

УДК [57+159.9]:616-036.82/.85

И.В. Пантюк, Н.А. Телюк, Н.С. Буко

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Статья содержит информацию о факторах, которые определяют реабилитационный потенциал пациентов с патологией нервной системы.

Введение

Известно, что реабилитационный потенциал представляет собой комплекс психофизиологических свойств больного человека, а также характеристик среды его обитания. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности, основное направление личностного и социального развития, ценностную ориентацию больного. Все эти параметры могут быть объединены в три группы: биомедицинские, социальные и психологические факторы. Нами исследовалось влияние этих факторов на возможность патопсихологических изменений личности при хроническом заболевании нервной системы – рассеянном склерозе.

За последние десятилетия отмечен рост заболеваемости рассеянным склерозом как в мире, так и в Республике Беларусь. Согласно данным официальной статистики по Республике Беларусь на 2006–2007 год патология нервной системы стоит на втором месте в структуре заболеваемости. Заболевание имеет тенденцию к распространению среди людей в возрасте до 35 лет – более 70%, в то время как среди людей среднего возраста (после 35 лет) заболевает лишь 16% [4].

Цель данной работы – выявить психологические особенности пациентов с рассеянным склерозом и определить биосоциальные факторы, влияющие на реабилитационные возможности личности в ситуации болезни.

В ходе работы решались следующие задачи:

1. Выделение основных био-социо-психологических особенностей больных рассеянным склерозом.
2. Определение факторов, влияющих на реабилитационный потенциал пациентов с патологией нервной системы.

Объектом исследования были пациенты с рассеянным склерозом в возрасте 25–45 лет, находящиеся на стационарном лечении.

Предмет исследования – биосоциально-психологические факторы, определяющие реабилитационный потенциал больных.

Методы исследования

Для решения поставленных задач нами использовались следующие методы: наблюдение, беседа, опрос, анкетирование, тестирование: опросник FPI; опросник Айзенка по определению темперамента; характерологический опросник Леонгарда; интегративный тест тревожности; методика «Ценностные ориентации» Рокича; личностный опросник Бехтеревского института; методы описательной статистики и корреляционный анализ.

Для оценки реабилитационного потенциала наиболее значимо получение психодиагностических показателей и проведение анализа психологического статуса больных по следующей схеме:

- 1) нозогнозический уровень;
- 2) уровень саморегуляции (тест ИТТ);
- 3) личностно-характерологический уровень (опросник FPI);
- 4) мотивационно-личностный уровень (методика «Ценностные ориентации» Рокича);
- 5) нейро-психологический уровень (тест Равена) [1; 2; 3].

В исследовании принимали участие пациенты с рассеянным склерозом, находящиеся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре неврологии и нейрохирургии. Объем выборки составил 82 человека, из них 57% женщин и 43% мужчин. Возраст испытуемых составил 25–45 лет, средний возраст по группе – 36 ± 2 года. Длительность заболевания – не менее 1 года. Контрольную группу составили 76 здоровых лиц, в том числе 69% женщин и 31% мужчин.

Изучение биосоциальных детерминант в группе больных рассеянным склерозом мы проводили с помощью социологического метода анкетирования. Анкета состояла из 13 вопросов, охватывающих социальное, семейное положение, биомедицинские показатели, отношение к здоровому образу жизни, наличие психотравмирующих ситуаций и пр.

Результаты исследования

По результатам исследования можно составить биосоциально-психологический портрет личности больного рассеянным склерозом. В большинстве своем это семейные лица трудоспособного возраста с длительностью течения заболевания 3–5 лет, имеющие третью группу инвалидности, перенесшие сопутствующие заболевания (частые ОРВИ (92%), герпесные инфекции (58%), детские инфекционные заболевания (75,5%) и не имеющие наследственных заболеваний; ведущие здоровый образ жизни; после постановки диагноза пережившие психотравмирующую ситуацию (развод, потеря престижного места работы, резкое изменение круга общения и т. п.) и обладающие средним уровнем интеллектуального развития; имеют выраженный невротический синдром астенического типа с психосоматическими нарушениями.

Женщины, страдающие рассеянным склерозом, общительны, открыты и в решении проблем, связанных с течением заболевания, склонны опираться на свое ближайшее социальное окружение. Мужчины, наоборот, предпочитают самостоятельно принимать решения, проявляя стабильность эмоционального состояния как такового и хорошее умение владеть собой. При этом мужчины имеют никотиновую зависимость.

С помощью теста Равенна определены психологические особенности больных рассеянным склерозом.

На рисунке 1 представлены результаты процентного соотношения уровня интеллектуального развития у пациентов с рассеянным склерозом: высокий интеллект – 7%, интеллект выше среднего – 27%; интеллект средний – 64%; интеллект ниже среднего – 2% ($p < 0,05$). Из рисунка видно, что в группе больных рассеянным склерозом наибольшее число испытуемых имеют средний уровень интеллектуального развития.

По методике интегративного теста тревожности (ИТТ) мы определяли уровни личностной и ситуативной тревоги как показателей социально-психологического стресса больных рассеянным склерозом. На рисунке 2 представлены средние значения уровня личностной тревожности у больных рассеянным склерозом ($p < 0,05$).

Название шкал: общая тревожность (ОТ), эмоциональный дискомфорт (ЭД), астенический компонент (АСТ), фобический компонент (ФОБ), тревожная оценка перспективы (ОП), социальные реакции защиты (СЗ)

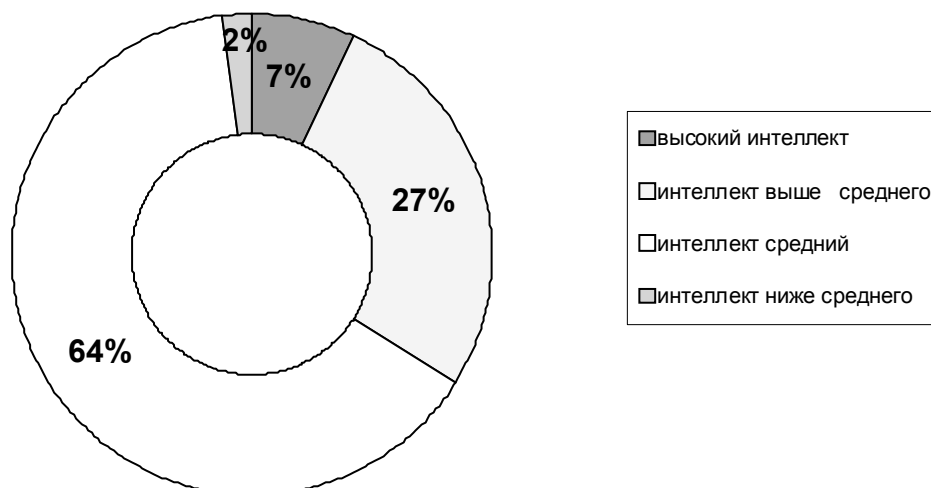


Рисунок 1 – Процентное соотношение уровня интеллекта больных рассеянным склерозом

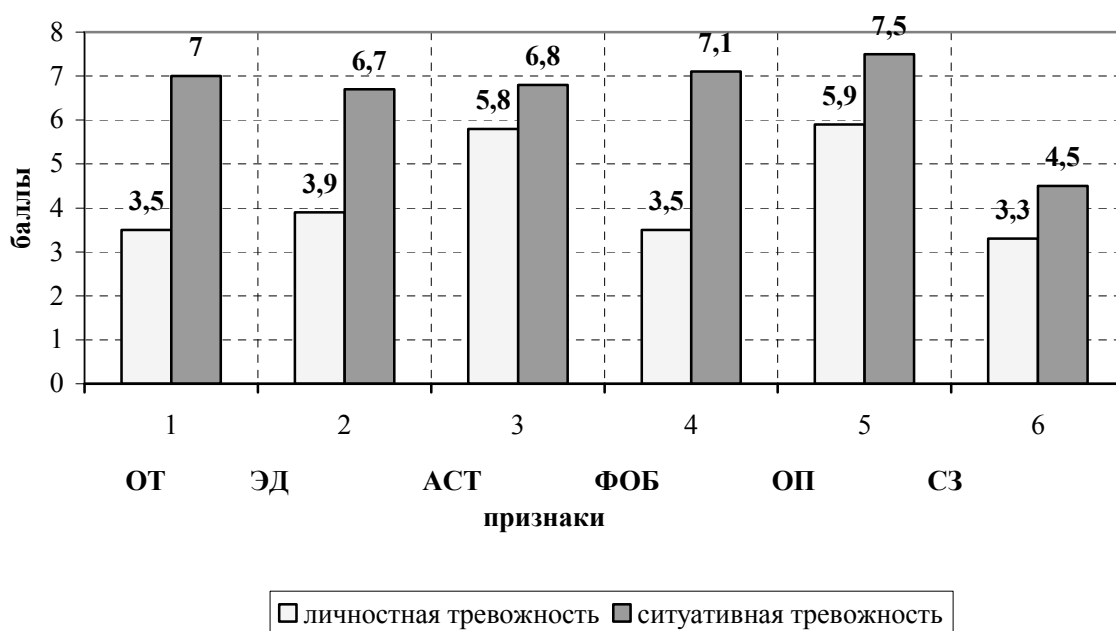


Рисунок 2 – Среднее значение уровня тревожности больных рассеянным склерозом

Из гистограммы видно, что среднее значение уровня личностной тревожности у больных рассеянным склерозом составляет 3,5 балла, средние значения уровня ситуативной тревоги – 7 баллов. В структуре личностной тревожности больных рассеянным склерозом наибольшие средние значения получены по вспомогательным шкалам АСТ – 5,8 баллов, ОП – 5,9 баллов. По вспомогательным шкалам ЭД, ФОБ и СЗ получены примерно средние значения оценок – 3,9; 3,5 и 3,3 балла соответственно.

В структуре ситуативной тревоги наибольшие средние значения были получены по вспомогательным шкалам ОП – 7,5 балла и ФОБ – 7,1 балла – высокий уровень тре-

вожности. Высокому уровню тревожности соответствуют шкалы ЭД – 6,7 балла и АСТ–6,8 балла. Вспомогательная шкала СЗ соответствует умеренному уровню тревожности – 4,5 балла.

Результаты ИТТ свидетельствуют, что для больных рассеянным склерозом характерна высокая ситуативная тревожность, значительно превышающая личностную тревогу. По шкалам ФОБ и ОП можно увидеть, что больные испытывают ощущение необъяснимой угрозы, неуверенности в себе и проецируют страх в будущее.

Ярко выражена шкала «эмоциональный дискомфорт», отражающая наличие эмоциональных расстройств, эмоциональную напряженность, а также шкала «астенический компонент», отражающая наличие усталости, расстройств сна и быстрой утомляемости, что позволяет констатировать высокий уровень эмоционального напряжения.

С помощью метода корреляции Спирмена была обнаружена достоверная умеренная положительная корреляционная связь между уровнем личностной и ситуативной тревоги, что подтверждается коэффициентом корреляции ($r = 0,51364$ и $p = 0,01$), и умеренная положительная корреляционная взаимосвязь между личностной тревожностью и длительностью течения заболевания ($r = 0,84$ при $p < 0,01$).

Для определения нозогнозического уровня реабилитационного потенциала мы применили Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), разработанный с целью диагностики типов отношения к болезни и других, связанных с нею, личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями. Диагностируется отношение к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношения к болезни: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный [3].

Личностный опросник Бехтеревского института позволил нам определить тип личностного реагирования на болезнь у больных рассеянным склерозом. Данный опросник предъявлялся пациентам в индивидуальном режиме в условиях стационара. Мы определили такое процентное соотношение типов личностного реагирования на болезнь: эргопатический (22%), неврастенический (20%), анозогнозический (15%), сенситивный (11%), тревожный (11%), эйфорический (8%), меланхолический (5%), паранойяльный (2%), эгоцентрический (2%), апатический (2%), ипохондрический (1%), гармонический (1%), обсессивно-фобический (0%).

На рисунке 3 представлено процентное соотношение типов личностного реагирования на болезнь ($p < 0,05$).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у больных рассеянным склерозом преобладают основные виды отношения к болезни: эргопатический, неврастенический, анозогнозический.

Нами установлено, что больным присущ невротический синдром астенического типа (подтверждает ИТТ). Однако интересно заметить, что у этих пациентов не отмечается ярко выраженного депрессивного синдрома. В их эмоциональном состоянии по отношению к себе и окружающим отсутствуют элементы сниженного настроения и подавленности. Наоборот, пациенты активны и готовы сотрудничать с медиками и близкими людьми, чтобы преодолеть или уменьшить негативные проявления заболевания, значительно снижающие качество их жизни.

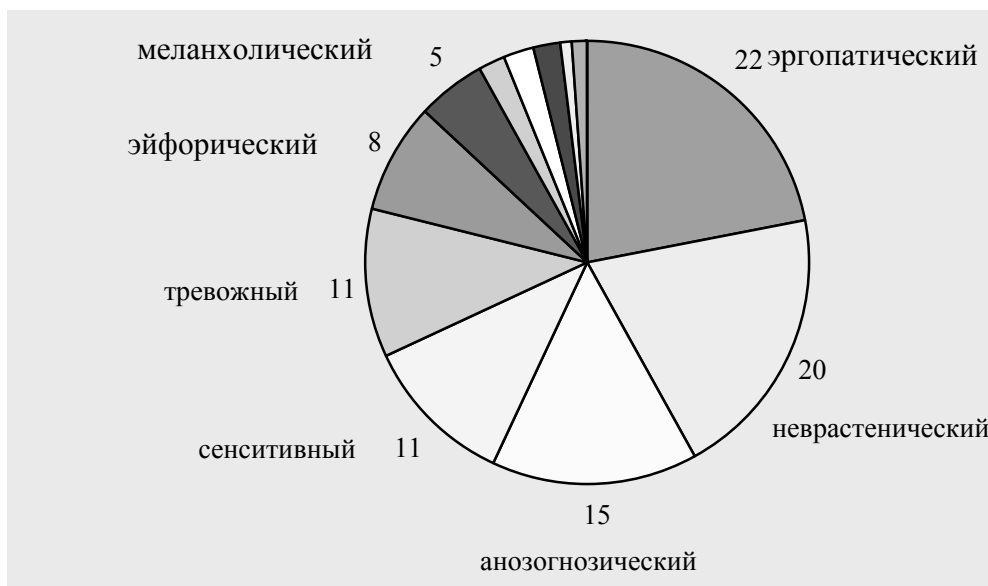


Рисунок 3 – Процентное соотношение типов ВКБ

Для определения ведущих особенностей личности использовали тест FPI. Качественную характеристику этих различий мы представим в таблице 1.

Таблица 1 – Качественная характеристика достоверных различий по отдельным субшкалам в экспериментальной и контрольной группах ($p < 0,05$)

Субшкала	Контрольная группа	Экспериментальная группа
I (невротичность)	Отсутствует невротический синдром астенического типа	Выраженный невротический синдром астенического типа с психосоматическими нарушениями
V (общительность)	Адекватная потребность в общении	Выраженная потребность в общении и постоянная готовность к удовлетворению этой потребности
VI (уравновешенность)	Предрасположенность к адекватному реагированию на сложные жизненные ситуации	Предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу
VIII (застенчивость)	Уверенность в налаживании новых социальных контактов	Наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в налаживании новых социальных контактов

Таким образом, нами установлено, что больным рассеянным склерозом присущ невротический синдром астенического типа с психосоматическими нарушениями. У них проявляется выраженная потребность в общении и постоянная готовность к ее

удовлетворению. Больным характерна предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. Отмечается наличие тревожности, скованности, неуверенности. Им свойственно наличие усталости, расстройство сна и быстрая утомляемость.

Рассеянный склероз приводит к возникновению психотравмирующих ситуаций из-за формирования устойчивого неврологического симптомокомплекса. Вместе с тем у больных данным заболеванием не отмечается ярко выраженного депрессивного синдрома. В их эмоциональном состоянии по отношению к себе и окружающим отсутствуют элементы сниженного настроения и подавленности. Наоборот, пациенты активны и готовы сотрудничать с медиками и близкими людьми. Они относительно устойчиво реагируют на ухудшение своего физического состояния.

Прослеживаются половые особенности в формировании реабилитационного потенциала больных. Установлена умеренная положительная корреляционная взаимосвязь между личностной тревожностью и длительностью течения заболевания ($r = 0,84$ при $p < 0,01$).

На основании проведенного комплексного психологического исследования, корреляционного и многофакторного анализа мы выявили 3 уровня реабилитационного потенциала больных рассеянным склерозом и определили их основные личностные особенности.

Высокий уровень реабилитационного потенциала свойственен больным рассеянным склерозом в возрасте от 25 до 39 лет, состоящим в браке, работающим или серьезно планирующим работать, с вполне определенными планами на будущее. Их отличает реалистичное оценивание своих возможностей, они строят позитивные планы на будущее. Нервно-психическое состояние близко к оптимальному, отсутствует серьезная эмоциональная напряженность. При низком уровне ситуативной тревожности им свойственен повышенный уровень личностной тревожности, которую можно интерпретировать как «полезный» уровень тревоги, что является естественной особенностью активной личности. Диагностируемые типы отношения к болезни носят либо интерпсихическую направленность, либо это типы, при которых социальная адаптация существенно не нарушается (эргопатический). Говоря о степени удовлетворенности своим функционированием в различных сферах жизни, можно отметить чаще всего высокую удовлетворенность супружескими отношениями, отношениями с родственниками.

Средний уровень реабилитационного потенциала свойственен в большей степени лицам в возрасте после 38 лет, состоящим в браке, но часто не работающим и не планирующим работать. Это лица недостаточно уверенные в себе, принижающие свои возможности. Отличаются несколько неустойчивым эмоциональным фоном, достаточно частыми перепадами настроения, повышенной эмоциональной возбудимостью, склонностью к тревожным реакциям (ситуативная тревожность) и повышенной личностной тревожностью. Диагностируются следующие типы отношения к болезни: тревожный, неврастенический и меланхолический, когда нарушения эмоционально-аффективной сферы проявляются в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь. Говоря о степени удовлетворенности своим функционированием в различных сферах жизни, можно отметить, в равной степени, полную либо частичную удовлетворенность супружескими взаимоотношениями, а также хорошими или удовлетворительными взаимоотношениями с родственниками.

Больные рассеянным склерозом с низким уровнем реабилитационного потенциала – это лица с более выраженными функциональными нарушениями, инвалиды второй группы, не работающие и не имеющие определенных планов на будущее. Для них характерно внутреннее ощущение собственной неполноценности, ненужности, не-

уверенности в себе, неуравновешенность, импульсивность поведения, склонность к аутоагрессии. Потребности, как правило, плохо осознаются. С полным основанием можно говорить, что эта подгруппа больных склонна воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги. Их реакция на болезнь носит, как правило, интрапсихическую направленность (тревожный, ипохондрический, меланхолический типы) и проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях тревожного ряда, подавленном, угнетенном состоянии, отказе от борьбы, «капитуляции» перед заболеванием. Они чаще отмечают неудовлетворенность семейными отношениями.

Таким образом, нами установлены основные био-социо-психологические особенности больных рассеянным склерозом: пол, перенесенные частые ОРВИ, герпесные инфекции, психотравмирующие ситуации. Факторами, определяющими вероятность возникновения невротического синдрома астенического типа с психосоматическими нарушениями, являются повышенная ситуативная тревожность, усталость, расстройство сна и быстрая утомляемость. В целом от психологического статуса личности больного зависит адаптация к ситуации болезни и эффективность проведения реабилитационных мероприятий социального, медицинского и профессионального характера. Больные рассеянным склерозом обладают специфическими личностными особенностями, обуславливающими течение, длительность, тяжесть заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дачевская, И. И. К вопросу о внутренней картине болезни у больных ИБС в условиях острой и хронической психической травмы / И. И. Дачевская, Г. Ф. Кирсанова, Т. Ю. Линева. – Москва : Российский ун-т дружбы народов, 2005. – С. 106–115.
2. Емелин, Е. В. Клинико-психологическое обследование и возможности адаптации больных рассеянным склерозом : автореф. ... дис. канд. мед. наук / Е. В. Емелин. – М., 2006. – 42 с.
3. Конева, О. Б. Влияние эмоциональных отклонений на внутреннюю картину болезни (на примере онкологических больных) / О. Б. Конева, И. В. Костиченко // Журн. Южно-Уральского гос. ун-та. – 2004. – № 3. – С. 12–18.
4. Республика Беларусь в цифрах, 2006 : стат. сб. / Мин-во статистики Респ. Беларусь. – Минск, 2006. – С. 147.

Pantiuk I.V., Teliuk N.A., Buko N.S. The biological and psychological factors determining rehabilitation potential

The article contains the information about factors which determining the rehabilitation potential of patients with nervous system pathology.