

УДК 159.9.072

ПСИХОДІАГНОСТИКА І ПСИХОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ЕНДОКРИННІ РОЗЛАДИ

Світлана Чичевська

*Львівський національний університет імені Івана Франка
вул. Дорошенка 41, м. Львів 79000, Україна, тел. (0322) 79-47-85*

Останнім часом простежується щораз більша інтеграція психотерапії в соматичній медицині. Об'єктом психотерапевтичних впливів стають різні терапевтичні захворювання.

Ендокринні розлади, без сумніву, належать до важких захворювань людини. Сам факт визначення діагнозу, що його пацієнт сприймає як вирок, є основою важких переживань і психоемоційних травм, які потребують психотерапевтичної корекції.

У більшості випадків у тяжко хворих основному захворюванню сприяють складні різноманітні доповнення з функціональних та органічних реакцій організму на недугу. Психологічна реакція особистості, яка захворіла, може ускладнити і навіть спотворити клінічну картину основного захворювання. Тому психотерапія, спрямована на відновлення елементів системи відношень пацієнта, що визначають появу в етіопатогенезі захворювання психічного стресу чи розвитку з огляду на це невротичних нашарувань, сприяє зменшенню клінічних проявів захворювання, підвищенню соціальної активності хворих, їх адаптації в родині і суспільстві, підвищує ефективність лікувальних впливів біологічного характеру.

Застосування психотерапії в комплексному лікуванні хронічних ендокринних захворювань зумовлене наявністю в абсолютній більшості хворих різноманітних невротичних розладів – це підтверджують дані клінічних і психологічних досліджень.

Знання недужого про своє захворювання, причини та наслідки, ставлення до хвороби в цілому, зміна поведінки і способу життя, актуалізація діяльності з повернення та збереження здоров'я у психологічному дослідженні є як цілісний, структурований утвір.

У процесі вивчення аутопластичної картини хвороби не можна не спостерігати ставлення людини до захворювання в динаміці. Актуальним є дослідження особливостей особистості хворого, їхньої трансформації під час розвитку хвороби. Це необхідно як для вирішення завдань патогенетичної, так і лікувально-відновлювальної терапії, психотерапевтичної і психокорекційної роботи. Проте ефективною може бути психотерапевтична

робота не «взагалі», а лише з урахуванням типу порушень, які є в особистості.

Враховуючи ці положення, ми спробували вивчити своєрідність психологічної діяльності ендокринних хворих у різні періоди недуги на різних етапах лікування.

Психологічний статус хворих на ендокринні розлади вивчали на базі Київського ендокринологічного диспансеру і Київського центру хірургії та реабілітації хворих з патологією щитовидної залози. Ми спостерігали 120 пацієнтів (74 жінок, 46 чоловіків) віком від 15 до 67 років на різних стадіях захворювання: у разі скерування на лікування, до і після оперативного втручання та у віддалений після хірургічного лікування термін. Хворих, які брали участь у дослідженні, обстежували за допомогою Особистісного опитувальника Бехтеревського інституту, опитувальника Шмішека, методики самооцінювання Ю.Л.Ханіна.

Результати дослідження порівнювали з результатами контрольної групи (60 осіб), яка складалася з людей, що не мали ендокринних захворювань. Склад пацієнтів порівняльної групи відповідав за віком і статтю пацієнтам основної групи. Членів контрольної групи також обстежували за допомогою перерахованих вище методик.

Під час консультативного прийому в ендокринолога (перший період) хворим притаманне напружене очікування результатів обстежень, аналізів, початку лікування й страх перед ним. Емоційний рівень визначений переважно емотивним типом акцентуації. Для мотиваційної сфери характерна вибірковість: виділяють лікаря, якому хворий довіряє і до думки якого прислухається. Пацієнти починають уважно придивлятися до хворих, які вже перебувають на лікуванні. Як звичайно, адекватний об'єктивній картині захворювання сенситивний рівень, що виражається у сукупності скарг на самопочуття у цілому: відмічається слабкість, нудота, головний біль, тремтіння пальців рук, погіршення розумової працездатності. У цей час висловлюють неприховане ретроспективне переоцінювання стану здоров'я. Інтелектуальна оцінка хвороби тільки починає формуватися під впливом спілкування з лікарем та іншими хворими. Розмови про майбутнє пов'язані з надією на одужання. Частина опитуваних повідомляє, що ніколи не погодяться на оперативне лікування.

У цьому стані в пацієнтів можна виділити дві тактики поведінки: коли страждання та переживання виставлені на показ для того, щоб повністю заволодіти увагою близьких (елементи егоцентризму), або коли думки про можливі наслідки захворювання відкинуті, наявне в проявах недуги приписують випадковим обставинам або іншим хворобам, з'являється бажання «обійтись» власними засобами (елементи анозагнозичного типу відношень).

Тривалість підготовчого етапу і важливість соматичного стану до початку лікування – ось причини, які впливають на формування двох типів картини хвороби під час дохірургічного втручання (другий період).

Перший тип характерний для хворих, які тривалий час були на консервативному лікуванні. Тривожність і зниження почуття провини за власне захворювання визначають зміст емоційної сфери. До недуги ставляться як до перешкоди на шляху досягнення життєвих цілей. У зв'язку з операцією всі проблеми втрачають свою актуальність. Особливість мотиваційної сфери полягає у формуванні завищеної моделі очікуваних результатів лікування: хворі вважають, що швидко повернуться до колишнього укладу життя, до праці. Пацієнти прагнуть спілкування, позитивних стосунків з персоналом, аби уникнути хвилювання з приводу майбутньої операції, інтелектуальну оцінку будують на підставі знань хворих про особливості операції, можливі ускладнення. Змінюються критерії оцінювання власного стану: визначальними стають результати обстежень та оцінки лікарів.

За іншим типом розвивається картина хвороби у тих, хто потрапив на оперативне лікування у важкому соматичному стані: перестрах, рівень стурбованості сильно підвищені, хворі докоряють собі у тому, що тепер не можуть продовжувати звичну життєдіяльність. Ставлення до оперативного втручання подвійне: з одного боку, з ним пов'язують усі сподівання, з іншого, воно лякає і бентежить. Негативне забарвлення всього положення характеризує мотиваційний рівень. Проте інтелектуальна оцінка ситуації містить у собі почуття надії на сприятливий кінець подій.

Формування двох типів аутопластичної картини недуги після хірургічного втручання пов'язане з впливом такого чинника, як рекомендація продовжити лікування медичними препаратами.

У хворих, яким рекомендовано лікування, підвищені конфліктність та роздратованість. Зберігається емотивний тип акцентуації та додається фіксація на тяжких сторонах життя. Ставлення до умов відділення, розпорядку, поведінки медичного персоналу визначають зміст мотиваційного рівня: опитувані гостро реагують на зауваження, висловлюють різні претензії, вимагають виняткової турботи. Характерні скарги на загальну слабкість, погане самопочуття, неякісно проведене лікування. Пацієнти обговорюють питання про індивідуалізацію медичного обслуговування. Оцінка перспектив лікування несприятлива, хворі старанно збирають відомості про «добрих та поганих» (на їхній погляд) лікарів і проведені ними операції.

В іншій групі хворих загальний настрій підвищений, вони активні, навіть неприємні почуття інтерпретують як ознаки одужання, простежується так звана жага до діяльності. Мотиваційний рівень характеризується актуалізацією життєвих цілей, хворі обговорюють плани, наміри щодо професійної діяльності. Пацієнти наполегливо твердять про поліпшення

загального самопочуття. Сприятливе оцінювання перспектив лікування підтверджують також інтелектуальною оцінкою.

У віддалений після оперативного втручання термін (третій період) для однієї частини опитуваних характерні заціпеніння, інертність психічних процесів, довготривале переживання травмувальних подій. Вирішення будь-якого питання відтягується, перш ніж почати діяти, пацієнти хочуть бути впевнені, що ліпше вирішення знайти неможливо (педантичний тип і акцентуації). Іншій частині хворих властиві знижений рівень настрою, ідеомоторна загальмованість. Події, які зворушили таких хворих, можуть привести цю серйозну песимістичну налаштованість до стану реактивної депресії, особливо в тих випадках, коли різко виражені субдепресивні риси. Можна спостерігати пасивне підкорення лікуванню у разі спонукання з боку інших людей, позаяк хворі виявляють байдужість до своєї долі (дистимічний тип акцентуації). Цікаво, що в третьому періоді у досліджуваних зменшуються елементи емотивного типу порівняно з групами у першому та другому періодах, однак відрізняються в бік збільшення порівняно з контрольною групою. Оцінюючи свій стан як задовільний, опитувані беруть до уваги власні почуття, результати аналізів та оцінки лікарів. Інтелектуальна оцінка характеризує кількість і якість інформації, яку хворі отримали протягом лікування, що залежало від наслідків обстежень, загального самопочуття, оцінок лікарями особливостей недуги.

Порівняльний аналіз результатів дослідження свідчить, що для хворих на ендокринну патологію, скерованих на консультативний прийом або оперативне лікування, є характерним емотивний тип акцентуації та егоцентричний тип відношень, а у віддалений після хірургічного втручання термін – дистимічний та педантичний тип акцентуації і апатичний тип відношень.

Отже, чинники ситуативної та характерологічної стурбованості, підвищеної емотивності повинні бути засадничими характеристиками, що визначають індивідуальний підхід у психологічній корекції та реабілітації ендокринних хворих. Аналізуючи результати, отримані під час опитування та психологічного обстеження хворих цією патологією, можна констатувати несформованість у більшості пацієнтів адекватного ставлення до власного захворювання, переважання реакцій самовиправдання і самозахисту, що спрямовані не на досягнення цілі, а на приписування відповідальності іншим за недосягнення бажаного результату. Також можна відмітити екстрапунітивну спрямованість особистості хворих та відсутність конструктивного типу соціальної поведінки.

Для корекції невротичних порушень у комплексну програму лікування ендокринних хворих поряд зі звичайними клінічними методами уведено курс психотерапії. Метою впливів на особу хворого була корекція

аутопластичної картини недуги, масштабу переживань, переорієнтації вольових спрямувань на подолання хвороби, активізація життєвої позиції.

Для вирішення зазначених завдань ми застосовуємо різні психотерапевтичні методики: раціональну психотерапію, гіпносугестію, базисні вправи аутогенного тренування, позитивну психотерапію Н.Пезешкіна, а також музикотерапію. Основна мета психотерапії, яку застосовували – мобілізація сил і підвищення життєвого тону недужих.

Для нас було важливо викликати у хворого бажання протиставити хворобливій симптоматиці і пов'язаному з нею депресивному або апатичному настрою зацікавленість інтересами, що здатні розірвати те замкнене коло, в якому перебуває хворий разом зі своїми переживаннями і неспокоєм, побоюванням стати інвалідом, почуттям безнадійності свого стану, загубленою активною життєвою позицією.

Психотерапевтична робота повинна починатися під час перших контрактів пацієнта і лікаря. Вже перед операцією потрібно спрямовувати хворих на продовження посильної праці, а в післяопераційний період всіляко підтримувати їхню віру в те, що вони соціально повноцінні члени суспільства.

Під час бесід, коли збирають динамічний матеріал про хворого, потрібно намітити конкретний зміст психотерапевтичної роботи з пацієнтом, наголос робити на раціональну терапію, формування гіпнотичних навіювань, що мають релаксичну дію. Терапія мотивується в процесі лікування. На цьому етапі спостерігають зменшення рівня тривожності, нормалізацію функцій вегетативної нервової системи, фізіологічного сну, а також поглиблення контакту пацієнтів з лікарем.

На другому етапі шляхом оптимального підбору для хворих формулювань гетеро- й аутосугестії вирішують основні психотерапевтичні завдання. Особливу увагу приділяють конкретним формулам, що впливають на особливість недужого, з метою змінити його ставлення до хвороби, активізувати життєву позицію. Пацієнти навчаються внутрішній і зовнішній поведінці, яка необхідна для одужання, вчаться бути «свідками» своїх переживань, що знижує їхню гостроту.

На третьому етапі відбувається актуалізація зовнішнього конфлікту. Потрібність цього етапу зумовлена рецидивами симптоматики, з появою яких пов'язані немотивована тривога, занепокоєння, нудьга.

Наступний етап пов'язаний з актуалізацією і вирішенням внутрішнього конфлікту. Щораз більше розвивається вміння пацієнтів продуктивно реалізовувати власні особливості, сприймати індивідуальні риси характеру й оптимально їх використовувати (на відміну від боротьби з «недоліками», останні використовують як переваги).

Курс психотерапії пройшли 40 хворих. До нього, окрім раціональної психотерапії, входило вісім – десять сеансів гіпносугестії, аутотренінг за

В.Є.Рожновим, візуалізація за К.Саймонтоном та С.Саймонтоном, 10 – 12 сеансів музичної терапії, прийоми позитивної психотерапії Н.Пезешкіна. Всі пацієнти проходили клінічне і психологічне обстеження за допомогою методики САН до і після курсу лікування, отримуючи звичайне для свого захворювання медичне лікування.

Порівняльну групу склали 20 осіб, приблизно однакових за віком, статтю, станом здоров'я з пацієнтами основної групи. Пацієнти контрольної групи отримували аналогічне медикаментозне лікування, однак без використання психотерапії. Їх також обстежували за допомогою САН перед та після лікування у стаціонарі. Ефект щодо зняття невротичних нашарувань у пацієнтів контрольної групи був значно меншим, ніж в основній групі хворих. Позитивна динаміка медичної терапії була менш яскравою, ніж у хворих, які пройшли курс психотерапії.

Після курсу психотерапії лікарі спостерігали значне поліпшення соматичного статусу хворих. Зменшилися прояви занепокоєння, пригнічування, недовірливості. З'явилися впевненість та віра у власні сили.

Широкі можливості надає використання психотерапевтичного опосередкування та потенціювання впливів біологічної природи.

У результаті проведення комплексної психотерапії поліпшився психоемоційний статус хворих (що підтверджують дані психологічного дослідження), психотерапія також сприяє більш ефективній їхній медико-соціальній адаптації.

Використовуючи психотерапевтичні методи, керуючись принципами партнерства, єдності, ступеневості, різнобічності зусиль та впливів, особливу увагу треба приділяти попередженню виникнення мілеогеній, підвищенню толерантності до впливу стресогенних чинників, психологічної адаптації до ситуації хвороби, створенню перспективи життя в нових умовах і нового сенсоутворювального мотиву збереження здоров'я за допомогою профілактики невротичних почуттів, мобілізації захисних механізмів.

Ситуація недуги змінює спосіб життя і визначає постхворобливу скерованість особистості, однак, на жаль, психологічна реабілітація ендокринних хворих не набула такого поширення, як у разі захворювань та вад опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, в нейрохірургії, фтизіатрії, неврології. Якщо ціль медичної реабілітації полягає в тому, щоб повернути хворому максимальну функціональну здатність, яка необхідна для відновлення придатності до праці, то психологічна реабілітація повинна допомогти людині долати негативні реакції, які виникають і призводять до деморалізації.

**PSYCHODIAGNOSTICS AND PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH
ENDOCRINEPATHIES****Svitlana Chychevs'ka**

*Ivan Franko National University of Lviv
vul. Doroshenka 41, Lviv 79000, Ukraine, tel. (0322) 79-47-85*

This article is devoted to the actual and badly developed problem of medical psychology - psychodiagnostics and psychotherapy of patients with endocrinepathies. The author analyses the current situation and states high level of reactive, and personal anxiety, the extrapunitive orientation of person and the absence of constructive type of their social behaviour based on the research of endocrine clinical patients. To provide the vital function in present situation the author proposed the usage of psycho-therapeutic model to adjust the endocrine breakdown as an affective method.

Key words: psychodiagnostics; psychotherapy; endocrine clinical patients

Стаття надійшла до редколегії 20.06.2000

Прийнята до друку 14.11.2000