

## **Особливості психокорекції в юнацькому віці в осіб із соматичною патологією**

Вивчено вплив хронічних захворювань у 320 студентів на загальний розвиток особистості, зміни поведінки та сприйняття, з'ясовані домінуючі соматичні та психологічні наслідки. Встановлено, що у 96,3% студентів із хронічними захворюваннями внутрішніх органів, спостерігаються різного ступеня розлади особистості та поведінкових реакцій. Визначені основні завдання психологічної корекції в юнацькому віці. Розроблені пропозиції щодо зменшення негативного впливу соматичної патології на психологічне здоров'я студентів.

**Ключові слова:** соматична патологія, психологічна корекція, психологічні наслідки, хронічні захворювання.

Исучено влияние хронических заболеваний в 320 студентов на общее развитие личности, изменения поведения и восприятия, выяснены доминирующие соматические и психологические последствия. Установлено, что в 96,3% студентов с хроническими заболеваниями внутренних органов наблюдаются разной степени расстройства личности и поведенческих реакций. Определены основные задания психологической коррекции в юношеском возрасте. Разработаны предложения относительно уменьшения негативного влияния соматической патологии на психологическое здоровье студентов.

**Ключевые слова:** соматическая патология, психологическая коррекция, психологические последствия, хронические заболевания.

**Вступ.** Педагогічні та медичні працівники часто недооцінюють психологічні зміни хворої людини на появу у неї соматичного захворювання або фізичного дефекту. А власне цей бік психічної діяльності (суб'єктивне переживання хвороби) нерідко виступає для хворого на перше місце. В юнацькому віці соматична патологія має особливе значення внаслідок впливу на сприйняття та поведінку студентів учбових закладів. Хронічні захворювання упродовж тривалого часу можуть

впливати на загальний розвиток особистості. За даними П.М. Вемайера, до 10% підлітків мають хронічні захворювання внутрішніх органів або фізичну ваду. Щодо юнацького віку, то цей показник в студентів коливається від 4 до 6%. Причому в останні роки кількість множинної патології збільшилась. Найчастіше – це захворювання з легким перебігом, як, наприклад, хронічний гастрит, хронічний бронхіт або риносинусит, нейродерміт, атопічна екзема, равматоїдний артрит. Але, тим не менш, вони призводять до тимчасової непрацездатності, зміни поведінкових реакцій та адаптації студентів, а також подальшого впливу на особистість внаслідок хронічного впливу патологічного процесу.

Суб'єктивне переживання хвороби має назву аутопластичної картини хвороби, в структурі якої виділяють: 1) сенситивну – вплив локального болю за законом розповсюдження імпульсів з більш периферичних до центральних відділів нервової системи; 2) емоційну – страх, тривога, відчай, надія та інші емоційні переживання; 3) волеву – зусилля подолати хворобу, подбати про обстеження; раціональну (інформативну) – інформованість про захворювання [3, 7]. Ці аспекти аутопластичної картини є тісно переплетені між собою в різних комбінаціях.

Внутрішнє (соматичне) захворювання є специфічним для кожної людини. Воно зумовлено багатьма факторами, які можна поділяти на такі групи:

1. Характер захворювання: гостре чи хронічне, прогресуюче чи стабільне, з порушенням рухової активності та самообслуговування чи без, наявність косметичних дефектів та ін..
2. Обставини, за яких відбувається хвороба:
  - причина хвороби (якщо хвороба сталась за вини самого хворого, то він більш налаштований на видужання);
  - соціально-психологічні проблеми, пов'язані із хворобою (інформованість про діагноз, непрацездатність, соціальна дезадаптація);
  - умови проживання хворої людини.
3. Преморбідна особистість:
  - тип особистості та її психологічна зрілість (чим нижчий рівень психологічної зрілості особистості, тим примітивнішими (інфантильними) будуть реакції на хворо-

- бу – переважання сенситивного та емоційного аспектів аутопластичної картини захворювання);
- вік (в дитячому віці переважає сенситивна та емоційна аутопластична картина, в середньому – раціональна (інформативна), в похилому – страх самотності, смерті);
- ступінь загальної чутливості до зовнішніх та внутрішніх подразників;
- тип емоційної реактивності (темперамент);
- характер і шкала цінностей;
- особистий досвід та медична обізнаність;

Відповідно до особливостей аутопластичної картини хвороби виділяють такі типи ставлення до внутрішнього захворювання:

1. Нормальне (адекватне стану хворого та інформації про хворобу).
2. Зневажливе (недооцінка серйозності захворювання, знехтування режиму і лікування, безпідставний оптимізм).
3. Заперечуюче (заперечення будь-якої думки про хворобу, уникнення лікарів). У цьому випадку інколи хвора людина може вдасться до диссимуляції – приховування хвороби та її симптомів (наприклад, при “соціально несприятливих” хворобах – венеричних, психічних та ін.).
4. Нозофобне (сильний страх хвороби, безпідставне багаторазове обстеження).
5. Іпохондричне (підозра чи впевненість у наявності важкого захворювання).
6. Нозофільне (заспокоєння за рахунок отримання позитивних емоцій).
7. Утилітарне (як вищий прояв нозофільної реакції – пошук мотиву хвороби для отримання співчуття, додаткової уваги, матеріального зиску тощо). У цьому випадку хвора людина може вдасться до агравації (свідомого або несвідомого перебільшення існуючих симптомів) або симуляції (штучного продукування симптомів неіснуючого захворювання).

Хронічні захворювання можуть настільки впливати на повсякденне життя студентів, що з часом це призводить до розвитку психосоматичних розладів.

Більш швидко виникають психологічні розлади при хронічних захворюваннях, що мають перебіг середнього

ступеня тяжкості, як наприклад, виразкова хвороба шлунку й 12-типалої кишки, бронхіальна астма, есенціальна гіпертонія, які, в свою чергу, загострюють та посилюють психосоматичну симптоматику. Хронічні захворювання внутрішніх органів із тяжким перебігом (наприклад, гіпертіреоз) навіть після досягнення ремісії призводять до подальшої дезадаптації студентів і вимагають тривалого курсу реабілітації та відповідної психокорекції [2].

Дезадаптація, зміна життєвого стереотипу проявляється, перш за все, у вигляді астено-невротичного синдрому (загальній слабості, підвищеній втомлюваності, неспокої, дратівливості, порушенні сну). Ці симптоми можуть швидко виснажити людину, особливо дитину або підлітка, що призводить до зриву компенсаторних механізмів адаптації в соціальному середовищі, а також до виникнення психопатологічних порушень та сомато-вегетативних розладів.

Соматичне захворювання може впливати на психіку та нервові функції у декілька способів. По-перше, можлива безпосередня дія на нервову систему і психіку (інфекційні хвороби з лихоманкою, метаболічні порушення або інтоксикації). По-друге, хвороба може викликати рефлекторні реакції в організмі: зміни кровопостачання або м'язевого тону. По-третє, хворобливий агент викликає в організмі патологічні імпульси від інтерорецепторів (відчуття стиснення, напруження, біль та ін.). По-четверте, внаслідок хронічного захворювання виникають вторинні розлади, насамперед, емоційні, підсилені усвідомленням хвороби та її можливих наслідків.

Для дослідження впливу хронічних захворювань на психічний розвиток або психопатологічні розлади застосовують два підходи. Перший полягає в спостереженні неспецифічної дії на хворого, яка супроводжує кожне захворювання або фізичний дефект, другий – в спостереженні специфічної дії даного хронічного захворювання або дефекту.

Перший дозволяє виявити деякі труднощі, які є у хворих з хронічними захворюваннями внутрішніх органів (зміни самооцінки, проблеми в спілкуванні з однолітками та ін.). Другий підхід дозволяє краще оцінити потенційний вплив хронічного захворювання на людину в кожному окремому випадку, з'ясувати специфічні для захворювання фактори ризику.

**Мета** дослідження полягає у встановленні особливостей психологічного стану, розладів особистості та поведінкових реакцій у студентів вищих навчальних закладів із хронічними внутрішніми захворюваннями; визначенні основних завдань психологічної корекції в юнацькому віці; розробленні пропозицій, які допоможуть зменшити негативний вплив соматичної патології на психологічне здоров'я студентів.

**Матеріал і методи.** Проведено узагальнення результатів обстеження 320 студентів I-IV курсів вищих навчальних закладів м. Кам'янця-Подільського віком від 17 до 25 років упродовж 2005-2007 років; переважали особи жіночої статі (253). За допомогою клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного і психодіагностичних методів були з'ясовані домінуючі соматичні та психологічні наслідки хронічних захворювань.

**Соматичні наслідки:**

- порушення функцій внутрішніх органів (серцево-судинної та бронхо-легеневої систем, шлунково-кишкового тракту тощо);
- порушення з боку органів слуху або зору;
- наслідки медикаментозного лікування;
- наслідки оперативних втручань;
- повторні загострення хронічних захворювань.

**Психологічні наслідки:**

1. Функціональні порушення функцій головного мозку (інсомнія, астеничний, антеро-невротичний, obsesivний та депресивний синдроми).

2. Змінене переживання своєї особистості.

3. Важкість у контактуванні.

4. Змінення особистості.

**Результати та їх обговорення.** Хронічні соматичні захворювання з тривалим перебігом вже в юнацькому віці призводять до специфічних та неспецифічних психологічних наслідків у студентів.

До неспецифічних відносяться фобічні прояви (страхи), obsesivні (настирливі) прояви з тривожністю та депресивні синдроми. У результаті проведеного дослідження у більшості юнаків (256 спостережень – 80%) стостерігались замкнутість і небажання до розкриття своїх проблем, важкість у спілкуванні про свої переживання та виразі емоцій. Крім того, у переважної

більшості студентів (308 – 96,3%), в яких були діагностовані хронічні захворювання внутрішніх органів, спостерігались у тому чи іншому ступені розлади особистості й поведінкових реакцій: сповільнення психічної активності, зміна захоплень, інстинктів та настрою.

Сповільнення психічної активності було також виражене в різному ступені – від підвищеної виснажливості і пасивності при астеничному синдромі (268 випадків – 83,8%) до аспонтанності й іпохондрії – при астено-депресивному (11 – 3,4%). У студентів з астеничним синдромом спостерігався стан нервово-психічної слабкості, зниження тонусу психічних процесів і сповільненість відновлення сил, легка втомлюваність під час навчання вже після I-ї або II пари, нездатність до тривалої розумової та фізичної напруги. Настрій таких студентів був дуже лабільним, мінливим упродовж дня, з елементами капризності (плаксивості) в осіб жіночої статі та незадоволення (синдром емоційної слабкості).

При дослідженні психо-емоційного стану студентів з хронічною соматичною патологією астеничний синдром частіше виявлявся після перенесених гострих респіраторних захворювань (ГРВІ, грип, аденовірусна інфекція, синусит), при зловживанні палінням та кавою. При перенесених повторних гострих інфекційних захворюваннях спостерігалась більш виражена астенія з пасивністю та апатичністю.

Зміна захоплень і потягів проявлялись, звичайно, в небажанні займатись раніше улюбленими справами (154 випадки – 48,1%), зниженні статевого потягу (212 – 66,3%), підвищенні або зниженні апетиту (168 – 52,5%). Інколи відмічалась дисоціація з підвищеним одним і зниженими іншими потягами.

За даними нашого дослідження, у 27% студентів із хронічною соматичною патологією астеничний синдром трансформувался через 1,5-2 роки в неврастенічний. На першому плані в таких студентів також стояла підвищена психічна та фізична втомлюваність, розсіяність, розосередженість, зниження працездатності, потреба в тривалому відпочинку. Найбільш типовими були скарги на занепад сил, відсутність жвавості, енергії, знижений настрій, розбитість слабкість, нестерпність звичайних навантажень. Але підвищена психічна виснажливість в таких студентів поєднувалась

з надмірною збудливістю (явище подразливої слабкості), гіперестезією. Характерними була нестриманість і дратівливість з типовими скаргами на постійне відчуття внутрішнього напруження, дрібні непорозуміння з колегами та родичами, інколи – з бурхливою реакцією, головний біль, порушення сну, різноманітні сомато-вегетативні розлади (підвищена пітливість, серцебиття, важкість в ділянці серця, неприємні відчуття в черевній порожнині та ін.)

87,2% (279 опитаних) студентів з хронічними соматичними захворюваннями мали різного ступеня дезадаптацію зі змінами життєвого стереотипу у вигляді загальної слабкості, підвищеної втомлюваності, порушенні сну, дратівливості, нестриманості. Причому практично всі студенти цієї групи надавали скарги на невиражені супутні когнітивні розлади у вигляді погіршення пам'яті, важкості концентрації уваги та сповільнене сприйняття. 2,4% студентів мали різного виду настирливості (обсесії) та страхи (фобії). При цьому ці симптоми не призводили до різкого порушення способу життя студентів внаслідок поступового пристосування до фобій, уникання ситуацій, в яких виникає страх.

У 4 осіб при анкетуванні зареєстрована особистісна тривожність із затрудненням при прийнятті будь-яких рішень.

При дослідженні психо-емоційного стану студентів з хронічною соматичною патологією в 3,4% спостережень зафіксована депресивна симптоматика. Такі студенти, звичайно, скаржились на різного роду неприємні відчуття у вигляді стискання або болю в серці, іноді – головного болю або болю в животі. При цьому також було змінено сприйняття оточуючого: світ сприймався сірим, нецікавим. Характерною була відсутність бажання до отримання задоволень і розваг, несприйняття жартів. Спогади минулого та теперішнє малювались похмурими. Сприйняття своєї особистості також забарвлювалось в тужливий фон, спостерігалась власна недооцінка. За допомогою тестування у таких студентів виявлено сповільнення асоціативних процесів. Відмічалось звуження кола сприйняття та інтересів: такі студенти мало читають, не цікавляться подіями в світі, у сім'ї. Окрім ідеаторного гальмування, спостерігалось також рухове гальмування: сповільнені і невпевнені дії, гіподинамія, одноманітний сумний вираз обличчя, сповільнення і тихість мови, одноманітність виразів. У таких студентів

також спостерігались психоемоційні порушення у вигляді емоційної лабільності, підвищеної ранимості, інколи – образливості, підозрілості та настороженості (2 спостереження).

Варто зауважити, що при різних соматичних захворюваннях у студентів проявлялись специфічні, характерні тільки для них психологічні прояви. Так, у студентів, які мали серцево-судинні захворювання в анамнезі (перенесений в дитинстві міокардит, вади серця, екстрасистолічні порушення ритму), виявлені помірно виражені форми особистісних реакцій. Юнаки із вродженими вадами серця часто відчували себе стигматизованими. У них періодично виникав страх за майбутнє, який вони намагались компенсувати шляхом високих досягнень.

У студентів з порушеннями ритму часто увага була прикута до роботи власного серця з послідувачим виникненням переживань і страхів про його можливу “зупинку”. Ці симптоми посилювались особливо в нічний час, що приводило до порушення сну; через деякий час з’являлось негативне ставлення до активної діяльності з появою тривожно-депресивної симптоматики.

При обстеженні юнаків із хронічними запальними захворюваннями нирок більше, ніж у 2/3 випадків виявляли астеничний синдром, порушення сну, зниження працездатності, періодично пригнічений настрій, сомато-вегетативні порушення (коливання артеріального тиску, пітливість, періодичний біль в поперековій ділянці).

Психосоматичні розлади при ураженні органів шлунково-кишкового тракту (гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба, дискінезія кишківника або жовчного міхура, коліт) проявлялись, в основному, у вигляді астеничного та антеро-невротичного синдромів, загостренням характерологічних рис. У залежності від тривалості захворювання у студентів визначалось певне виснаження психічних функцій (психастенія), розсіяність, сенситивність, емоційна лабільність, інколи – іпохондричний синдром з фіксацією на власних переживаннях.

### **Висновки**

1. На основі отриманих даних були визначені основні завдання психологічної корекції в юнацькому віці при хронічних соматичних захворюваннях:

- підтримка загальносоматичного лікування;



- психологічна підтримка юнака;
- корекція психологічних та емоційних порушень;
- моніторинг за перебігом психосоматичних розладів;
- профілактика;
- допомога в досягненні психосоціальної адаптації і реінтеграції;
- реабілітація.

2. При проведенні психокорекції студентів при хронічних захворюваннях внутрішніх органів необхідна співпраця психолога або психотерапевта із хворим юнаком, його близькими родичами та лікуючим лікарем. При цьому основним завданням при проведенні психокорекції є психологічна підтримка юнака та сприяння психосоціальної адаптації.

3. Незалежно від виду хронічного захворювання при проведенні психологічної корекції насамперед потрібно сформувати дружні відносини із студентом, щоб зрозуміти психологію хворого юнака та його сімейну ситуацію. Після проведення діагностики та отримання інформації про психологічний стан студентів можна проводити як індивідуально-орієнтовану, так і групову психотерапію. На підтримку студента бажане обов'язкове консультування близьких родичів та його соціального оточення з соматичних та педагогічно-психологічних питань для досягнення емоційного контакту, адекватного керівництва та моніторингу за психокорекцією, допомоги соціальної реадaptaції.

4. При проведенні психологічної корекції студентів можуть бути використані різні методики як в комбінації, так і самостійно (психодинамічна, когнітивно-поведінкова терапія, клієнт-центровані методи, глибинно-психологічні методи, методи релаксації, гіпнозу та аутотренінгу тощо).

5. У процесі психокорекції важливим є достатня підтримка студента його родичами та близькими, друзями. До цього ж відноситься емоційний контакт, певна ступінь керівництва та контролю, допомога соціальній реадaptaції після загострення хвороби, бажання до адекватної фізичної активності. Окрім індивідуальної психокорекції студентів, ефективною, може бути групові психотерапія юнаків, партнерська терапія, сімейна терапія або психокорекція пар.

### Список використаних джерел

1. Залуцкая Н.М. Оценка межличностного взаимодействия в семьях больных психозами с психодинамических позиций // Российский психиатрический журнал. – 2001. – №6. – С.11-13.
2. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология / 2-е изд. –М.:Академия, 2004. – 234 с.
3. Основи психодинамічної діагностики і психотерапії: Навчально-метод. посібник / за ред. Винника М.І., проф. Вітенко І.С. – ІФ: Місто НВ, 2006. – 172с.
4. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-метод. посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / за ред. проф. А.Й.Капської. – К.:ДЦССМ, 2003. – 168 с.
5. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд. Института Психотерапии, 2002. – 391 с.
6. Хатфилд А.Б., Лефли Г.П. Как выживать с психическим заболеванием / Пер.с англ.. – К.: Сфера, 2002. – 299 с.
7. Wegner P. Erstinterview; in Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe, Kohlhammer, Stuttgart, 2000. – S.170-175.

The article envisages the influence of chronic diseases on the common development of personality in 320 students, changes in behaviour and perception, and the dominant somatic and psychological consequences are found out. It is determined that among 96,3% of students with the chronic diseases of internal organs we observed disorders of personality and behavioural reactions of different levels. The basic tasks of psychological correction in youth age are defined. The suggestions in relation to diminishing of negative influence of somatic pathology on the psychological health of students are developed.

**Key words:** somatic pathology, psychological correction, psychological consequences, chronic diseases.

*Отримано: 21.10.2008.*