

## СЕКЦІЯ 4. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.923.2

**ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ В СТРУКТУРІ  
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ**

Барінова А.Ю., аспірант

*Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова*

У статті проаналізовані наукові підходи до дослідження суб'єктивного сприйняття хворих на епілепсію свого захворювання, ставлення до хвороби, етапи формування внутрішньої картини хвороби та типи ВКХ, які формують індивідуальні копінг-стратегії.

**Ключові слова:** *внутрішня картина хвороби, суб'єктивне сприйняття хвороби, стигматизація, соціально-психологічна адаптація, епілепсія.*

В статье проанализированы научные подходы к исследованию субъективного восприятия больных эпилепсией своего заболевания, отношение к болезни, этапы формирования внутренней картины болезни, типы ВКБ, формирующие индивидуальные копинг-стратегии.

**Ключевые слова:** *внутренняя картина болезни, субъективное восприятие болезни, стигматизация, социально-психологическая адаптация, эпилепсия.*

Barinova A.Yu. INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN THE STRUCTURE OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH EPILEPSY

The article analyzes the scientific approaches to the study of subjective perception of patients with epilepsy of their disease, the attitude to the disease, the stages of the formation of the internal picture of the disease, the types of IPD that form individual coping strategies.

**Key words:** *internal picture of the disease, subjective perception of the disease, stigmatization, social and psychological adaptation, epilepsy.*

**Постановка проблеми.** Актуальність клініко-психологічного вивчення хворих на епілепсію визначається тим, що дане захворювання є високо поширеним серед всієї групи нервово-психічних захворювань протягом дуже тривалого періоду. Хронічний перебіг захворювання призводить до формування різноманітних варіантів порушень клінічних, психологічних, соціальних характеристик у даної категорії хворих. Дані дисгармонійні порушення формують зміни в поведінці і діяльності хворих. Порушення пізнавально-аналітичної діяльності, генералізовані емоційні реакції, конфліктна поведінка перешкоджають процесу спілкування з такими людьми, породжують процес «стигматизації», розвиток соціального конфлікту. Негативні показники клінічних, психологічних, соціальних характеристик у хворих на епілепсію переважають при несприятливому перебігу хвороби.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Хронічний перебіг захворювання вимагає від людини зміни образу життя. Це може бути потреба в постійній медикаментозній терапії, в дієті, зменшені фізичних і емоційних навантажень, змінах у режимі праці та відпочинку тощо.

Суб'єктивне сприйняття особою свого захворювання неодноразово виступає предметом досліджень науковців. Створився цілий синонімічний ряд, що позначає цей феномен у науці: «аутопластична картина захворювання», «ставлення до хвороби», «свідомість хвороби», «концепція хвороби», «реакція на захворювання».

**Постановка завдання.** Мета – розглянути суб'єктивне сприйняття хворих на епілепсію свого захворювання, ставлення до хвороби, етапи формування внутрішньої картини хвороби та типи ВКХ, що формують індивідуальні копінг-механізми.

**Виклад основного матеріалу.** Досить поширеним і загальноприйнятим терміном, що позначає суб'єктивну сторону відображення у свідомості хворого патологічного процесу, є термін «внутрішня картина хвороби», запропонований Р.А. Лурія: «Внутрішньої ж картиною хвороби і називають все те, що відчуває і переживає хворий, всю масу його почуттів, не тільки місцевих хворобливих, але і його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини, – все те, що пов'язано для хворого з приходом його до лікаря, весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з



дуже складних поєднань сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психологічних переживань і травм» [4, с. 38]. Він вказував, що поведінка і психіка людини змінюються з того моменту, як він дізнається про своє захворювання. Безсумнівно, що її роль зростає при психічних захворюваннях.

Всю суму цих почуттів, переживань, настроїв хворого разом з його власних уявлень про свою хворобу Гольдшейдер назвав аутопластичною картиною хвороби і відносить сюди не тільки суб'єктивні симптоми хворого, але і ряд відомостей про хворобу, якими володіє хворий із колишнього свого знайомства з медициною, з літератури, кінофільмів, із бесід з оточуючими, з порівняння себе з аналогічними хворими тощо (цит. за [4, с. 40]).

Гольдшейдер розглядає сенситивну і інтелектуальну частини аутопластичної картини хвороби (цит. за [4]). Першу, очевидно, становлять суб'єктивні відчуття, що йдуть від конкретного місцевого захворювання або патологічної зміни загального стану хворого. Друга є надбудовою над ними, створеною вже самим хворим, роздумами про свою хворобу, своє самопочуття і стан. Таке уявлення Гольдшейдера про аутопластичну картину хвороби пояснює відмінність в результаті суб'єктивного дослідження хворого. В одних випадках він буде збігатися з даними об'єктивного його дослідження, в інших – різко розходиться з ним, якщо інтелектуальна частина, створена самим хворим, не має під собою реального бази в соматичному патологічному процесі.

Центральним є питання про те, що означає хвороба для хворого. Людина завжди по-різному відчуває, сприймає патологічні процеси, тлумачить їх, пояснює, емоційно реагує на них. Виникнення хвороби, реакція на неї, всі почуття і вчинки, пов'язані з хворобою, – це єдине ціле.

І. Харді виділяє три варіанти поведінки хворого в залежності від його витривалості по відношенню до пов'язаних з хворобою труднощів і проблем. Хворий-борець відноситься до хвороби як до ворога, якого треба перемогти, він робить все можливе в інтересах одужання. Якщо повністю одужати не вдається, він намагається компенсувати свій дефект. Хворий, що капітулює, – здається, людина стає пасивною, безпорадною, її треба весь час підтримувати. Є і хворі, які не хочуть поглянути біди в очі, чути про лікарню і лікування, прагнуть обійти біду (реакція заперечення) [10, с. 34]. Все, про що пише І. Харді, можна назвати суб'єктивною стороною захворювання.

А.В. Петровський та М.Г. Ярошевський визначають внутрішню картину хвороби як «цілісний образ свого захворювання, що виникає у хворого» [6]. З психологічної точки зору формування цього цілісного образу здійснюється в кілька етапів. При виникненні дисгармонії, порушенні узгодженої діяльності різних органів і систем, появі ознак морфофункціональних розладів розвиваються суб'єктивні стани з відчуттям незвичайного характеру. Ці відчуття, будучи провісниками соматичної хвороби, зумовлюють стан, що позначається як дискомфорт. Порушення психофізіологічного тону, зміни настрою в ряді випадків можуть бути раннім симптомом окремих форм соматичних захворювань. Поряд з дифузними (невизначеними) суб'єктивними відчуттями дискомфорту можливий локальний дискомфорт (в області серця, шлунку, кишечника). Подальший розвиток захворювання може супроводжуватися переростанням дискомфорту в больові відчуття.

Р. Кінцевий і М. Боухал пропонують типологію, в якій поряд з оцінкою хворим тяжкості свого захворювання використані й інші підстави класифікації: занурення, відхід у хворобу; отримання задоволення від того, що хвороба звільняє від обов'язків; отримання відомої вигоди від хвороби – матеріальної або моральної [3].

Певний інтерес представляє також класифікація Баркера, який виділив 5 типів ставлення до хвороби [11]:

1) уникнення дискомфорту, часто супроводжується відходом в себе, аутизацією. Зазвичай це характерно для пацієнтів з вузьким колом інтересів, невисоким інтелектом, а також для літніх людей при тривалій хворобі;

2) заміщення. Хворий сам знаходить нові засоби досягнення життєвих цінностей, які заміняють втрачені через хворобу можливості. Цей тип відносини пов'язаний з високим рівнем інтелекту;

3) ігноруюча поведінка. Хворий прагне придушити, витіснити визнання дефекту, обмеженість можливостей у зв'язку з хворобою, що частіше виникає в осіб з середнім інтелектом, але з високим освітнім рівнем;

4) компенсаторна поведінка, представлена чотирма різновидами: циклічне пристосування з періодами підйому і спаду; фаталістичне ставлення (головним чином до майбутнього); параноїдне пристосування з тенденцією агресивного перенесення неадекватних переживань на навколишніх; виражені агресивні реакції;

5) невротичні реакції.

У ряді випадків оптимальною формою пристосування є ігнорування дефекту,

але не можна вважати це універсальним виходом.

3. Ліповський намагається розмежувати «реакції подолання хвороби» і «реакції на інформацію про хворобу». Останні залежать від «значення хвороби» для пацієнта і можуть бути такими:

1) хвороба – погроза або виклик, а типи реакцій – протидія, тривога, відхід у себе, боротьба;

2) хвороба – втрата; відповідні типи реакції – депресія або іпохондрія, розгубленість, горе, повернення до себе уваги, порушення режиму;

3) хвороба – виграш або позбавлення, а типи реакцій при цьому – байдужість, життєрадісність, порушення режиму, ворожість по відношенню до лікаря;

4) хвороба – покарання: виникають реакції типу пригніченості, сорому, гніву (цит. за [5]).

Цікаву типологію пропонують А.В. Квасенко і Ю.Г. Зубарев [1]. Вони розрізняють нормальні психологічні особистісні реакції хворого і психопатологічні – такі, як депресивні, фобічні, істеричні, іпохондричні і анозогнозичні (в останньому випадку факт хвороби взагалі не усвідомлюється). Депресивні стани на початку хвороби частіше супроводжуються високою тривожністю, а пізніше більш поширений астенодепресивний синдром. Істеричні реакції проявляються в емоційній нестійкості, театральності поведінки, афекту, гіпертрофованих скаргах. Іпохондричні реакції зазвичай спостерігаються при хронічних, хоча і не важких, хворобах. Їхній появі сприяє тривожно-недовірливий характер хворого, його висока чутливість, невпевненість, нестійкість і ригідність; при цьому тривалість реакції зазвичай не перевищує кількох днів або тижнів. Правда, іноді цей стан зберігається роками, переростаючи в іпохондричний розлад особистості. Фобічні реакції складаються в появі нав'язливих і необґрунтованих страхів.

Роль внутрішньої картини хвороби в процесі адаптації вивчав В.А. Ташликов, який розглядає її як психологічний механізм захисту. На думку автора, внутрішня картина хвороби створюється із захисною метою для послаблення інтенсивності негативних переживань, пов'язаних з хворобою, компенсації почуття провини, сорому, агресії. У структурі внутрішньої картини хвороби В.А. Ташликов виділяє пізнавальний, емоційний і мотиваційно-поведінковий аспекти [7].

Істотну роль у процесі психосоціальної адаптації хворого відіграє здатність індивіда до динамічної перебудови системи стосунків, установок, життєвих цілей.

У внутрішньому плані активне пристосування до хвороби відбувається у перші 2-3 роки, коли формується нова система психічної реальності людини з урахуванням її захворювання. Часто хворі змушені переглядати свої життєві плани та установки. Відбувається так звана «корекція сподівань та надій», яка іноді значно збіднює майбутнє особистості, перешкоджає розкриттю внутрішнього потенціалу хворого [7].

Життя людини з епілепсією є непростим. Пацієнт стає залежним від постійного систематичного прийому лікарських препаратів, які стають необхідною умовою більш-менш повноцінного життя. У житті хворого на епілепсію з'являється ряд протипоказань: керування автомобілем; робота з автоматичними механізмами; плавання у відкритих водоймах, в басейнах без нагляду; самотійна відміна або пропуск прийому ліків.

Крім фізичних травм, які хворий на епілепсію ризикує отримати під час нападу, хвороба відображається на його психологічному стані, самосвідомості. Проблема стигматизації та дискримінації особливо актуальна при епілепсії. Останнє обумовлено тим, що в Україні в останні роки спостерігається збільшення кількості людей хворих на епілепсію. На це захворювання страждає кожен 10-й українець с 1000. Необхідно підкреслити, що з усіх осіб, які страждають на епілепсію, лише 8-10% потребує стаціонарної допомоги, основна ж маса (понад 90%) спостерігається амбулаторно, причому з них близько 60% дорослих пацієнтів є працездатними і працюють в колективі здорових людей. У зв'язку із цим особливу актуальність набуває питання адаптації хворих на епілепсію в суспільстві та участі їх у трудовій діяльності.

Як відомо, під час вирішення питань працевлаштування важливими є такі фактори, як ступінь вираження психічних порушень, особистісні особливості хворого, рівень освіти, можливості психологічної адаптації, збереженість професійних навичок тощо. Проте в ресоціалізації хворого істотну роль грає відношення суспільства до епілепсії як хвороби в цілому і до особи, яка страждає на це захворювання.

Не менш важливе значення в соціальній адаптації хворого на епілепсію мають такі чинники, як неправильне ставлення до хвороби, наявність почуття ущербності та замкнутості, смиренності з думкою, що хворий, відсутність особистої відповідальності за що-небудь, прояв негативізму, заперечення залежності від оточуючих. У частині випадків соціальна дезадаптація значною мірою обумовлена непевністю



в собі, постійної залежності від оточуючих, зниженням оцінки своїх можливостей.

Дослідження останніх років показують, що в суспільстві відмічається певний прогрес у ставленні до хворих на епілепсію, особливо це помітно в країнах, що розвиваються, де стигматизованими виявляються три чверті хворих. Разом із тим слід відзначити, що навіть в розвинених країнах хворі на епілепсію відчувають передсуспільством почуття тривоги і страху, що, у свою чергу, обмежує їх соціальну активність.

При цьому чим більше виражена судомна складова випадків і частота їх виникнення, тим більше хворий чутливий і вразливий в порівнянні з хворими, що страждають безсудомною формою пароксизмів. Психологічні дослідження показали, що найбільш дезадаптивний характер реакцій особистості на хворобу в значно більшій мірі виражений у хворих з вторинно-генералізованими комплексними випадками, з переважно скроневою локалізацією вогнищ, особистісно змінених, з великою тривалістю захворювання і, особливо, з великою частотою випадків. Саме в такого роду хворих домінують емоційно-афективні розлади: меланхолійні, тривожні, іпохондричні, неврастеничні, апатичні, сенситивні, егоцентричні та дисфоричні патерни ставлення до хвороби.

У хворих із нечастими первинно-генералізованими загальносудомними випадками переважає гармонічний (відносно реалістичний) тип ставлення до хвороби; більш виражені ергопатичні (занурення в роботу) і анозогностичні (відсутність критичної оцінки своєї хвороби) тенденції. Також встановлено, що чим менше хворі задоволені своїм фізичним, емоційним станом, чим більше вони відчувають занепокоєння різними соціально-ситуативними обставинами, які ускладнюють життєдіяльність, наприклад, «особистими відносинами», «залежністю від ліків», «захищеністю» тощо, тим виразніше тенденції до уникнення (або витіснення) рішення проблем.

Це свідчить про вразливість, фрустрованість хворобою, про переживання хворих в зв'язку зі своєю соціальною несхожістю на інших (поза нападів ці хворі, як правило, практично здорові, що і намагаються демонструвати оточуючим), стигматизованість самим фактом діагнозу «епілепсія».

Формування внутрішньої картини епілепсії (виникаючий у хворого цілісний образ свого захворювання) проходить такі етапи:

1) початковий – в якому формується чуттєва тканина хвороби, тобто викликані нею тілесні відчуття. На цьому етапі відчуття погано рефлексують (усвідомлюються)

і вербалізуються (піддаються словесному опису);

2) первинного означення – в ньому чуттєва тканина хвороби опосередковується певною категоризацією, системою значень, універсалій. Це змінює характер тілесних почуттів: вони втрачають невизначеність, отримують модальність, інтенсивність. Первинне означення може здійснюватися або самим хворим, або іншими;

3) вторинне означення – співвіднесення власного самопочуття з існуючими в даному суспільстві стереотипами про систему значень, в яких виражається досвід даного суспільства про здоров'я або хворобу. На цьому етапі відчуття знаходять статус симптому. Вторинне означення залежить від уявлень про заразливість, виліковності захворювання, відповідно до того міфу про хворобу і її лікування, який є в даному суспільстві;

4) породження особистістю сенсу хвороби – співвіднесення сенсу хвороби з власною системою цінностей, мотивами. Особистісне значення хвороби може бути різним: перешкодою; отримання вигоди; мати конфліктний сенс (сприяти отриманню одних мотивів і заважати іншим).

За результатами дослідження З.І. Кекелідзе, Г.В. Тюменкової, яке проводилось з приводу вивчення питання стигматизації хворих на епілепсію в респондентів групи «хворі», виділяються чотири типи внутрішньої картини хвороби, що формують індивідуальні копінг-механізми [2, с. 15]:

1. Тривожно-фобічний тип. Хворі з подібним типом внутрішньої картини хвороби з підвищеною увагою ставляться до свого здоров'я, тривожно очікують нападу, вони фіксовані на своїх соматичних відчуттях і схильні підкреслювати наявні в них проблеми, пов'язані з хворобою. Вони вважають себе неповноцінними і тому бачать необхідність соціальних обмежень для хворих на епілепсію. Наявні різноманітні страхи часто призводять до невиправданого зниження соціальної активності і самообмежень, не пов'язаних із тяжкістю реальної клінічної картини.

2. Істероформний тип. Хворі з таким типом внутрішньої картини хвороби з винятковою увагою ставляться до стану свого здоров'я, як правило, мають соматоформні розлади, страждають госпіталізмом, залучають до вирішення проблем зі своїм здоров'ям родичів і друзів. Для них характерні яскраво виражені тенденції до агравації. Намагаючись привертнути увагу оточуючих, вони схильні значно перебільшувати і обтяжувати пов'язані з хворобою проблеми і соціальні наслідки.

3. Містико-архаїчний тип. Цей тип внутрішньої картини хвороби притаманний особистостям з переважанням ригідних рис. Вони схильні приписувати прояви хвороби особливим здібностям, бачать у них прояви геніальності. Тому такі пацієнти найчастіше вдаються до нетрадиційних методів лікування свого захворювання (знахарі, екстрасенси тощо) і, як наслідок, кваліфіковану допомогу отримують на більш пізніх етапах хвороби, коли вже є проблеми професійної і соціальної дезадаптації.

4. Анозогностичний тип. Хворі з подібним типом внутрішньої картини хвороби – це активні, вольові особистості, схильні заперечувати наявність проблем, пов'язаних із хворобою і соціальних обмежень для хворих. Вони недостатньо уважно відносяться до проблем свого здоров'я, не завжди дотримуються рекомендацій лікаря, що призводить до несприятливого перебігу захворювання і, як наслідок, до соціальних і побутових проблем пацієнтів.

Очевидно, що кожен з типів формування внутрішньої картини хвороби не відображає реального стану речей, не дозволяє хворому вірно оцінити свої можливості та передбачити небезпеки, пов'язані з хворобою, а отже, не дозволяє хворому правильно планувати свою робочу і побутову поведінку, вибудовувати соціальні контакти. Чим менше внутрішня картина хвороби збігається з реальною клінічною картинною захворювання, тим гірше соціальна адаптація хворого і більш виражена ступінь його стигматизації суспільством.

**Висновки.** Отже, ми можемо зробити такі висновки. До факторів, які несприятливо впливають на соціальну адаптацію хворих на епілепсію, відносяться тривалий перебіг захворювання, зміни особистості, тип перебігу захворювання (наявність судомних пароксизмів), певний особистісний преморбід хворого (астенічний, гіпотимний), спотворена внутрішня картина хвороби, соціальні обмеження, що накладаються суспільством. До факторів, що

сприяють соціальній адаптації хворих, належать наявність об'єктивних знань про епілепсію, можливих наслідків її протікання і шляхів їх подолання, своєчасне звернення і систематичне спостереження у спеціалістів, розуміння і підтримка близьких людей, сприятливий перебіг захворювання і певний особистісний преморбід хворого (вольовий, гіпертимний).

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Квасенко А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Москва : Издательство Медицина, 1980. – 184 с.
2. Кекелидзе З.И. Стигматизация больных эпилепсией: методические рекомендации / З.И. Кекелидзе, Г.В. Тюменкова ; Науч. центр психического здоровья РАМН; Гос. науч. центр соц. и судебной психиатрии. – Москва : Изд-во ЗАО Юстицин-форм, 2009. – 28 с.
3. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага : Авиценум, 1983. – 406 с.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия: – 4-е изд., 1977. – 111 с.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – Москва : Издательство МГУ, 1987. – 168 с.
6. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности / В.А. Петровский. – Москва, 1992. – 224 с.
7. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных с неврозами и психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей / В.А. Ташлыков – СПб., 1992. – 287 с.
8. Тухтарова И.Б. Соматопсихология / И.Б. Тухтарова, Т.З. Биктимиров. – Ульяновск : УлГУ, 2005. – 346 с.
9. Урванцев Л.П. Психология соматического больного / Л.П. Урванцев. – Ярославль : Институт психологии РАН, 2000. – 261 с.
10. Харди И. Врач, сестра, больной. Пер. с венгер. М. Алекса; Под ред. М.В. Коркиной. – 3-е изд. стереотип. – BUDAPEST : Типография Академии наук Венгрии, 1974. – 389 с.
11. Barker R.G. Adjustment to physical handicap and illness: a survey of social psychology of physique and disability / R.G. Barker // Social science Research Council Bulletin 55., 1953. – P. 7–9.