

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Медичний Інститут
Кафедра психології

ВОЛКОВЦЬКА ОЛЬГА ОЛЕГІВНА

УДК 159.972:616.3

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ, ЩО МАЮТЬ
ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Спеціальність 053 – Психологія

Автореферат
Кваліфікаційної роботи на здобуття другого (магістерського)
рівня вищої освіти за освітньо-професійною програмою
спеціальності 053 «Психологія»

Миколаїв – 2020

Дипломною роботою є рукопис.

Робота виконана в Чорноморському національному університеті імені Петра Могили Міністерства освіти і науки України.

Науковий керівник: кандидат психологічних наук, доцент
Васильєва Ганна Вікторівна,
Чорноморський національний університет
імені Петра Могили.

Рецензент: **Чорна Вікторія Олександрівна**
старший викладач кафедри соціології,
кандидат соціологічних наук.

Захист магістерської роботи відбудеться 27 лютого 2020 року о 10 годині на засіданні екзаменаційної комісії Чорноморського національного університету імені Петра Могили за адресою: м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10, медичний інститут, кафедра психології, ауд. 4-312.

З роботою можна ознайомитися в бібліотеці Чорноморського національного університету імені Петра Могили за адресою: м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10.

Науковий керівник

Г.В. Васильєва

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Проблема єдності та взаємозв'язку тілесного і душевного аспектів людської природи є однією з фундаментальних проблем людинознавства. Протягом тривалого часу багато дослідників вивчали вплив психологічного стану на тілесні прояви. Однак і нині проблематика даного питання залишається актуальною.

У століття нових технологій та швидкого темпу розвитку дуже важко залишатися гармонічною та здоровою людиною, як фізично так і психологічно. Спостерігається велика кількість хвороб, передумовою появи яких є психоемоційний стан пацієнта. Серед них звертаються також з хворобами шлунково-кишкового тракту. Функціонування системи шлунково-кишкового тракту тісно пов'язане з психічним станом людини. Психосоматичні розлади є частою причиною скарг пацієнтів, які звертаються до лікарів у зв'язку з порушеннями травлення. Однак медична допомога цій групі пацієнтів у цей час часто є недостатньою.

Психосоматичні стани, що зустрічаються в гастроентерологічній клініці, є актуальною проблемою сучасності.

Існує тісний взаємозв'язок між емоційним стресом, перевтомою та появою шлункових симптомів в той же час відсутністю зв'язку між скаргами та характером харчування та порушення дієти.

Метою дослідження є виявлення психологічних особливостей людей із захворюванням ШКТ

Відповідно до мети курсової роботи були поставлені наступні **завдання**:

- 1) розглянути основні психосоматичні підходи;
- 2) розглянути вплив стресу на хвороби ШКТ;
- 3) дослідити експериментальну та контрольну групи за обраними методиками;

4) здійснити порівняльний аналіз у результатів контрольної та експериментальної груп;

5) виявити психологічні особливості хворих ШКТ;

Об'єкт дослідження. Психосоматичні прояви хвороб

Предмет дослідження. Психологічні особливості хворих із захворюванням шлунково-кишкового тракту

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що в роботі розглянуто психосоматичний вплив на хвороби шлунково-кишкового тракту.

Практична значимість. У роботі досліджено психологічні особливості хворих, що мають захворювання шлунково-кишкового тракту.

Експериментальна база: у дослідженні брали участь пацієнти лікарні Управління Міністерства Внутрішніх справ у Миколаївській області.

Методи дослідження:

У процесі дослідження використані такі **методи:**

– **теоретичні** (вивчення, аналіз та узагальнення психолого-педагогічної літератури, систематизація, порівняння та синтез), які дали можливість виявити й узагальнити дослідницькі матеріали з проблем та розробити теоретичні підходи до її розв'язання;

– **емпіричні:** діагностичні (тестування: опитувальник депресії Бека, шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, Міні-мульт, Торонтська алекситимічна шкала (TAS-20), копінг-тест Лазаруса), які сприяли вивченню стану проблеми в практиці та застосовувалися у психологічному експерименті.

– **методи математичної статистики** – кількісний та якісний аналізи одержаних результатів для забезпечення об'єктивності діагностики та їх достовірності.

Структура роботи: дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків,

списку використаних джерел, що містить 84 джерела. Загальний обсяг роботи складає 85 сторінок.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ

У першому розділі «Теоретичний огляд аспектів психосоматичного впливу на захворювання шлунково-кишкового тракту» досліджено психосоматичні прояви у хворобах ШКТ.

Існує 3 науково обгрунтованих підходів до психосоматичних захворювань: психодинамічний, соматоцентричний і теорія коморбідності.

До психодинамічного підходу належать концепція істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів З. Фрейда, теорія специфічного конфлікту Ф. Александра, теорія ресоматизації М. Шур, теорія алекситимії Сифнеос, теорія специфічних рис характеру у психосоматиці Ф. Данбар.

Прихильники соматоцентричного підходу розглядали зовнішній невротичний вплив скоріше як провокуючий фактор, а основним субстратом хвороби є мікрозміни в органі з порушеними функціями.

Теорія коморбідності полягає у розвитку психосоматичних хвороб розглядається як поєднання психічних і соматичних порушень, які співіснують в формах накладення та / або посилення один одного.

Сельє запропонував термін «стрес-виразка» для позначення зв'язку між психосоматичних захворюванням і виявленою симптоматичною виразкою.

Першою відповіддю організму на екстремальний вплив є нейрогуморальна активація механізмів термінової адаптації до змінених умов існування з метою забезпечення функцій життєво важливих органів (головного мозку, серця і легень).

Проблема стресу в даний час має прояви: стрес як ланка в механізмі адаптації, стрес як ланка в патогенезі хвороб і,

нарешті, адаптація до стресових ситуацій і природна профілактика стресових захворювань.

Хвороби ШКТ дуже часто мають під собою психологічну травму або фіксацію на певній стадії розвитку. Залежно від хвороби, пацієнт має певні психологічні особливості, які дозволяють справлятися із ситуацією. Не маючи можливості реагувати в певній ситуації, для подолання напруги через гуморальну та вегетативну регуляцію реагують різні органи, в тому числі і травлення.

У другому розділі «Результати дослідження психологічних особливостей людей, що мають захворювання ШКТ» описано організацію експерименту, обрані методи та результати дослідження.

. Для виявлення психологічних особливостей хворих на шлунково-кишковий тракт нами було використано наступні методики: опитувальник депресії Бека, шкала тривоги Спілбергера, міні-мульти, торонтська алекситимічна шкала (TAS-20), копінг-тест Лазаруса.

При порівнянні результатів методик у експериментальній та контрольній групах отримали наступні висновки. За шкалою депресії Бека експериментальна група має більший відсоток проявів депресії: легка субдепресія – на 7 %; помірна депресія – на 6 %; виражена депресія – на 33 %, порівняно з контрольною групою.

За шкалою тривожності Спілбергера у контрольній групі середній рівень особистісної тривожності на 6 % вищий, а ситуативної тривожності на 6 % нижчий, порівняно з показниками в експериментальній групі. Показники високого рівня за шкалами «ситуативна тривожність» та «особистісна тривожність» експериментальна група має вищі на 27 % і 53 % відповідно.

За методикою міні-мульти провідними шкалами в експериментальній групі є гіпоманія (53 %), істерія (33 %), і психопатія (33 %). Порівняно з контрольною групою показники

за цими шкалами значно значно нижчі, а саме на 20 %, на 24 % і на 13 % відповідно.

За шкалою алекситимії спостерігаються високі показники середнього та високого рівня у порівнянні з контрольною групою. За шкалою «труднощі ідентифікації почуттів» середній рівень – на 7% вищі, високий рівень на 20 % вищі, ніж у контрольній. За шкалою «труднощі опису почуттів» показники середнього рівня на 20 % вищі у контрольній групі, проте на високому на 20 % менші, ніж в експериментальній. За шкалою «зовнішньо-орієнтоване мислення» показники середнього рівня однакові, на 20% високого рівня більше в експериментальній групі. Загальний високий рівень алекситимії більше проявлений у експериментальній групі на 20 % більше, середній рівень – на 13 %.

З методики копінг-тест Лазаруса особи, що мають захворювання ШКТ найчастіше використовували планування рішення проблем (67 %), прийняття відповідальності (53 %) і самоконтроль (47 %) як провідну стратегію поведінки. За цими шкалами показники в контрольній групі нижчі. Планування рішення проблем на 27 %, прийняття відповідальності на 26 % і самоконтроль на 20 %.

Аналізуючи особистісні профілі хворих на ШКТ, можна помітити певні особливості, що притаманні цій групі досліджуваних. Спостерігаються депресивні прояви від легкої субдепресії до депресії середньої тяжкості. Для більшості із опитуваних притаманний середній та високий рівні особистісної та ситуативної тривожності. Помічено, що для осіб, які мають високий рівень тривожності характерна велика кількість розвинених та використовуваних копінг стратегій. Серед них найбільш часто зустрічаються у вибірці планування рішення проблем, прийняття відповідальності і самоконтроль. У більшості досліджуваних проявляється алекситимія на середньому та високому рівнях з підвищенням за шкалою труднощі ідентифікації почуттів. З методики Міні-мульти

спостерігається підвищення за шкалами гіпоманія, істерія та психопатія.

ВИСНОВКИ

1. У сучасній науці існує багато теорій та підходів, що пояснюють психосоматичний вплив ні різні хвороби. Погляди на психосоматичні прояви у психодинамічному підході заснував З.Фрейд. Він вважав психосоматичні захворювання проявляється розвитком патологічних тілесних симптомів у відповідь на тривалі емоційні конфлікти. Ф. Александер, аналізуючи різні варіанти розвитку психосоматичних захворювань, виділяє поняття «функціональний розлад» внутрішніх органів. При цьому основна роль в розвитку порушень соматичних функцій відводиться до надмірної стимуляції або пригнічення вегетативної нервової системи при тривалому емоційному впливі. Сіфнеоз пропонує теорію алекситимії як фактор ризику розвитку психосоматичних захворювань, основу якої становить парціальне недорозвинення психіки, яке виражається в нездатності оцінити власний психічний стан. Шур вважав хворий, замість вираження своїх емоцій на вербальному рівні (словесно) по-дитячому, інфантильно реагує тілесним дискомфортом. Теорія Данбар, згідно з якою передбачається наявність особливих особистісних рис, що сприяють розвитку тієї чи іншої хвороби.

Прихальники соматоцентричного підходу розглядали зовнішній невротичний вплив скоріше як провокуючий фактор, а основним субстратом хвороби є мікросміни в органі з порушеними функціями.

Теорія коморбідності полягає у розвитку психосоматичних хвороб розглядається як поєднання психічних і соматичних порушень, які співіснують в формах накладення та / або посилення один одного.

2. *Стрес* (пер. з англ. stress – напруга) – система реакцій організму у відповідь на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес – це відповідь на загрозу, реальну чи уявну. Стрес відіграє важливу роль у формуванні психосоматичних проявах, у тому числі у хворобах ШКТ. Сельє запропонував термін «стрес-виразка» для позначення зв'язку між психосоматичних захворюванням і виявленою симптоматичною виразкою.

Першою відповіддю організму на екстремальний вплив є нейрогуморальна активація механізмів термінової адаптації до змінених умов існування з метою забезпечення функцій життєво важливих органів (головного мозку, серця і легенів).

Проблема стресу в даний час має прояви: стрес як ланка в механізмі адаптації, стрес як ланка в патогенезі хвороб і, нарешті, адаптація до стресових ситуацій і природна профілактика стресових захворювань. Роль перетворення стрес-синдрому з ланки адаптації в ланку патогенезу хвороб грає першорядну роль в патології, і перш за все в патогенезі основних захворювань, профілактика і терапія яких становить головну невирішених проблем сучасної медицини. Отже, попередження стресових ушкоджень організму становить необхідний, а можливо, і головний етап у вирішенні проблеми профілактики ускладнень.

3. Дослідження експериментальної групи (хворих на ШКТ) мають наступні результати.

За шкалою Бека відсутність депресивних симптомів мають 4 особи, легку депресію – 2 особи, помірну депресію 3 особи та 6 осіб мають виражену депресію середньої тяжкості. Серед них найбільше проявляється у когнітивно-афективній сфері.

За шкалою реактивної і особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна низький рівень ситуативної тривожності мають 2 особи, помірний рівень – 6 осіб, високий рівень – 7 осіб. Особистісну тривожність, яку можна оцінити низьким рівнем мають має 1 особа, помірним рівнем – 4 особи, високим рівнем – 10 осіб.

За методикою «Міні-муль» підвищені результати по шкалам (від 65) мають 1) іпохондрія - 4 особи , 3) істерія – 5 осіб, 4) психопатія – 5 осіб, 6) пораноя – 2 особи, 7) психостенія – 1 особа, 8) шизофренія – 4 особи, 9) гіпоманія – 8 осіб.

За торонтською алекситимічною шкалою (TAS-20) труднощі ідентифікації почуттів на низькому рівні мають 5 осіб, на середньому – 6 осіб, на високому – 4 особи. Труднощі опису почуттів мають на низькому рівні 7 осіб, на середньому рівні 4 особи, на високому рівні також 4 особи. Зовнішньо-орієнтоване мислення на низькому рівні представлено у 4 осіб, на середньому – 8 осіб і на високому – у 3 осіб. У загальному алекситимія проявлена на низькому рівні у 4 осіб, на середньому – у 8 осіб і на високому рівні у 3 осіб.

Копінг-тест Лазаруса: провідною стратегією конфронтація є у 5 осіб, дистанціювання – у 5 осіб, самоконтроль – у 7 осіб, пошук соціальної підтримки – 5 осіб, прийняття відповідальності – 8 осіб, втеча-уникнення – 4 осіб, планування рішення проблем – 10 осіб, позитивна переоцінка – 3 осіб.

Дослідження *контрольної* групи має наступні результати

За шкалою Бека серед опитуваних відсутність депресивних симптомів мають 9 осіб, легку депресію – 3 особи, помірну депресію

2 особи та 1 особа має виражену депресію середньої тяжкості.

За шкалою реактивної і особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна низький рівень ситуативної тривожності мають 7 осіб, помірний рівень – 5 осіб, високий рівень – 3 особи. Особистісну тривожність, яку можна оцінити низьким рівнем мають має 8 осіб, помірним рівнем – 5 осіб, високим рівнем – 2 особи

За методикою «Міні-муль» підвищені результати (від 65) мають шкали: 1) іпохондрія - 2 особи , 3) істерія – 1 особа,

4) психопатія – 3 особи, 8) шизофренія – 3 особи, 9) гіпоманія – 5 осіб.

За торонтською алекситимічною шкалою (TAS-20) труднощі ідентифікації почуттів на низькому рівні мають 9 осіб, на середньому – 5 осіб, на високому – 1 особа. Труднощі опису почуттів мають на низькому рівні 7 осіб, на середньому рівні 7 особи, на високому рівні – 1 особа. Зовнішньо-орієнтоване мислення на низькому рівні представлено у 11 осіб, на середньому – у 3 осіб і на високому – у 1 особи. У загальному алекситимія проявлена на низькому рівні у 9 осіб, на середньому – у 6 осіб і показники високого рівня відсутні.

Копінг-тест Лазаруса: провідною стратегією конфронтація є у 5 осіб, дистанціювання – у 5 осіб, самоконтроль – у 4 осіб, пошук соціальної підтримки – у 4 осіб, прийняття відповідальності – у 4 осіб, втеча-уникнення – у 5 осіб, планування рішення проблем – у 6 осіб, позитивна переоцінка – у 4 осіб.

4. При порівнянні результатів методик у експериментальній та контрольній групах отримали наступні висновки. За шкалою депресії Бека експериментальна група має більший відсоток проявів депресії: легка субдепресія – на 7 %; помірна депресія – на 6 %; виражена депресія – на 33 %, порівняно з контрольною групою.

За шкалою тривожності Спілбергера у контрольній групі середній рівень особистісної тривожності на 6 % вищий, а ситуативної тривожності на 6 % нижчий, порівняно з показниками в експериментальній групі. Показники високого рівня за шкалами «ситуативна тривожність» та «особистісна тривожність» експериментальна група має вищі на 27 % і 53 % відповідно.

За методикою міні-мульти провідними шкалами в експериментальній групі є гіпоманія (53 %), істерія (33 %), і психопатія (33 %). Порівняно з контрольною групою показники

за цими шкалами значно значно нижчі, а саме на 20 %, на 24 % і на 13 % відповідно.

За шкалою алекситимії спостерігаються високі показники середнього та високого рівня у порівнянні з контрольною групою. За шкалою «труднощі ідентифікації почуттів» середній рівень – на 7 % вищі, високий рівень на 20 % вищі, ніж у контрольній. За шкалою «труднощі опису почуттів» показники середнього рівня на 20 % вищі у контрольній групі, проте на високому на 20 % менші, ніж в експериментальній. За шкалою «зовнішньо-орієнтоване мислення» показники середнього рівня однакові, на 20 % високого рівня більше в експериментальній групі. Загальний високий рівень алекситимії більше проявлений у експериментальній групі на 20 % більше, середній рівень – на 13 %.

З методики копінг-тест Лазаруса особи, що мають захворювання ШКТ найчастіше використовували планування рішення проблем (67 %), прийняття відповідальності (53 %) і самоконтроль (47 %) як провідну стратегію поведінки. За цими шкалами показники в контрольній групі нижчі. Планування рішення проблем на 27 %, прийняття відповідальності на 26 % і самоконтроль на 20 %.

5. Аналізуючи особистісні профілі хворих на ШКТ, можна помітити певні особливості, що притаманні цій групі досліджуваних. Особа має певний рівень алекситимії, тобто стикається із незрозумінням власних та чужих емоцій, почуттів, а особливо має труднощі у їх виявленні. Це пояснює підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності. У стресових ситуаціях індивід використовує різні стратегії, серед них планування рішення проблем, прийняття відповідальності і самоконтроль. Обираючи дані стратегії має певні негативні наслідки. Використовуючи самоконтроль як провідну стратегію подолання стресу емоції в той момент придушуються та не проживаються. Під час планування рішення проблем будується план щодо виходу із даної ситуації. Це може бути досить

тривалим процесом. І негативним моментом даної стратегії є перебування довгого часу у стресовій ситуації, що вимагає певних психологічних ресурсів. Прийняття відповідальності характеризується активною участю індивіда в ситуації. Проте із негативних наслідків частого обирання даної стратегії є надмірна самокритика та відчуття безвиході. Останнє є причиною для депресивних проявів. У досліджуваних вони проявлялися у різних ступенях тяжкості. Підвищення за шкалою істерія підтверджує труднощі у проявленні емоцій та їх вихід через тілесні прояви.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дипломної роботи

1. Волковіцька О. О. Могилянські читання – 2019 : Психологічні особливості хворих, що мають захворювання шлунково-кишкового тракту: XXII Всеукр. наук.-практ. конф. : тези доповідей : Охорона здоров'я. Психологія. Фізичне виховання та спорт, Миколаїв, 11–16 листоп. 2019 р. ЧНУ ім. Петра Могили. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2019. – С. 74–75.

АНОТАЦІЇ

Волковіцька О. О. Психологічні особливості хворих, що мають захворювання шлунково-кишкового тракту. – На правах рукопису.

Наукова робота на здобуття кваліфікації магістра за спеціальністю 053 «Психологія». – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена дослідженню психологічних особливостей хворих, що мають захворювання шлунково-кишкового тракту

У магістерській роботі висвітлені основні теорії, концепції щодо вивчення психосоматики, впливу стресу на хвороби ШКТ. Визначені методики для дослідження психологічних особливостей людей із захворюванням ШКТ. Здійснений порівняльний аналіз результатів обраних методик у експериментальній та контрольній групах.

Ключові слова: психологічні особливості; психосоматичні прояви; хвороби шлунково-кишкового тракту.

Volkovitska O.O. Psychological Features Of Patients With Diseases Of The Gastrointestinal Tract. – On the rights of the manuscript.

Scientific work for master's qualification in specialty 053 "Psychology". – Black Sea National University named after Petro Mohyla, Mykolaiv, 2020.

Master's thesis is devoted to the study of psychological features of patients with diseases of the gastrointestinal tract

In the master's work the basic theories, concepts concerning the study of psychosomatics, influence of stress on the gastrointestinal tract are covered. Methods for the study of psychological characteristics of people with gastrointestinal tract disease are determined. A comparative analysis of the results of the selected methods in the experimental and control groups was carried out.

Key words: psychological features; psychosomatic manifestations; diseases of the gastrointestinal tract.

