

LIGONIŲ, SERGANČIŲ LĒTINĖMIS  
SOMATINĖMIS LIGOMIS, SANTYKIO SU SAVO  
LIGA YPATYBĖS SANATORINIO GYDYMO  
PROCESIJE

Z. Streikus, A. Trimonytė

Bendras gyventojų sergamumo neinfekcinėmis lėtinėmis somatinėmis ligomis didėjimas, nepaisant klinikinės medicinos mokslinių ir techninių laimėjimų, gausaus ir kvalifikuoto personalo, priverstė daugelio pasaulio šalių medikus keisti savo pagrindinę darbo kryptį iš gydomosios į profilaktinę ir reabilitacinę. Kaip parodė išsivysčiusių šalių praktika, profilaktinių ir reabilitacinių programų įgyvendinimo sėkmę lemia ne tiek medicinos išsivystymo lygis, diagnostinių ir terapinių priemonių turinys ir kiekis, kiek pačio žmogaus, kaip profilaktikos ir reabilitacijos objekto, vidinė pozicija, santykio su liga specifiška ir iš to plaukiąs realus aktyvumas šių priemonių atžvilgiu. Ši problema medicinos mokslą vėl paskatino grįžti prie asmenybės ir ligos problemos bei prie gydymo metodikų ir programų psichologinio pagrindimo.

Šiame darbe siekiama nustatyti, kaip turintys lėtinių somatinių sutrikimų žmonės reaguoja į ligą, jų santykio su liga adekvatumą bei dinamiką patekus į naują socialinę aplinką, t. y. gydantis sanatorijoje, kartu įvertinant kai kurias ligonių asmenybės ir jos santykių sistemos ypatybes.

Prieš atsakydami į keliamus klausimus, trumpai apžvelgsime teorinius santykio su liga aspektus.

**Reakcijos į savo ligą vieta asmenybės santykių sistemoje**

Požiūris į asmenybės ir ligos problemą keitėsi priklausomai nuo vyraujančių teorinių koncepcijų bei praktinio būtinumo. Paskutiniaisiais dešimtme-

čiais tarybinėje psichologijoje ir medicinoje padidėjo susidomėjimas asmenybės ir ligos sąveika. Kalbama apie žmogaus gyvenimo būdo įtaką jo ontogenetinei evoliucijai [18]. Pagal V. Miasiščevo [23] santykių koncepciją asmenybę galima apibūdinti kaip žmogaus santykių su supančia aplinka sistema. Ši santykių sistema, kintanti visą žmogaus gyvenimą, turi lemiamos įtakos socialiniam asmenybės funkcionavimui, taip pat ir jos patologinių sutrikimų atsiradimui bei jų pobūdžiui. Pasak V. Miasiščevo, „paaiškinti ligą galima tik tiriant asmenybės vystymosi istoriją ir jos ryšius su tikrove, arba santykius su įvairiais jos aspektais, kurių svarba asmenybei gali sąlygoti liguistą reakcijos jėgą“ [23, p. 50]. Santykių psichologijos koncepcija atskleidžia ne tik asmenybės ir jos reakcijų reikšmę ligos atsiradimui, bet ir pačios ligos daromą įtaką asmenybei. Dėl ligos įtakos (ir tuo stipriau, kuo liga ilgesnė ir sunkesnė) formuojasi liguista asmenybės reakcija. Ši psichiškai antrinė reakcija, vadinama „autoplastiniu ligos vaizdu“ (E. Goldšneideris), „vidiniu ligos vaizdu“ (R. Lurija) [pgl. 26], jungia emocinį, kognityvinį ir elgesio komponentus ir gali tapti nerimastingo įtarumo ir prislėgtumo šaltiniu, dar daugiau sąlygoti dekompensacijas, negu pradinė liga. Kadangi ligos eiga turi individualių skirtumų, ta pati liga įgauna skirtingų aspektų, ir tai patvirtina, A. Peunesku Podianu (A. Peunesku Podianu) [26] nuomone, pasakymą, kad nėra ligų, o tik ligoniai.

A. Ličko [15] konstatuoja, jog asmenybinę ligonio reakciją sąlygoja 3 faktoriai: asmenybės tipas, ligos prigimtis ir sociopsichologinis faktorius - požiūris į šią ligą reikšmingoje ligoniui aplinkoje. Nurodoma, kad asmenybinė reakcija gali pasiekti neurotinį, psychopatinį, o kai kada - ir psychotinį lygį. Ji sąlygoja asmenybės santykių sistemos persitvarkymą. Pirmoje vietoje atsiduria santykis su liga. Tai jau ypatinga požiūrių visuma, kurią leidina požiūris į gydymą, savo ateitį, darbą, pakitęs santykis su giminėmis ir kt. Tokios požiūrių sistemos, įvairių autorių vadinamos santykio su liga

patermu [10, 15], ypatybės ir lemia asmenybinės reakcijos į savo ligą pobūdį ir vietą asmenybės santykių sistemoje.

### **Ligonių, sergančių somatinėmis ligomis, psichologinės adaptacijos ypatybės**

Pats ligos buvimo faktas liudija sutrikusią žmogaus adaptaciją. Pasitelkus V. Miasiščevo asmenybės kaip atviros santykių sistemos sampratą, tų sutrikimų reikėtų ieškoti žmogaus sąveikos su socialine aplinka ypatybėse, kaip jis pats save suvokia ir priima. Visais atvejais ligos priežastis – ne vis sudėtingėjanti socialinė aplinka, spartėjantis gyvenimo tempas ir pan., o pačios asmenybės savybės, t. y., kaip tos sąlygos vertinamos, interpretuojamos ir tuo būdu internalizuojamos. Šį teiginį iliustruoja V. Miasiščevo aiškinimas apie hipertoniškos ligos atsiradimą [23]. Ją sukelia ilgai trunkanti psichinė įtampa. Tačiau persitempimas priklauso nuo asmenybės savybių, nuo jos santykių su kitais žmonėmis, nuo gebėjimo rasti racionalią išeitį iš sunkumų, nuo savitvardos, teisingo savęs vertinimo, objektyvaus ir kritiško aplinkybių supratimo ir t. t.

Tai, kad sergantys lėtinėmis somatinėmis ligomis pacientai turi nemažai psichologinių prisitaikymo problemų, patvirtina daugelio autorių pabrėžiamas neadekvatus pacientų elgesys gydymo atžvilgiu [19, 26, 29]. Jie vadinami sunkiais problemiškais, nuolat besiskundžiančiais ligoniais. Jiems liga – tai bėgimo nuo realybės būdas, kada „nueinama“ į ligą, ir tai apsaugo nuo daugelio problemų sprendimo. V. Topolianskis ir M. Strukovskaja [29] teigia, kad 30–50% ligonių, kurie kreipiasi su somatiniais nusi-skundimais į poliklinikas ir stacionarus, iš tikrųjų yra sveiki, tik turi emocinių problemų. Pastaruoju metu vis dažniau į somatinius sutrikimus žiūrima kaip į maskuotos depresijos padarinių. Subjektyvių išgyvenimų somatizacijos galimybę eksperimentiškai pagrindė V. Bukčejevas. Jis nurodo, kad „somatizuota depresija – tai afektyvinių sutrikimų pasireiški-

mas, kurio metu į pataloginį procesą įtraukiamos evoliuciškai senesnės filogenetinės smegenų struktūros, turinčios tiesioginį ryšį su somatine vegetatyvine reguliacija" [11, p. 85].

Ypač daug dėmesio psichosomatikos srities užsienio literatūroje skiriama problemai, kodėl, dėl kokių asmenybės savybių ar ypatybių vien subjektyvaus pobūdžio problemos nepajėgiamos išspręsti psichiniu būdu ir sprendžiama regresinės somatizacijos būdu. Vis dažniau psichosomatinių ligonių asmenybės apibūdinimui vartojamas „aleksitimijos“ (gr. k. – jausmai be žodžių) terminas. Aleksitimiški ligoniai nesugeba išreikšti savo jausmų, nusakyti juos, emociškai reaguoti. Tokius emocinio ir racionalaus dirgiklių perdirbimo komunikacijos sutrikimus M. Lesseris (M. Lesser) lygina su „funkcine komisūrotomija“ neurofiziologine prasme [pgl. 6]. Prancūzų psichoanalitinės krypties mokslininkai P. Martis (P. Marty), M. de Muzanas (M. de Muzan) ir Č. Davidas (Ch. David) konstatuoja somatinių pacientų emocinės išraiškos skurdumą, jų kalbinį sterilumą, tuštumą, banalumą, fantazijos trūkumą ir tai vadina „operatoriniu mąstymu“ (Pensee operateure) [pgl. 6]. Aleksitimiško tipo asmenybės linkusios į konfliktų ir neigiamų emocijų somatizavimą, nes nesugeba reflektuoti ir analizuoti savęs, slopina savyje neigiamas emocijas, neišliedamos pykčio ir priešiško, kurių egzistavimo savyje dažnai net nesuvokia [5]. H. Freiburgeris (H. Freyberger) [pgl. 6] pažymi, kad nesugebėjimą suvokti ir išreikšti savo jausmų aleksitimiški asmenys kompensuoja atsirandančiais kūno sutrikimais. Jie negali psichodinamiškai bendrauti. Pasak M. Fenerio (M. Venner) [8], liga išplečia paciento gyvenimo galimybes, suteikdama jam ligonio vaidmenį.

Užsienio medicininėje psichologijoje daugiau dėmesio skiriama premorbidiniams asmenybės defektams ir linkstama ligą traktuoti kaip psichologinių problemų išsprendimo būdą somatiniu keliu, esant ego talpumo sumažėjimui [7].

Tarybinėje psichologijoje, ypač paskutiniaisiais metais, gausėja darbų, kuriuose nagrinėjami somati-

nės ligos sukelti asmenybės pokyčiai [10, 17, 24, 28, 33]. Pažymima, kad išgyvenimai, susiję su liga, gali tapti neurotinių reaktyvinių būsenų arba patologinio asmenybės kitimo šaltiniu. Tai lemia asmenybės disharmoniją ir socialinės adaptacijos sutrikimus.

Kuriami psichologiniai metodai ligonių santykių sistemai tirti [15, 16, 24, 32], atliekami tokio pobūdžio tyrimai somatinėse ligoninėse bei poliklinikoje. Tačiau tokie tyrimai liečia tik kai kuriuos somatinių pacientų asmenybės liguistus bruožus, jos santykių sistema išsamiau nenagrinėjama. Tokią padėtį didele dalimi sąlygoja tai, kad medicininė psichologija ir psichoterapija neturi vientiso teorinio pagrindo ir yra pernelyg biologizuota. Vienas iš galimų šios problemos sprendimo būdų – A. Ličko [21] siūloma santykių psichologijos teorinė koncepcija, kuri jungia A. Lazurskio, A. Franko ir V. Miasiščevo asmenybės kaip santykių sistemos sampratą su I. Pavlovo idėjomis apie sąlyginius refleksus ir antrąją signalinę sistemą.

Kita vertus, minėtuose darbuose daugiau akcentuojamos patologinės somatinės pacientų reakcijos, o psichologinės adaptacijos sutrikimai vertinami psichiatrinės simptomatikos kontekste. Ligos skaidymas į somatinę ir psichinę sferą, ligonio vaidmens suteikimas pacientui gožia ligos kaip sutrikusių santykių ir adaptacijos supratimą, sąlygoja vienpusišką gydymą.

## **Holistinė asmenybės samprata ir psichomatiniai sutrikimai**

Dauguma buvusių ir esamų tiek užsienio, tiek tarybinių teorijų ir jų pagrindu organizuotų tyrimų psichosomatinių ligų klausimais neabejotinai yra dualistinės bei mechanistinės. Manymas, kad psichologiniai ir somatiniai faktoriai turi įtakos vieni kitiems ir kad sergantis kūnas gali daryti poveikį psichikai taip pat, kaip ir psichologinis stresas ar sutrikimai gali neigiamai veikti organizmo funk-

cijas, atspindi XIX a. mechanistinį mokslo požiūrį, kuris šiuo metu nebėra adekvatus. Nekonstruktivus dualistinis principas dominuoja ir šiuolaikinėje psichologinėje medicinos ir psichoterapijos sferoje. Z. Froidas (Z. Freud) įvedė naujas dirbtines dichotomijas, kurios, kaip manoma, turi funkcionuoti nepriklausomai ir priešindamos save viena kitai. Pirma - tai sąmonė ir pasąmonė, toliau eina biologiniai instinktai, troškimai ir potraukiai, kuriems priešinami socialiniai poreikiai: visi jie išskiriami į skirtingas asmenybės sferas - superego, ego ir id. Nors dar išliko pagrindinė mechanistinė mąstymo forma, būdinga psichoanalizei, jos biologinis turinys vis dažniau atmetamas. Naujausios psichoanalizės srovės plačiau remiasi socialiniu žmogaus pobūdžiu ir krypsta į ego psichologiją.

Atsiradus didesnės integracijos suprantant tiek sveiką, tiek sergantį žmogų poreikiui, dualistinis požiūris pradeda užleisti vietą labiau monistinėms koncepcijoms. Kaip buvo pažymėta PSAO XIII pranešime [25], pastaruoju metu vėl grįžtama prie Hipokrato požiūrio, kad tiek sveikas, tiek sergąs žmogus yra psichofizinė vienvė. Toks visuminis, dabar vadinamas holistiniu, požiūris Rytų filosofijoje, psichologijoje ir medicinoje gyvavo tūkstantmečius. Buvo manoma, kad egzistuoja vidinė vienovė tarp psichikos ir kūno, ir ji nesugriaunama. Šie komponentai taip susiję, kad negali būti psichinio aktyvumo be atitinkamo kūno aktyvumo [34]. „Kalbant apie psichologinius ar fiziologinius procesus, turimas omenyje tik skirtingas priėjimas prie to paties reiškinio. Pats reiškinytis gi nedalomas. Šia prasme nėra nei somatogeninės, nei psichogeninės ligos, o tiesiog liga" [25, p. 8].

Holistinės sampratos fiziologinius pamatus šiuolaikinėje medicinoje bene išsamiausiai atspindi P. Anochino [9] funkcinių sistemų teorija. Nors joje stokoja psichologinio požiūrio, bet ji pagrindžia žmogaus holizmą fiziologiniais eksperimentais. Labai svarbus šios teorijos teiginys, kad būtent galutinis tikslas lemia, kokia kryptimi ir kokiomis kombinacijomis integruosis daliniai integracinės veiklos me-

chanizmai. Socialinės biologinės integracijos kaip aukščiausios žmogaus organizmo formos idėja, paremta Č. Šeringtono (Ch. Sherrington), vieno garsiausių fiziologų klasikų nuoroda į žmogiškąjį Aš, kaip pagrindinį ir aukščiausią integracijos faktorių. Atsiradus kokiam nors defektui, jei veikia aukščiausia integracinė sistema arba, kaip Č. Šeringtonas ją vadino, „aukščiausias Aš“, įvyksta greitas ją sudarančių procesų persitvarkymas ir defektas akimirksniu pašalinamas, t. y. funkcinė sistema kaip visuma išlaiko savo organizmui naudingą architektoniką ir pasiekiamas tikslas. Holistiniam žmogaus supratimui tarybinėje medicinoje pastaruoju metu daug įtakos daro V. Rotenbergo ir V. Aršavskio pasiūlyta ir gerai eksperimentiškai pagrįsta aktyvios paieškos koncepcija [27]. Jie nurodo, kad aktyvios paieškos būseną – tai bendras nespecifiškas faktorius, kuris sąlygoja organizmo atsparumą stresui ir lemia patologinių procesų dinamiką [27, p. 23]. Galima sakyti, kad pastaroji koncepcija ligos atsiradimą aiškina individo santykio su aplinka specifika ir neabejotinai išsamiau ir konstruktyviau leidžia suprasti ir paaiškinti daugelį dabar labiausiai paplitusių ir plintančių ligų, vadinamų psichosomatinėmis.

Bene nuodugniausiai ir metodiškiausiai holistinį žmogaus supratimą yra išplėtojusi individualiosios psichologijos mokykla. Ši koncepcija individą, t. y. žmogų, laiko vienviene bei aktyviu faktoriumi, kurio negalima paaiškinti atskirų dalių charakteristikomis. „Žmogus susideda iš fizinių, cheminių ir biologinių struktūrų su fiziologiniais ir psichologiniais mechanizmais. Tačiau pats žmogaus kūnas nėra nei žmogus, nei kūnas, o protas, atskirtas nuo visos asmenybės, tampa taipogi abstrakcija, neturinčia jokių funkcijų. Visas individas naudojasi savo kūnu ir protu. Ne jo organai, fiziologiniai ar psichologiniai mechanizmai jį valdo, bet jis juos vienija“ [2, p. 37]. Individualioji psichologija vietoj „besielio kūno“ ar „bekūnės sielos“ nagrinėjimo ir gydymo, kuris nuo Dekarto laikų iki šiol vyravo ir vyrauja tiek psichologijoje, tiek medicinoje, pasirinko visą

individą, t. y. asmenybę, jos gyvavimo sąlygas ir poreikius. Daugiausia dėmesio skiriama individo autonomiškumui, kūrybiškumui, savęs determinavimui, teleologinei individo veiklai bei visai situacijai, kurioje gyvena žmogus. Holizmas turi būti vertinamas kaip gydymo paradigma. Labai reikšmingu tampa paciento atsakomybės už save ir savo sveikatą pa-brežimas. Santykio su liga klausimas spręstinas tik holistiškai suprantant individą.

### Reagavimo į ligą adekvatumas ir jo reikšmė gydymui

Paciento asmenybės premorbidinių savybių, jos santykių sistemos ypatybių įtakos susirgimo genezei problema svarbesnė profilaktikai. Gydymo ir reabilitacijos procese reikšmingesni paciento ir ligos sąveikos aspektai. Subjektyvus ligos išgyvenimas ir jos įvertinimas gali palankiai veikti sveikimą, bet gali jį ir stabdyti.

Gydytojai yra pastebėję, kad somatinių ligų eiga labai priklauso nuo paciento psichologinės būsenos ir kad psichotrauminiai poveikiai gali ją išprovokuoti arba sunkinti. Tokiu būdu išskyla paciento, jo atsakomybės ir aktyvumo gydymo procese problema. R. Začepickis [13] pažymi, kad pasyvi paciento pozicija sąlygoja jo fiksavimąsi ligonio vaidmenyje, sunkina gydymą. Išsaugoti psichologinę ir fiziologinę pusiausvyrą, nepaisant neigiamų išgyvenimų, žmogus gali ne tiek pasyviai vengdamas kenksmingų poveikių, o kiek aktyviai įveikdamas juos. Aktyvi asmenybės pozicija sunkumų atžvilgiu apsaugo nuo neurotinių ir psichosomatinių ligų, lengvina jų eigą ir padeda pasveikti.

Neabejotina, kad liga visada sukelia žmogui tam tikrų išgyvenimų, susijusių su ja. Šie išgyvenimai lemia sergančiojo elgesį. L. Rochlinas [28] teigia, kad liga sąlygoja bendrus poslinkius ligonio psichikoje, kurie reiškiasi jos astenizacija, nuotaikos ir bendros savijautos pokyčiais.



Del ligos poveikio susiformuoja paciento asmenybinė reakcija į ligą. Į jos turinį įeinantys įvairių žmonių išgyvenimai yra skirtingi priklausomai nuo jų bendro kultūrinio lygio, jų auklėjimo, buitinių ir darbo sąlygų ir pan. Psichologinėje medicininėje literatūroje gausu bandymų tipizuoti įvairias reakcijas į ligą. Antai V. Vondračekas (V. Vondraček) [pgl. 19] skiria įvairius reakcijų tipus, atsižvelgdamas į ligos reikšmę pacientui. Šio autoriaus požiūriu, santykis su liga gali būti normalus, menkinantis ligą, ją neigiantis, nozofobinis, hipochondrinis, utilitarinis.

A. Kvasenko ir J. Zubarevas [17] reakcijai į ligą nusakyti siūlo somatonozognozijos terminą ir skiria normosomatonozognozijas, hipersomatonozognozijas, hiposomatonozognozijas.

Išsamiausią reakcijų į ligą klasifikaciją pateikia A. Ličko [15, 16]. Jis skiria tris grupes pagal dezadaptacijos lygį. Į pirmą grupę įeina harmoningas reagavimo tipas, kai pacientas adekvačiai vertina savo būseną, aktyviai dalyvauja gydyme, laikosi gydytojo nurodyto režimo ir siekia nugalėti ligą, nepriima „ligonio“ vaidmens. Jų vertybinė struktūra ir socialinis funkcionavimas nesutrikę. Šią grupę sudaro taip pat ergopatinis ir anozognozinis tipai. Tokių reakcijų pacientai kritiškesni savo būsenos atžvilgiu, sumenkina ligos reikšmę iki visiško jos išstūmimo, o tai reiškiasi režimo nesilaikymu, „pasinerimu“ į darbą, ligos fakto neigimu. Tačiau šiai grupei nebūdinga išreikštesnė socialinė dezadaptacija.

Antrai ir trečiai ligonių grupei būdingi reakcijų tipai, atspindintys skirtingas dezadaptacijos kryptis. Antrą grupę sudaro intrapsichinis reagavimo tipas (nerimastingas, hipochondrinis, melancholiškas, neurasteninis, apatiškas). Emocinė-afektyvinė šių pacientų santykių sfera reiškiasi dezadaptaviniu elgesiu, dirgliomis reakcijomis, prislegta, užguita būsena, „nugrimzdimu“ į ligą, kapituliacijai prieš ją. Trečiai grupei priskiriami interpsichinės reagavimo krypties tipai: senzityvinis, egocentrinis, paranoidinis, disforinis. Tai sensibilizuotas požiū-

ris į ligą, kuris galbūt labiausiai priklauso nuo premorbidinių paciento asmenybės savybių. Nepaisant skirtingų emocinių-afektyvinių reakcijų į ligą, tokiems pacientams būdingas dezadaptyvus elgesys, trikdančias socialinį funkcionavimą; pacientai arba gėdinasi savo ligos prieš aplinkinius, arba naudojami ja, kuria paranooidines koncepcijas apie savo sveikatą, reiškia agresyvias tendencijas, kaltindami kitus dėl savo ligos.

Adekvati reakcija į savo ligą – tai ne tik teisingas savo ligos sunkumo įvertinimas ir besąlygiškas gydytojų nurodymų vykdymas, nors šie dalykai dažniausiai vertinami gydytojų. Adekvačiai priimti savo situaciją ir padėti sau gali tik suvokiantis atsakomybę už save ir savo sveikatą pacientas. Todėl vienas iš svarbiausių adekvataus požiūrio į ligą bruožų – subjektyvios kontrolės lygis, parodantis, kiek aktyviai pacientas dalyvaus gydyme, kaip vertina savo ligą – kaip fatališką reiškinių ar kaip įveikiamą sunkumą,

Taigi, jeigu ligą suprasime kaip sutrikusią gyvenimo būdo ir individo integracijos išraišką, tai adekvati paciento reakcija į ligą, turinti lemiamos reikšmės gydymo efektyvumui, neatsiejama nuo kitų asmenybės savybių ir gali būti vertinama tik visos asmenybės kontekste.

### Tiriamųjų grupės charakteristika

Kaip jau buvo minėta, asmenybės pokyčius gali sąlygoti ir pati liga. Tai ypač būdinga žmonėms, kuriuos kamuoja lėtinės ligos. Todėl tyrimui pasirinkome „Dainavos“, „Egles“ (Druskininkai) ir „Lino“ (Palanga) sanatorijose basigydančius pacientus, sergančius lėtinėmis somatinėmis ligomis. Ištyrėme 250 žmonių – 104 moteris (iki 45 metų) ir 146 vyrus (21-56 metų), t. y. darbingo amžiaus žmones, kad ligos vaizdui neturėtų įtakos klimato ypatybės.

Tiriamieji pacientai sirgo judėjimo atramos aparato (osteochondrozė, radikulitas, artritas), širdies-

kraujagyslių sistemos (neurocirkulatorinė distonija, vegetodistonija) ir virškinamojo trakto (tulžies pūslės ar žarnyno diskinezija, gastritas, cholecistitas) ligomis. Be to, dauguma pacientų, be pagrindinės ligos, sirgo ir kitomis. Susirgimo trukmė - daugiau kaip 5 metai.

Bendriems duomenims apie kiekvieną tiriamąjį gauti buvo sudarytas subjektyvios psichoanamnezės klausimynas „Gyvenimas ir sveikata“. Iš tyrimo duomenų (žr. 1 lentelę) matyti neatitikimas tarp ligos sunkumo ir pasveikimo galimybių įvertinimo: 26% pacientų savo ligą vertina kaip lengvą, tačiau tik 18% jų tikisi pasveikti. Be to, tik 5% tiriamųjų mano, kad pakankamai rūpinasi savo sveikata. Didžioji dauguma pacientų nesitiki pasveikti ir jaučia, kad per mažai rūpinasi savo sveikata. Šiuo metu tokiai situacijai pavadinti pradėti vartoti „vilties paralyžiaus“ ar „išmokto bejėgiškumo“ terminai, kurie, kaip eksperimentiškai įrodė V. Rotenbergas [27], atspindi ne tik psichinę būseną ir elgesį, bet ir organizmo atsparumo kritimą bei neigiamą sanogenetinio proceso kryptį. Simptomatinis gydymas vyraujant bejėgiškumo jausmui tampa tiek psichologiškai, tiek fiziologiškai mažai vertingas.

Psichoanamnezės klausimynas padėjo nustatyti, kokią vietą užima sveikata pacientų vertybių sistemoje (žr. 2 lentelę). Tam tiriamieji turėjo įvertinti pateiktas vertybes: materialinę gerovę, pilną išpūdzių aktyvų gyvenimą, šeimos gerovę, malonumus, visuomeninį pripažinimą, sveikatą, tikrą draugystę ir supratimą, kad esi tikrai naudingas žmonėms.

1 l e n t e l e. Tiriamųjų (%) pasiskirstymas pagal požiūrį į ligą

Ligo			Pasveik. galimybės			Rūpin. savo sveikata		
leng- va	vid. sunki	sunki	visiš- kas pasv.	pasvei- kimas iš da- lios	repa- svei- kimas	pakankamai	per mažai	aiš- kiai per ma- žai
26	65	11	18	72	10	5	43	52

2 l e n t e l e. Sveikatos vieta pacientų (%) vertybių sistemoje

Vieta							
1	2	3	4	5	6	7	8
62,5	21,6	2,3	6,8	3,4	1,1	1,1	1,1

Dauguma pacientų sveikatą pažymi kaip svarbiausią vertybę. Jeigu jai ir skirdavo 2-ąją vietą, tai tik pirmenybę teikdami šeimos gerovei. Pažymėtina, kad tada, kai sveikata buvo renkama paskutinė, pacientai labiausiai vertino malonumus, materialinę gerovę, pilną išpūdžių aktyvų gyvenimą. 8% tiriamųjų neatsakė į šį klausimą, t. y. nesugebėjo pasirinkti, nurodyti, kas jiems svarbiausia. Tačiau sveikatos vertinimas nėra sąlygotas vidinių stabilų įsitikinimų ir adekvataus elgesio, nes, kaip matyti iš 1 lentelės, ligoniai, trokštant sveikatos ir ją vertinantys, tuo pat metu aiškiai per mažai ar per mažai rūpinasi ja bei netiki visišku pasveikimu. Sveikata suprantama atsietai nuo savo elgesio.

Nuostata į tyrimą buvo labai įvairi: vieni mielai sutikdavo dalyvauti, tačiau nemaža dalis pacientų iš pradžių reiškė nepasitikėjimą. Jie nesuprato, kam to reikia, iš anksto aiškinosi, kad psichiškai esą sveiki. Apimti pesimizmo, tvirtino, kad tai jiems nepadės, kad žodžiais padėti neįmanoma, kad apskritai jiems niekas negali padėti. Tai rodo bendrą asmenybės gynybinę poziciją naujų reiškinių, neaiškių situacijų atžvilgiu. Tokios tiriamųjų reakcijos patvirtina M. Fenerio (M. Vener) [pgl. 18] pastebėjimą, kad psichosomatiniai ligoniai jaučiasi esą ligoniai, o ne neurotikai. Jie nerefleksuoja savo jausminės būsenos, negali jos verbalizuoti ir nemato jokio ryšio tarp kūno ir dvasinių kančių, neišsivaizduoja, kad psichologinėmis priemonėmis būtų galima pakeisti jų gyvenimo ir kentėjimo situaciją. Atliekant pakartotinį tyrimą gydymo pabaigoje, motyvaciją stiprino pacientų susidomėjimas rezultatais. Dažnai tai buvo noras „viską“ sužinoti

apie save, o kartais ieškojimas supratimo, nes psichodiagnostinės metodikos tarsi pažadindavo pacientus savirefleksijai.

## Psichodiagnostinės metodikos

**Psichoanamnezės klausimynas.** Kaip minėta, ši klausimyną sudarė patys ir pavadino jį „Gyvenimas ir sveikata“. Jį sudaro klausimai apie pacientų gyvenimo būdo ypatybes, šeiminių padėčių, užsiėmimų pobūdį, įpročius. Įtraukėme taip pat klausimų, liečiančių pacientų vertybių sistemą, poziciją ligą bei pasveikimo galimybes ir pan.

**Santykio su savo liga tipo nustatymo metodika.** Santykio tipo su savo liga nustatymui taikėme Bechterevo instituto asmenybinį klausimyną. Ši metodika skirta psichosomatinėmis ligomis sergančių ligonių santykių sistemai tirti. Tai vienintelė tokiems tikslams skirta metodika, kurios teorinis pagrindas yra „santykių psichologijos“ koncepcija.

Metodiką sudaro 12 skalių, atspindinčių santykį su gydymu, liga, darbu, vienatve, ateitimi, su artimaisiais, gydytojais bei medicininio personalu, taip pat įvertinančių kai kurias vitalines funkcijas (miegą, apetitą, savijautą, nuotaiką). Kiekvieną skalę sudaro frazių, atitinkančių vieną ar kitą santykių paterną, rinkinys. Į rinkinius įtraukta ir indiferentiškų frazių, neturinčių diagnostinės reikšmės. Šia metodika ligonius tyrėme du kartus – gydymo pradžioje ir pabaigoje. Tai leido įvertinti santykio su liga pokyčius sanatorinio gydymo procese.

**Nusiskundimų apklausos lapas.** Šis klausimynas padėjo įvertinti simptominių gydymo efektyvumą (tyrėme juo gydymo pradžioje ir pabaigoje), taip pat diagnozuoti pacientų polinkį į neurotiškumą.

Nusiskundimų apklausos lapą (toliau – NAL) sudaro 64 teiginiai, liečiantys 43 somatinio ir 21 psichinio pobūdžio nusiskundimus. Kiekvieną sunkumą galima įvertinti nuo 0 iki 3 laipsnių.

Klausimynas daugiau liečia somatinius sunkumus. Jo autoriai K. Hiokas (K. Höck) ir H. Hes

(H. Hess) [3] nurodo, kad somatinių simptomų klausimyną laikyti tinkamu neurozėms diagnozuoti leidžia tokie raktai:

1. Neurotiški pacientai skundžiasi gana specifiniais somatiniais sutrikimais, susijusiais su virškinimu, širdies veikla, miegu, nemaloniais pojūčiais įvairiose kūno dalyse ir pan.

2. Pacientai, kurie turi neurotinių sutrikimų, nurodo daugiau vegetacinių sutrikimų ir turi daugiau psichinių nusiskundimų, negu pacientai, sergantys organinėmis ligomis.

Lietuviškas NAL variantas parengtas Kurortologijos mokslinio tyrimo laboratorijoje 1979 metais.

**Spilbergerio-Chanino nerimo skale.** Reikšmingas psichosomatinių ligų požymis yra nerimas. Pagal E. Spilbergerį (E. Spielberger) [ pgl. 30 ] nerimui kaip emocinei būsenai būdinga:

1. Skirtingas intensyvumas.
2. Kintamumas laike.
3. Nemalonūs išgyvenimai (įtampa, susijaudinimas, susirūpinimas, nuogąstavimai).
4. Išreikšta vegetacinės nervų sistemos aktyvacija.

Asmenybinis nerimas kaip savybė, bruožas parodo individualius skirtumus stresorių poveikio atžvilgiu. Tai santykiškai pastovus žmogaus polinkis suvokti grėsmę savajam Aš įvairiose situacijose ir reaguoti į šias situacijas reaktyvinio nerimo pavidėjimu.

Tyrėme Spilbergerio-Chanino nerimo skale, adaptuota ir standartizuota Leningrado LFKMTI. Gydy-mo pradžioje tyrėme asmenybinį nerimą (toliau - AN). Tam panaudojome AN subskalę, kurią sudaro 20 teiginių.

Gydymo pabaigoje matavome situacinį nerimą (toliau - SN) atskira subskale. Ją sudaro 20 fra-zių rinkinys - 10 iš jų teigia įtampos, nerimo, su-sirūpinimo buvimą, 10 - nerimo nebuvimą.

Pažymėtina, kad abiejose skalėse nėra teiginių, kurie atspindėtų vien somatinius ar fiziologinius požymius.

**Subjektyvios kontrolės lygį nustatanti metodika.**

Pacientų atsakomybei gydymo procese, jų aktyvumo laipsniui, požiūriui į ligą įvertinti taikėme subjektyvios kontrolės lygį (toliau – SKL) nustatančią metodiką.

SKL metodika sudaryta Leningrado Bechterevo psichoneurologiniame institute pagal į Dž. Roterio (J. Rotter) kontrolės lokuso skalės pavyzdį. Ją sudaro 44 teiginiai, išbalansuoti tokiu būdu, kad į pusę jų teigiamai atsakys tie tiriamieji, kuriems būdingas internalus kontrolės tipas, o į kitą teigiamai atsakys eksternalaus kontrolės tipo asmenys.

SKL metodika mums buvo vertinga ir tuo, kad leido įvertinti ne tik bendrą internalumą ar eksternalumą, bet ir jų lygį įvairių sričių (pasisekimų ir nesėkmių šeimyninių, gamybinių, tarpasmeninių santykių, sveikatos ir ligos) atžvilgiu [22].

**Spalvų santykių testas.** Siekdami, kad mūsų žinios apie tiriamųjų pacientų santykius būtų kuo išsamesnės, gydymo pabaigoje vertinome jų santykius su gydytoju ir kambario kaimynu. Tam taikėme spalvų santykių testą (SST), įgalinantį atskleisti pakankamai gilius, iš dalies neįsisąmonintus šių santykių komponentus, aplenkiant iškreipiančius, gynybinius verbalinės sistemos mechanizmus [32]. SST sudarytas pagal M. Liušerio (M. Lüscher) 8-ių spalvų testą. Prieš tiriamąjį kaip papuolė išdėstomos Liušerio trumpojo testo 8 spalvos. Prašoma parinkti spalvas savo gydytojui ir po to kaimynui nuo labiausiai tinkančios iki labiausiai netinkančios (taip surikiuojamos visos spalvos). Po to tiriamasis sudėlioja spalvas nuo labiausiai iki mažiausiai patinkančios.

Rezultatai interpretuojami remiantis prielaidomis, kad kuo daugiau atitinka spalvų išdėstymas pagal patikimą išdėstytas spalvas kokiam nors asmeniui, tuo teigiamiau jį vertina tiriamasis, emociškai palankiai jį priima, ir kad kiekviena spalva turi emocinę asmeninę reikšmę, iš kurios galima spręsti apie santykio ypatybes. Spalvų reikšmės ir interpretavimo būdai aprašyti literatūroje [32, 35].

## Rezultatai ir jų aptarimas

Santykio su liga tipų dinamika gydymo procese. Paciento santykių sistemos tyrimo pagrindu buvo jo santykio su liga tipo nustatymas. Naudodami Leningrado Bechterevo instituto asmenybinių klausimyną (LBIAK), atlikome tyrimą du kartus: gydymo pradžioje ir pabaigoje. Tyrimo rezultatai (žr. 3 lentelę) liudija, kad tik palyginti nedidelė pacientų dalis (21%) ramiai reaguoja į savo ligą. Be to, sanatorinio gydymo pabaigoje atlikus pakartotinį tyrimą, pasirodė, kad pacientų, kuriems būdingas harmoningas santykio su liga tipas, dar sumažėjo (iki 19%). Šio tipo viduje taip pat įvyko pokyčių: 41% harmoningai reaguojančių į ligą pacientų gydymo pabaigoje pateikė atsakymų, rodančių jų reakcijos neadekvatiškumą. Minėti poslinkiai daugiausia vyko anozognozinio ir ergopatinio tipų linkme. t. y., baigiantis gydymo kursui, pacientai buvo linkę neigti patį sirgimo faktą arba, neatsižvelgdami į ligą, veržėsi į sveikatos būklę neatitinkančią veiklą. Visa tai rodo, kad gydymo metu jie nesugebejo susidaryti realistinės nuostatos dėl ligos eigos, jos gydymo ir galimos baigties. Gali būti, kad harmoningo tipo nustatymas reiškė ne stabilias asmenybės savybes, o gynybišką, situacinį tiriamųjų norą pasirodyti sveikesniais arba stropliais ligoniais. Todėl būsenos pagerėjimą jie vertino kaip galimybę dar įnirtingiau griebtis darbo,

3 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal santykio su liga tipus

Santykio su liga tipas	Tiriamųjų % gydymo pradžioje	Tiriamųjų % gydymo pabaigoje
Harmoningas	21	19
Anozognozinis	9	14
Ergopatinis	23	29
Nerimastingas	1	3
Senzityvus	6	5
Hipochondrinis	0,7	0
Paranojinis	0,7	0,7
Mišrus	22	19
Difuzinis	16	11



nekreipiant dėmesio į ligą, neigiant ją. Baigę gydymo kursą, jie jaučiasi lyg suvartoję vaistų dozę, išsėmusią būtinas pastangas ir priemones toliau rūpintis savo sveikata.

66% tiriamųjų gydymo metu neadekvačių požiūrių į savo ligą spektras keitėsi į kitus neadekvačius tipus. Mišraus tipo viduje vyrauja senzityvaus, ergopatinio bei anozognozinio tipo reakcijos. Ligoniai, ypač jautriai reaguodami į savo negalią, kasdienybėje stengiasi kartu ir nuneigti tą faktą. Difuziniam santykio su liga tipui, kurį sudaro daugiau nei 2-ų tipų reakcijos, būdingas perdėto jautrumo, paranojiškumo ir nervingumo tendencijos. Atlikus pakartotinį tyrimą, pastebimos taip pat šio tipo apatiškos reakcijos, išreiškiančios nepasitenkinimą gydymu, abejingumą savo likimui ir ligos baigčiai.

Tokiais atvejais, kai vienas neadekvataus santykio su liga tipas keičiasi į kitą neadekvatų tipą, susidaro lyg uždaras ratas. Nerealijų nuostatų aplinkos ir savęs atžvilgiu pacientai, nekritiškai žvelgiantys į savo būseną ir neadekvačiai vertinantys ligą, dažnai nesugeba suprasti savo padėties ir teisingai ją įvertinti, nuteikti save ir aktyviai dalyvauti gydyme. Visa tai neabejotinai sunkina gydymą ir jam trukdo, nes ligonių elgesys pradeda neatitikti tų priemonių, kurios reikalingos gydymui. Pažymėtina, kad, kai atliekant pakartotinį tyrimą pacientai vėl buvo prašomi išrinkti teiginius LBLAK metodikoje, daugelis tvirtino, kad jų požiūriai tokie patys, juose niekas nepasikeitė. Tačiau gauti tyrimai rodo kitką (66% atsakymų pakito).

Gydymo pabaigoje sumažėjo santykio tipų su intrapsichinės krypties reakcijomis, tačiau pagausėjo nerimastingo pobūdžio reakcijų. Tokie asmenys nuolat nerimauja dėl ligos eigos, galimų recidyvų, dėl gydymo efektyvumo. Pacientai įkyri nepasitikėdami gydytoju, jie nuolat ieško „autoritetų“, patys būna prislėgtos nuotaikos.

Informatyvūs ir neatsakyti klausimai. Pacientai kartais negalėdavo išrinkti tinkamo sau teiginio tokiose skalėse: požiūris į gydymą, požiūris į ligą, požiūris į gimines ir artimuosius, požiūris į vienat-

vę. Vitalines funkcijas apibūdindavo visi. Mūsų nuomone, čia išryškėja problemiškos psychosomatinių pacientų santykių pusės; sutrikę tarpasmeniniai santykiai, nenoras ar baimė suvokti ir priimti save, ligos eigos ir esmės nesuvokimas ir neaiškūs lūkesčiai. Tokių būdu, nesugebedami įvardinti savo problemos, dauguma pacientų neadekvačiai žiūri į ligą ir patį susirgimo faktą, ima neigti jį. Aprašytosios pacientų santykių sistemos ypatybės skatina daryti išvadą, jog dėl tokio jų elgesio lieka neaiški tolesnio gydymo ir reabilitacijos prognozė. Taip pat ir visos profilaktikos, gydymo bei reabilitacijos programos, į kurias orientuojasi šiuolaikine mūsų medicina, besiremiančios asmens aktyvumo ir atsakomybės už savo sveikatą samprata, tampa neįgyvendinamos, jei neatsižvelgiama į paciento santykių sistemos ypatybės, jei ji nekoreguojama, ugdant realias nuostatas ir atsakomybę.

Subjektyvios kontrolės lygį nustatančios metodikos rezultatai ir jų analize. Subjektyvios kontrolės lygis kaip viena iš svarbių paciento santykių sistemos charakteristikų mūsų tyrime leido įvertinti tiriamojo aktyvumą siekiant tikslų, jo elgesio nepriklausomybę ir savarankiškumą, atsakomybės už su juo vykstančiais įvykiais išugdymą. Ypač reikšmingas SKL ligos ir sveikatos atžvilgiu (žr. 4 ir 5 lenteles).

Iš lentelių matyti, kad 86% tiriamųjų būdingas eksternalus kontrolės tipas įvairių situacijų atžvilgiu. Skirtingai nuo „internalių“, tokie asmenys nemato ryšio tarp savo veiksmų ir reikšmingų gyve-

4 lentelė. Tiriamųjų (%) pasiskirstymas pagal bendrą internalumą

Požymio įvertinimas		
0-3	3-5	5-7
20	69	11

0-3 balai - labai žemas SKL (eksternalus)  
 3-5 " - žemas SKL (eksternalus)  
 5-7 " - aukštesnis SKL (internalus)

5 lentelė. Tiriamųjų (%) pasiskirstymas pagal SKL sveikatos ir ligos atžvilgiu

Požymio įvertinimas		
0-1	3-5	5-7
27	59	14

6 lentelė. Internalumo lygis (aritmetinis vidurkis) įvairiose gyvenimo sferose

Internalumas						
bendras	psichikų	nesėkmių	šeimos	darbo	tarpsam. santykių	sveikatos
3,82	4,79	4,16	5,39	3,29	4,05	3,88

nimo įvykių, mano, kad tai atsitiktinumas ar kitų žmonių veiklos rezultatas. Šiems pacientams (86%) būdinga menka atsakomybė už savo sveikatą. Jie tikisi, kad pasveiks kitų žmonių, pirmiausia gydytojų pastangų dėka. Tik 14% tiriamųjų mano, kad pasveikimas didžia dalimi priklauso nuo jų pačių veiksmų ir laiko save atsakingais už tai, kaip klostosi jų gyvenimas.

Panagrinęję 6-oje lentelėje pateiktus tiriamųjų internalumo vidurkius įvairių gyvenimo sferų atžvilgiu, matome, kad žemi bendro internalumo (3,82) ir sveikatos atžvilgiu (3,88) internalumo vidurkiai rodo neigiamą somatinių pacientų elgesio prognozę gydymo ir reabilitacijos procese. Ligoniai pasyvūs, pesimistiškai nusiteikę dėl gydymo ir pasveikimo, nes liga, jų manymu, yra fatališkas dalykas.

Pužymetinas žemas pacientų internalumas visoje gyvenimo srityse, išskyrus šeimą, kuriai jie jaučiasi gali daryti įtaką ir ją tvarkyti. Galime tvirtinti, jog psichosomatiniams ligoniams būdingas nevilties jausmas, bejėgiškumo, apleistumo būsena, tampanti formuojančia jėga jų gyvenime. Aktyvios paieškos nebuvimas, „vilties paralyžius“ neleidžia prognozuoti tokio ligonio aktyvumo, kuris padėtų įgyvendinti gydymo ir reabilitacijos programą.

Atlikę koreliacinę analizę, nepastebėjome ryš-

kesnių skirtumų tarp SKL ir santykio su liga tipo. Net tie pacientai, kuriems būdingas harmoningas santykio su liga tipas, yra žemo internalumo lygio, t. y. harmoningas reagavimas tėra paviršutiniška išraiška, atidžiau pažvelgę matome tą pačią neviltį.

Apibendrinus gautus duomenis, galima konstatuoti, kad žemas SKL yra viena iš somatinių pacientų su lėtine ligos eiga asmenybinių savybių. Interpretuoti tai būtų galima kaip išraišką aleksitimines asmenybės, kuriai stinga fantazijos, kuri nesuvokia ir neišreiškia savo jausmų ir todėl, pasak P. Kasteno (P. Kasten) [4], izoliuoja savo biografiją nuo ligos. Be to, ligoio vaidmuo suteikia pacientams naujų funkcionavimo galimybių, ir todėl liga gali būti lyg neįsisamonintas gynybinis mechanizmas. Tokiu atveju simptominis gydymas ne tik nepakankamas, bet ir neadekvatus, nes susiduriama su psichologinio pobūdžio problemomis.

**Nerimo tyrimo rezultatai ir jų analizė.** Nerimas mūsų darbe vertinamas kaip vienas iš somatinių ligų patogenezės ir lėtinės jų eigos faktorių.

Emocinei pacientų įtampai matuoti taikėme Spielbergerio-Chanino nerimo skalę. AN subskaleje pacientai vertino savo būseną tik atvykę į sanatoriją. Gauti rezultatai (žr. 7 lentelę) parodė, kad tarp pacientų nebuvo nė vieno, kuris, pasak Č. Spielbergerio [pgl. 28], neturėtų polinkio suvokti grėsmės savajam Aš įvairiose situacijose ir reaguoti į jas nerimo padidėjimu. AN atžvilgiu tiriamųjų grupė gana monolitiška - 94% asmenų yra padidėjusio nerimastingumo. Gana didelis AN vidurkis (47,8 balo) leidžia teigti, kad pacientai neatsparūs įvai-

7 l e n t e l ė. Tiriamųjų (%) pasiskirstymas pagal AN lygį

Nerimo lygis		
0-20	20-40	40-60
-	6	94

0-20 - nejaučia nerimo  
 20-40 - vidutinis nerimas  
 40-60 - stiprus nerimas

8 lentelė. Tiriamųjų (%) pasiskirstymas pagal SN lygį

Nerimo lygis		
0-20	20-40	40-60
-	55	45

rių socialinių psichologinių stresorių poveikiui – laukia negatyvaus vertinimo, jaučia nuolatinę grėsmę savigarbai, prestižui, bijo suvokti nepalankų sau santykį.

SN subskalę, parodančią nerimo lygį įvairiose situacijose, taikėme gydymo pabaigoje. Ji atspindėjo pacientų būseną po sanatorinio gydymo kurso (žr. 8 lentelę).

Pažymėtina, kad ir gydymo pabaigoje visi pacientai jautė psichinę įtampą. Tačiau kur kas padaugejo tiriamųjų, kuriems būdingas vidutinis nerimo lygis (55% tiriamųjų). Gautas SN vidurkis (38,7 balo) rodo, kad pacientai šiek tiek adaptavosi sanatorijoje ir prisitaikė prie gydymosi, tačiau daugelis ir toliau jaučia padidėjusį nerimą. Net ir tie pacientai, kuriems tyrimo metu nustatytas harmoningas santykio su liga tipas, yra nerimastingi. Esant žemam internalumo lygiui, jie nesijaučia situacijų šeiminingais, negali jų kontroliuoti, o tai sąlygoja nuolatinį įtampos ir nerimo jausmą. Nerimo ir baimės, pakibusios grėsmės, pavojaus savo egzistencijai jausmai pagal V. Topolianskį ir M. Strukovską [29] klasifikuojami kaip maksimalios biologinės įtampos būsenos, kaip ypatinga biologinė centrinės nervų sistemos reakcija su viena laike visų vegetacinių struktūrų hiperfunkcija ir disfunkcija. Diagnozavę aukštą AN ir SN lygį, galime tvirtinti, kad dauguma pacientų gyvena tarsi kovinės parengties būsenoje, kurią lydi intensyvūs ir pakankamai pavojingi, ypač pagyvenusiems žmonėms, fiziologiniai pokyčiai, labai sutrikdantys organizmo gyvybinę veiklą. Užuoat padėję patys sau, tokie pacientai gyvena laukdami somatinės katastrofos. Taigi tiek situacinis, tiek asmenybinis nerimas turi neigiamos įtakos ligos ir gydymo eigai,

todel reikia nerimą koreguoti sanatorinio gydymo metu.

**K. Hioko ir H. Hes metodikos rezultatai ir jų analizė.** Šia metodika tyrėme du kartus – gydymo pradžioje ir pabaigoje. Pirmą kartą tirdami turėjome tikslą įvertinti funkcinės neurotinės simptomatikos išreikštumo lygį. Antras tyrimas leido įvertinti tiriamųjų būsenos pokyčius baigiantis sanatoriniam gydymui.

Gauti rezultatai (žr. 9 lentelę) parode, kad 34% sanatorijoje besigydančių pacientų (27% vyrų ir 44% moterų) būdinga ryški funkcinė neurotinė simptomatika.

Vyrų grupei mažiau būdingi funkciniai neurotiniai sutrikimai negu moterų grupei (27 ir 44%), todėl jos labiau paveikios gydymui. Gydymo pabaigoje daugiau moterų vertino savijautą kaip labai pagerėjusią. Tarp moterų daugiau neurotinių asmenybių nei psichosomatinių. G. Šaferis (G. Schaeffer) [6], pažyvedamas skirtumą tarp neurozių ir psichosomatinių ligų, teigia, kad pacientai su kūno simptomatika psichologiškai daugiau sutrikę už neurotikus. Be to, jų kūno defektai yra pavojingi sveikatai ir kelia realią baimę. Tiesiogine psichinių išgyvenimų, nuogaštavimų transformacija į įvairius viscerovegetatyvinius reiškinius lemia vis gilėjančią ligos fikciją. Tokių pacientų savijauta gali pagerėti tik normalizavus jų emocinę būklę.

Ir nors sanatorinio gydymo pabaigoje funkcinų neurotinių simptomų mažėjo, tačiau tai nereiškė, kad pacientų būseną iš esmės pagerėjo, nes dažniausiai vien funkciniai sutrikimai tampa gydymo

9 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal neurotinės simptomatikos išreikštumą

Neurotinė simptomatika						
Tiriamųjų lytis	neryški		išreikšta		ryški	
	1 tyr.	2 tyr.	1 tyr.	2 tyr.	1 tyr.	2 tyr.
vyrų	56	71	12	8	27	21
moters	30	73	17	8	44	19

objektu. Tam skirtos fizioterapinės priemonės (masažas, šildymai, kompresai), deguonies kokteiliai su valerijonu, elektros miegas ir kitokios procedūros nepašalina ligos eigą sunkinančių psichologinių problemų, neskatina paciento aktyvumo.

**Spalvinio santykių testo rezultatai ir jų analizė.** Tyrimas SST padėjo įvertinti pacientų santykius su savo gydytoju ir kambario kaimynu gydymo pabaigoje. Ši metodika atskleidžia tokius santykius, kurių pats tiriamasis nėra įsisąmoninęs.

Tikejomes, kad paprasta diagnostinė procedūra suteiks pacientams malonumą. Tačiau pasirodė, kad tai viena iš labiausiai stresuojančių procedūrų. Tiriamuosius stulbino situacijos neapibrėžtumas. Vienintelis dalykas, kurį jie sugebėjo įžvelgti kaip tyrimo prasmę - tai patikrinimą, ar skiria spalvas. Tačiau paprašyti sudėlioti spalvas gydytojui ar išrinkti labiausiai patinkančias, dauguma pacientų pasimesdavo. Tyrimas vyko „blokuotai“: spalvos būdavo arba visos gražios, arba nė viena nepatikdavo, arba visos vienodos. Tai vertintina kaip gynyba neaiškioje situacijoje. Bet kartu toks tiriamųjų elgesys patvirtina psichologinėje literatūroje [5, 7, 8] minimą aleksitiminius asmenybems būdingą fantazijos trūkumą, nesugebėjimą apibūdinti, išreikšti, net suvokti, orientuotis savo jausmuose, operatorinį mąstymą. Nenoras rinktis spalvas liudija taip pat emocinį išsekimą, vidinę tuštumą. Kai kurie pacientai netikejo šio tyrimo „rimtumu“ ir negalėjo rasti adekvačios reakcijos tokiam užsiėmimui, kiti, ypač moterys, šunerimę klausdavo, ką reiškia tas jų sudėliojimas.

10 lentelė. Tiriamųjų (%) pasiskirstymas pagal santykį su gydytoju

Požymio įvertinimas		
0-11	12-22	23-32
12	43	15

0-11 balų - labai palankus santykis  
 12-22 " - teigiamas arba neutralus santykis  
 23-32 " - neigiamas santykis

11 lentelė. Tiriamųjų (%) pasiskirstymas pagal santykį su kambario kaimynu

Požymio įvertinimas		
0-11	12-22	23-32
41	44	15

Kaip matyti iš 10 ir 11 lentelių, tiriamųjų pasiskirstymas pagal santykį su gydytoju ir su kambario kaimynu beveik nesiskiria. Didesnei daliai pacientų būdingas neutralus santykis su gydytoju ir kaimynu arba jų nepriėmimas, neigimas. 13% pacientų, reikšdami nepalankų santykį su gydytoju ir kambario kaimynu, sau rinko pačias tamsiausias spalvas – juodą, pilką, rudą. Tai rodo jų pačių problemišką savęs priėmimą. Del savo vidinių problemų jie nesugeba užmegzti tarpasmeninių santykių, arba net ir palaikydami juos, yra atsiriboję, jaučia vienišumą ir apleistumą. Nesugebėjimas pilnavertiškai bendrauti tampa nuolatinės vidinės įtampos šaltiniu. Tai būdinga visiems santykio su liga tipams. Verbalinės pacientų reakcijos skyrėsi nuo testo rezultatų, nes tik labai nedaugelis reiškė žodžiais nepasitenkinimą ar negatyvų požiūrį į tiriamus dalykus. Tokiais atvejais pasireiškė noras atrodyti korektišku bei savirefleksijos stygius.

## Išvados

1. Tyrimas parodė, kad egzistuoja labai reikšminga koreliacija tarp santykio su liga tipo gydymo pradžioje ir pabaigoje. Neadekvati reakcija į ligą gydymo metu pozityvia linkme nesikeitė. Soma tiškai orientuotas sanatorinis gydymas neformuoja į ligą adekvačios reakcijos.

2. Yra tiesioginis ryšys tarp santykio su liga neadekvatumo ir asmenybinio nerimo. Stiprus nerimas, kaip nuolatinė asmenybės savybė, yra neadekvataus santykio išraiška. Kuo aukštesnis AN, tuo dažniau įvairiose situacijose pacientai reiškia nerimo reakcijas.



3. Stiprus nerimas reiškiasi situacijose, kurių pacientai negali valdyti. Daugeliui ligonių būdingas žemas subjektyvios kontrolės lygis tiek įvairiose gyvenimo situacijose, tiek sveikatos ir ligos atžvilgiu. Menkas tiriamųjų atsakomybės suvokimas už tai, kaip klostosi jų gyvenimas, rodo, kad jiems stinga atsakomybės bei aktyvumo ir gydymo procese. Tai liudija ir sveikatos vieta pacientų vertybių sistemoje, ir tai, kaip jie vertina pasveikimo galimybes. „Vilties paralyžius“ byloja apie pasyvią rezignuojančią poziciją gydymo metu.

4. Stiprus asmenybinis ir situacinis nerimas susijęs su nusiskundimų kiekiu gydymo pradžioje ir pabaigoje, t. y. pacientams būdingos neurotinės tendencijos, kurios išlieka ir baigiantis sanatoriniam gydymui. Kuo didesni AN ir SN rodikliai, tuo daugiau nusiskundimų pateikia pacientai.

5. Neurotinės pacientų reakcijos trikdo jų tarpasmeninius santykius. Tokie pacientai negalėjo adekvačiai bendrauti su gydytoju. Nesugebėjimas palaikyti santykių, psichodinamiškai bendrauti persikelia į visas paciento tarpasmeninių santykių sferas. Tai atspindi negatyvus santykis su kambario kaimynu.

Tokia bendra neadekvati nevaldoma situacija užkerta kelią profilaktiniam reabilitaciniam gydymui. Jei neatsižvelgiama į minėtas pacientų santykių sistemos ypatybes, jų asmenybines charakteristikas ir visa tai nekoreguojama, gydymas, į kurį orientuojasi medicina, darosi neefektyvus.

## LITERATŪRA

1. Alexander F. Psychosomatische Medizin. Berlin (West): W de Gruyter, 1951.

2. Dreikurs R. Grundbegriffe der Individualpsychologie. Stuttgart, 1969.

3. Höck K., Hess H. Der Beschwerdenfragebogen (BFB), ein Siebtestverfahren der Neurosen - Diagnostik für Ärzte und Psychologen. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1976.

4. K a s t e n P. Zur Psychodynamik des Ulcus Duodeni//Psychosomatik 1. Leipzig, 1986. S. 44-49.
5. K o č i ū n a s R. Asmenybės tyrimų kryptys psichosomatineje medicinoje//LTSR aukšt. mokyklų mokslo darbai. Psichologija, Nr. 5. 1983. P. 117-131.
6. S c h a e f f e r G. Neurosen und psychosomatische Erkrankungen//Psychosomatik 1. S. 12-22.
7. U e x k ü l l T h. Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München: Urban Schwarzenberg, 1972.
8. V e r n e r M. Therapie psychosomatischer Erkrankungen//Psychosomatik 1. S. 36-40.
9. Анохин П. К. Избр. труды. Системные механизмы высшей нервной деятельности. М.: Наука, 1976.
10. Беспалько Г. И., Вассерман Л. И., Карпова Э. Б. и др. Исследование личности больного с психологическими заболеваниями//Тезисы VII Всесоюзного съезда общества невропатологов и психиатров. М., 1981. Т. 3. С. 572-573.
11. Букреев В. И. Соматизирование депрессии - как следствие поражения более старых филогенетических структур мозга и особенности их выявления//Медико-технические, фармакологические и научные аспекты медицинской профилактики, диспансеризации и реабилитации. Харьков, 1984. С. 85-86.
12. Вальскис Й., Стрейкус З., Янкаускас В. Оценка типов отношения к болезни до и после санаторно-курортного лечения//Вопросы курортологии и физиотерапии. Вильнюс, 1983. С. 289-292.
13. Зачепицкий Р. А. Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980. С. 22-28.
14. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1985.
15. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983.
16. Карпова Э. Б. Разработка и клиничко-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями: Автореферат. Л., 1985.
17. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Б. Психология больного. Л.: Медицина, 1980.

18. Ковалев В. В. Личность и ее нарушения при соматической болезни//Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. М., 1972. С. 102-114.

19. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авишениум, 1983.

20. Курцин И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины. Л.: Наука, 1973.

21. Личко А. Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии//Журн. невропатол. и психиатр. 1977. Вып. 12. С. 1833-1838.

22. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК): Методические рекомендации. М., 1984.

23. Мясищев В. Н. Понятие личности и его значение для медицины//Методологические проблемы психоневрологии. Л., 1966. С. 25-57.

24. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

25. Психосоматические расстройства: XIII доклад ВОЗ по психогигиене. Женева, 1965.

26. Пэунеску Подяну А. Трудные больные. Бухарест, 1976.

27. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984.

28. Рохлин Л. Л. Психический фактор в клинике внутренних заболеваний//Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. М., 1972. С. 120-134.

29. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1981.

30. Хинин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной .. личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л., 1976.

31. Царегородцев Г. И., Шингаров Г. Х. Некоторые философские аспекты психосоматической проблемы//Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. М., 1972. С. 56-79.

32. Цветовой тест отношений: Методические рекомендации. Л., 1985.

33. Чулкова В. А. Исследование системы отношений и эмоционального напряжения больных раком молочной железы//

Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980. С. 127-132.

34. Эверли Дж. С., Розенфельд Р. Стресс. М., 1985.

35. Эткин А. М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозом // Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л., 1980. С. 110-114.

Lietuvos respublikinė profsąjungų  
kurortų valdymo taryba

Įteikta  
1988 10 10

Kurortologijos mokslinio tyrimo  
laboratorija  
Respublikinė Rokiškio psichiatri-  
nė ligoninė

## ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

З. Стрейкус, А. Тримоните

### Резюме

Целью нашей работы явилось изучение динамики отношения к своей болезни в процессе санаторного лечения и взаимосвязи его с некоторыми личностными характеристиками пациентов.

Нами обследовано 250 больных с хроническими соматическими заболеваниями, применялось 7 психодиагностических методик. Полученные данные позволили выявить: неадекватное отношение к болезни в течение всего лечения; низкий уровень субъективного контроля; высокую тревожность больных; невротическое развитие их личности и нарушение межличностных отношений.

В работе выдвигается предположение о необходимости холистического подхода в реализации профилактических и реабилитационных мероприятий.

THE PECULIARITIES OF THE ATTITUDE  
OF CHRONIC SOMATIC PATIENTS TOWARDS  
THEIR DISEASE IN THE RESORT  
TREATMENT PROCESS

Z. Streikus, A. Trimonyte

S u m m a r y

The paper analyses the attitude of chronic somatic patients towards their disease in the resort treatment process and its interrelationship with personality variables. Seven psychodiagnostic techniques were used with 250 chronic somatic patients. The data obtained revealed: inadequate attitude towards disease during the entire treatment process; more external locus control; high anxiety level; neurotic personality development; problems in interpersonal relations.

The paper suggests the necessity of holistic approach to disease prevention and patient rehabilitation.