



УДК 159.955

СОЦІАЛЬНА ТА МЕТАКОГНІТИВНА ПРИРОДА ПСИХОСОМАТИКИ: РЕФЛЕКСІЯ ТА МЕТАПІЗНАВАЛЬНА СФЕРА ОСОБИСТОСТІ У КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ЗНАЧИМОСТІ ХВОРОБИ

Волошина В.О., к. психол. н.,
старший викладач кафедри психології та педагогіки
Національний університет «Острозька академія»

Довгалюк Т.А., к. психол. н.,
старший викладач кафедри психології та педагогіки
Національний університет «Острозька академія»

У статті теоретично проаналізовано психологічні аспекти формування уявлень особистості про хворобу та її соціальну значимість. Представлено основні результати емпіричного дослідження ролі рефлексії та метапізнавальної сфери особистості у контексті соціальної значимості хвороби. Встановлено, що саморефлексія та метакогнітивні процеси виступають медіаторами того, яким чином люди оцінюють хворобу та її значимість у соціальній сфері.

Ключові слова: соціальна значимість хвороби, рефлексія, метапізнання.

В статье теоретически проанализированы психологические аспекты формирования представлений личности о болезни и ее социальной значимости. Представлены основные результаты эмпирического исследования роли рефлексии и метакогнитивной сферы личности в контексте социальной значимости болезни. Установлено, что саморефлексия и метакогнитивные процессы выступают медиаторами того, каким образом люди оценивают болезнь и придают ей значимости в социальной сфере.

Ключевые слова: социальная значимость болезни, рефлексия, метапознание.

Voloshyna V.O., Dovhaliuk T.A. THE SOCIAL AND METACOGNITIVE NATURE OF PSYCHOSOMATICS: INDIVIDUAL'S REFLEXIVITY AND METACOGNITION TOWARDS THE SOCIAL VALUE OF THE DISEASE

In the article, the psychological aspects of the formation of personality representations about a disease and its social significance are theoretically analyzed. The main results of the empirical study of the role of the individual's reflection and metacognition in the context of the social significance of the disease are presented. It has been established that self-reflection and metacognitive processes serve as mediators of how people form an understanding of the disease and its significance in the social sphere.

Key words: social significance of a disease, reflection, metacognition.

Постановка проблеми. Зростання наукового інтересу до вивчення психосоматики пов'язане з виявленням психологічних особливостей формування внутрішньої картини хвороби. У психотерапевтичній практиці виникає низка труднощів із суб'єктами, що тривалий час прив'язані до своїх симптомів та мають стійкі установки та вірування щодо їх захворювання [5]. Це свідчить про те, що природа їх захворювань має, скоріше, психологічний характер, аніж органічну природу. R. Bailey та A. Wells [7] обґрунтували, що метапізнавальні процеси та рефлексивність є факторами, що опосередковують розуміння індивіда процесу протікання захворювання. Нездатність багатьох психосоматичних хворих усвідомлювати емоційні проблеми та відповідну схильність до переоцінювання соматичних проявів часто є вираженням страху перед стигматизацією [4]. Окрім того, зв'язок психосоматичних порушень, первин-

на природа яких пов'язана з органічними симптомами, з психічними процесами часто виявляється нечітким. Коли психічні та органічні процеси протиставляються один одному, неминуче постає питання про механізми їхньої взаємодії. Окремі автори підкреслюють, що суб'єктивне ставлення пацієнтів до протікання захворювання суттєво визначає подальші наслідки захворювання [4; 5]. M. Quattropani, V. Lenzo, W. Fries та A. Belvedere [14] вказують на те, що викривлене розуміння захворювання та помилкове його трактування мають тісний взаємозв'язок із метакогнітивною сферою особистості. Окрім того, завдяки рефлексії здійснюються усвідомлення та порівняння актуального стану організму з початковим і, відповідно, формується внутрішня картина хвороби та уявлення хворого щодо значимості впливу захворювання на ту чи іншу умовно виділену сферу його соціального статусу. Отже, важливим є визначення ролі

рефлексії та метапізнання у контексті соціальної значимості хвороби.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У медицині хвороба характеризується як закономірна сукупність симптомів, пов'язаних з органічною або функціональною патологією. Однак необхідно розрізняти хворобу як патологію органів та хворобу як феномен самопочуття [4]. Хвороба у розумінні самого хворого, скоріше, є індивідуальним способом проживання змін органічної природи, що також включає суб'єктивну оцінку власних можливостей функціонування та подальшої діяльності в соціальній сфері. У сучасних дослідженнях увага приділяється вивченню питань того, як люди, серйозно захворівши, намагаються «зрозуміти» (приписати) причини хвороб, а «встановивши» контроль над ними, розробити відповідну стратегію поведінки.

У психологічних дослідженнях А.В. Карпов аналізує рефлексію як фундаментальну властивість суб'єкта, за допомогою якої здійснюється усвідомлення і регуляція його життєдіяльності [3]. Завдяки рефлексії здійснюються усвідомлення, оцінка та порівняння актуального стану з початковим, і, відповідно, в разі необхідності суб'єктом вноситься корекція в застосовувані способи і прийоми регуляції. Рефлексія є не лише результатом, а й процесом, що дає змогу переосмислити хід свого мислення та особливості психологічного стану.

На думку В.М. Мясичева, ставлення до хвороби формується як нове ставлення, яке формується в системі відносин, що передувало захворюванню та сприяє зміні цих відносин [2]. Основними характеристиками ставлення до хвороби є цілісність, активність, свідомість, вибірковість, а його компонентами – когнітивний, емоційний та мотиваційно-поведінковий [2]. На нашу думку, рефлексія служить не просто підсумком діяльності, а й впливом на функціонування когнітивного, емоційного та мотиваційно-поведінкового компонентів, що виступають основними характеристиками ставлення до хвороби. Рефлексія в цьому разі є метакогнітивним механізмом, яка виконує функцію пізнавального характеру. Так, судження людини про свій стан групуються навколо симптомів, причин, наслідків, тривалості та особливостей лікування [12]. Незважаючи на те, що в науковій літературі підтверджено зв'язок між емоційними, когнітивними та мотиваційно-поведінковими процесами, мало досліджень, які оцінюють метакогнітивні аспекти психосоматизації захворювань.

V. Lenzo, T. Buccheri, C. Sindorio та інші вчені [11] встановили, що метапізнавальна

та емоційна сфери особистості впливають на функціональну й органічну етіологію гастроентерологічних захворювань. Автори також визначили, що такі фактори, як метакогнітивна впевненість, наявність негативних вірувань про небезпечність та неконтрольованість стану тривоги (занепокоєння), а також наявність переконань про необхідність контролю тривожних думок, найбільш часто корелюють із такими емоціями, як страх, злість і сум у пацієнтів з органічним захворюванням кишечника. У таких пацієнтів також були виявлені позитивні взаємозв'язки між низькою метакогнітивною впевненістю та такою копінг-стратегією, як самообвинувачення (самобичування). Із цією ж стратегією пов'язана наявність негативних вірувань про стан тривоги (занепокоєння) як стан небезпеки та відсутності контролю [11]. Такі результати дослідження свідчать про наявний взаємозв'язок метакогнітивної сфери з емоційними, когнітивними та мотиваційно-поведінковими процесами при операціоналізації симптоматики захворювання.

Незважаючи на потенціал різних підходів, очевидним є те, що суб'єкт намагається досягнути причини захворювання і будує план своїх дій. Метапізнавальна сфера особистості, що тісно пов'язана із наявністю вірувань у ефективність оцінювання та контролю протікання захворювання, може виступати важливим чинником у формуванні внутрішньої картини хвороби та уявлення хворого щодо значимості впливу захворювання на ту чи іншу умовно виділену сферу його соціального статусу [10]. Серед загальних соціально-психологічних теорій, що використовуються для аналізу проблем здоров'я, часто використовується соціально-когнітивна теорія А. Бандури [8]. У контексті цієї теорії особлива увага приділяється конструкту сприймання само-ефективності (впевненості суб'єкта у тому, що він чи вона може виконати сплановану систему дій), розглядаються основні джерела формування сприймання само-ефективності (досвід поведінки, соціальне моделювання, фізіологічний стан) тощо. Серії досліджень свідчать про те, що на основі сприймання само-ефективності можна передбачати поведінку, пов'язану з особливостями протікання захворювання.

Згідно з дослідженнями, низька «алостатична само-ефективність», де при постійному збільшенні розбіжності між уявленими про здатність регулювати власний тілесний стан за наявності хвороби (передбачення власної поведінки за наявності хвороби) та реальною поведінкою (наявності помилок такого передбачення) у разі цієї хвороби,



знижує власну віру в здатність керувати такими тілесними станами в майбутньому [13]. Встановлено, що такий метакогнітивний «діагноз» низького контролю може призводити до депресії та ожиріння як форм навченої безпомічності [13; 15]. S. Babaei, S.R. Varandi, Z. Hatami та M. Gharechahi [6] встановили, що існує взаємообернений зв'язок між проявом алекситимії та деякими меткогнітивними стратегіями, такими як здатність до контролю ризику. У результаті, коли люди розуміють, що міра їхнього контролю над обставинами знизилася, вони інтерпретують свій стан як стресовий та негативний, що, у свою чергу, призводить до переживання ними негативних емоцій. Загалом автори вважають, що метапізнання є важливим чинником, який визначає реакцію людини на негативні думки та емоції.

Постановка завдання. На основі викладеного можна сформулювати завдання дослідження. Метою нашого емпіричного дослідження було встановлення ролі рефлексії та метапізнавальної сфери особистості у контексті соціальної значимості хвороби.

Виклад основного матеріалу дослідження. Самооцінка хворими впливу захворювання на їх соціальний статус суттєво впливає на формування уявлень щодо значимості впливу захворювання на соціальну сферу діяльності особистості. Разом із тим клінічні спостереження свідчать, що різні хворі часто вкладають у розуміння такої самооцінки цілковито різний зміст [2; 4; 5]. Із метою встановлення взаємозалежності рефлексивності та метапізнавальної сфери особистості у розрізі соціальної значимості хвороби нами було проведено емпіричне дослідження.

Методологія дослідження. У процесі дослідження було використано три психодіагностичних методики. Перша методика, а саме шкала самооцінки метакогнітивного поведінки ЛаКоста, була спрямована на діагностику метапізнавальної сфери особистості та визначення рівня сформованості метакогнітивних стратегій. Друга методика (М. Гранта) дала змогу оцінити рівень вираженості і спрямованості рефлексії респондентів (соціорефлексія та ауторефлексія). Остання методика (О.І. Сердюка) використовувалась із метою вивчення самооцінки соціальної значимості хвороби. У процесі дослідження респондентам було запропоновано пройти онлайн-опитування через систему Google Forms.

Вибірка. Участь в емпіричному дослідженні взяло 80 респондентів, із них 16 осіб чоловічої та 64 – жіночої статі

($M_{\text{вік}} = 18,54$; $SD = 2,10$). Учасники дослідження відбирались стихійним методом із сукупності студентів різних спеціальностей та різних курсів Національного університету «Острозька академія».

Результати. Усі статистичні виміри та обрахунки здійснювалися за допомогою IBM SPSS Statistics 20 з використанням методів описової статистики. З метою визначення статистично значимих відмінностей у показниках соціорефлексії, ауторефлексії та самооцінки метакогнітивної поведінки у розрізі рівнів соціальної значимості хвороби нами були використані однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) та додатковий апостеріорний критерій Тьюкі. Для встановлення взаємозв'язку між досліджуваними змінними був використаний коефіцієнт кореляції Пірсона.

Рефлексія у контексті соціальної значимості хвороби. Виявлено статистично значимі відмінності у показниках рефлексії як функції спрямованості рефлексії [$F=6,95$; $p=0,002$], що свідчить про відмінність розподілу показників між шкалами ауторефлексії та соціорефлексії. Іншими словами, цей результат підтвердив, що показники саморефлексії та соціальної рефлексії по-різному представлені у рівнях соціальної значимості хвороби.

Додатково проведений аналіз ANOVA показав статистично значиму відмінність [$F=4,63$; $p=0,013$] у розподілі показників ауторефлексії у розрізі рівнів соціальної значимості хвороби. Зокрема, як візуально видно з Рис. 1, респонденти з низьким ($M=46,25$, $SD=5,80$) та високим ($M=45,77$, $SD=7,68$) рівнями соціальної значимості хвороби мають вищі показники ауторефлексії, аніж респонденти із середнім рівнем ($M=41,27$, $SD=6,63$). Додатковий апостеріорний критерій Тьюкі підтвердив, що ці відмінності є статистично значимими, проте не було підтверджено статистично значимих відмінностей у розподілі показників ауторефлексії між низьким та високим рівнями соціальної значимості хвороби ($p=0,97$). Цей результат демонструє, що респонденти з низьким та високим рівнями соціальної значимості хвороби мають вищі показники ауторефлексії, тобто підвищений рівень схильності до самоаналізу, змісту і функцій власної свідомості.

Додатково проведений аналіз ANOVA показав відсутність статистично значимих відмінностей [$F=0,49$; $p=0,68$] у розподілі показників соціорефлексії у розрізі рівнів соціальної значимості хвороби. Додатковий апостеріорний критерій Тьюкі також підтвердив, що ці відмінності у розподілі показників за шкалою соціорефлексії

не є статистично відмінними ($p's \geq 0,05$) між низьким ($M=39,25, SD=3,98$), середнім ($M=40,53, SD=4,23$) та високими ($M=39,59, SD=6,45$) рівнями соціальної значимості хвороби. Цей аналіз показує, що, незалежно від схильності до аналізу, змісту та діяльності інших людей (наприклад, прагнення до розуміння їх почуттів, думок тощо), рівні соціальної значимості є не диференційованими. Отже, соціальна значимість хвороби не залежить від міри розвитку соціорефлексії.

Таким чином, отриманий результат свідчить про те, що присвоєння низького або високого рівня соціальної значимості хвороби залежить від вищих показників саморефлексії (ауторефлексії), а не соціорефлексії. Такий результат узгоджується з поглядами В.М. Мясичева [2] та підтверджує той факт, що ставлення до хвороби є внутрішнім ставленням, яке формується під впливом власних уявлень та спостережень. Таке співвіднесення внутрішнього досвіду з аспектами переживання хвороби визначає особливості самоставлення та соціальної значимості хвороби.

Метапізнавальна сфера у контексті соціальної значимості хвороби. З метою порівняння показників самооцінки метакогнітивної поведінки у розрізі соціальної значимості хвороби було проведено одnofакторний дисперсійний аналіз ANOVA та виявлено статистично значимі відмінності [$F=3,12; p=0,05$]. Проте додатковий апостеріорний критерій Тьюкі підтвердив, що ці відмінності між показниками самооцінки метакогнітивної поведінки є статистично значимими ($p=0,04$) лише між середнім ($M=39,25, SD=3,98$) та високим ($M=39,25, SD=3,98$) рівнями соціальної значимості хвороби (Рис. 2). Жодних інших статистично значимих відмінностей між показниками самооцінки метакогнітивної поведінки у розрізі рівнів соціальної значимості хвороби не було встановлено ($p's \geq 0,05$). Іншими словами, нами встановлено, що чим вищі показники самооцінки метакогнітивної поведінки, тим вищою є соціальна значимість хвороби.

Отриманий результат свідчить про те, що між метапізнавальною сферою та соціальною значимістю хвороби є відповідна взаємозалежність. Зокрема, встановлено, що високий рівень соціальної значимості притаманний суб'єктам із вищими показниками самооцінки метакогнітивної поведінки. Оскільки вибірка нашого дослідження була сформована зі студентів, високий рівень розвитку метакогнітивних стратегій характерний для осіб, які мають високий рівень планування навчальної діяльно-

сті, здатність досягати поставлених цілей, у них є схильність спостерігати за ходом своїх думок тощо. Саме тому це співвідноситься з тим фактом, що студенти з вищими показниками самооцінки метакогнітивної поведінки схильні до надання хвороби вищого соціального значення. Як підтвердження, нами також було встановлено слабкий статистично значимий взаємозв'язок ($R=0,21, p=0,05$) між соціальною значимістю хвороби та самооцінкою метакогнітивної поведінки. Ці результати є частковим відображенням дослідження Z. Zeinodini та співавторів [16], де наявність дефіциту метапізнавальних здібностей пов'язана зі схильністю особистостей до дисмор-

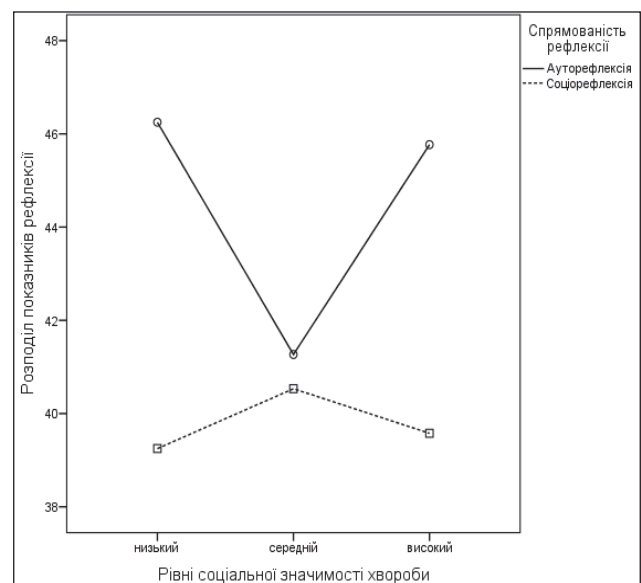


Рис. 1. Графік розподілу показників рефлексії залежно від рівня соціальної значимості хвороби

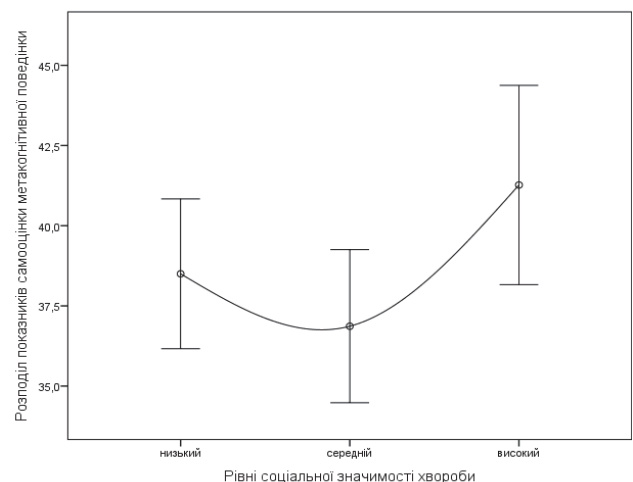


Рис. 2. Графік розподілу показників самооцінки метакогнітивної поведінки залежно від рівня соціальної значимості хвороби



фофобії, що включає проблеми із самооцінкою, уникнення соціальних зв'язків, дзеркал, освітлення і передбачає наявність негативних метакогнітивних стратегій контролю. Також М. Spadaa зазначає, що такий дефіцит є визначальним у схильності до депресії, яка виражається в нездатності функціонувати на роботі, взаємодіяти із соціальним середовищем на нормальному рівні (наприклад, труднощах у підтримці міжособистісних відносин) [9]. У випадку студентської молоді така взаємозалежність між соціальною значимістю хвороби та функціонуванням метапізнання може мати місце, оскільки соціальне оточення (вплив ровесників) у період юності залишається значимим чинником у формуванні ставлень до власної зовнішності і, як наслідок, формуванні самоствердження та становлення їхньої самосвідомості. Тому, ймовірно, суб'єктивна оцінка міри соціальної значимості хвороби для оточення корелює з мірою метакогнітивної включеності щодо власної діяльності.

Висновки з проведеного дослідження.

Проведене емпіричне дослідження показало, що суб'єкти, що схильні до саморефлексії, схильні надавати своїй хворобі більшої або ж, навпаки, нижчої соціальної значимості, ніж суб'єкти, що мають середні показники саморефлексії. Щодо метапізнавальної сфери, то встановлено, що суб'єкти з високим рівнем соціальної значимості мають вищі показники самооцінки метакогнітивної поведінки. Отже, саморефлексія та сформованість метакогнітивних процесів виступають медіаторами того, яким чином люди формують уявлення про хворобу та її роль у соціальній сфері.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Довгалоук Т.А. Децентрована довільна уважність в контексті метакогнітивної регуляції розладів тривожності. «Актуальні проблеми теорії та практики психологічної допомоги»: Матеріали VII Харківських міжнародних психологічних читань. 2015. С. 21–23.
2. Иовлев Б.В. Психология отношений: Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. СПб.: Сенсор, 1999. 76 с.
3. Карпов А.В. Психология рефлексивных механизмов деятельности. М.: ИП РАН, 2004. 450 с.

4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

5. Хомуленко Т.Б. Потенциал теории установки для исследований в психосоматике и психологии здоровья. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2011. № 47. С. 218–221.

6. Babaei S., Varandi S. R., Hatami Z., Gharechahi M. Metacognition beliefs and general health in predicting alexithymia in students. *Global journal of health science*. 2016. Vol. 8. № 2. P. 117–125.

7. Bailey R., Wells A. Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2013. № 27(4). P. 327–337.

8. Bandura, A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*. 2001. № 52(1). P. 1–26.

9. Bo S., Abu-Akel A., Kongerslev M., Haahr U. H., Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical psychology review*. 2011. № 31(5). P. 711–726.

10. Cook S.A., Salmon P., Dunn G., Holcombe C., Cornford P., Fisher P. The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology*. 2015. Vol. 34. № 3. P. 207–215.

11. Lenzo V., Buccheri T., Sindorio C., Belvedere A., Fries W., Quattropani M. C. Metacognition and negative emotions in clinical practice. A preliminary study with patients with bowel disorder. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 2013. Vol. 1. № 2. DOI: 10.6092/2282-1619/2013.2.918.

12. Leventhal H., Benyamini Y., Shafer, C. Lay beliefs about health and illness. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. 2007. P. 131–135.

13. Petzschner F.H., Weber L.A., Gard T., Stephan K. E. Computational Psychosomatics and Computational Psychiatry: Towards a joint framework for differential diagnosis. *Biological Psychiatry*. 2017. Vol 82. № 6. P. 421–430.

14. Quattropani M.C., Lenzo V., Fries W., Belvedere A. Dysfunctional metacognitive beliefs and gastrointestinal disorders. Beyond an “organic”/“functional” categorization in the clinical practice. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 2014. № 2(1). P. 1–19.

15. Stephan K.E., Manjaly Z.M., Mathys C.D., Weber L.A., Paliwal S., Gard T., Petzschner F.H. Allostatic self-efficacy: A metacognitive theory of dyshomeostasis-induced fatigue and depression. *Frontiers in human neuroscience*. Vol. 10. DOI: 10.3389/fnhum.2016.00550.

16. Zeinodini Z., Sedighi S., Rahimi M.B., Noorbakhsh S., Esfahani S.R. Dysfunctional metacognitive beliefs in body dysmorphic disorder. *Global journal of health science*. 2016. Vol. 8. № 3. P. 10–16.