



Психологічна адаптація особистості до захворювання нирковою недостатністю

Гульбс О.А.

Краматорський економіко-гуманітарний інститут

Article info

Received

4 January 2016

Accepted

9 March 2016

У статті розглянута психологічна адаптація особистості до захворювання нирковою недостатністю. Для вирішення цього питання необхідний аналіз преморбідних особливостей особистості, вивчення психічного стану хворого, включаючи його реакції на захворювання нирок і ставлення до лікування. Особливе значення має емоційна стійкість і адекватність емоційних реакцій на різні життєві труднощі.

Ключові слова: психологічна адаптація, ниркова недостатність, психічний стан, емоційна стійкість.

Hulbs O.A.

Psychological Adaptation of Individual to Renal Disease

In the article the psychological adaptation of personality to renal disease. To address this issue the necessary analysis premorbid personality traits, the study of the mental state of the patient, including his reaction to the kidney and attitude to likuvannya. Of particular importance is the emotional stability and adequacy of emotional reactions to various life challenges.

Keywords: psychological adaptation, kidney failure, mental health, emotional stability.

Постановка проблеми. При розгляді психологічної адаптації велике значення надається властивому до хвороби типу розвитку компенсаторних захисних психологічних реакцій: схильності до заперечення проблем, пов'язаних з захворюванням. Якщо захворювання набуває хронічного перебігу, то образ життя хворого, пов'язаний з виконанням ним ролі «хворого», багато в чому зберігається: обмеження в дієті, у фізичних і емоційних навантаженнях, в режимі праці та відпочинку, підтримуючої терапії. Наскільки строго і пунктуально хворий буде дотримуватися рекомендацій лікаря, багато в чому залежить від суб'єктивної оцінки ним свого стану, від того, що він сам думає про свою хворобу, як оцінює перспективи одужання і свою роль у цьому процесі.

Формування мети статті і постановка задачі. Розглянути психологічну адаптацію особистості до захворювання нирковою недостатністю.

Аналіз останніх досліджень. Суб'єктивна сторона захворювання різними авторами позначається різним чином. А. Гольдшейдер використовує термін «аутопластическая картина захворювання», М.В. Мясичев - «ставлення до хвороби», Б.Д. Карвасарский-«свідомість хвороби», Ю.Ф. Лібих застосовує поняття «концепція хвороби», Н.Д. Лакосіна - «реакція на захворювання». Найбільш поширеним і загальноприйнятим терміном, що позначає суб'єктивну сторону відображення у свідомості хворого патологічного процесу, є термін «внутрішня картина хвороби»[1,2,4].



Внутрішньої картиною хвороби О.Р. Лурія називає «весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм». У сучасній літературі частіше використовують більш просте визначення: внутрішня картина хвороби – це сума відчуттів, переживань, уявлень, пов'язаних із захворюванням. У структурі внутрішньої картини хвороби О.Р. Лурія виділяє 4 компоненти: сенситивний, що відображає локальні болі і розлади; емоційний; раціональний і мотиваційний, або вольовий, пов'язаний зі свідомими цілеспрямованими діями з подолання хвороби[3].

А.В. Петровський і М.Г. Ярошевський визначають внутрішню картину хвороби як ту, «що виникає у хворого цілісний образ свого захворювання»[5]. З психологічної точки зору формування цього цілісного образу здійснюється в кілька етапів. При виникненні дисгармонії, порушення узгодженої діяльності різних органів і систем, появі ознак морфофункціональних розладів розвиваються суб'єктивні стани з відчуттями незвичайного, невизначеного характеру. Ці відчуття, будучи провісниками соматичної хвороби, обумовлюють стан, що позначається як дискомфорт. Порушення психофізіологічного тону, зміни настрою в ряді випадків можуть бути раннім симптомом окремих форм соматичних захворювань. Поряд з дифузними (невизначеними) суб'єктивними відчуттями дискомфорту, можливий локальний дискомфорт (в області серця, шлунка, кишечника). Подальший розвиток захворювання може супроводжуватися переростанням дискомфорту в больові відчуття.

В.О. Ташликов розглядає внутрішню картину хвороби як систему психічної адаптації хворого до свого захворювання, що має в своїй основі механізми психологічного захисту. На думку автора, внутрішня картина хвороби створюється в захисних цілях, для ослаблення інтенсивності негативних переживань, пов'язаних з хворобою, компенсації почуття провини, сорому, агресії. У структурі внутрішньої картини хвороби В.О. Ташликов виділяє пізнавальний, емоційний і мотиваційно-поведінковий аспекти[6].

Уявлення про психологічний захист було введено З. Фрейдом і розроблялося його дочкою А. Фрейд. У психологічній літературі представлено різне розуміння цього терміна. Р.А. Зачеписцький визначає психологічний захист як «пасивно-оборонні форми реагування в патогенної життєвої ситуації», Ф.В. Бассін - як «психічну діяльність, спрямовану на спонтанне зживання наслідків психічної травми»[2].

Виклад основного матеріалу. За сучасними уявленнями, біль – це своєрідне психофізіологічний стан людини, який виникає в результаті впливу надсильних подразників, що викликають органічні або функціональні зміни в організмі[1]. Як сигнал неблагополуччя біль викликає різноманітні індивідуальні реакції. Реакція на біль, її суб'єктивна оцінка змінюються залежно від зовнішніх умов, індивідуальних особливостей особистості, відносини до больових відчуттів. Очікування і побоювання болі, втому і безсоння підвищують чутливість до неї. Як елементарного переживання біль представляється найбільш близькою до емоції страху. Больові відчуття оцінюються хворим не тільки як ознака, симптом захворювання, але і як сигнал загрози для життя і можливих наслідків у вигляді інвалідизації, зміни професійного, соціального статусу, матеріального становища. Емоція страху, що виникає у відповідь на больоче вплив, запускає цілий комплекс емоційних реакцій, пов'язаних з хворобою: почуття надії, переживання смутку, відчаю, безнадії, скорботи, туги. Численні емоційні феномени, які проявляються на різних етапах формування хвороби, в ході її перебігу, складають емоційний компонент внутрішньої картини хвороби[3].



Емоційні переживання стимулюють пізнавальну діяльність, яка спрямована на пошук інформації та конструювання логічної схеми, концепції, що пояснює хворому, що з ним відбувається. На етапі побудови концепції важливу інформацію він отримує від лікаря. Крім медичних працівників, хворий починає радіти з родичами і знайомими, які переживали що-небудь подібне; він читає науково-популярні журнали з медицини; дивиться і слухає науково-популярні передачі. В результаті сконструйована хворим концепція захворювання (раціональний компонент внутрішньої картини хвороби) може виявитися суб'єктивною і далекою від реальності. Своє уявлення про хворобу особистість втілює в конкретних діях, спрямованих на подолання хворобливого стану: він йде на прийом до лікаря, до представника альтернативної медицини або займається самолікуванням (мотиваційний, або вольовий компонент внутрішньої картини хвороби).

Велику роль в психологічній адаптації особистості до захворювання, на думку М.В. Мясіщева, відіграє психологічний захист[4]. Подання про механізми психологічного захисту сформувався в рамках психоаналітичного напрямку в психології. Згідно послідовникам цього напрямку, психологічний захист складає ряд специфічних прийомів переробки переживань, нейтралізують патогенний вплив, який ці переживання можуть надавати.

В.О. Ташликов описує наступні механізми психологічного захисту:

1. Витіснення – це механізм психологічного захисту, за допомогою якого неприйнятні для особистості імпульси (бажання, думки, почуття), що викликають тривогу, стають несвідомими. Витіснення (пригнічені) імпульси, не знаходячи вирішення в поведінці, проте, зберігають свої емоційні та психовегетативні компоненти. При витісненні змістовна сторона психотравмуючої ситуації не усвідомлюється, а викликане нею емоційне напруження сприймається як невмотивована тривога.

2. Заперечення – механізм психологічного захисту, який полягає в запереченні, неусвідомленні (відсутності сприйняття) яких-небудь психотравмуючих обставин. Як процес, спрямований ззовні, «заперечення» часто протиставляється «витіснення» як психологічного захисту проти внутрішніх, інстинктивних вимог і спонукань. Як механізм психологічного захисту заперечення реалізується за будь-яких зовнішніх конфліктах і характеризується вираженням спотворенням сприйняття дійсності, коли індивід не сприймає інформацію, що суперечить його основним установам, уявленню про світ і самому собі.

3. Реактивні утворення. Цей вид психологічного захисту нерідко ототожнюється з гіперкомпенсацією. До реактивних утворень відноситься заміна «Его» - неприйнятних тенденцій на прямо протилежні. Наприклад, перебільшена любов дитини до одного з батьків може бути перетворенням соціально неприпустимого почуття ненависті до нього. Жалість або дбайливість можуть розглядатися як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості або емоційної байдужості.

4. Регресія – повернення на більш ранню стадію розвитку або до більш примітивних форм поведінки, мислення. Наприклад, істеричні реакції типу блювання, смоктання пальців, дитяче белькотіння, зайва сентиментальність, перевага «романтичної любові» та ігнорування сексуальних відносин у дорослої людини йдуть в хід, коли «Его» не в змозі прийняти реальність такою, яка вона є. Регресія, як і реактивні освіти, характеризує інфантильну і невротичну особистість.

5. Ізоляція – відділення афекту від інтелектуальних функцій. Неприємні емоції блокуються таким чином, що зв'язок між певною подією та її емоційним переживанням у свідомості не виступає. За своєю феноменологією цей механізм психологічного захисту



нагадує синдром відчуження в психіатрії, для якого характерно переживання втрати емоційного зв'язку з іншими людьми.

6. Ідентифікація – захист від загрозового об'єкта шляхом ототожнення себе з ним. Так, маленький хлопчик несвідомо намагається бути схожим на батька, якого боїться, і тим самим заслужити його любов і повагу. Завдяки механізму ідентифікації досягається також символічне володіння недосяжним, але бажаним об'єктом. Ідентифікація може відбуватися практично з будь-яким об'єктом – іншою людиною, твариною, неживим предметом, ідеєю і т.д.

7. Проекція. В основі механізму проекції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлювані і неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписуються іншим людям. Агресивний людина схильна, оцінюючи самого себе як особистість сенситивну, раниму і чутливу, приписувати оточуючим агресивні риси, проектуючи на них відповідальність за соціально несхвалювані агресивні тенденції.

8. Заміщення (зміщення). Дія цього захисного механізму виявляється у своєрідній «розрядці» пригнічених емоцій, зазвичай ворожості і гніву, спрямованих на більш слабких, беззахисних (тварин, дітей, підлеглих). При цьому суб'єктом можуть відбуватися несподівані, у ряді випадків безглузді дії, які дозволяють внутрішнє напруження.

9. Раціоналізація – псевдорозумне пояснення людиною своїх бажань, вчинків, насправді викликаних причинами, визнання яких загрожувало втратою самоповаги. Найбільш яскраві прояви механізму раціоналізації отримали назву «кислий виноград» і «солодкий лимон». Захист по типу «кислого винограду» полягає в знеціненні недосяжного, зниженні цінності того, що суб'єкт отримати не може. Захист по типу «солодкого лимона» має своєю метою не стільки дискредитацію недосяжного об'єкта, скільки перебільшення цінності того, чим людина реально володіє. Механізми раціоналізації найбільш часто використовуються в ситуаціях втрати, захищаючи від депресивних переживань.

10. Сублімація – психологічний захист за допомогою десексуалізації первинних імпульсів і перетворення їх у соціально прийнятні форми активності. Агресивність може сублімувати в спорті, еротизм - в дружбі, ексгібіціонізм – узвичці носити яскравий, помітний одяг[6].

В останні десятиліття в зарубіжній психології широко обговорюється проблема подолання конфлікту в формах його компенсації або копінг-поведінки. Поняття «копінг», або подолання стресу, розглядається як діяльність особистості по підтримці або збереженню балансу між вимогами середовища і ресурсами, що задовольняють вимогам. Копінг-поведінка реалізується за допомогою застосування копінг-стратегій на основі особистісних і середовищних копінг-ресурсів. Воно є результатом взаємодії блоку копінг-стратегій і блоку копінг-ресурсів. Копінг-стратегії – це актуальні відповіді особистості на сприйняту загрозу, як спосіб управління стресом. Відносно стабільні особистісні та соціальні характеристики людей, що забезпечують психологічний фон для подолання стресу і сприяють розвитку копінг-стратегій, розглядаються як копінг-ресурс[4].

Одним з найважливіших середовищних копінг-ресурсів є соціальна підтримка у вигляді інформації, що приводить суб'єкта до твердження, що його люблять, цінують, піклуються про нього, і що він є членом соціальної мережі і має з нею взаємні зобов'язання. Як показують дослідження, особи, які отримують різні види підтримки від сім'ї, друзів, значущих для них людей, відрізняються більш міцним здоров'ям, легше переносять повсякденні життєві труднощі і захворювання. Соціальна підтримка, пом'якшуючи вплив стресорів на організм, тим самим зберігає здоров'я і благополуччя індивіда, полегшує адаптацію і сприяє розвитку людини. До особистісних копінг-ресурсів відносять Я-



концепцію, локус контролю, сприйняття соціальної підтримки, низький нейротизм, емпатію, афіліацію та інші психологічні характеристики. З когнітивною сферою пов'язані такі стратегії, як відволікання і проблемний аналіз, з емоційною – емоційна розрядка, оптимізм, пасивне співробітництво, збереження самовладання, з поведінковою – відволікання, альтруїзм, активне уникнення, пошук підтримки, конструктивна активність [1].

Психологічний захист пасивний і неконструктивний, в той час як копінг-механізми активні і конструктивні. Найбільш продуктивними копінг-стратегіями хворих вважаються: співробітництво (хворий з лікарем у лікувально-діагностичному процесі); активний пошук підтримки (у соціальному або терапевтичному середовищі); розумна ступінь ігнорування хвороби; проблемний аналіз. Використання копінг-стратегій, як і механізмів психологічного захисту, розрізняється залежно від нозологічної приналежності особистості. Залежно від способу адаптації особистості до захворювання, від сформованої ним внутрішньої картини хвороби, від використовуваних механізмів психологічного захисту, копінг-стратегій у практиці лікаря зустрічаються самі різні психологічні реакції на захворювання, які реалізуються у відповідних формах поведінки.

Однією з можливих форм психологічного реагування в ситуації хвороби є дисимуляція. Віддаючи собі звіт в тому, що він хворий, особистість свідомо приховує симптоми хвороби і прикладає значні зусилля, щоб приховати їх: продовжує виконувати в колишньому обсязі свої професійні, сімейні, соціальні обов'язки. Незважаючи на те, що в міру розвитку захворювання приховувати симптоми стає все важче, особистість наполегливо продовжує триматися обраної ним лінії поведінки.

Перебільшення симптомів, тяжкості стану, демонстроване хворим – це агравація. При агравації особистість намагається представити реально існуюче захворювання або хворобливий стан більш важким і небезпечним, ніж це є насправді. Агравація може спостерігатися у осіб з істероїдним рисами характеру. Хвороба використовується такими особами з демонстративно-шантажними цілями: для того, щоб привернути до себе увагу, викликати співчуття, домогтися якихось вигод, маніпулюючи почуттями оточуючих людей. Поведінка агравації характерно для літніх хворих, які, відчуючи страх самотності, боячись в будь-який момент опинитися в безпорадному стані, прагнуть привернути до себе увагу лікарів, медичного персоналу, продовжити термін перебування в стаціонарі. Агравація не є повністю несвідомою психологічною реакцією: мета і причини такої поведінки можуть бути усвідомлені хворими [2].

Неусвідомлення хвороби, її симптомів називають анозогнозією. Є такі хворі, які «приховують» своє захворювання не тільки від оточуючих людей, а й від самого себе. Як би не були очевидні ознаки хвороби для інших людей, він стверджує, що здоровий, не потребує медичної допомоги і відмовляється звертатися до лікарів. Реакція «відходу у хворобу» полягає в тому, що особистість, фіксуючись на своєму хворобливому стані, ставить його в центр власних інтересів, відносин, ігноруючи все, що не пов'язано із захворюванням. Така заглибленість в хворобливі переживання, захваченість всієї особистості відбуваються в організмі змінами зазвичай супроводжується невдачами в житті, конфліктними суб'єктивно нерозв'язними проблемами. Хвороба позбавляє від необхідності вирішувати складні життєві ситуації, служить виправданням професійної або особистої неспроможності, набуваючи таким чином значення «умовної приємності», «умовної бажаності». Реакція «відходу у хворобу» може формуватися в осіб з істероїдним рисами, завищений рівень домагань яких при недостатніх здібності та відсутність тривалого вольового зусилля не дозволяє їм домагатися поставлених цілей, визнання і



захоплення з боку оточуючих. Наявність захворювання дає таким людям можливість отримувати увагу, співчуття і турботу, задовольняючи певною мірою егоцентричні інтереси[2].

Таким чином для формування психологічної реакції хворого на захворювання має значення і те, як до нього ставляться родичі, друзі, значущі особи з оточення хворого. Особистість, позбавлена уваги і турботи з боку близьких, прагне швидше повернутися до професійної діяльності, щоб повернути собі втрачене внаслідок хвороби розташування членів сім'ї.

Висновки та перспективи дослідження.

1. Важливу роль в психологічній адаптації особистості до захворювання нирковою недостатністю відіграє внутрішня картина хворобита механізми психологічного захисту людини під час захворювання.

2. У формуванні психологічної реакції особистості на захворювання приймає участь такий важливий фактор, як його «соціальна престижність», тобто ставлення до нього і до хвороб в даній соціальній групі та родині.

3. Копінг-поведінка, поряд з механізмами психологічного захисту, розглядається в якості найважливіших форм адаптаційних процесів і реагування індивідів на стресові ситуації.

Література

1. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский – М., 1982.
2. Лакосина Н.Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М., 1984.
3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – 4-е изд. М., 1977.
4. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1969.
5. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд. — М., 1990.
6. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: Пособие для врачей / В.А. Ташлыков. – СПб., 1992. — 24с.

References

1. Karvasarskiy B.D. Meditsinskaya psihologiya / B.D. Karvasarskiy – M., 1982.
2. Lakosina N.D. Meditsinskaya psihologiya / N.D. Lakosina, G.K. Ushakov. – M., 1984.
3. Luriya P.A. Vnutrennyaya kartina bolezney i yatrogennyie zabolevaniya / P.A. Luriya. – 4-e izd. M., 1977.
4. Myasishev V.N. Lichnost i nevrozyi / V.N. Myasishev. – L.: Izd-vo LGU, 1969.
5. Psihologiya. Slovar / Podobsch. red. A.V. Petrovskogo, M.G. Yaroshevskogo. — 2-e izd. — M., 1990.
6. Tashlyikov V.A. Psihologicheskaya zaschita u bolnyih nevrozami i s psihosomaticheskimi rasstroystvami: Posobie dlya vrachey / V.A. Tashlyikov. – SPb., 1992. — 24s.



Гульбс О.А. Психологическая адаптация личности к заболеванию почечной недостаточностью.

В статье рассмотрена психологическая адаптация личности к заболеванию почечной недостаточностью. Для решения этого вопроса необходим анализ преморбидных особенностей личности, изучение психического состояния больного, включая его реакции на заболевание почек и отношение к лечению. Особое значение имеет эмоциональная устойчивость и адекватность эмоциональных реакций на различные жизненные трудности.

Ключевые слова: психологическая адаптация, почечная недостаточность, психическое состояние, эмоциональная устойчивость.

Гульбс О.А. Психологічна адаптація особистості до захворювання нирковою недостатністю [Hulbs O.A. Psychological Adaptation of Individual to Renal Disease] // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 2 (14) – co-publ.: Publishing office: Accent graphics communications – Hamilton, ON, 2016. –P. 55-61.