

## **SERGANČIŲJŲ REUMATINĖMIS LIGOMIS POŽIŪRIO Į SAVO LIGĄ TYRIMAS**

R. Sargautytė, R. Kočiūnas,  
D Krapavickaitė

Nors iš pradžių klinikinės psichologijos raidą skatino psichiatrija, dabar „medicininė psichologija“ turėtų apimti visas psichologijos taikymo formas medicinoje, neapsiribojant viena medicinos specialybe. Psichologinių tarnybų posūkis nuo protinių ir emocinių sutrikimų diagnostikos prie „sveikatos ir gerovės modelio“ atskleidė naujas galimybes šiuolaikiniam psichologui. Tradicinis „ūmios ligos modelis“, reikalaujantis iš ligonio vien paklusnumo, nepasiteisino, gydant lėtinės somatinės ligas. Atkreiptas dėmesys, kad ligonio asmeninės savybės, jo pozicija savo ligos, gydytojų ir gydymo atžvilgiu yra svarbus jo gydymo ir reabilitacijos faktorius. Ne mažiau negu gydymas sergantiems lėtinėmis somatinėmis ligomis reikalinga pagalba įveikiant ligos pasekmes, taip pat psichologines ir socialines. Čia ir susiduriame su opia psichologinio įvertinimo problema. Kyla pavojai, susiję su testų, standartizuotų psichiškai nesveikai populiacijai perkėlimu į sergančių somatinėmis ligomis kliniką. Dėl šios priežasties dalis teiginių, atspindinčių ligos procesą standartizuotuose psichologiniuose klausimynuose, gali būti interpretuojama kaip psichopatologijos rodikliai. Pavyzdžiui, sergančiųjų reumatoidiniu artritu testavimo MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) rezultatai tiesiog atspindi ligos klinikinio pasireiškimo laipsnį, nes kai kurie depresijos simptomai (nuovargis, miego sutrikimai ir kt.) susiję su pagrindiniais diagnostiniais reumatoidinio artrito kriterijais [5, 10]. Be to, patyrimas rodo, kad iš psichiatrinės klinikos „paveldėti“ testai gali būti nesuprantami ir netgi nepalankiai nuteikti sergančius somatinėmis ligomis, nes jie linkę neigti psichologinius savo ligos aspektus.

Sank Peterburgo V. M. Bechterevo psichoneurologijos institute [12] siekiama sukurti originalią metodiką „Požiūrio į ligą tipas“. Tai

klinikinio psichologo mąstymą modeliuojanti metodika, skirta somatinių lignonų požiūriui į ligą ir gydymą įvertinti [13]. Mes ilgai dalyvavome analizuodami ir aprobeudami šią metodiką ir taip sukaupėme duomenų apie besigydančių reumatologinėje klinikoje asmenybės reakciją į ligą.

Daugiau nego šimto reumatinių ligų bendras požymis – jungiamo audinio pažeidimai, dažnai ir ryškiai sužalojantys sąnarius [18]. Reumatoidinis artritas (RA) – klasikinė reumatinė liga [3], lėtinės, somatinės, progresuojančios patologijos modelis su invalidumo grėsme [18]. Pastaruoju metu psichologiniams RA aspektams skiriama nemaža dėmesio; nuolatiniai sąnarių skausmai, judesių apribojimas, ryškios deformacijos, darbingumo sumažėjimas ar praradimas sukelia daugybę psichologinių problemų [10, 15]. Iš pradžių buvo ieškoma psichologinių šios ligos priežasčių, apibūdinama „reumatoidinė asmenybė“. Dabar viena svarbiausių naujų psichologinio reumatoidinio artrito tyrimo krypčių – nustatyti, kokio svarbumo yra su liga susiję vertinimai ar lūkesčiai, nulemiantys psichologinę būseną, skausmą ar funkcinį apribojimų dydį. Kur kas mažiau tirti osteoartrozės (OA) psichologiniai aspektai [6]. Skirtingai nuo RA, kuris yra uždegiminė liga, OA – degeneracinė, ir kremzlių degeneracija lokalizuojasi sąnariuose, kuriems tenka didžiausias krūvis. OA labiau paplitusi, ja serga apie 12% gyventojų (RA – apie 1%), ji sudaro 80% visų reumatinių ligų [3]. Dauguma gydytojų suvokia RA kaip rimtesnę nelaimę, progresuojančią ir deformuojančią. Tuo tarpu OA dažnai aiškina ligoniui kaip sąnarių susidėvėjimas, natūrali senėjimo išraiška. Tačiau pačių lignonų subjektyvus skausmo vertinimas skirtumų tarp RA ir OA grupių neatskleidė [1]. Sergant OA, be fizinių kančių, dažnai prisideda psichologinio pobūdžio sunkumai [6]. Yra duomenų, kad būtent psichologiniai požymiai gali nulemti individualius funkcinio nepakankamumo ir skausmo skirtumus [11]. Sistemine raudonoji vilkligė (SRV) pasireiškia labiau ne sąnarių, o vidaus organų – plaučių, širdies, inkstų pažeidimais. Dažnai šių lignonų ateitis bloga. Sergančiųjų SRV problemos specifinės, neretai pasireiškia ir psichikos sutrikimų [2].

Mes tikėjomės, kad skirtingas ligos pobūdis turės įtakos ir požiūriui į ligą reakcijų įvairovei. Dauguma autorių išskiria mažiausiai tris turinčius įtakos požiūriui į ligą formavimuisi faktorius: premorbidines

ligonio asmenybės savybes, paties susirgimo pobūdį, socialinius- psichologinius faktorius.

Mūsų darbo tikslai buvo s.e:

- 1) palyginti sergančiųjų RA, OA, SRV požiūrio į ligą ypatumus;
- 2) iširti požiūrio į ligą priklausomybę nuo ligonių amžiaus, lyties, ligos trukmės ir kitų klinikinių, socialinių bei psichologinių savybių;
- 3) įvertinti požiūrio į ligą dinamiką.

### **Tyrimo metodai**

Pagrindinė psichodiagnostinė tyrimo metodika – „Požiūrio į ligą tipas“, skirta ligonių, sergančių lėtinėmis somatinėmis ligomis, asmenybės reakcijos į ligą variantų tyrimui [12].

Remiantis šia metodika, nustatome 12 reagavimo į ligą tipų: harmoningą (H), ergopatinį (R), anozognozinį (Z), nerimastingą (T), hipochondrinį (I), neurasteninį (N), melancholinį (M), apatinį (A), sensitivity (S), egocentrinį (E), paranojinį (P) ir disforinį (D).

Metodika pateikiama klausimų rinkiniu, suskirstytu į kelias temas. Tiriamajam siūloma laisvai pasirinkti nuo vieno iki kelių (ne daugiau kaip 3) atsakymų kiekvienai temai („savijauta“, „nuotaika“ ir kt.). Kiekvienas pasirinktas teiginys vertinamas balais skalėje to požiūrio į ligą tipo, kurio naudai jis liudija. Sumuojant visų temų atsakymų balus kiekvienoje skalėje, gaunami 12-os minėtų tipų skalių vertinimai. Diagnostinis profilis iš 12 skalių apibūdina požiūrio į ligą atskirus aspektus. Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad skalės vertinimas harmoningam, ergopatiniam ir anozognoziniam tipui prilyginamas 0, jeigu tarp teiginių, kuriuos pasirinko tiriamasis, yra bent vienas iš tam tikrų išskirtinių, metodikos autorių nurodytų teiginių [12]. Individualaus požiūrio į ligą tipas diagnozuojamas pagal tokias taisykles: jeigu yra pakankamai išsiskiriantis vienos skalės pikas, tai konstatuojamas „grynas“ tipas, jeigu yra 2 arba 3 ryškūs pikai – tai mišrus, jei daugiau negu 3 – tai difuzinis tipas.

Požiūrio į ligą tipai gali būti sujungti į blokus. Į I bloką sujungti tipai, kai socialinė adaptacija iš esmės nesutrikusi: esant harmoningam požiūrio į ligą tipui, ligoniai adekvačiai vertina savo būseną, aktyviai dalyvauja gydant ligą, laikosi nurodyto režimo ir tuo pat metu pa-

sižymi siekimu įveikti ligą, nepasiduoti jai, nepriimti „ligonio“ vaidmens, išlaiko sveiko žmogaus vertybių struktūrą ir socialinį aktyvumą.

Be harmoningo, į I bloką įtraukti ergopatinis ir anozognozinis tipai. Šių tipų ligoniams būdingas kritiškumo savo būsenai sumažėjimas, ligos „reikšmės“ menkinimas iki visiško nepaisymo, kartais pasireiškiantis režimo pažeidimais, „panirimas“ į darbą, kartais neigimas paties ligos fakto. Tačiau ryškių socialinės dezadaptacijos reiškinių nėra, o tai leido šiuos tipus sujungti į vieną bloką.

Į II ir III blokus įtraukti reagavimo į ligą tipai, apibūdinami psichine dezadaptacija dėl ligos. Į II bloką įeina reagavimo tipai su intrapsichine pakraipa (nerimastingas, hipochondrinis, neurasteninis, melancholinis ir apatinis). Kliniškai emocinių santykių sfera pasireiškia dezadaptootu elgesiu: dirgliomis reakcijomis, nerimastinga, prislėgta būsena, „bėgimu“ į ligą, kovos atsisakymu – „kapituliacija“ prieš ligą. Į III bloką įeina reagavimo tipai su interpsichine tendencija. Tai tokio sensibilizuoto požiūrio į ligą tipas, kuris labiausiai priklauso nuo premorbidinių ligonių asmenybės ypatumų: sensitivityvus, agocentris, paranojinis ir distrofinis. Šių tipų ligoniai taip pat pasižymi dezadaptootu elgesiu, dėl to sutrinka socialiniai santykiai: jie arba varžosi dėl savo ligos prieš aplinkinius, arba „panaudoja“ ją tam tikriems tikslams pasiekti, kuria paranojinio pobūdžio koncepcijas apie savo ligos priežastis ir lėtinę eigą, išreiškia heterogenines agresyvias tendencijas, kaltindami aplinkinius dėl savo negalios. Taigi antras ir trečias blokas skiriasi pagal dezadaptouto elgesio kryptį.

Kita taikyta metodika – nusiskundimų apklausos lapas (NAL) – padėjo diagnozuoti polinkį į neurotiškumą [4]. NAL sudaro 89 teiginiai, 61 iš kurių laikomi reikšmingais (39 yra apie somatinio ir 22 – apie psichinio pobūdžio nusiskundimus). Vertinant NAL, nustatomas neurotiškumo lygis: žemas, vidutinis arba aukštas.

### **Tiriamieji**

Ištirta 429 Raudonojo Kryžiaus ligoninės Reumatologijos skyriaus ligoniai. Tyrimai buvo atliekami 1981–1990 m. Reumatoidinis artritas diagnozuotas 304 ligoniams, osteoartrozė – 86, ir sisteminė raudonoji vilkligė – 39. Sergančiųjų RA vidutinis amžius – 47,1 m.,

OA – 52,7 m., SRV – 30,9 m. Iš 39 sergančiųjų SRV – tik 2 vyrai, RA grupėje – 81% moterų, OA – 65% moterų.

51 sergantis RA buvo išurtas antrą kartą paūmėjus ligai ir jam pakartotinai besigydamas reumatologijos skyriuje, vidutiniškai po 2,1 metų.

### Rezultatai ir jų aptarimas

Visas statistines išvadas darysime, imdami patikimumo lygmenį 0,05, daugiau to neminėdami, išskyrus atvejus, kai norėsime pabrėžti kitaip. Skaičiavimams atlikti naudojome kompiuterį IBM PC AT ir statistinės analizės sistemą SAS [7].

Pirmiausia lyginome požiūrio į ligą ypatumus atskirose reumatinų ligų grupėse – RA, OA ir SRV. Rezultatai pateikti 1 lentelėje.

Kiekvienam tipui lyginami skalių vidurkiai tarp ligų grupių Fišerio kriterijumi. Ryškūs skirtumai nustatyti visų skalių, išskyrus harmoningą, ergopatinį ir sensitivity tipus. Dunkano kriterijus nurodė, kurių būtent diagnozių skalių vidurkiai skiriasi ar sutampa. Pasirodo, sergančiųjų RA ir OA reakcijos ryškiai skiriasi tik vieno – melancholinio – tipo atžvilgiu; sergantis RA pesimistiškiau nusiteikę, labiau linkę nuliūsti ir pasiduoti nevilčiai. Abiejose šiose grupėse dominuoja sensitivityaus ir hypochondrinio tipų reakcijos. Vadinasi, dėl susitelkimo ties skausmu ir kitais nemaloniais pojūčiais dažnai susergama ir pervertinamas vaistų pašalinis poveikis, o kartu labai rūpinamasi, kaip į tai reaguos aplinkiniai, kokį įspūdį jiems padarys žinios apie ligą. SRV grupėje dominuoja sensitivityaus, harmoningo ir ergopatinio tipų reakcijos. Sergančių SRV grupės vidurkiai ryškiai skiriasi nuo kitų dviejų grupių daugelio tipų skalių atžvilgiu. Visų pirma dažnesnės I bloko tipų reakcijos, o tai rodytų mažiausiai sutrikusią socialinę adaptaciją. O II ir III blokų vidurkiai, išskyrus sensitivity tipą, mažesni, o tai vėlgi liudytų apie mažesnę dezadaptacijos laipsnį.

Šie rezultatai atrodo paradoksaliūs, žinant, kokia grėsminga liga yra SRV, kuria daugiausia serga jaunos moterys, ir kiek baimių, nerimo jos išsako dėl savo ligos pasekmių [2]. Tačiau sensitivityaus tipo skalės pikas SRV grupėje padeda kai ką išaiškinti. Atrodytų, gera socialinė adaptacija, adekvatus savo ligos vertinimas dera su ypatingu susi-

rūpinimu dėl aplinkinių reakcijos, baime, kad ligonio vengs, atstums, apkalbės ir t. t.

**l e n t e l ė .** Požiūrio į ligą tipų skalių vidutinės reikšmės ir jų paklaidos RA, OA ir SRV grupėse

Ligos diagnozė Tipas	Visi ligoniai	RA	OA	SRV	Reikšmingi vidurkių skirtumai pagal Dun- kano krit.
Harmoningas	13,1±1,1	13,1±1,2	14,1±2,4	22,1±4,1	RA/SRV OA/SRV
Ergopatinis	16,3±0,9	15,9±1,0	15,5±2,0	22,0±3,3	RA/SRV OA/SRV
* Anozognozinis	3,4±0,4	2,4±0,4	5,1±1,2	7,3±2,0	RA/SRV
* Nerimastingas	15,4±0,5	16,1±0,6	15,3±1,3	9,7±1,6	RA/SRV OA/SRV
* Hipochondri- nis	19,4±0,6	20,9±0,7	17,9±1,3	11,9±1,3	RA/SRV OA/SRV
* Neurasteninis	13,7±0,4	14,5±0,5	13,0±1,0	9,6±1,2	RA/SRV OA/SRV
* Melancholinis	11,5±0,5	13,1±0,6	8,6±0,9	5,4±1,0	RA/SRV OA/SRV
* Apatinis	6,4±0,0	6,9±0,4	5,4±0,5	4,9±0,8	
* Sensityvus	21,0±0,5	21,1±0,9	19,8±1,1	23,6±2,0	OA/SRV
* Egocentrinis	13,1±0,3	13,5±0,4	13,0±0,8	9,8±0,9	RA/SRV OA/SRV
* Paranojinis	8,9±0,3	9,0±0,4	9,9±0,6	6,4±0,8	RA/SRV OA/SRV
* Disforinis	8,8±0,4	9,2±0,4	8,9±0,9	5,6±1,2	RA/SRV OA/SRV

\* Pagal Fiserio kriterijų šių skalių vidurkiai gerokai skiriasi RA, OA ir SRV grupėse.

Taigi I bloko tipų pikai čia daugiau susiję su neigimo mechanizmu, noru negalvoti apie ligą, apskritai ją ignoruoti, būti tokiu „kaip visi“, slopinti savo emocijas. Dėl tokio požiūrio, kaip konstatuoja gydytojai, neretai pažeidinėjamas gydymo režimas, dėl to liga paūmėja. Sergančių SRV reakcijos verčia suabejoti harmoningo tipo diagnozavimo patikimumu. Be to, galima prielaida, kad sergančių SRV požiūris į ligą – tai jauniems žmonėms būdingos reakcijos, nes SRV grupės tiriamieji daug jaunesni už RA ir OA. Šią hipotezę, t. y. požiūrio į ligą priklausomybę nuo amžiaus, mes dar tikrinsime.

Individuali diagnostika išaiškino kiekvieno ligonio požiūrio į ligą tipą. Literatūroje dažniausiai pasitaiko toks tipų dažnumo apskaičiavimo būdas, kai mišrūs tipai apskritai neįskaitomi, arba mišrių tipų komponentai priskiriami prie „grynųjų“ tipų [8, 17]. Mūsų darbe tik 66% ligonių buvo nustatytas „grynas“ tipas. O kitų – mišrus (30%) ir difuzinis (4%). Norėdami išvengti didelio duomenų išsibarstymo ir siekdami tikslumo, priskyreme kiekvienu atveju tipui „svorį“. Jei tipas buvo diagnozuotas „grynas“, jam priskyreme 1 balą, jei mišrus iš dviejų tipų – po 0,5 balo, mišrus iš 3 tipų – po 0,33 balo, difuzinis – balų niekam nepriskyreme. Tokiu būdu galėjome nustatyti kiekvieno tipo balų procentinį dažnumą RA, OA ir SRV grupėse (žiūrėkite 2 lentelę). Difuzinio tipo neįskaitymas iš esmės neiškraipo tikrosios padėties, nes jis nustatytas labai nedideliame ligonių skaičiui, o jo sudėtinės dalys nelabai ryškios, lyginant su „grynuoju“ ir mišriuoju tipais.

Dažniausiai diagnozuojamas harmoningas tipas, SRV grupėje jis sudaro net 36%, o nerimastingas, hipochondrinis ir paranojiškas tipai apskritai nepasitaiko šioje grupėje. Hipochondrinis požiūris į ligą tipas dažniausias sergančių RA grupėje (22%), anozognozinis – rečiausias. Galima sakyti, kad visiems ligoniams būdinga daugiau ar mažiau sutelkti dėmesį į save ir savo ligą, tačiau daliai tai nustelbia domėjimąsi darbu, kitais žmonėmis. Ar tai nėra susiję su sunkesne RA, palyginus su OA, eiga, patikslinsime vėliau.

Grupių vidurkių ir individualios diagnostikos rezultatai iš dalies sutampa, tik tipo išaiškinimas ryškiau atskleidžia skirtumus tarp grupių.

2 lentelė. Požiūrio į ligą dažnumas (%) RA, OA, SRV grupėse

Tipas	Ligos diagnozė	Visi ligoniai	RA	OA	SRV
Harmoningas		25	23	25	36
Ergopatinis		20	18	25	24
Anozognozinis		3	2	8	7
Nerimastingas		8	9	9	0
Hipochondrinis		18	22	14	0
Neurasteninis		3	4	0	1
Melancholinis		3	3	0	1
Apatinis		0	0	1	1
Sensityvus		18	17	15	27
Egocentrinis		1	1	2	2
Paranojinis		0	0	0	0
Disforinis		1	1	1	1

3 lentelėje pateikti Pirsono koreliacijos koeficientai ( $r$ ) atspindi priklausomybę tarp požiūrio į ligą skalių vertinimų ir ligonių amžiaus bei ligos trukmės.

Koreliacijos koeficientai (su retomis išimtimis) lygūs 0. Patikima tik atvirkštinė tiesinė priklausomybė tarp sergančių OA amžiaus ir ergopatinio tipo skalės ( $r = -0,25$ ), ir tiesioginė tiesinė priklausomybė tarp sergančių SRV ligos trukmės ir harmoningo tipo skalės ( $r = 0,39$ ). RA grupėje nustatytas nedidelis, bet patikimas ryšys tarp amžiaus ir šešių tipų skalių: nerimastingo, hipochondrinio, melancholinio, apatinio, egocentrinio, ir paranojinio. Taigi senstant stiprėja sergančių RA dezadaptacija – liga vis labiau slegia, vis daugiau apie ją galvojama ir kalbama, kartu didėja apatija, įtarumas, dėmesio ir globos poreikis. Žinoma, sunku atskirti, ar liga aštrina visas šias reakcijas, ar tai tiesiog amžiaus, senėjimo psichologinės pasekmės.

Kadangi ryšys nedidelis, ši priklausomybė patikrinta dar ir kitu būdu, Stjudento kriterijumi, t. y. palyginus skalių vidurkius amžiaus grupėse bei ligos trukmės grupėse (iki 5 m. ir daugiau). Gauta tokia



3 lentelė. Ligonų amžiaus bei ligos trukmės ir požiūrio į ligą tipų skalių koreliacijos koeficientai

Ligonų grupės	Kintamieji	TIPAI											
		H	R	Z	T	I	N	M	A	S	E	P	D
Visi	Amžius		-0,13**	-0,13**	0,18**	0,21**		0,16**	0,13**		0,19**	0,18**	
RA					0,20**	0,21**		0,19**	0,16**		0,17**	0,15**	
OA			-0,25*										
SRV													
Visi	Ligos trukmė												
RA													
OA													
SRV		0,39*											

\*  $r=0$  su patikimumo lygmeniu 0,05.

\*\*  $r=0$  su patikimumo lygmeniu 0,01.

pati priklausomybė tarp sergančių RA amžiaus ir požiūrio į ligą tipų. Vyresnio amžiaus grupėje nerimastingo, melancholinio, apatinio, ego-centrinio, ir paranojinio tipų skalių vidurkiai gerokai didesni. Ir vėl OA grupėje gerokai sumažėja ergopatinio tipo reakcijų senstant. O SRV grupėje apskritai nerasta jokios priklausomybės tarp nagrinėjamų požymių.

Vyrų ir moterų požiūris į ligą, pasirodo, taip pat šiek tiek skiriasi. Sergančių RA vyrų grupėje neurasteninio ir disforinio tipo skalių vidurkiai gerokai didesni. Pasirodo, vyrai nekantresni, dirglesni, sunkiau pakelia skausmą ir kitus nemalonius pojūčius, labiau linkę užsiplieksti, reikalauti sau išskirtinio dėmesio. Bendroje ligonių grupėje su lytimi susiję sensitivityvaus ir disforinio tipo skalių vidurkiai, sensitivityvaus tipo aukštesni moterų, disforinio – vyrų vidurkiai.

Neradę šiais kriterijais reikšmingos priklausomybės tarp ligos trukmės ir požiūrio į ligą tipo, išskyrėme dar vieną ligos trukmės grupę – ne daugiau negu 1 m., kadangi literatūroje dažnai nurodomos specifinės reakcijos į ligą jos pradžioje. Pastebėjome nedidelę priklausomybę tarp jos trukmės grupės ir sergančiųjų OA ir SRV nustatyto požiūrio į ligą tipo (kontingencijos koeficientai ( $c$ ) lygūs 0,40 ir 0,39 atitinkamai). Kontingencijos koeficientai tarp ligos trukmės grupių ir diagnozuotų tipų pateikti 4 lentelėje.

**4 l e n t e l ė . Kontingencijos koeficientai tarp ligos trukmės grupių ir požiūrio į ligą tipų**

Tipai											
H	R	Z	T	I	N	M	A	S	E	P	D
0,45	0,50	0,35	0,46	0,45	0,41	0,41	0,33	0,47	0,41	0,40	0,35

5 lentelėje pavaizduota, kaip pasiskirsto įvairaus tipo požiūrio į ligą reakcijos balų procentais trijose ligos trukmės grupėse.

Neseniai susirgusių grupėje (iki 1 m.) dominuoja harmoningo ir ergopatinio tipų reakcijos, I bloko tipų suma sudarytų 54%, t. y. daugiau negu pusę visų nustatytų tipų. O hipochondrinis tipas daug retesnis negu ilgiau sergančių grupėse (tik 11%, palyginus su 21% ir 19% atitinkamai). RA grupėje tendencija ypač ryški, nes šie ligoniai sudaro

didesnę dalį visos ligonių grupės. Neseniai susirgusių OA grupėje (n=10), be ergopatinio ir harmoningo, nustatyta nemažai nerimastingo ir anozognozinio tipo reakcijų (atitinkamai 18% ir 15%). O SRV

5 lentelė. Požiūrio į ligą tipų dažnumo pasiskirstymas procentais kiekvienoje ligos trukmės grupėje

Ligonių grupė	Ligos trukmė (t)	Tipas (%)											
		H	R	Z	T	I	N	M	A	S	E	P	D
Visi	t≤1 m. n=85	27	25	2	10	11	3	4	1	14	2	0	1
	1<t≤5 m. n=145	22	20	3	7	21	3	3	0	20	1	0	0
	t>5 m. n=199	26	18	4	7	19	3	2	1	18	1	0	1
RA	t≤1 m. n=62	28	25	0	11	13	3	4	1	14	1	0	0
	1<t≤5 m. n=103	20	14	1	11	25	4	4	0	19	1	0	1
	t>5 m. n=139	24	18	3	6	23	4	3	0	17	0	1	1
OA	t≤1 m. n=10	20	29	15	18	15	0	0	0	3	0	0	0
	1<t≤5 m. n=28	22	39	5	0	15	1	3	0	15	0	0	0
	t>5 m. n=48	28	13	7	13	13	0	0	2	17	5	0	2
SRV	t≤1 m. n=13	27	23	4	0	0	5	3	3	26	4	0	5
	1<t≤5 m. n=14	31	27	11	0	0	0	0	0	31	0	0	0
	t>5 m. n=12	50	21	4	0	0	0	0	0	25	0	0	0

grupėje harmoningo tipo reakcijos, sudariusios 27% ligos pradžioje, padažnėja iki 50% sergančių ilgiau nei 5 m. grupėje. Ši tendencija buvo pastebėta ir anksčiau, nes reikšmingas Pirsono koreliacijos koeficientas nustatytas tik tarp harmoningo tipo skalės ir ligos trukmės ( $r=0,39$ ) (žiūrėkite 3 lentelę). Apskritai ilgiau negu 1 metus sergančių SRV grupėje menka tipų įvairovė – tik 4 tipai: harmoningas, ergopatinis, anozognozinis ir sensitivityvus, kuris labiau būdingas moterims.

Beje, OA grupėje harmoningų reakcijų taip pat daugėja, ilgėjant ligos trukmei, nors ir ne taip ryškiai.

Taigi, nors visų grupių ligos pradžioje su dezadaptacija susijusių reakcijų santykiškai mažiau, didėjant ligos trukmei, išryškėja skirtingos tendencijos diagnostinėse grupėse.

Sujungus tipus į blokus, akivaizdu, kad OA grupėje III bloko (interpsichinių reakcijų) lyginamoji dalis, ilgėjant trukmei nuo 3% iki 24%, SRV grupėje didėja I bloko svoris nuo 54% iki 75%, o II blokas (intrapсихinių reakcijų) ligos pradžioje sudaro tik 11%, o ilgėjant ligos trukmei, visai išnyksta. Nėra paprasta paaiškinti, kodėl sergančių SRV reakcijos, ilgėjant ligos trukmei, taip „normalėja“. SRV diagnozės nustatymas daugelį labai gąsdina. Paprastai kuo grėsmingesnė liga, tuo intensyviau veikia neigimo mechanizmas; šiaip grėsmė pasąmonėje priimama. Galbūt SRV atveju ir veikia šis universalus mechanizmas? Tačiau didelių apibendrinimų nenorėtume daryti. Juk ne visi ligoniai išgyvena daugiau negu 5 metus. Taigi gali būti, kad ilgiau sergančių ir ligos eiga bei savijauta geresnė. O kaip įsitikinsime toliau, pavyzdžiui, sergančių RA požiūris į ligą glaudžiai susijęs su pačios ligos proceso aktyvumu.

Buvo ieškoma sergančių RA požiūrio į ligą tipo priklausomybė nuo įvairių klinikinių ir socialinių faktorių – ligos aktyvumo, funkcinio nepakankamumo ir kt. (6 lentelė).

Spirmano koreliacinė analizė išaiškino, kad labiausiai su požiūriu į ligą tipu susiję 2 požymiai – ligos aktyvumas ir žmogaus išsilavinimas. Koreliacijos koeficientai nedideli, bet patikimi. Didžiausi – išsilavinimo su melancholiniu ir apatiniu tipais ( $-0,27$  ir  $-0,25$  atitinkamai). Įdomu, kad Koršunov [14] nustatė panašią priklausomybę. Kuo aukštesnis žmogaus išsilavinimas, tuo mažiau pasiduodama liūdesiui, beviltiškumui, apatijai.

**6 lentelė. Kontingencijos koeficientai tarp klinikinių bei socialinių požymių ir požiūrio į ligą tipo sergančių RA grupėje**

Ligos proceso aktyvumas	Funkcinis nepakankamumas	Rentgenologinė stadija	Invalidumas	Išsilavinimas	Darbinumas	Šeimos padėtis
0,26	0,25	0,28	0,31	0,35	0,23	0,31

Spirmano koreliacinė analizė išaiškino tiesioginę priklausomybę tarp išsilavinimo ir harmoningo tipo skalės, ir atvirkštinę – su dauguma II ir III bloko tipų skalėmis. Panašią tendenciją patvirtina skalių vidurkių lyginimas Fišerio kriterijumi. Kuo aukštesnis išsilavinimas, tuo geresni harmoningo tipo skalės vertinimai, ir atvirkščiai, žemesni nerimastingo, hipochondrinio, melancholinio, apatinio, egocentrinio tipo skalių vertinimai. Kitų II ir III bloko tipų atžvilgiu ši tendencija taip pat pastebima (išskyrus sensitivity tipą), bet statistiškai nepatikima. Soroka [17] mano, kad aukštesnis išsilavinimo, o kartu ir intelektualinis bei kultūrinis lygis leidžia pagrįstai įvertinti būseną, bandyti pabėgti nuo ligos į mėgstamą darbą.

Kaip minėjome, nustatytas ryšys tarp požiūrio į ligą tipo ir ligos aktyvumo: didžiausias – neurasteninio tipo skalės atžvilgiu ( $r=0,29$ ), mažesnis – daugelio kitų tipų atžvilgiu. Tendencija akivaizdi – kuo didesnis ligos proceso aktyvumas, tuo mažiau adekvačių (harmoningų) reakcijų, ir daugiau – dezadaptivių. Tačiau čia vėl kyla klausimas, ką reiškia „adekvačios“ reakcijos. Negalima tikėtis, kad ligoniai su I ir III laipsnio ligos aktyvumu vienodai reaguos į savo ligą, kas vieniems adekvatu, tas antriems būtų lengvabūdiškas požiūris į savo būseną. Abiem būdais (Spirmano koreliacijos koeficientu ir Fišerio vidurkių lyginimo kriterijumi) nustatyta, kad yra tiesioginė priklausomybė tarp funkcinio nepakankamumo laipsnio ir hipochondrinio tipo.

Visiškai nėra priklausomybės tarp šeimyninės padėties (viengungių, vedusių, našlių, išsiskyrusių) ir tipo. Tai nesutampa su Koršunovo ir kitų tvirtinimais, kad vieniši žmonės adekvačiau vertina savo ligą [14]. Neurotiškumo lygis nustatytas 176 sergantiems RA. Kontingencijos koeficientas tarp neurotiškumo lygio ir diagnozuoto tipo yra 0,24 – priklausomybė maža, bet yra.

Palyginus kiekvieno tipo skalės balų vidurkius neurotiškumo grupėse (žemas, vidutinis, aukštas) Fišerio kriterijumi, tik keturių tipų – anozognozinio, neurasteninio, paranojinio ir distrofinio – vidurkiai neurozės grupėse nesutapo. Vadinasi, šiems tipams turi įtakos neurotinių skundų laipsnis.

7 lentelėje pateiktas ligonių pasiskirstymas pagal neurotiškumo lygį skirtingose ligos trukmės grupėse.

**7 lentelė. Sergančiųjų RA neurotiškumo lygis skirtingose ligos trukmės grupėse**

Ligos trukmė (t)	Neurotiškumo lygis		
	žemas	vidutinis	aukštas
t ≤ 1 m., n = 41	28 (68%)	3 (7%)	10 (25%)
1 < t ≤ 5, n = 63	30 (47%)	17 (27%)	16 (25%)
t > 5, n = 71	33 (47%)	15 (21%)	23 (32%)

Ligos pradžioje (iki 1 m.) vidutinis arba aukštas neurotiškumo lygis buvo nustatytas tik 32% ligonių, sergančių nuo 1 iki 5 metų – 52%, o ilgai sergančių – 53%, beveik dvigubai daugiau negu tik susirgusių.

Palyginome du kartus tirtų ligonių tyrimo rezultatus.

8 lentelėje nurodyti Pirsono koreliacijos koeficientai tarp požiūrio į ligą tipų skalių įvertinimo pirmojo ir antrojo tyrimo metu.

Beveik visi koreliacijos koeficientai tarp to paties tipo dviejų matavimų (išskyrus H ir A) gerokai skiriasi nuo 0, tačiau jie nedideli, nedidesni negu 0,5. Tik neurasteninio tipo jis yra 0,59. Taip pat palyginus stabilios yra disforinio tipo reakcijos ( $r=0,50$ ). Be to, stabilės yra tos reakcijos, kurios būdingos vyrams.

Stjudento kriterijumi tikrinome hipotezę, kad skirtumo tarp to paties tipo dviejų matavimų vidurkis lygus 0, ir hipotezei pritarėme visų tipų atvejais, išskyrus Z tipą (antrojo tyrimo metu anozognozinis tipas buvo nustatomas dažniau). Galima daryti išvadą, kad tipo diagnostika nėra labai stabili, ypač nestabilūs yra harmoningas ir apatinis tipai. Visiškas ar dalinis tipų diagnozių sutapimas gautas tik 35% atvejų. Literatūroje neradome tokio atokaus pakartotinio tyrimo pavyzdžių. Testo autoriai nurodo, kad pakartotinai tiriant po 1–2 savaitių

8 l e n t e l ě . Pirsono korelācijas koeficienti tarp pirmojo ir antrojo tyrimo rezultātu

1 tyrimas 2 tyrimas	H	R	Z	T	I	N	M	A	S	E	P	D
H					-0,30*							
R	0,31*	0,49**				-0,36**						-0,34**
Z			0,45**									
T	-0,31*	-0,28*		0,41**	0,34*	0,43**	0,31*					
I	-0,30*	-0,29*	-0,29*	0,37**	0,45**					0,33*		0,37**
N		-0,33*		0,28*		0,59**				0,29*	0,38**	0,52**
M				0,36**	0,46**		0,30*			0,39**	0,28**	0,36**
A					0,34*		0,34*			0,47**		
S		0,31*							0,44**			
E					0,30*	0,48**				0,33*	0,28*	0,43**
P		-0,30*				0,35*					0,39**	0,46**
D		-0,34*				0,42**					0,42**	0,50**

\* r=0 su patikumsano lygmeniu 0,05.

\*\* r=0 su patikumsano lygmeniu 0,01.

koreliacijos koeficientas skalių pirmo ir antro tyrimo metu buvo statistiškai skirtingas ir varjavo tarp 0,44 ir 0,75. Visiškas ir dalinis tipų diagnozės sutapimas gautas 70% [13]. Yra darbų, kuriuose tiriama požiūrio į ligą dinamika gydymo, reabilitacijos ar sanatorinio gydymo procese [6, 8, 11]. Rezultatai prieštaringi. Pavyzdžiui, nustatyta, kad neadekvati reakcija į ligą sanatorinio gydymo metu pozityvia linkme nesikeitė [8], o sergantys cukriniu diabetu gydymo pabaigoje kur kas dažniau reagavo į ligą neadekvačiai [6]. Tik tam tikros poveikio į psichiką galėjo pakeisti neadekvačią reakciją į ligą pozityvia linkme [16]. Kai po insulto reabilitacija sėkminga, buvo teigiama ir asmenybės reagavimo į ligą dinamika [11]. Sunku įvertinti, kokį poveikį galėjo patirti mūsų tirti ligoniai per tuos kelis mėnesius ar kelerius metus. Tik aišku, kad pirmojo tyrimo skalių II ir III blokų koreliacija su antrojo tyrimo I bloko skalėmis visada neigiamą ir priklausomybę atvirkštinę, o su II ir III blokų skalėmis – tiesioginę. Taigi tam tikras stabilumas yra.

Nuodugniausiai nagrinėjome sergančių RA grupę, nes jos dydis, pasiskirstymas pagal amžių, ligos trukmę ir lytį leidžia daryti labiau pagrįstus apibendrinimus.

Tyrimo rezultatus stengėmės patikslinti keliais statistiniais kriterijais. Gauti rezultatai leidžia suformuluoti ketelą išvadų apie sergančių reumatinėmis ligomis požiūrį į ligą.

### Išvados

1. Sergančių skirtingomis reumatinėmis ligomis – reumatoidiniu artritu, osteoartritoze ir sisteminė raudonąja vilklige – požiūris į savo ligą skiriasi. Ypač išsiskiria sisteminės raudonosios vilkligės grupė sensityvaus ir harmoningo tipo reakcijomis. Hipochondrinės tendencijos ryškiausios sergančių reumatoidiniu artritu grupėje.

2. Kelia abejonių metodikos „Požiūrio į ligą tipas“ harmoningo tipo patikimumas. Kai kuriais atvejais „harmoninga“ reakcija gali būti neadekvati.

3. Su amžiumi didėja sergančių reumatoidiniu artritu dezadaptacija.

4. Sergantys reumatinėmis ligomis vyrai nekantrūs, sunkiau pakelia skausmą ir kitus nemalonius pojūčius, linkę užsipliksti ir reikalauti sau išskirtinio dėmesio. Moterys labiau susirūpinusios dėl įspūdžio, kurį jų liga gali padaryti aplinkiniams.



5. Statistiškai patikimo ryšio tarp ligos trukmės ir požiūrio į ligą tipo nerasta. Visgi neseniai susirgusių grupėje ( $\leq 1$  m.) dezadaptacijos reakcijos retesnės, neurotiškumo lygis žemesnis.

6. Priklausomybė tarp neurotinių nusiskundimų laipsnio ir diagnozuoto tipo nežymi.

7. Požiūrio į ligą tipas ypač susijęs su ligos aktyvumu ir išsilavinimu. Didesnis ligos aktyvumas nulemia su dezadaptacija susijusias reakcijas. Labiau išsilavinę ligoniai, atvirkesčiai, suformuoja adekvatų požiūrį, aktyvią poziciją savo ligos atžvilgiu.

8. Požiūris į ligą pasižymi tam tikru stabilumu. Nestabiliausios – harmoningo ir apatinio tipo reakcijos, stabiliausios – neurasteninio ir disforinio tipo.

#### L I T E R A T Ū R A

1. Charter R. A., Nehemkis A. M., Keenan M. A., Pefson D., Prete P. The nature of arthritis pain // *Brit. J. Rheumatol.* 1985. Vol. 24, № 1. P. 53–60.

2. Danilevičiūtė V., Sargautytė R. Sergančiųjų sisteminė raudonąja vilklige psichikos sutrikimai ir psichologinės problemos // *Sveikatos apsauga.* 1990, Nr. 7–8. P. 36–40.

3. Guobys H. Reumatinės sąnarių ligos. Vilnius, „Mokslas“, 1981.

4. Höck K., Hess H. Der Beschwerdenfragebogen. (BFB). VEB DVW -- Berlin, 1975.

5. Pincus T., Callahan L. F., Bradley L. A., Vaughn W. K. & Wolfe F. Elevated MMPI scores for Hypochondriasis, Depression and Hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status // *Arthritis and Rheumatism.* 1986. Vol. 29. P. 1456–1466.

6. Repšytė E., Streikus Z. Psichologinio cukrinio diabeto aspektai // *Psichologija. Lietuvos aukštųjų mokyklų mokslo darbai.* Vilnius, „Mokslas“, 1990. P. 52–66.

7. SAS Institute Inc. SAS/STAT User's Guide, Release 6.03 Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc., 1988.

8. Streikus Z., Trimonytė A. Ligonų, sergančių lėtinėmis somatinėmis ligomis, santykio su savo liga ypatybės sanatorinio gydymo procese // *Psichologija. Lietuvos aukštųjų mokyklų mokslo darbai.* Vilnius, „Mokslas“, 1990. P. 14–41.

9. Summers M. N., Haley W. E., Reville J. D., Alarcon G. S. Radiographic assessment and psychological variables as predictors of pain and functional impairment in osteoarthritis of the knee and hip // *Arthritis & Rheumatism*. February 1988. Vol. 31., № 2. P. 204-209.

10. Young Larry D. Psychological factors in Rheumatoid Arthritis. // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992. Vol. 60, № 4. P. 619-627.

11. Бочаров В. В. Опыт анализа реагирования на болезнь пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью. // *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях*. Сб. науч. трудов. Л., 1990. С. 54-58.

12. Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Новлев Б. В., Карпова Э. Б. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методические рекомендации. Л., 1987.

13. Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Новлев Б. В., Карпова Э. Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни. // *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии*. (Сб. науч. трудов Ленинградского научно-исследовательского ин-та им. В. М. Бехтерева). Л., 1990. С. 8-16.

14. Коршунов Н. П., Аксенфельд Р. Г., Капустина Л. В. Ревматоидный артрит: отношение пациентов к болезни. // *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических заболеваниях*. Сб. науч. трудов. Л., 1990. С. 89-94.

15. Кочюнас Р., Гуобис Г. Психологические аспекты ревматоидного артрита // *Ревматология*. 1983. № 1. С. 60-67.

16. Кочюнас Р., Саргаутите Р. Психологические особенности больных остеоартрозом. В сб. науч. трудов. "Современные проблемы остеоартроза", 1987. С. 25-29.

17. Сорока Н. Ф. Психологические особенности личности больных ревматоидным артритом // *Ревматология*. 1991. № 3. С. 15-17.

18. Справочник по ревматологии // Под. ред. В. А. Насоновой. М., 1983.

## INVESTIGATION OF ATTITUDE TO THE DISEASE IN RHEUMATIC PATIENTS

R. Sargautytė, R. Kociūnas,  
D. Krapavickaitė

### Summary

Attitude to the diseases was studied in 429 patients with rheumatic diseases -- rheumatoid arthritis, osteoarthritis and systemic lupus erythematoses. The psychological differences among these three diagnostic groups

were revealed, the patients with systemic lupus erythematoses exhibiting an exceptional attitude to disease were investigated. The influence of various clinical, psychological and social characteristics on this attitude was also studied. Significant findings (with significance level 0,05) were obtained regarding age, sex, activity of disease and level of education. The level of neurotic complaints was not related to the type of attitude. The most stable occurred to be neurasthenic and dysphoric reactions, the least – harmonious and apathic, as measured repeatedly after a considerable period of time.