



СЕКЦІЯ 7. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.97

ОСОБЛИВОСТІ ПРОГНОСТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ЛЮДЕЙ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ (ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМ СИНДРОМОМ І ВИРАЗКОЮ ШЛУНКУ)

Денісієвська А.Є., провідний психолог
навчальної лабораторії загальної психології імені професора Г.І. Челпанова
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

У статті проаналізовано теоретичні підходи до визначення поняття «прогностична компетентність». Подано дослідження, у якому здійснено порівняльний аналіз відмінностей у групах респондентів. Розглянуто особливості прогностичної компетентності в людей із невротичними та психосоматичними розладами.

Ключові слова: прогностична компетентність, прогнозування, тривожно-фобічний синдром, виразка шлунку, психосоматичні скарги, часова перспектива, толерантність до невизначеності.

В статье проанализированы теоретические подходы к определению понятия «прогностическая компетентность». Представлено исследование, в котором осуществлен сравнительный анализ различий в группах респондентов. Рассмотрены особенности прогностической компетентности у людей с невротическими и психосоматическими расстройствами.

Ключевые слова: прогностическая компетентность, прогнозирование, тревожно-фобический синдром, язва желудка, психосоматические жалобы, временная перспектива, толерантность к неопределенности.

Denisiievska A. Ye. THE PROGNOSTIC COMPETENCE FEATURES OF PEOPLE WITH NEUROTIC AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS (ANXIETY DISORDERS AND PEPTIC ULCER)

The article analyses theoretical approaches to the definition of the concept of predictive competence. It presents a study with comparative analysis of the differences between groups of respondents. Peculiarities of prognostic competence in people with neurotic and psychosomatic disorders are considered.

Key words: prognostic competence, prediction, anxiety disorders, peptic ulcer, psychosomatic complaints, time perspective, tolerance to uncertainty.

Постановка проблеми. Психологія прогнозування – галузь у психології, яка сьогодні стає актуальною. Ця галузь характеризується аналізом психологічних особливостей людини, за допомогою яких здійснюється діяльність прогнозування. Навички прогнозування виявляються та формуються в діяльності, мають природні передумови розвитку й зумовлені суспільно-історичними чинниками. Структура прогнозування включає знання, які необхідні для отримання прогнозу. Сприймання поточної інформації, запам'ятовування, зіставлення попередніх і наступних фактів – підстава для припущень про майбутнє. Під час процесу прогнозування залучаються знання, які в цей момент видаються неважливими. Розвиток прогностичних здібностей починається з формування індивідуальних властивостей людини, її розумового та мовного розвитку. Прогностична компетентність формується за рахунок включення в систему соціальних відносин і професійної діяльності.

Доведено, що у формуванні невротичних розладів істотну роль відіграє недосконалість механізмів антиципації [4, с. 109]. Ця закономірність відзначена в пацієнтів з усіма клінічними формами невротичних розладів. Попередні клінічні та патопсихологічні дослідження показали, що в особистісному преморбіді пацієнтів із невротичними розладами виявляються дефекти прогностичної діяльності, що блокують можливість людини запобігати виникненню суб'єктивно-значимих психічних травм, передбачати власні емоційні реакції й поведінку, що, в кінцевому підсумку, при зіткненні людини з психічною травмою здатне призводити до формування образ, розчарувань, здивувань. Унаслідок виявлених етіопатогенетичних закономірностей висунута й обґрунтована антиципаційна концепція неврозогенезу.

Антиципація, за словами Б.Ф. Ломова, – це здатність суб'єкта діяти і приймати рішення з певним часово-просторовим попередженням щодо очікуваних, майбутніх

подій [2, с. 5]. Відповідно до цього, поняття «антиципація» й «антиципаційна спроможність» мають багато збігів, тому в психологічній термінології ці категорії вживаються як тотожні та взаємозамінні. Антиципаційна спроможність (прогностична компетентність) – здатність людини з високою ймовірністю передбачати ситуації, події, прогнозувати хід справ і власні реакції на них, виконувати дії з часовим і просторовим попередженням [6, с. 23]. Тобто антиципаційна спроможність описує певний рівень розвитку антиципаційних здібностей у системі особистості. У цьому сенсі «спроможність» наближена за значенням до «компетентності», в більшості випадків ці терміни є ідентичними.

Здібності до антиципації, передбачення майбутніх подій забезпечують увесь процес взаємодії людини з навколишнім середовищем, її поведінку, творчий потенціал, можливості пізнання навколишнього світу і способи соціального спілкування [1, с. 81]. Згідно з антиципаційною концепцією неврозогенезу [5, с. 115], порушення процесів антиципації відіграють важливу роль у патогенезі невротичних розладів [4, с. 108]. Незважаючи на достатню розробленість цієї галузі, залишаються актуальними питання вивчення механізму впливу антиципаційних процесів, що протікають на різних рівнях психіки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Описати прогностичну діяльність, її функції в житті людини, взаємозв'язок з особистісними характеристиками дали змогу роботи таких психологів, як Є.Н. Сурков, А.В. Брушлинський, Л.О. Регуш, Б.Ф. Ломов та ін. Загалом прогностична компетентність може бути визначена як здатність до здійснення діяльності з прогнозування. У свою чергу, прогнозування – це пізнання майбутнього на основі минулого усвідомленого розумового досвіду, пошуку. Б.Ф. Ломов уважав прогнозування подій основною функцією психіки, що дає регулювати діяльність [3, с. 97]. Л.О. Регуш описує прогнозування як свідому діяльність, у якій відбивається єдність компонентів: змістових, операційних і мотиваційних [7, с. 151].

До розуміння антиципації є багато підходів. Умовно можна виділити когнітивно-поведінковий (У. Найссер, С. Плаус, Є. Кестер, Є.О. Сергієнко та ін.), психофізіологічний (П.К. Анохін, М.О. Бернштейн, Д.О. Ширяєв, Т.Ф. Базилевич та ін.), діяльнісний (Б.Ф. Ломов, Є.Н. Сурков, Л.О. Регуш та ін.), ситуаційний (Р. Нісбетт, Л. Росс та ін.), клінічний (Н.В. Суміна, В.Д. Менделевич, І.М. Фейгенберг, Т.В. Скиданенко та ін.) підходи. При цьому кожен підхід уносить

специфіку в розуміння терміна «антиципація» і його співвідношення з такими поняттями, як прогнозування, антиципаційна спроможність, передбачення, інтуїція тощо. Наприклад, О.О. Сергієнко розуміє антиципацію як універсальний механізм психічної організації людини, що включає вибірковість і випередження подій під час взаємодії із середовищем; П.К. Анохін – як «передбачення результатів дії, яке є універсальною функцією мозку, що запобігає всякого роду помилкам»; У. Найссер – як передбачаючі схеми, які є неспецифічними; В.Д. Менделевич – як здатність особистості з високою ймовірністю передбачати хід подій, прогнозувати розвиток ситуацій і власні реакції на них, діяти з тимчасово-просторовим попередженням тощо. Наведені вище дані вказують на складність і універсальність цього психологічного феномена [8, с. 4].

Постановка завдання. Мета дослідження – визначити й описати особливості прогностичної компетентності в людей із невротичними та психосоматичними розладами (тривожно-фобічним синдромом і виразками шлунку), здійснити порівняльний аналіз психологічних особливостей.

Виклад основного матеріалу дослідження. Дослідження проводилося серед пацієнтів із невротичними розладами в ТМО «Психіатрія» в м. Києві, відділення № 27, серед пацієнтів із виразкою шлунку в КМКЛ № 8 і КМКЛ № 12 у відділенні гастроентерології та серед умовно здорових людей м. Києва. Вибірка становить 63 респонденти: 20 пацієнтів із невротичними розладами, 21 респондент із виразкою шлунку і 22 респонденти контрольної групи. Вік досліджуваних – 23–60 років.

У дослідженні були застосовані методи: Гісенський опитувальник психосоматичних скарг; тест антиципаційної спроможності (прогностичної компетентності) (В.Д. Менделевич); шкала толерантності до невизначеності (Д. МакЛейн); опитувальник часової перспективи (Ф. Зімбардо).

За допомогою статистичного пакету SPSS 22.0 ми порівняли вибірку, яка була поділена на групи: пацієнти з тривожно-фобічним синдромом, пацієнти з виразкою шлунку та контрольна група.

Використавши непараметричний критерій порівняння середніх Крускала-Уолліса, ми виявили, що немає відмінностей між трьома групами в таких показниках: реватичні скарги, особистісна прогностична компетентність, загальна прогностична компетентність, толерантність до невизначеності, гедоністичне сьогодення, позитивне минуле.

Ревматичні скарги можуть виникнути в будь-якої людини, незалежно від діагнозу тощо. Однак трохи нижчий показник у контрольної групи, що може свідчити про те, що люди, які на цей момент не хворіють, відчувають себе краще й можуть не помічати незначних больових відчуттів.

Особистісна прогностична компетентність немає статистичної значущої відмінності, але має важливу відмінність у тому, що показник на межі 166 виявляє прогностичну спроможність. Тобто контрольна вибірка має спроможність за особистісною прогностичною компетентністю, близька до цього показника вибірка з діагнозом тривожно-фобічний синдром, а вибірка з діагнозом виразка шлунку виявляє неспроможність за показником особистісної прогностичної компетентності.

Загальна прогностична компетентність немає статистичної значущої відмінності, але має відмінність у тому, що показник на межі 241 виявляє прогностичну спроможність. Тобто всі групи респондентів виявляють спроможність за показником загальної прогностичної компетентності; толерантність до невизначеності свідчить про те, що респонденти усвідомлюють і приймають складність, неоднозначність і непередбачуваність навколишнього світу, миряться з ними й ураховують у своїх діях; вони схильні підходити до проблем творчо, а не шаблонно, не схильні до стереотипів.

Гедоністичне сьогодення, яке характеризується тим, що теперішнє бачиться відірваним від минулого й майбутнього, а єдина мета – насолода, не вирізняється в респондентів із різним діагнозом і кон-

трольної вибірки; позитивне минуле також не відрізняється, тобто ступінь прийняття власного минулого, за якого будь-який досвід є досвідом, що сприяє розвитку і призвів до сьогоdnішнього стану, є однако-вим й людей із діагнозами та без них.

За критерієм Крускала-Уолліса є статистично значущі відмінності між трьома групами в таких показниках: виснаженість, шлункові скарги, серцеві скарги, загальна сума скарг, часова прогностична компетентність, просторова прогностична компетентність, негативне минуле, майбутнє, фаталістичне сьогодення.

Розглянемо спочатку відмінності за психосоматичними скаргами між групами респондентів (рис. 1).

Виснаження найбільш виражене в респондентів із діагнозом тривожно-фобічний синдром, так як вони перебувають у такому психоемоційному стані, що виникає внаслідок важких періодів життя: сильних стресів, інших емоційних перевантажень організму. У контрольної групи та групи з виразкою шлунку показник майже однаковий і свідчить про менше виснаження, ніж у групи з тривожно-фобічним синдромом.

Шлункові скарги мають виражений характер у респондентів із виразкою шлунку, яким ці скарги притаманні за діагнозом. Респонденти з тривожно-фобічним розладом мають небагато шлункових скарг, а контрольна група майже зовсім не має.

Серцеві скарги майже не турбують контрольну групу респондентів, вищі показники та на одному рівні в респондентів із виразкою шлунку і тривожно-фобічним синдромом. Це можна пояснити тим, що

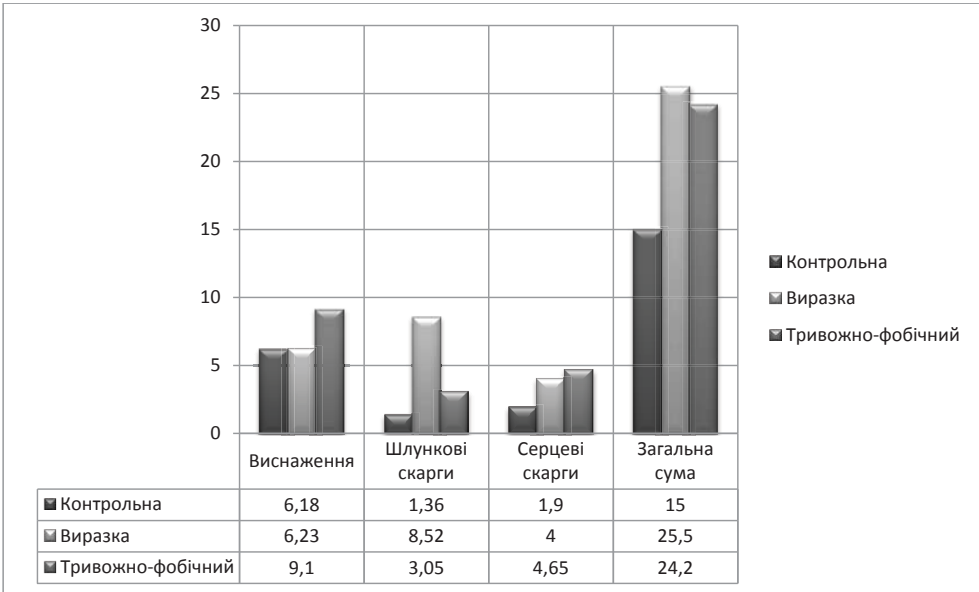


Рис. 1. Значущі відмінності між групами за психосоматичними скаргами

люди з цими діагнозами багато переживають і мають високий рівень тривоги, що й впливає на серцеві скарги, які збільшуються за таких умов.

Показник загальної суми скарг у контрольній групі значно менший, ніж у людей із виразкою і тривожно-фобічним синдромом, у яких ця кількість майже однакова з невеликою перевагою вибірки з виразкою. Це ще раз доводить, що психосоматичні скарги характерні більше для психосоматичних і невротичних хворих.

Далі розглянемо відмінності за часовою і просторовою компетентністю (рис. 2).

Часова прогностична компетентність загалом виявлена в межах неспроможності. Наближеними до рівня спроможності

є люди з тривожно-фобічним синдромом. Це і є головною відмінністю за цим показником. Адже в людей із виразкою ця компетентність нижча, а і контрольної групи взагалі найнижча. Це можна пояснити тим, що люди з тривожно-фобічним синдромом дуже переживають у тому числі за свої справи, відповідальні та для легшого переживання ситуацій розраховують час. Устигнути все зробити вчасно – для них це важливо, інакше – тривога стає вищою. Люди з виразкою та контрольна група менш схильні до невротичних переживань і реакцій, тому менше переймаються розпорядженням часу.

Просторова прогностична компетентність також виявляється у трьох групах

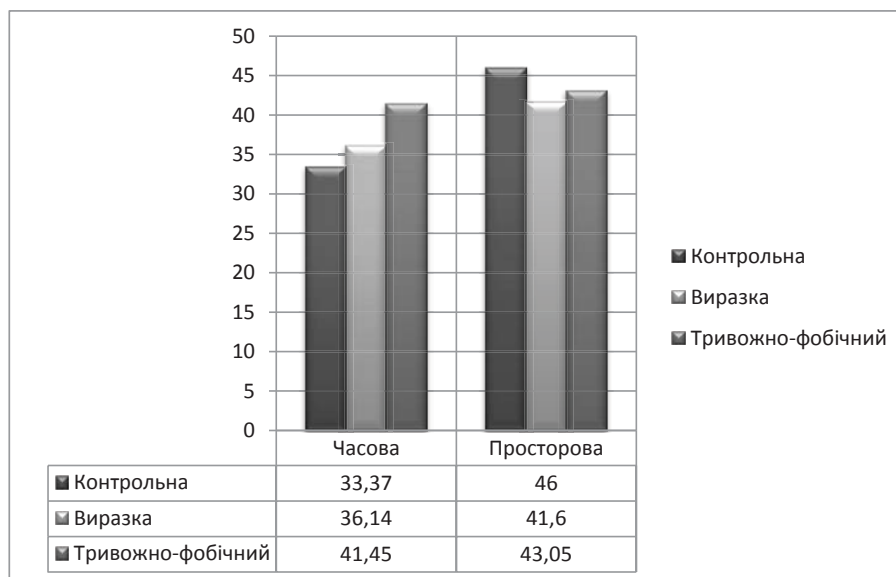


Рис. 2. Значущі відмінності між групами за часовою і просторовою прогностичною компетентністю

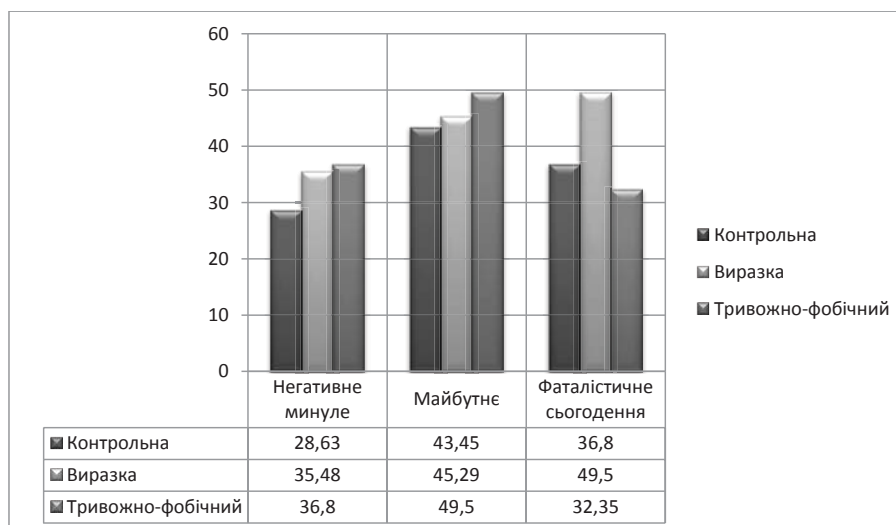


Рис. 3. Значущі відмінності між групами за часовою перспективою



як неспроможність. У контрольній групі компетентність найвища, далі група з тривожно-фобічним синдромом, найнижчі показники – у людей із виразкою.

Також розглянемо відмінності за часовою перспективою (рис. 3).

Негативне минуле домінує в людей із виразкою шлунку і тривожно-фобічним синдромом. Це пояснюється тим, що саме це негативне минуле вплинуло на зародження, початок і перебіг захворювання. Тому в умовно здорової вибірки показник негативного минулого значно менший.

Показник майбутнього домінує в людей із тривожно-фобічним синдромом, що означає їхні переживання щодо минулого. Якщо згадати результат із часової прогностичної компетентності, то, вірогідно, є зв'язок між тим, що тривожно-фобічні переймаються за розподілення часу та живуть майбутнім, так як думають про те, щоб усе встигнути вчасно, а над теперішнім й над собою в теперішньому не замислюються. Трохи нижчий цей показник у людей, хворих на виразку шлунку, а ще нижчий у контрольній групі.

Фаталістичне сьогодення домінує в людей із виразкою шлунку, це можна пояснити тим, що в людей із цим діагнозом думки пов'язані з тим, що вони стали жертвами долі, обставин, оточення. Вони не бачать власної ролі в тому, що з ними відбувається, і не вирішують свої проблеми. Набагато нижчий цей показник у контрольній групі. І найнижчий він у людей із тривожно-фобічним розладом, так як вони напружені на майбутнє та не думають про теперішнє.

Крім цього, ми розглянули зв'язки між змінними за допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пірсона). Виявлено такі значущі кореляційні зв'язки:

- підвищені скарги психосоматичного характеру зменшують просторову (-0,362**, $p=0,04$), особистісну (-0,337**, $p=0,07$) і загальну прогностичну компетентність (-0,390**, $p=0,02$), зменшують толерантність до невизначеності (-0,387**, $p=0,002$), збільшують ступінь неприйняття власного минулого (0,347**, $p=0,005$), зменшують наявність планів на майбутнє (-0,318*, $p=0,011$);

- підвищені серцеві скарги зменшують гедоністичні тенденції (-0,274*, $p=0,030$);

- високі показники часової прогностичної компетентності зменшують толерантність до невизначеності (-0,266*, $p=0,035$), збільшують ступінь неприйняття власного минулого (0,288**, $p=0,022$), збільшують наявність планів на майбутнє (0,690**, $p=0,000$) і сприйняття теперішнього як заздалегідь визначеного без участі самої людини (0,428**, $p=0,000$);

- високі показники просторової прогностичної компетентності зменшують ступінь неприйняття власного минулого (-0,298**, $p=0,017$), збільшують гедоністичні тенденції (0,249*, $p=0,049$);

- високі показники особистісної прогностичної компетентності зменшують толерантність до невизначеності (-0,290*, $p=0,021$), збільшують ступінь прийняття власного минулого (0,259*, $p=0,041$);

- високі показники загальної прогностичної компетентності збільшують наявність планів на майбутнє (0,298*, $p=0,018$), збільшують ступінь прийняття власного минулого (0,276*, $p=0,029$);

- високі показники толерантності до невизначеності зменшують ступінь неприйняття власного минулого (-0,503**, $p=0,000$).

Висновки з проведеного дослідження. Прогностична компетентність може слугувати індикатором здорового ставлення до життя. У дослідженні визначено й описано особливості прогностичної компетентності в людей із невротичними та психосоматичними розладами (тривожно-фобічним синдромом і виразкою шлунку), здійснено порівняльний аналіз психологічних особливостей.

Особистісна прогностична компетентність виявляється в межах спроможності в контрольній групі. Нижча вона у груп із діагнозом виразка шлунку і тривожно-фобічний синдром.

Отримані значущі статистичні відмінності між групами, які мають діагноз виразка шлунку, тривожно-фобічний синдром, і контрольною групою за показниками часової прогностичної компетентності. Найвищий він у вибірки з тривожно-фобічним синдромом. У вибірці з виразкою шлунку цей показник нижчий. Ще нижчий він у контрольній групі. Рівень спроможності за показником часової прогностичної компетентності відсутній у всіх групах респондентів.

Отримані значущі статистичні відмінності між групами, які мають діагноз виразка шлунку, тривожно-фобічний синдром, і контрольною групою за показниками просторової прогностичної компетентності. Найвищий рівень у контрольній групі. Нижчий цей показник у груп із тривожно-фобічним синдромом і виразкою шлунку. Рівень спроможності за показником просторової прогностичної компетентності відсутній у всіх групах респондентів.

Підвищення показника часової прогностичної компетентності знижує толерантність до невизначеності, збільшує ступінь неприйняття власного минулого, збільшує

наявність планів на майбутнє і сприйняття теперішнього як заздалегідь визначеного без участі самої людини.

Підвищення показника просторової прогностичної компетентності знижує ступінь неприйняття власного минулого, збільшує гедоністичні тенденції.

Підвищення показника особистісної прогностичної компетентності зменшує толерантність до невизначеності, збільшує ступінь прийняття власного минулого.

Підвищення показника загальної прогностичної компетентності збільшує наявність планів на майбутнє, ступінь прийняття власного минулого.

На основі результатів дослідження для формування прогностичної спроможності оптимальним методом роботи є тренінг, який дасть змогу розвинути багатоваріантний тип мислення, навчить здатності прогнозувати події, яка допоможе запобігти виникненню міжособистісних конфліктів, виділяти суттєві ознаки й передумови прекофліктної ситуації та вирішувати її на стадії первинного формування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева – М. : Аспект-Пресс, 1997. – 324 с.
2. Ломов Б.Ф. Антиципация в структуре деятельности / Б.Ф. Ломов, Е.Н. Сурков. – М. : Наука, 1980. – 280 с.
3. Ломов Б.Ф. Вероятностное прогнозирование как одна из детерминант непреднамеренного запоминания / Б.Ф. Ломов, А.К. Осницкий // Новые исследования в психиатрии и возрастной психиатрии. – М., 1972. – С. 93–104.
4. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы невротогенеза / В.Д. Менделевич // Психологический журнал. – 1996. – № 4. – С. 107–114.
5. Менделевич В.Д. О некоторых психологических механизмах невротогенеза / В.Д. Менделевич // Психологический журнал. – 1990. – № 6. – С. 113–117.
6. Психология. Словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.
7. Рёгуш Л.А. Психология прогнозирования: успехи в познании будущего / Л.А. Рёгуш – СПб. : Речь, 2003. – 352 с.
8. Рябова Т.В. Взаимосвязь антиципационной состоятельности и креативности у психически здоровых и больных шизофренией : дисс. ... канд. психол. наук / Т.В. Рябова. – Казань, 2003. – 109 с.