

## ОСОБЛИВОСТІ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НИРКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Аналіз різних психологічних напрямів і підходів [3; 5 та ін.] дозволяє виділити основні теоретичні положення щодо розуміння особистісно-структурних і середовищних факторів, які визначають самосвідомість хворих. Системна взаємодія цих факторів у біологічній та психосоціальной площині лежить в основі "внутрішньої картини хвороби". Досвід показує, що найбільшого значення в комплексному лікуванні хворих набули захисні та компенсаторні можливості людини, її ставлення до хвороби, реакції на неї тощо. Водночас відкритим залишається питання вивчення механізмів психологічного захисту та особливостей їх взаємозв'язку з типами ставлення до захворювання.

Узагальнення останніх досліджень і публікацій щодо вивчення механізмів психологічного захисту (Ф.Б.Березін, Б.В.Іовлев, Е.Б.Карпова тощо) свідчить, що медико-психологічна трактовка цього поняття опирається на проблеми психічної адаптації. За визначенням більшої частини дослідників, механізмами психологічного захисту виступають адаптивні, як правило неусвідомлювані, реакції особистості. Ці реакції направлені на захисну зміну значущості дезадаптивних компонентів відношень – когнітивного, емоційного, поведінкового, з метою зменшення їх психотравмуючого впливу на хворого.

Проблема дослідження стосується створення умов для ефективного психологічного супроводження хворого в залежності від домінуючих захисних механізмів, з урахуванням типу ставлення до хвороби.

У зв'язку з цим, метою нашого дослідження є вивчення прояву захисних механізмів у хворих на хронічну ниркову недостатність у залежності від типу їхнього ставлення до захворювання.

Психологічний аналіз проблем "хвороба – особистість" і "особистість – хвороба" з позицій практичної психології має базуватися на системній взаємодії когнітивних і емоційних поведінкових компонентів: знань про хворобу, її усвідомленні особистістю, розумінні

ролі та впливу захворювання на особистісне функціонування, емоційних і повежінкових реакціях, пов'язаних з хворобою. При психосоматичній патології (зокрема, при хронічній нирковій недостатності) механізми психологічного захисту направлені на подолання фруструючого впливу хвороби на пацієнта [1; 4].

Володіння практичних психологів знаннями про механізми психологічного захисту та їх прояви у хворих в залежності від типів реагування на хворобу дає можливість використовувати сучасний арсенал психотерапевтичних методів, здатних суттєво коригувати "масштаби переживання хвороби". Психолог може створити більш ефективні умови та реалістичні установки хворих на одужання, попередити виникнення в них вторинних ознак дистресу тощо.

З огляду на важливість ролі захисних механізмів особистості хворих у ході лікування хронічної ниркової недостатності, нами було проведено психологічне обстеження пацієнтів Одеської обласної клінічної лікарні, в якому взяли участь 30 осіб. Хворі були умовно розподілені на дві групи в залежності від клінічного перебігу хвороби, кожна з яких також поділена на дві підгрупи за віковою ознакою. Перша група складалась із хворих, що перебували в початковому періоді хвороби і містила в собі дві вікові підгрупи: 20-34 роки й 35-50 років. Друга група складалась із хворих, які перебували в наступному періоді захворювання й обіймала також дві вікові підгрупи. Крім того, до обстеження як "контрольну" групу – віком від 25 до 50 років – було залучено 10 осіб без ознак хронічної ниркової недостатності (ХНН).

Для визначення механізмів психологічного захисту (МПЗ) у хворих на ХНН нами було застосовано методику "Індекс життєвого стилю" (LSI) (Н.Келлерман, Р.Плутчик, 1998). Зазначена методика дозволила вивчити такі захисні механізми: А - заперечення, В - витиснення, З - регресія, Д - компенсація, Е - проєкція, F - заміщення, G - інтелектуалізація, Н - реактивне утворення (див.табл.1).

Таблиця 1.

Відмінності у виразності механізмів психологічного захисту в групах хворих різних вікових категорій

група	А	В	С	Д	Е	F	G	Н
25-34 років	92,4	87,4	53,3	55,4	84,1	59,6	71,9	53,4
35-50 років	91,1	64,6	77,2	78,6	78,6	70,0	74,5	83,4
t	0,64	<b>2,15</b>	<b>2,18</b>	<b>2,56</b>	0,70	0,99	0,35	<b>2,09</b>
група	А	В	С	Д	Е	F	G	Н
25-34 років	92,4	87,4	53,3	55,4	84,1	59,6	71,9	53,4
контрольна група	36,6	34,9	37,0	56,9	55,8	32,2	32,4	35,7
t	<b>7,12</b>	<b>6,34</b>	1,60	0,19	<b>3,60</b>	<b>3,16</b>	<b>5,30</b>	1,44
група	А	В	С	Д	Е	F	G	Н
35-50 років	91,1	64,6	77,2	78,6	78,6	70,0	74,5	83,4
контрольна група	36,6	34,9	37,0	56,9	55,8	32,2	32,4	35,7
t	7,14	2,90	6,26	3,96	5,12	4,58	6,84	5,20

Отримані середні значення, які характеризують механізми психологічного захисту в групі 25-34 років, демонструють, що у хворих найбільш виражені такі як: відмова "А" (92,4 б); витиснення "В" (87,4 б); проєкція "Е" (84,1 б). Низькі показники виявлено стосовно механізмів психологічного захисту: регресія "С" (53,3 б), реактивний образ "Н" (53,4 б). Домінування механізмів психологічного захисту (відмова, витиснення, проєкція) для хворих у віці 25-34 роки свідчить про успішну пси-

хологічну адаптацію до лікування, більш високу довіру до лікаря та віру в позитивний результат лікування.

Показники виразності механізмів психологічного захисту в категорії хворих 35-50 років свідчать про домінування таких їх видів, як: відмова "А" (91,1 б), реактивні образи "Н" (83,4 б). Інші прояви МПЗ знаходяться в межах середньої виразності значень (64,3-78,6 б). Цей факт демонструє, що у хворих цього віку мають місце практично всі види МПЗ.

Аналіз значень прояву видів МПЗ в контрольній групі демонструє, що всі показники знаходяться в межах низької та середньої виразності, із незначним домінуванням тільки двох механізмів: компенсації "Д" (56,9 б) і проекції "Е" (55,8 б). Це можна пояснити тим, що здорові люди переважно реагують на фрустраційні ситуації, вітальні загрози за типом переборювання, а не через МПЗ. Саме на це вказують відносно рівномірні показники проявів МПЗ в контрольній групі.

Порівняння результатів, отриманих у групах 25-34 і 35-50 років, показало, що вони різняться за показниками проявів таких МПЗ, як: витиснення ( $t=2,15$ ), регресія ( $t=2,18$ ), компенсація ( $t=2,56$ ), реактивний образ ( $t=2,09$ ). При цьому зазначені МПЗ у групі молодого віку проявляються слабше, ніж у групі хворих 35-50 років. У свою чергу, механізм "витиснення" домінує у групі більш молодих хворих, що пояснюється тим, що ними зазвичай не усвідомлюється в повній мірі психотравмуюча ситуація, але викликане нею емоційне напруження суб'єктивно сприймається як зовнішньо немотивована тривога.

Стосовно даних про порівняння прояву МПЗ хворих більш молодого віку із контрольною групою, маємо зазначити, що в середньому більш значущими виявились такі механізми: відмова -  $t = 7,12$ ; витиснення -  $t = 6,34$ ; інтелектуалізація -  $t = 5,3$ ; проекція -  $t = 3,60$ ; заміщення -  $t = 3,16$ . Але порівняння даних хворих старшої вікової групи з показниками контрольної групи свідчить, що в даному віці зустрічаються всі види МПЗ як значущі, ніж у хворих 25-34 років. У зв'язку з цим можна припустити, що даний факт зумовлений більш широким спектром типів ставлення до хвороби у старшому віці, що спричиняє й більш широкий прояв видів МПЗ хворих старшого віку.

Враховуючи попередні дані проведеного нами дослідження щодо виявлення типів реагування на хворобу (ХНН) хворих [2], а також результати дослідження МПЗ у цієї ж категорії пацієнтів, можна стверджувати, що існує значний зв'язок між сенситивним типом ставлення до хвороби у хворих 25-34 років з такими видами МПЗ як заміщення ( $r=0,65$ ) й інтелектуалізація ( $r=0,53$ ). Наявність значущого зв'язку між цими показниками можна пояснити тим, що при сенситивному реагуванні на ХНН характерно збереження розумової працездатності, інтелектуальний рівень формується за рахунок отримання інформації від інших хворих, емоційний рівень характеризується страхом перед очікуванням подальшого лікування. МПЗ "інтелектуалізація" сприяє подоланню фруструючої ситуації за допомогою логічних установок, уникнення реальної сприйняття хвороби. Встановлений зв'язок сприяє хворому із сенситивним типом реагування на хворобу захистити себе від фруструючої ситуації за рахунок псевдорационального обґрунтування свого страху за кінцевий результат лікування. Лікування ХНН викликає у хворого з сенситивним типом ставлення до свого захворювання також механізм "заміщення", який дає можливість йому подолати свій страх через перенесення відповідальності за результат лікування на інших осіб.

Щодо результатів, отриманих у групі старшої вікової категорії, можна відмітити наявність взаємозв'язку тривожного типу з МПЗ "витиснення" ( $r=0,59$ ), "проекції" ( $r=0,57$ ) і "заміщення" ( $r=0,55$ ). Крім того, МПЗ "компенсація" пов'язаний з невротичним типом реагування на ХНН ( $r=0,50$ ).

Відмітимо, що хворі з тривожним типом реагування відрізняються підвищеним інтересом до процесу лікування, до пошуку додаткової інформації про хворобу, підвищеними вимогами до медичного персоналу, перевіркою відомостей про свій стан здоров'я тощо. Виходячи з цього, МПЗ витиснення, проекції і заміщення є найбільш ефективними, враховуючи локалізацію зовнішньої спрямованості їх ознак, перенесення негативних емоцій та думок на інші об'єкти, саме у осіб з тривожним типом реагування на хворобу.

Наявність взаємозв'язку невротичного типу реагування із МПЗ "компенсація" ( $r=0,50$ ) зумовлена тим, що хворі на ХНН характеризуються дратливістю, несприйняттям дії сильних подразників, сполохами гніву, капризністю, підвищеною вимогливістю до оточуючих; при цьому вони шукають ласку, співчуття і заспокоєння тощо. Проте така поведінка сприяє уникненню конфліктних ситуацій із оточуючими і збереженню відчуття самодостатності.

Щодо результатів контрольної групи по вивченню взаємозв'язку МПЗ з типом реагування на хворобу, можна відмітити, що виявлено наявність зв'язку між "проекцією" та сенситивним типом відношення до захворювання ( $r=0,60$ ); "компенсацією" з типами ейфоричним ( $r=0,56$ ) і невротичним ( $r=0,56$ ); "реактивним образом" з апатичним типом ставлення ( $r=0,65$ ). Водночас вид захисного механізму "компенсація" не є характерним для хворих з тривожним типом ставлення до хвороби ( $r=-0,50$ ). Слід також відмітити відсутність зв'язку між тривожним типом реагування з захисним механізмом "витиснення" у представників контрольної групи ( $r = -0,60$ ).

Такий характер зв'язків ми пояснюємо тим, що основою сенситивного ставлення до хвороби є рефлексивний стиль мислення, орієнтація на думку й оцінку довколишніх. Отже, представники контрольної групи мають захисний механізм "проекція", який передбачає приписування свого ставлення до хвороби іншим людям.

Разом з тим, за наявністю у здорової людини такого захисного механізму, як "компенсація", відмічається підвищене відчуття самодостатності, тому відношення до хвороби характеризується необґрунтовано підвищеним настроєм, "наїграністю", легковажним ставленням до лікування, які є проявами ейфоричного типу реагування на захворювання. Наявність зв'язку захисного механізму "компенсації" з невротичним типом реагування на хворобу можна пояснити тим, що у здорової людини зазначений тип ставлення є найбільш розповсюдженим і є також неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання, що проявляється в роздратованості та гнівові щодо сприйняття будь-якої хвороби.

Апатичний тип реагування на хворобу у представників контрольної групи має такі основні прояви, як: повна втрата інтересу до своєї долі, крім стану свого здоров'я, депресія, що відповідає ознакам такого виду МПЗ як "реактивне утворення", за якого спостерігається емоційна байдужість.

Відсутність у "тривожних" здорових людей захисних механізмів "компенсація" та "витиснення" пов'язана з тим, що зазначена категорія хворих знаходяться у постійному пошуку виходу із травмуючої ситуації; вони не здатні подолати фруструючі обставини, що супроводжують хворобу, і ставлення до захворювання не можуть "витиснути".

Таким чином, можна зробити висновок, що у хворих на ХНН спостерігається досить різноманітні, але цілком виразні форми захисних особистісних механізмів, які мають чіткі зв'язки з типами реагування на хворобу. Отримані результати дають можливість лікарям-психотерапевтам і клінічним психологам використовувати індивідуальні та групові методи корекції стану хворих, що, у свою чергу, сприяє їхньому найбільш швидкому одужанню.

Свою подальшу роботу спрямовуємо на більш глибоке дослідження взаємозв'язку МПЗ з типами реагування

на хворобу у хворих з іншими видами захворювань.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Клубова Е.Б.* Методи медичинської психології в діагностиці психологічних захисних механізмів: Теорія і практика медичинської психології і психотерапії. – СПб.: Пітер, 1994. – 77 с.

2. *Лазоренко Т.М.* Індивідуальні особливості реагування на хворобу хворих на різних стадіях хронічної ниркової недостатності // Наука і освіта. – 2005.- № 3-4. – С.38-41.

3. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс, 1998. – 587 с.

4. *Михайлов А.Н., Ротенберг В.С.* Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. – 1990. - №5.

5. *Николаева В.В.* Влияние хронических болезней на психику: Психологическое исследование. – М.: МГУ, 1987. – 167 с.

*Подано до редакції 07.10.05*

#### РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются особенности проявления защитных механизмов у больных при хронической почечной недостаточности и их взаимосвязь с типом отношения к болезни.

#### SUMMARY

The article presents some features of displaying protective mechanisms of people suffering from chronic kidney insufficiency and their intercommunication with the type of attitude towards the illness.