

УДК: 616.1/4:615.851

*А.И. Сердюк***ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ БОЛЕЗНИ НА СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Харьковский институт усовершенствования врачей

Ключевые слова: соматические заболевания, самооценка влияния, социальный статус.

Любое соматическое заболевание, особенно хроническое, представляющее потенциальную угрозу для жизни больного человека, даже если в его возникновении и последующем течении психогенные факторы и не играют главенствующей роли, является мощным психотравмирующим фактором и не может быть безразличным для больного [1].

Неоспоримо существенное влияние любого хронического заболевания на социальный статус больного, его положение в обществе, круг интересов, уровень притязаний, что, в свою очередь, приводит к ломке привычного образа жизни и деятельности, необходимости формирования нового жизненного стереотипа [2].

Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью "внутренней картины болезни" [3,5] и, соответственно, важной "точкой приложения" психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации [6].

Вместе с тем ни само содержание этого влияния, ни особенности его формирования, в литературе практически не представлены.

На основании опроса двух тысяч больных различными хроническими соматическими заболеваниями нами [4] был разработан формализованный опросник, позволяющий подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса больных, который включал 10 вопросов - утверждений :

1. Из - за болезни я не могу успешно работать с такой же работоспособностью, как раньше ...

2. Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, мешает выполнять обязанности по дому, стал(а) нетерпеливым(ой), раздражительным(ой), родным надоел(а) со своей болезнью...

3. Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях ...

4. Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сослуживки стали хуже

относиться ко мне, не сочувствуют и даже придираются...

5. Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у большинства здоровых людей, из - за болезни много времени уходит на посещение больниц, поликлиник и т.п. ...

6. Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, лишает меня должного уважения окружающих...

7. После того, как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, перестал(а) быть сильным(ой), здоровым(ой), красивым(ой) ...

8. Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все ...

9. Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей ...

10. Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб. Вынужден тратить средства на лекарства, санаторные путевки. Из-за нее не могу больше зарабатывать ...

На каждый из вопросов испытуемым предлагалось выбрать один из пяти вариантов ответов : 1. Наверняка нет. 2. Скорее нет. 3. Затрудняюсь ответить. 4. Пожалуй да. 5. Безусловно да.

Один из двух последних вариантов ответов расценивался, как свидетельствующий о значимой сфере влияния болезни на социальный статус больного и показывал степень значимости.

С помощью опросника было обследовано 992 больных хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой (196 чел.), мочевыделительной (192 чел.) систем, органов пищеварения (202 чел.), дыхания (198 чел.) и сахарным диабетом (204 чел.).

При подсчете положительных ответов "Безусловно да" и "Пожалуй да" оказалось, что больные хроническими соматическими заболеваниями наиболее значимым считали отрицательное влияние болезни на возможность занять желаемое положение в обществе, ограничение

в выборе профессии и места работы, служебного роста (от $70,37 \pm 2,69\%$ до $81,22 \pm 2,68\%$), а также указывали на ухудшение отношения к ним в трудовом коллективе (от $73,54 \pm 2,78\%$ до $62,77 \pm 3,06\%$).

В то же время больных урологическими заболеваниями и сахарным диабетом чаще, чем других беспокоило то, что болезнь ограничивала их общение, способствовала формированию "чувства вынужденной изоляции", в гастроэнтерологической группе больные чаще отмечали негативное влияние болезни на их работоспособность и материальное положение, больные заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов дыхания чаще других жаловались на ухудшение взаимоотношений в семье.

Между тем, эти отличия не превышали 10-15%, а при сопоставлении частоты только безусловно утвердительных ответов ("Безусловно да") незначительные межгрупповые различия и вообще отступали на второй план перед общей закономерностью: четыре из десяти сфер имеют весьма незначительное представительство в безусловно утвердительной оценке влияния на них заболевания (от $0,94 \pm 0,66\%$ до $7,31 \pm 1,76\%$), и в плане психотерапевтической коррекции представляют интерес исключительно для индивидуальной работы с больными (ограничение свободного времени, привычного образа жизни, негативное влияние на внешний вид, материальный ущерб).

В то же время безусловно значимое влияние болезни на такие сферы, как ухудшение отношения к больным на работе и ограничение возможности занять более высокое положение в обществе, отмечается почти каждым вторым больным во всех нозологических группах (от $43,19 \pm 3,40\%$ до $52,05 \pm 3,38\%$), и должно находить свое обязательное отражение в общих схемах психотерапевтической коррекции отношения больных к заболеванию.

Интересные закономерности были выявлены также при изучении влияния различных факторов (пол, возраст, уровень образования, степень

урбанизации места жительства и стрессогенности работы, состояние семейных отношений, отягощенность анамнеза невротами и органическими заболеваниями центральной нервной системы, давность и степень тяжести соматического страдания) на оценку больными социальной значимости заболевания с помощью методики дисперсионного анализа однофакторных комплексов для качественных показателей.

Чрезвычайно сильное влияние на оценку значимости роли болезни в социальной дезадаптации (по всем 6-ти важным в представлении больных сферам социального статуса) отмечено со стороны степени ее тяжести ($n =$ от $4,3 \pm 0,013\%$ до $20,9 \pm 0,011\%$), причем это влияние было обратнораз направленным (с нарастанием тяжести заболевания степень социальной значимости его для больного снижалась).

Указанный феномен можно объяснить тем, что в поздних, тяжелых стадиях соматического страдания на первый план психологических переживаний больного выходит страх смерти и потребность в "биологическом качестве жизни", перед которым влияние заболевания на социальный статус его отходит на второй план.

Больные же, степень тяжести заболевания которых можно охарактеризовать, как легкую или среднюю, еще остро испытывают потребность в полноценной жизни, строят планы, хотят быть сильными, здоровыми, красивыми и соответственно обостренно воспринимают негативное влияние заболевания на их социальный статус.

Отмечено также достаточно сильное влияние других факторов на отдельные сферы социального статуса больных (пол, возраст, неудовлетворительное состояние семейных отношений).

Выявленные особенности личностного восприятия собственного заболевания послужили основой для разработки целенаправленной системы психотерапии и психокоррекции у больных распространенными соматическими заболеваниями.

Литература

1. Виш И.М., Романюк В.Я. Генез и систематика психогенных расстройств при соматических заболеваниях // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики : Тез. докл. на Пленуме правления об - ва. - Москва, 1990. - С. 51 - 52.
2. Николаева В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания : Автореф. дис. докт. психол. наук. - Москва : МГУ, 1992. - 48 с.
3. Приленский Б.Ю. Внутренняя картина болезни при урологических заболеваниях // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики : Тез. докл. на Пленуме

- правления об-ва.- Москва, 1990.-С. 210-212.
4. Сердюк Л.И. Новая методика самооценки больными влияния заболевания на их социальный статус // На грани нормы и патологии: Матер, обл. науч.- практ. конф. - Стрелечье, 1994. -С. 173-174.
5. Фізер В.А., Коростельов В.О. Дослідження особливостей самосвідомості у хворих на постхолестеролемічний синдром // Укр. вісник психоневрології. - Харків, 1996. - Т.3, вип. 5 (12). - С. 395 - 396.
6. Якимович В.Б. Психотерапія соматических больных с учетом особенностей личности // Врачебное дело. -1991.-№1.-С. 93-95.

Поступила в редакцию 15.12.97г.