядалася в працях таких вчених, як М. Я. Мудрова, С. П. Боткіна, Г. А. Захар’їна, Н. І. Пирогова, С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкіна, В. А. Гіляровського, Є. К. Краснушкіна, В. М. Бехтерева [1]. Дослідження проблеми типів ставлення особистості до захворювання подано у працях Л. Н. Лежепекової, А. Д. Степанова, П. Я. Якубова (типи ставлення до хвороби за взаємодією, що складається між лікарем і пацієнтом), Р. А. Лурія (внутрішня картина хвороби й ятрогенні захворювання), А. Е. Личко та Н. Л. Іванова (класифікація типів ставлення до хвороби) [2–4].

Проте, проблема ставлення до хвороби студентів з обмеженими можливостями є недостатньо дослідженою і становить науково-практичний інтерес.

**Мета статті** – викласти результати експериментального дослідження типів ставлення студентів з обмеженими можливостями до хвороби.

#### **Виклад основного матеріалу дослідження.**

Питання ставлення до хвороби завжди було предметом наукових пошуків учених. Так, Р. А. Лурія вперше ввів поняття “внутрішня картина хвороби”, під яким розумів комплекс переживань хворого, пов’язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції й уявлення про хворобу. “Внутрішня картина хвороби – це і факт знання про наявність хвороби, її усвідомлення, розуміння ролі та впливу хвороби на життєве функціонування й емоційні і поведінкові реакції, пов’язані із захворюванням” [3]. А. Є. Личко вважав, що ставлення до захворювання інтегрує всі психологічні категорії [5].

Відповідно до своїх відчуттів, емоцій, психічних особливостей кожна людина по-різному ставиться до власної хвороби. У сучасній медицині

виокремлюють такі реакції хворого на захворювання: адекватна (гармонійна); перебільшення тяжкості захворювання; недооцінка тяжкості захворювання, включаючи заперечення факту хвороби (аногнозію); усвідомлене спотворення оцінки хвороби (симуляція, агравація, дисимуляція). Клінічні та медичні психологи виокремлюють стенічну, астеничну і раціональну реакцію людей на захворювання. При стенічному типі реакції хворий слабо здатний до виконання необхідних обмежень, які накладаються захворюванням. При астеничній – розвивається песимізм, підозрілість, але вони відносно легше пристосовуються до захворювання, ніж при стенічному типі реакції. При раціональному типі реагування має місце реальна оцінка ситуації та раціональний вихід із фрустрації [4].

З метою оцінки особистісного реагування на хворобу А. Є. Лічко, Н. Я. Іванов виявили 12 типів ставлення до хвороби, а саме: гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, сенситивний, егоцентричний, дисфоричний, паранояльний [5].

1. Гармонійний – адекватна оцінка свого стану без схильності до перебільшення його важкості, бачення власної перспективи. Намагання у всьому сприяти успіху лікування, небажання перевантажувати інших доглядом за собою.

2. Ергопатичний – “втеча від хвороби в роботу”, бажання зберегти працездатність.

3. Анозогнозичний – активне відкидання думки про хворобу, про можливі її наслідки, відмова від обстеження і лікування.

4. Тривожний – безперервне занепокоєння та недовірливість, постійні міркування про несприятливий перебіг хвороби, можливі ускладнення, неефективність лікування.

5. Іпохондричний – зосередженість на суб’єктивних відчуттях і перебільшення їх значення, боязнь побічної дії ліків, відсутність віри в успіх лікування, пошук неіснуючих хвороб.

6. Неврастенічний – поведінка за типом “дратівливої слабкості”. Відмічаються спалахи дратівливості, особливо при наявності болю, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. У подальшому такі особи висловлюють сором, каяття за неспокій та нестриманість.

7. Меланхолійний – відсутність віри в одужання навіть при сприятливих об’єктивних даних обстеження. Наявність депресивного настрою із суїцидальними думками.

8. Апатичний – повна байдужість до своєї долі, пасивне підпорядкування лікуванню, втрата цікавості до всього, що раніше турбувало.

9. Сенситивний – надмірна схвильованість щодо можливого неприємного сприйняття їх оточуючими через хворобу, побоювання, що інші люди можуть їх уникати, вважати неповноцінними, боязнь стати тягарем для близьких.

10. Егоцентричний – “втеча у хворобу” з виставленням напоказ страждань з метою привернути увагу близьких та оточуючих. Вимагають до себе особливого ставлення (кинути свої справи і доглядати хворого).

11. Дисфоричний – домінує похмуро-озлоблений настрій, депресивний стан, ненависть до здорових людей, спалахи крайньої люті із схильністю звинувачувати в своїй хворобі інших, вимагати до себе особливої уваги, підозрілість до процесу лікування, деспотичне ставлення до близьких – вимагання, щоб усі догоджали їхнім забаганкам.

12. Паранояльний – упевненість, що хвороба є результатом злого умислу, підозрілість до процедур та лікарів, приписування ускладнень лікування некваліфікованості медичного персоналу, безпідставне звинувачення медичних працівників.

Відповідно до поставленої мети дослідження було здійснено констатувальний експеримент щодо виявлення типів ставлення студентів до хвороби за допомогою методики “ТОБОЛ”. Ця методика діагностує 12 типів ставлення до хвороби: гармонійний, анозогнозичний, ергопатичний, егоцентричний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, сенситивний, неврастенічний, тривожний, паранояльний, дисфоричний. Методика

побудована у формі опитувальника і діагностує тип ставлення особистості до хвороби на підставі інформації про ставлення респондента до низки життєвих проблем та ситуацій, потенційно найбільш для нього значущих і безпосередньо або опосередковано пов'язаних з його захворюванням. В основу структурування змісту методики було покладено 12 підсистем: ставлення до хвороби, її лікування; ставлення до лікарів та медперсоналу; ставлення до рідних, близьких, оточуючих; ставлення до роботи (навчання); самотності, до майбутнього, а також оцінка самопочуття, настрою, сну й апетиту.

Опитувальник містить відповідно 12 таблиць, кожна з яких складається із 16 запропонованих тверджень, складених на основі клінічного досвіду групи експертів. Під час роботи з методикою досліджуваним пропонується вибирати два найбільш відповідних йому тверджень на кожен тему. Згідно з методикою всі 12 типів ставлення до хвороби було об'єднано за трьома блоками. Перший блок містить гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи ставлення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація суттєво не порушується. При гармонійному типі реагування респондент, адекватно оцінюючи свій стан, активно бере участь у лікуванні захворювання, дотримується призначеного лікарем режиму і водночас прагне подолати захворювання, зберігаючи соціальну активність. Крім гармонійного типу реагування, до першого блоку включено ергопатичний та анозогнозичний типи. Для хворих з цими типами ставлення до хвороби характерним є: зниження критичності до свого стану, применшення "значення" захворювання аж до повного його витіснення, іноді виявляються поведінкові порушення рекомендованого лікарем режиму життя, "втеча" у роботу під час захворювання. Однак виражені явища психічної дезадаптації у цих хворих відсутні, що надало можливість умовно включити їх в один блок з гармонійним типом.

Другий і третій блоки містять типи реагування на хворобу, які характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку із захворюванням та відрізняються переважно психічною спрямованістю реагування на хворобу. Другий блок містить тривожний, іпохондричний, неврастенічний,

меланхолійний, апатичний типи ставлення, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації досліджуваних з цими типами реагування. Емоційно-афективна сфера відносин у таких респондентів виявляється в дезадаптивній поведінці: реакція за типом дратівливої слабкості, тривожним пригніченим станом, “відходом” у хворобу, відмовою від боротьби – “капітуляцією” перед захворюванням.

У третій блок увійшли сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранояльний типи ставлення, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що провокує виникнення порушення соціальної адаптації досліджуваних. Хворі з цими типами ставлення до хвороби характеризуються таким сенсифікованим ставленням до хвороби, яке, ймовірно, найбільшою мірою залежить від особливостей особистості. Таке сенсифіковане ставлення до хвороби виявляється дезадапційною поведінкою хворих: вони соромляться свого захворювання перед оточуючими, “використовують” його для досягнення певних цілей, створюють паранояльні концепції щодо причин свого захворювання та його хронічного перебігу, виявляють гетерогенні агресивні тенденції, звинувачуючи оточуючих у своїй недузі.

Дослідження проводилось із студентами Хмельницького інституту соціальних технологій Університету “Україна”. Участь взяли 85 осіб: 39 студентів денної форми навчання і 46 студентів заочної форми навчання. Отримані під час констатувального експерименту результати щодо виявлення типів ставлення студентів до хвороби подано у таблиці.

Якщо узагальнити ці дані, то видно: що 42 студента мають гармонійний (11,7 %), ергопатичний (14,1 %) та анозогнозичний (23,5 %) типи ставлення до хвороби. Відповідно до методики “ТОБОЛ” для цих студентів характерним є применшення “значення” хвороби, іноді аж до повного витіснення її, “втеча” від хвороби в роботу, зниження критичності щодо стану свого здоров’я. Однак

слід зазначити, що у цих студентів відсутні явища психічної дезадаптації, тому ці студенти не входять до групи ризику.

**Таблиця – Результати експериментального дослідження виявлення типів ставлення студентів до хвороби (2013 н. р., вибірка – 85 осіб)**

№ з/п	Типи ставлення до хвороби	Кількість студентів (осіб)	Відсоткове співвідношення (%)
1	Гармонійний	10	11,7
2	Ергопатичний	12	14,1
3	Анозогнозичний	20	23,5
4	Тривожний	6	7,1
5	Іпохондричний	5	5,9
6	Неврастенічний	5	5,9
7	Меланхолійний	5	5,9
8	Апатичний	4	4,7
9	Сенситивний	6	7,1
10	Егоцентричний	6	7,1
11	Паранояльний	4	4,7
12	Дисфоричний	2	2,3

До першої групи ризику ввійшли студенти тривожного (7,1 %), іпохондричного (5,9 %), неврастенічного (5,9 %), меланхолійного (5,9 %), апатичного (4,7 %) типів ставлення до хвороби. Для цих студентів характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, яка обумовлює порушення соціальної адаптації. Дратівлива слабкість, тривожний, пригнічений стан, відмова від боротьби за своє здоров'я – усе це призводить до дезадаптації особистості. Це означає, що такі студенти не вміють конструктивно справлятися із своєю дратівливістю, тривожністю і не вірять у власні можливості щодо покращення свого здоров'я.

Іншу групу ризику складають студенти сенситивного (7,1 %), егоцентричного (7,1 %), паранояльного (4,7 %) та дисфоричного (2,4 %) типів ставлення до хвороби. У цих студентів порушення адаптації пов'язано із сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке виявляється у: сором'язливості свого захворювання перед оточуючими; використуванні свого захворювання для досягнення певних цілей; агресивних реакціях, звинувачуваннях оточуючих у своїй недузї; паранояльних тенденціях щодо причин свого захворювання. Це

означає, що такі студенти не вміють справлятися із своїм соромом, агресивними тенденціями, паранояльними думками (безпідставно звинувачують лікарів у своїй хворобі) і потребують постійної уваги до себе з боку оточуючих з метою задоволення власних потреб.

**Висновки.** Отже, у результаті проведеного дослідження було виявлено дві групи ризику. До першої групи ризику відносять студентів з інтрапсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу, яка виявляється у: дратівливій слабкості, тривожності, пригніченому стані, відмові від боротьби за своє здоров'я. До другої групи ризику відносять студентів із сенсibilізованим ставленням до хвороби, що виявляється в: агресивних реакціях, звинувачуваннях оточуючих у своїй недузї; використуванні свого захворювання для досягнення певних цілей; сором'язливості та паранояльних концепціях щодо причин свого захворювання.

**Перспективи подальших розвідок у даному напрямку** передбачають розробку програми розвитку гармонійного типу ставлення до хвороби.

### **Список використаної літератури**

1. Лакосина, Н. Д. Клиническая психология : [ учебн. для студ. мед. вузов ] / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. – 2-е изд. – М. : Мед. прес-информ, 2005. – 416 с.
2. Лежепекова, Л. А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача / Л. А. Лежепекова, Б. А. Якубов. – Л. : Медицина, 1977. – 160 с.
3. Лурия, А. Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / Александр Романович Лурия. – М. : Мир, 1977. – 138 с.
4. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология [Практическое руководство] / Владимир Давыдович Менделевич. – М. : МЕДпресс, 2001. – 592 с.
5. Методика психологической диагностики типов отношения к болезни / под ред. А. Е. Личко. – Л. : Лаборатория клинической психологии Ленинградского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, 1987. – 28 с.

*Рецензент: доктор педагогічних наук, професор Галімов А. В.*

Стаття надійшла до редакції 19.09.2013.



***Левицкая Л. В. Экспериментальное исследование типов отношения к болезни студентов с ограниченными возможностями***

*В статье представлен теоретический и эмпирический анализ проблемы отношения к болезни студентов с ограниченными возможностями. Описываются типы реагирования на болезнь, которые характеризуются наличием психической адаптации или дезадаптации в связи с заболеванием. Рассматривается методический инструментарий экспериментального исследования и представляется анализ полученных результатов*

**Ключевые слова:** *болезнь, типы отношения к болезни, дезадаптация личности.*

***Levytska L. V. Experimental research of types of attitude of students with special needs to the disease***

*The article presents the theoretical and empirical analysis of the problem of attitude of students with special needs to the disease. The types of attitude to the disease characterized by the presence of mental adaptation or disadaptation due to disease are described. The methodological instruments of experimental research are examined and the analysis of the results is given.*

**Key words:** *disease, types of attitude to the disease, disadaptation of personality.*