

УДК 159.923:616-05–616-36:616-37

ОСОБИСТІСНІ ПРЕДИСПОЗИЦІЇ ТА ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

В. В. Храмцова, С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме. В статті виділені та описані ведучі личностні профіли относительно ведучей шкалы паранойи. Дана характеристика личностных predisposиций, трансформації тревоги личностью, умения взять ответственность за важные жизненные события. Определены особенности формирования внутренней картины болезни в зависимости от личностных predisposиций. Выделены психологические компоненты, которые затрудняют процесс реабилитации.

Ключевые слова: личностные особенности, трансформация тревоги, внутренняя картина болезни, реабилитация.

Summary. The article highlights the leading personality profiles on the scale of paranoia. The characteristic in the dispositions of the individual. It is shown that the problem of responsibility for the events of his life. The features of the formation of the internal picture of the disease, depending on personal predisposition. Obtained psychological components that impede the rehabilitation process.

Keywords: personal characteristics, the transformation of anxiety, internal picture of illness, rehabilitation.

Інвалідність як феномен соціально-психологічного неблагополуччя обумовлена внутрішніми причинами суб'єктивно-особистісного плану. Деформація особистісних структур як усвідомлюваного, так і неусвідомлюваного рівнів виражається у неадекватності самооцінки та домагань, порушенні з боку емоційно-комунікативної й мотиваційної сфер, процесів саморегуляції, підвищеній фіксації на психотравмах та комплексах [1]. Непродуктивна взаємодія з оточуючими, зменшення емоційних та соціальних контактів створюють умови для розвитку соціальної ізоляції [2]. Відомо, що потреба індивіда у позитивному сприйнятті оточуючими, їхня оцінка та почуття уваги формують позитивний образ-Я. Але інвалідність може вносити свої корективи та спотворювати цей образ, завдяки різним непродуктивним системам психологічних захистів. Із виникненням сильного страху відносно важливої, але для хворого дуже травмуючої інформації, часто можлива ізоляція суб-особистостей від усієї особистості, що стає на заваді здобуткам нового та асиміляції отриманого досвіду [3]. Це, в свою чергу, призводить до збідніння репертуару взаємодії з навколишнім середовищем та сприяє фрагментації особистості.

Інвалідизуюче захворювання є передумовою створення особливої соціально-психологічної ситуації, що може порушувати не тільки різні рівні пізнавальної діяльності а й мотиваційну структуру особистості, рівень оцінки можливостей та сподівань. Можливе різке зниження соціальної, особистісної та професійної спроможності, що призводить до фрустрації та відображається на формуванні внутрішньої картини хвороби [4]. Як складне структуроване утворення внутрішня картина хво-

роби має чотири рівні відтворення: рівень відчуття, емоційний, інтелектуальний та мотиваційний, що у сукупності створюють емоційні реакції, психічні образи, думки, сумніви, сподівання [5]. Психопатологічними проявами можуть виступати дезадаптивні форми поведінки із соціальними установками у вигляді упереджень, чи окреслені психопатологічними характеристиками, такими як агресія, депресивні стани, образа, розчарування. Оскільки у ситуації інвалідності хворий формує особисте ставлення до нових обставин, це не може не відобразитися на процесі розвитку особистості, а особистісні зміни в сукупності із психопатологічними включеннями впливати на внутрішню картину хвороби.

Мета роботи. Визначити провідні особистісні predisposиций та особливості формування внутрішньої картини хвороби в інвалідів унаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози.

Контингент та методи. На базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» згідно з планом науково-дослідної роботи, у рамках психологічного дослідження було обстежено 60 хворих терапевтичного та хірургічного відділень унаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози. Середній вік обстежених складав – 49,8±1,8 року. Більшість хворих у минулому мали адиктивні форми поведінки переважно у вигляді алкогольної залежності.

Для досягнення поставленої мети був підібраний відповідний психодіагностичний інструментарій: опитувальник індивідуально-психологічних особливостей міні-мульти [6], методика діагностики суб'єктивного контролю Дж. Роттера для визна-

чення контролю над значущими подіями [6], особистісний опитувальник Бехтеревського інституту для визначення особливостей формування внутрішньої картини хвороби та типів відношення до хвороби [1].

Обробка результатів психологічного обстеження, отриманих за допомогою методики міні-мульти, яка дозволяє проаналізувати структуру особистості та виявити клінічні симптомокомплекси й трансформацію тривоги, проходила в декілька етапів: виявлялися середні показники шкал за результатами тестування з виділенням провідних середніх профілів, проводилось кодування профілів особистості з подальшим їхнім аналізом [7]. Клініко-психологічним методом хворі були розподілені на 3 групи згідно з основними профілями особистості.

Визначення розвитку хворобливого процесу, що відображається на внутрішній картині хвороби, визначали також по 3-х групах відповідно.

Для обробки отриманих результатів використовувався первинний статистичний аналіз.

Результати та їх обговорення

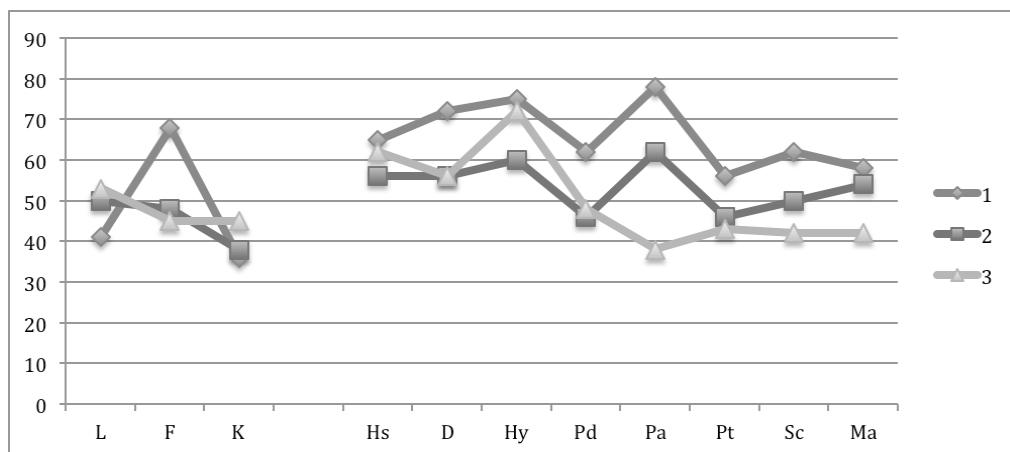


Рис. 1. Основні предиспозиції особистості інвалідів унаслідок захворювання гепатобіліарної системи та підшлункової залози за даними опитувальника міні-мульти.

Примітка: профіль 1 – із дисгармонійним розвитком особистості; 2 – з труднощами пристосування особистості; 3 – із придушенням агресивності.

Шкали: L – правдивості, F – вірогідності, K – корекції, Hs – іпохондрії, D – депресії, Hy – істерії, Pd – психопатії, Pa – паранойяльності, Pt – психастенії, Sc – шизоїдності, Ma – гіпоманії.

Проте насправді вчинки визначаються зовнішнім впливом, оскільки вони є відповіддю на дії оточуючих, які сприймаються афективно, як такі, що утискають особистість, і вже на цій основі здійснюється побудова ригідних, важко корегуємих або некорегуємих установок та концепцій. У цьому зв'язку ці особистості можуть виявляти помилкове сприйняття або неправильну інтерпретацію ситуації, хоча їхні міркування внутрішньо несуперечливі, видаються логічними і можуть спиратися на реальні факти. Тривожність або пригніченість по-

Під час дослідження особистісних особливостей були виділені 3 основних типи профілів особистості з провідною шкалою параної (рис. 1).

Перший тип профілю, що характеризується дисгармонійним розвитком особистості (2 піки за шкалами параної 78 Т-балів та істерії 75 Т-балів) діагностувався у 13,3 % пацієнтів (рис. 1). Цим особам притаманне порушення конформності у зв'язку з труднощами, що пов'язані з міжособистісними контактами й неврегульованою поведінкою, а також почуттям протесту проти конвенціальних норм. Незадоволеність і схильність перебільшувати істотність конфліктів роблять їх легко вразливими, що призводить до незручності в міжособистісних стосунках.

Недостатня ефективність в усуненні тривоги шляхом витіснення на тлі високої афективної ригідності, що пов'язана з егоїстичними мотивами, супроводжується інтенсивною розробкою концепції, яка допомагає пояснити її виникнення і водночас зберегти прийнятне для індивідуума уявлення про власну особистість. Ця вторинна ідеаторна розробка створює враження незалежної позиції, вірності власним установкам і внутрішнім критеріям.

єднуються з відчуттям незадоволеності, несправедливості з боку оточуючих або ворожості.

Дисгармонійність особистості формується в разі поєднання прагнення орієнтуватися на зовнішню оцінку та відчуття ворожості з боку оточуючих, з фіксацією й ідеаторною переробкою сигналів, які можуть свідчити про таку ворожості. Для них притаманне орієнтування на ситуаційно обумовлену поведінку зі схильністю до слідування ригідним концепціям. Агресивність та егоцентричність подібних індивідуумів ускладнює правильну орієн-

тацію таких особистостей у найближчому оточенні. Під час блокування зазначених тенденцій у них виникає тривога та напруженість.

У всіх значущих сферах життя цих хворих переважає екстернальний локус контролю (рис. 2).

Таким особам дуже важко встановлювати взаємозв'язки між своїми діями та значущими подіями свого життя. Вони не бачать можливості контролювати ці зв'язки та вважають, що все в їхньому житті залежить від оточуючих чи вдачі. Їм притаманно приписувати свої здобуті досягнення за рахунок зовнішніх обставин та інших людей. У разі невдач вони не схильні брати відповідаль-

ність за них. У сімейних стосунках партнер розглядається як причина значущих подій і вся відповідальність перекладається на нього. На роботі вони не відчують себе значущими та схильні приписувати цю значущість колегам по роботі, начальству, фактору везіння. У відносинах їм важко формувати своє коло спілкування тому, що вони впевнені, що активність повинна бути завжди зі сторони інших людей. Відповідальність за своє здоров'я також перекладається на обставини та лікарів. Їм дуже важко усвідомлювати, що відповідальність та активні дії по одужанню залежать від них.

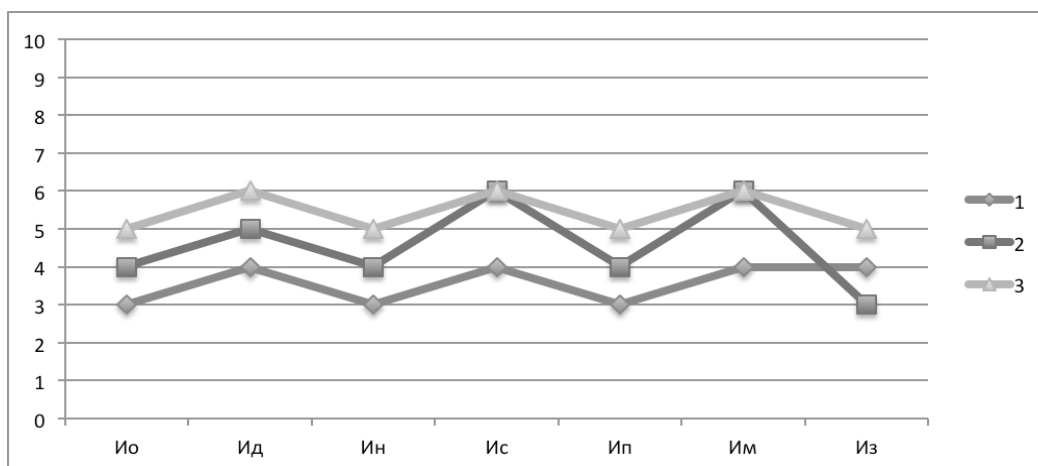


Рис. 2. Профілі рівня суб'єктивного контролю особистості інвалідів унаслідок захворювання гепатобіліарної системи та підшлункової залози за даними опитувальника міні-мульти

Примітка: профіль 1 – із дисгармонійним розвитком особистості;

2 – з труднощами пристосування особистості; 3 – із придушенням агресивності

Шкали: Іо – загальна інтернальність, Ід – досягнення, Ін – невдачі, Іс – сімейні стосунки, Іп – робочі відносини, Ім – міжособистісні стосунки, Із – здоров'я та хвороба

Внутрішня картина хвороби представлена змішаними типами з переважанням інтрапсихічної спрямованості реагування, де психічна та соціальна дезадаптація виникають на тлі внутрішньоособистісних конфліктних станів. Інтерпсихічна спрямованість з соціальною та психічною дезадаптацією у своїй більшості пов'язана з особистісними особливостями параноїального (85 %) та егоцентричного (72 %) типів.

Психологічне реагування на хворобу гіпернозичного типу, що порушує індивідуальну та соціально-психологічну адаптацію – такі хворі перебільшують симптоми, важкість перебігу, наслідки хвороби; надто емоційно переживають незначне погіршення свого стану; знецінюють очікувані результати лікування. Кожен симптом хвороби таким чином здобуває велику суб'єктивну значимість, та важкість захворювання і його прояви перебільшуються.

«Занурення у хворобу», вимоги до себе особливого ставлення та турботи, про те, що треба дбати тільки про них; підозрілість, прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості чи злому наміру лікарів і персо-

налу є факторами, які значною мірою знижують реабілітаційні заходи.

Другий тип профілю, що характеризується труднощами пристосування особистості до нових ситуацій (три піки за шкалами параної 65 Т-балів, істерії 60 Т-балів, гіпоманії 54 Т-бали), діагностувався у 38,3 % пацієнтів.

Цим особам притаманна підвищена самооцінка, здатність ігнорувати труднощі, велика, але погано організована активність, що поєднуються з високою здатністю до витіснення негативних сигналів, демонстративністю, емоційною незрілістю та егоїзмом. Для досягнення уваги оточуючих або тиску на них цими пацієнтами використовуються нечисленні, але наполегливі соматичні скарги. Для них характерна висока ефективність діяльності за рахунок послідовності і цілеспрямованості поведінки, яка найчастіше організується навколо певної концепції. Однак поява афективної ригідності та відчуття ворожості з боку оточуючих може при великій виразності ускладнювати міжособистісні контакти. Особи такого типу зазвичай прагнуть мати свою перевагу і використовувати оточуючих для досягнення своїх цілей, будучи переконані, що ці цілі мають цінність не особисто для них, а необ-

хідні «для користі справи», «для загального блага». За високої активності та блокування цієї активності можлива поява спалахів агресивності.

Загальний рівень інтернальності у них на низькому рівні. Це свідчить про те, що їхні вчинки та різні життєві події, на їхню думку, залежать не від них, а від оточуючих людей чи життєвих випадків (рис. 2). Вони схильні перекладати відповідальність за свої невдачі на інших. Вони не вважають свої дії важливими для організації та у відносинах між співробітниками. Така безвідповідальність сприяє неможливості реалізації планів та цілей, а особистісне зростання залишається як потенціал. Здоров'я та захворювання вони вважають випадковим, а відповідальність за своє видужання повністю перекладають на медичний персонал та інших людей.

Внутрішня картина хвороби зі змішаними типами реагування на захворювання

Психологічне реагування на хворобу гіпергнозичного типу, що порушує індивідуальну та соціально-психологічну адаптацію – такі хворі перебільшують симптоми, важкість перебігу, наслідки хвороби; надмірно емоційно переживають незначне погіршення свого стану; занижують очікувані результати лікування. Кожен симптом хвороби здобуває велику суб'єктивну значимість, важкість захворювання та його прояви перебільшуються. Спрямованість реагування інтрапсихічна з переважанням тривожного (70 %) та неврастенічного (80 %) компонентів.

«Дратівлива слабкість»; спалахи роздратування в разі невдач лікування, постійна тривога та очікування можливих ускладнень з пошуком нових засобів лікування, прагненням додаткової інформації про хворобу досить часто ускладнюють процес реабілітації цих хворих.

Третій тип профілю особистості, що характеризується високим рівнем агресивності та її придушенням (зворотній пік за шкалою параної 38 Т-балів та позитивний пік за шкалою істерії 72 Т-балів з конверсійною V) діагностувався у 48,4 % пацієнтів (рис. 1).

Особи з описаним типом профілю пригнічують свою підозрілість та агресивність при здійсненні соціальних контактів, декларуючи своє позитивне ставлення до оточуючих і ситуації. Однак агресивність проявляється тим сильніше, чим менша соціальна дистанція. Ворожість до близьких або не усвідомлюється, або одержує раціональне пояснення. Нестійкість емоційних станів, недостатність критичної оцінки ситуації можуть сприяти виникненню безцеремонної поведінки цих осіб.

Високий рівень емоційної напруженості, виражене занепокоєння про стан свого соматичного здоров'я, в ситуаціях, що вимагають підвищених навантажень, може сприяти виникненню невротичних реакцій конверсійного типу. При цьому сумніви оточуючих щодо здоров'я викликають реакції за типом відмови від спілкування, замкнутості (рис. 1).

Загальний рівень інтернальності на рівні середніх значень. Це свідчить про те, що можливість

брати відповідальність за значущі сфери життя неоднозначна (рис. 2). Цими хворими важливі події в житті можуть розцінюватися як ті, що залежать від них, так і ті, що є результатом випадку чи дій інших людей. Така невизначеність діагностується в сфері відповідальності за невдачі, робочих відносин, відношення до здоров'я та хвороби.

Психологічне реагування на хворобу гіпергнозичного типу, що порушує індивідуальну та соціально-психологічну адаптацію. Спрямованість реагування – інтрапсихічна з переважанням тривожного (63 %) та меланхолічного (55,6 %) типів.

Постійна турбота і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, пригніченість хворобою, зневіра в одужання, покращання, в позитивний ефект лікування, можливість виникнення депресивних думок, песимістичний погляд на все навколо, зневіра в успіх лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних утруднюють реабілітаційні заходи.

Висновки

Таким чином, у інвалідів унаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози визначено провідні диспозиції особистості.

1. Дисгармонійний розвиток особистості з порушенням орієнтації в найближчому оточенні та соціальної адаптації. Провідний психологічний захисний механізм від надмірної тривоги у цих хворих виражається у раціоналізації та звинувачуванні оточуючих. Здатність встановлювати взаємозв'язки між своїми діями та значущими подіями життя і контролювати ці зв'язки, залишаються на досить низькому рівні.

Психологічне реагування на хворобу у цих хворих гіпергнозичного типу, що порушує індивідуальну та соціально-психологічну адаптацію. Внутрішня картина хвороби формується переважно під впливом параноїдних компонентів переживань та егоцентричних установок;

2. Труднощі пристосування особистості до нових ситуацій на тлі нестабільності особистих концепцій. Трансформація тривоги відбувається шляхом заперечення наявних проблем та негативних аспектів своєї поведінки. Здоров'я та захворювання вони вважають випадковим, а відповідальність за своє одужання повністю перекладають на медичний персонал та інших людей.

Психологічне реагування на хворобу у цих хворих гіпергнозичного типу, що порушує індивідуальну та соціально-психологічну адаптацію. Внутрішня картина хвороби формується під впливом переважно тривожних та невротичних компонентів.

3. Високий рівень агресивності та її придушення, нестійкість і безцеремонність поведінки, недостатністю критичної оцінки ситуації. Трансформація тривоги у цих хворих можлива завдяки переведенню психологічного конфлікту у сферу фізіологічних порушень, які умовно пов'язані із психотравмуючою ситуацією. Цими хворими важливі події в житті можуть розцінюватися як ті, що залежать від них, так і ті, що є результатом випадку чи дій інших людей.

Психологічне реагування на хворобу у цих хворих гіпергнотичного типу, що порушує індивідуальну та соціально-психологічну адаптацію. Внутрішня картина хвороби формується під впливом переважно тривожних компонентів та песимістичних установок відносно одужання.

Отже, виявлені особистісні predisposиції та особливості внутрішньої картини хвороби інвалідів унаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози необхідно враховувати в разі проведення медико-соціальної експертизи та складання індивідуальних програм реабілітації таких хворих.

Література

1. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.

2. Нестерова Г. Ф. Социальная работа с пожи-

лыми и инвалидами / Г. Ф. Нестерова, С. С. Лебедева, С. В. Васильев – М., 2009. – 280 с.

3. Психология инвалидности / сост. О. В. Краснова. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЕК, 2001. – 352 с.

4. Комплексная реабилитация инвалидов / Т. В. Зозуля. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 350 с.

5. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование / В. В. Николаева. – М.: Из-во Московский университет, 1987. – 168 с.

6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2000. – 672 с.

7. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. Б. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.



УДК 616.118:616.12–008.33:681.3.066

РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

И. В. Дроздова¹, А. А. Бабец², Ю. А. Полницкая¹

¹ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

²ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗО Украины»

Резюме

Визначено особливості добового моніторингу артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію. Статистичну обробку отриманих результатів проведено у системі Microsoft Excel. Проаналізовано норми й особливості стандартних показників навантаження тиском та об'ємом при добовому моніторингу артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію. Показано, що ступінь порушень синхронізації добових ритмів артеріального тиску відповідає важкості артеріальної гіпертензії, а тому стан циркадних ритмів життєвих функцій може бути маркером активності та стадії патологічного процесу.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, добове моніторингування, артеріальний тиск, варіабельність, хронобіологічна регуляція.

Summary

Peculiarities of patients with arterial with arterial hypertension pressure daily monitoring were defined. Statistic processing was done in the norms of Microsoft Excel system. Features of loading and extend standard indices of arterial pressure daily monitoring in patients with arterial hypertension had been analysed. It was shown that the degree of violation of synchronization of daily allowance rhythms corresponds to weight of arterial hypertension, and the state of rhythms for twenty-four hours of vital functions can be the marker of activity and stage of pathological process.

Keywords: hypertension, day's monitoring, arteriotony, variableness, rhythms for twenty-four hours.

Точность диагностики, адекватность медикаментозной антигипертензивной терапии и ее безопасность при артериальной гипертензии (АГ) во многом определяются объективностью измерений уровней артериального давления (АД) [1–4]. Одна-

ко АД – показатель весьма динамичный, изменяющийся в зависимости от времени суток, эмоций, физической нагрузки. С этой точки зрения, традиционные трех-четырёхкратные измерения АД представляют собой «менее чем микроскопическую