

УДК159.9.07

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ В СТРУКТУРІ ВКХ ПРИ РІЗНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Лариса Дідковська

*Львівський національний університет імені Івана Франка  
вулиця Дорошенка, 41, 79000, Львів, Україна  
e-mail: didkovska@gmail.com*

На базі декількох міських клінічних лікарень м. Львова було проведено дослідження, в рамках якого обстежено 52 хворих різного віку із різноманітною соматичною патологією. Метою дослідження було вивчити роль психологічного захисту в процесі формування та викривлення ВКХ пацієнтів. Аналіз результатів виявив характер впливу психологічного захисту на формування ВКХ кожного із обстежених пацієнтів. Це дало змогу прийняти клінічно обґрунтовані рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней та методів психокорекції в кожному індивідуальному випадку, які мають бути спрямовані, перш за все, на стимуляцію власних ресурсів організму і адаптивних стилів реагування на захворювання.

*Ключові слова:* механізми психологічного захисту, концепція хвороби, внутрішня картина хвороби, дезадаптивна поведінка та конструктивний психологічний захист.

Останнім часом у всьому світі відмічається підвищення інтересу до психологічних проблем пацієнтів з різними соматичними захворюваннями, насамперед, в аспекті попередження у них порушень психічного здоров'я і формування ефективних психологічних компенсаторних механізмів адаптації [1–16]. Спеціалізовані періодичні видання рясніють дослідженнями на цю тему. Одержано наукові дані, що підтверджують ефективність психокорекційних втручань у хворих соматичного профілю [14]. Продемонстровано, що дистрес можна пом'якшити, а ризик розвитку тривожного стану або афективного розладу звести до мінімуму, якщо під час бесіди з пацієнтом аналізувати, якої саме інформації він потребує, більш тонко й вибірково повідомляти про небезпеку хвороби й надавати адекватну психологічну підтримку пацієнтам і членам їх родин [11].

Серед згаданих вище досліджень чільне місце посідають роботи, присвячені дослідженню внутрішньої картини хвороби (як і внутрішньої картини здоров'я) чоловіків, жінок та дітей при різній соматичній патології [1; 2; 8; 9; 13; 16], проте акцент саме на психологічному захисті досі ставився недостатньо [4; 6; 7; 15; 12; 10].

Ставлення до хвороби завжди значуще, адже впливає й на інші системи відношень особистості. Істотною допомогою хворому у соматичній клініці можуть стати психотерапевтичні методи впливу, коли спеціаліст, торкаючись головним чином вторинних порушень значущих відносин особистості, може сприяти корекції неадекватних реакцій особистості на хворобу, створенню у хворих більш реалістичних установок на лікування, відновленню сімейний та інших соціальних зв'язків. Психологічні методи корекції неправильних позицій хворих сприяють не тільки покращенню їх стану, а й профілактиці

рецидивів хвороби, попереджуючи дистреси, які призводять до декомпенсації хворих. Проте, важливо й знати, які форми психологічного захисту застосовує хворий, щоб прийняти клінічно обґрунтоване рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней та методів психокорекції (психотерапевтичних методик) в кожному індивідуальному випадку.

Поняття психологічного захисту набуло істотного значення у всіх напрямках психології й психотерапії. При захворюваннях з біологічними механізмами розвитку хворобу завжди розглядали як результат дії шкідливих факторів та механізмів „фізіологічного захисту”, спрямованих на відновлення порушеного гомеостазу організму. Аналогічно розглядають і механізми психологічного захисту. Запалення і біль, з одного боку, є адаптивними фізіологічними реакціями, з іншого – включаючись у патогенез хвороби, відіграють і шкідливу роль. Механізми психологічного захисту також адаптивні й уберігають свідомість хворого від хворобливих почуттів та спогадів, однак при проведенні психотерапевтичної роботи створюють певні перепони, опір переробці психотравмуючого змісту переживань.

**Психологічний захист** — це несвідомий процес, який регулює рівень емоційного напруження. Психологічний захист не вирішує суперечності, а усуває пов’язані з ними переживання, які перешкоджають включенню інших механізмів адаптації, що можливо, допоможуть індивіду справитись з ситуацією [4].

Особливості функціонування у пацієнтів психологічних механізмів захисту впливають на формування типів реагування на захворювання [12]. Таким чином, на теперішній час важко уявити собі оптимізацію лікувально-відновлювальних заходів без урахування ролі реакції особистості на захворювання, ефективності й адаптивності її власних компенсаторних механізмів, у тому числі й психологічного захисту, які значною мірою формують когнітивну та емоційно-вольову сторону внутрішньої картини захворювання у плані прагнення й спрямованості хворого на одужання.

**Внутрішня картина хвороби** — особлива форма психічної адаптації, яка є, з точки зору В. Мясіщева, важливою підсистемою психологічної регуляції поведінки людини і розглядається у рамках вторинного психологічного захисту, тобто несвідомого використання пацієнтками прийомів, які забезпечують безпеку функціонування деструктивного первинного психологічного захисту. Внутрішня картина хвороби (ВКХ) містить такі складові: сприйняття хвороби (сенситивно-емоційний компонент); ставлення до хвороби (інтелектуальний компонент); установки щодо хвороби (поведінковий компонент); ставлення до лікування (комплаєнтність) [2]. ВКХ бере участь у механізмах формування психологічної дезадаптації, формується на підставі базових механізмів психологічної адаптації в умовах розвитку захворювання та є однією зі змістовних “мішеней” психокорекції.

**Мета дослідження** – вивчення ролі психологічного захисту в процесі формування ВКХ і особливостей реагування хворих на соматичне захворювання, залежно від його нозологічної приналежності.

У дослідженні взяли участь 52 хворих, у віці від 17 до 81 року, більшість із яких – чоловіки (44 особи).

Опитування проводилося у 8-й міській лікарні м. Львова (16 осіб), у шкірно-венерологічному стаціонарі (14 осіб) та у військовому шпиталі (22 особи) з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Обстежували хворих з різними соматичними захворюваннями (шкірними та нирковими), різної інтенсивності й гостроти. Частина обстежених хворих потребували оперативного втручання (14 осіб), тому були пацієнтами хірургічного відділення.

За демографічними даними вибірку досліджуваних можна вважати репрезентативною, єдина нерівномірність у розподілі респондентів у вибірці спостерігається за ознакою статі (85% чоловіків та 15% жінок), тому отримані в ході дослідження результати та зроблені на їх основі висновки слід вважати більше властивими чоловікам.

Дані про захворювання та стан здоров'я досліджуваних виглядають наступним чином. На момент обстеження досліджувані перебували у лікарні від 3 до 60 днів. За період лікування покращення свого стану відчули 38 осіб (73%), 14 осіб (27%) не відчули змін; погіршення стану здоров'я у досліджуваних не виявлено. За характером захворювання виділено кілька груп: гострі (різке погіршення здоров'я та травми, тобто раптові захворювання, на які хворі не очікували), загострення хронічних (хронічні захворювання у стадії загострення, що супроводжується різким погіршенням самопочуття), хронічні (тривалі захворювання, які не супроводжувалися значними змінами здоров'я на гірше при госпіталізації). З гострими захворюваннями госпіталізовано 24 особи (47%), із загостреннями хронічних хвороб – 16 осіб (31%), з хронічними – 12 осіб (23%).

Таким чином, за тривалістю перебування в лікарні, станом здоров'я, гостротою та ступенем покращення внаслідок лікування вибірку досліджуваних можна вважати нормально розподіленою. З точки зору локалізації соматичного захворювання у вибірці виділено три нозологічні групи: “ШКР” – група хворих на шкірні захворювання (16 осіб), „НРК” – група хворих з нирковою патологією (20 осіб) та “ХРГ” – група хворих з захворюваннями, які потребують хірургічного втручання (16 осіб).

У роботі використовували:

*опитувальник Келермана-Плутчіка.* Опитувальник призначений для діагностики таких механізмів психологічного захисту, як реактивні утворення, заперечення, заміщення, регресія, компенсація, проєкція, витіснення та раціоналізація, а також сили виявлення кожного з них відносно інших.

*особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту (ООБІ).* Опитувальник спрямований на визначення типу особистісної реакції на хворобу та інші, пов'язані з нею, особистісні відношення хворих з соматичними захворюваннями.

Такий набір психодіагностичних методик дає змогу вивчити **внутрішню картину** хвороби соматичних хворих та механізми психологічного захисту, що використовуються ними для захисту позитивного образу „Я” від деструктивного впливу хвороби.

Усі дані психодіагностичного обстеження вираховані згідно алгоритмів методик. Оскільки для методики **Келермана-Плутчіка немає стандартизованих даних, а “сирі” оцінки** не зручні для порівняння між собою з точки зору їх кількісного відображення, до них застосовували процедуру стандартизації по вибірці за формулою:

$$ST = 5,5 + 2 \frac{X_i - \bar{X}}{\sigma},$$

де  $ST$  – стандартизовані бали (стени, стандартна “десятка”, бали від 0 до 10),  $X_i$  – оцінки  $i$ -го респондента,  $\bar{X}$  – середнє арифметичне значення у вибірці.

Таким чином, отримані дані переведені у 10-бальну шкалу, де оцінки, нижчі 4 балів можна вважати низькими, а вищі 7 балів – високими.

У даній роботі використано процедуру порівняльного аналізу за  $t$ -критерієм Стьюдента, значущість якого на рівні  $p \leq 0,0500$  свідчить про „не випадковість” виявлених відмінностей між середніми оцінками порівнюваних груп. Показник ймовірності (або точності)  $p$  свідчить про відсоток вибірки, для якого ця закономірність може виявитися „випадковою” (загальноприйнятій для психологічних досліджень рівень  $p \leq 0,0500$  відповідає 5%-му порогу достовірності).

Результати порівняльного аналізу за показниками методики „Тип ставлення до хвороби” (ООБІ) виявили значні відмінності у концепціях хвороби при різних нозологіях (табл. 1 та рис.1).

З таблиці 1 та рис. 1 видно, що не досягають рівня статистичної значущості відмінності у ВКХ хворих зі шкірними та хірургічними захворюваннями, профіль шкірних пацієнтів розташовується майже за всіма показниками між оцінками групи шкірних хворих та ниркових; за те відмінності між нирковою та хірургічною патологією значні й численні.

За алгоритмом методики ООБІ при діагностиці типу спочатку знаходять шкалу з максимальним значенням. Визначають, чи є у профілі такі шкали, які знаходяться у межах діагностичної зони, тобто оцінки яких відстають від максимальної не більше ніж на 7 балів. Якщо шкала з максимальною оцінкою залишається єдиною, й немає інших шкал, які відстають від неї у межах 7 балів, то діагностується єдиний тип, який відповідає цій шкалі. Якщо до діагностичної зони (інтервал 7 балів) крім шкали з максимальною оцінкою потрапляє ще одна або дві шкали, то діагностують змішаний тип, який позначають відповідно до назв шкал, які його утворюють. Якщо до діагностичної зони потрапляє більше трьох шкал, то діагностують дифузний тип. Гармонійний тип діагностують тільки як „чистий”, тобто лише у тому випадку, коли шкала цього типу має максимальну оцінку та немає інших шкал, які потрапляють до діагностичної зони. При змішаному типі, якщо до діагностичної зони поруч з іншими шкалами потрапляє шкала гармонійного типу, то вона виключається з розгляду як складова.

Таблиця 1.

Результати порівняльного аналізу різних нозологічних груп хворих за показниками методики ООБІ

Показники	Середні арифметичні нозологічних груп			Результати порівняльного аналізу груп					
				ШКР-НРК		ШКР-ХРГ		НРК-ХРГ	
	ШКР	НРК	ХРГ	t-критерій	p	t-критерій	p	t-критерій	p
Г	9,38	13,56	5,50	-0,551	0,590	0,452	0,659	1,113	0,286
Р	11,50	15,67	8,00	-0,773	0,452	0,593	0,564	1,182	0,258
З	6,75	21,44	3,17	<b>-2,813</b>	<b>0,013</b>	0,696	0,500	<b>3,544</b>	<b>0,004</b>
Т	11,50	2,67	18,50	<b>2,156</b>	<b>0,048</b>	-1,047	0,316	<b>-3,321</b>	<b>0,006</b>
І	11,25	4,78	16,50	2,108	0,052	-1,214	0,248	<b>-3,338</b>	<b>0,005</b>
Н	8,13	4,22	12,50	1,437	0,171	-1,006	0,334	<b>-2,672</b>	<b>0,019</b>
М	8,13	3,11	13,50	<b>2,842</b>	<b>0,012</b>	-1,554	0,146	<b>-3,466</b>	<b>0,004</b>
А	3,75	3,00	8,50	0,385	0,706	-1,665	0,122	-1,673	0,118
С	19,13	10,67	20,67	<b>2,591</b>	<b>0,020</b>	-0,338	0,741	<b>-3,151</b>	<b>0,008</b>
Я	7,50	9,67	12,00	-0,833	0,418	-1,477	0,165	-0,717	0,486
П	4,38	4,22	11,00	0,068	0,947	-1,924	0,078	-1,875	0,083
Д	4,88	5,78	10,33	-0,374	0,714	-1,688	0,117	-1,295	0,218

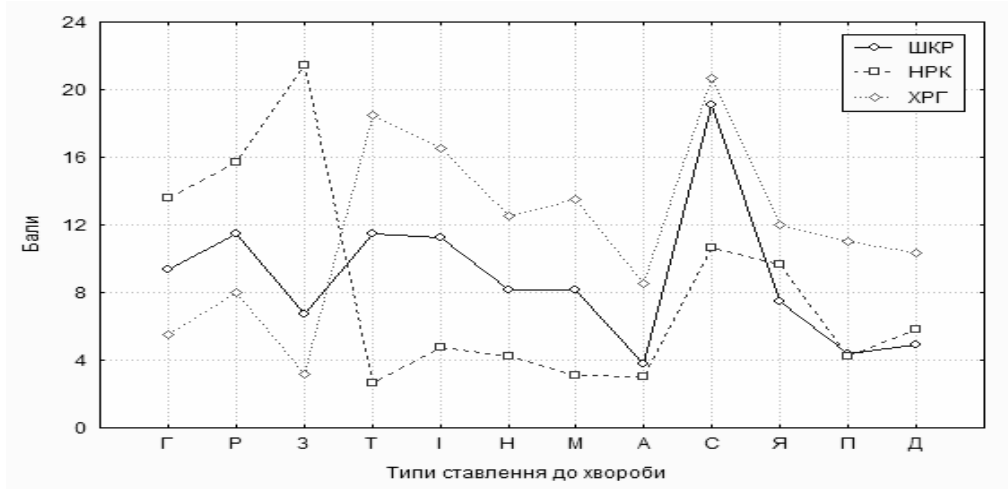


Рис. 1. Профілі ставлення до хвороби при шкірних, ниркових та хірургічних патологіях:

Г – Гармонійний тип, Р – Ергопатичний тип, З – Анозогностичний тип, Т – тривожний тип, І – Іпохондричний тип, Н – Неврастенічний тип, М – Меланхолічний тип, А – Апатичний тип, С – Сенситивний тип, Я – Егоцентричний тип, П – Паранойяльний тип, Д – Дисфоричний тип

Згідно наведеного вище алгоритму діагностики типу ставлення до хвороби, в групі ниркової нозології діагностується змішаний анозогностично-ергопатичний (З-Р) тип ставлення до хвороби, в групі хірургічної патології – сенситивно-тривожно-іпохондричний тип ставлення до хвороби, а групі шкірної нозології – сенситивний тип.

Таким чином, хворі з шкірною та хірургічною патологією надмірно стурбовані через можливе несприятливе враження, яке може справити на оточення відомості про їх захворювання. Вони опасаються, що оточуючі почнуть їх уникати, вважати неповноцінними, зневажливо або з опасанням ставитися, пускати плітки або несприятливі свідчення про причину й природу захворювання. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу та недоброчливе ставлення з їх сторони у зв'язку з цим (сенситивний тип ставлення до хвороби, показник С).

Крім ознак сенситивного типу, хворі з хірургічною патологією відрізняються також високим вираженням ознак тривожного та іпохондричного типів. Безперервне піклування, стурбованість та помисливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, жага додаткової інформації про хворобу та методи лікування, безперервний пошук “авторитетів”. Настрій тривожний, пригніченість внаслідок цієї тривоги. При obsesивно-фобічному варіанті цього типу – тривожна помисливість перш за все стосується опасань не реальних, а малоймовірних ускладнень захворювання, невдач лікування, а також можливих (але малообгрунтованих) невдач у житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети та

ритуали (ознаки тривожного типу, показник Т). Крім того, зосередженість на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розказувати про них оточуючим. На їх основі перебільшення справжніх та вишукування неіснуючих захворювань та страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися та невіри в успіх, вимог ретельного обстеження та боязні шкоди й болочості процедур (іпохондричний тип, показник І).

Значною мірою відрізняється тип реагування на хворобу у хворих з нирковою патологією. Їм властивий анозогностично-ергопатичний тип ставлення до хвороби. Активне відкидання думки про захворювання, про можливі його наслідки. Заперечення очевидного. Приписування проявів хвороби випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження та лікування. Бажання “обійтися своїми засобами”. При ейфорійному варіанті цього типу – необґрунтовано підвищений настрій. Зневажливе, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що “усе саме минеться”. Бажання продовжувати отримувати від життя усе, не дивлячись на хворобу. Легкість порушень режиму, які несприятливим чином відбиваються на протіканні хвороби (анозогностичний тип, показник З). Крім того, хворим з нирковою нозологією властиві реакції “втечі від хвороби в роботу”. Навіть при важкості хвороби й страждань прагнення, не дивлячись на це, продовжувати роботу. Характерне зверхвідповідальне, одержиме, стенічне ставлення до роботи, у ряді випадків – виражене у ще більшій мірі, ніж до хвороби. Вибіркове ставлення до обстеження й лікування, зумовлене прагненням за будь-що зберегти професійний статус й можливість продовження активної трудової діяльності (ергопатичний тип, показник Р).

Проведений порівняльний аналіз свідчить про те, що ознаки анозогностичного ставлення до хвороби є більш характерними для пацієнтів групи НРК у порівнянні з групами ШКР та ХРГ, а ознаки сенситивного типу, навпаки, характерні для респондентів груп ШКР та ХРГ у порівнянні з хворими на ниркові захворювання. Крім того, пацієнтам груп шкірної та хірургічної нозології характерні вищі оцінки тривожного та меланхолічного типів, що також підтверджуються наявністю статистичної значущості у порівнянні їх оцінок з оцінками групи НРК. Ознаки тривожного типу наведені вище, а меланхолічний відрізняється пригніченістю від хвороби, невірою увиліковність, можливе покращання, ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на усе довкола. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

Крім описаних вище, група хворих з хірургічною патологією істотно відрізняється від ниркової за ознаками іпохондричного (І) та неврастенічного (Н) типів. Реагування за іпохондричним типом описано вище. При неврастенічному типі реагування на захворювання поведінка хворих діє за типом “дратівливої слабкості”. Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, несприятливих даних обстеження, невдачах лікування. Роздратування часто виливається на першого, хто попадеться, й завершується часто розкаянням та сльозами. Непереносимість больових відчуттів. Нетерпеливість. Нездатність чекати полегшення. В подальшому – розкаяння за хвилювання й нестриманість.

Зростання оцінок першого блоку шкал (Г, Р та З) характеризується меншим вираженням соціальної дезадаптації хворих у зв'язку з захворюванням, що спостерігається в групі хворих з нирковою патологією. До другого та третього блоків входять шкали, які характеризуються наявністю особистісної дезадаптації, зумовленої захворюванням.

Другий блок включає типи реагування з інтрапсихічною спрямованістю: тривожний (Т), іпохондричний (І) та апатичний (А), більш властивий хворим групи ХРГ. Емоційно-

афективний аспект відношень у хворих з цими типами реагування клінічно виражається у реакціях за типом драгівливої слабкості, пригніченому стані, “втечі в хворобу”, відмові від боротьби – “капітуляції” перед захворюванням та іншими.

Третій блок шкал містить типи реагування особистості на хворобу з інтерпсихічною спрямованістю. Ці типи відображають таке сенсифілізоване ставлення до хвороби, яке, ймовірно, найбільшою мірою пов’язане з преморбідними особливостями особистості хворих: сенситивний (С), егоцентричний (Я), паранойяльний (П), дисфоричний (Д). З проведеного вище аналізу особистісних властивостей хворих різних нозологічних груп можна припустити, що однією з цих преморбідних особливостей є виражені ознаки циклотимного типу акцентуації, які виявлені як раз в тих самих групах, де й діагностується сенситивний тип ставлення до хвороби, – групи шкірної та хірургічної нозології. Ці хворі при різних емоційно-афективних реакціях також характеризуються дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення їх соціального функціонування: вони або соромляться свого захворювання, або “використовують” його у своїх цілях, будують концепції паранойяльного характеру стосовно свого здоров’я, виявляють гетерогенні агресивні реакції, звинувачуючи оточення у своєму недугу тощо.

Таким чином, відмінності, покладені в основу поділу типів ставлення до хвороби на другий та третій блоки, полягають в тому, що при близькому спектрі емоційно-афективного реагування типів, які входять до цих блоків, відображають різну спрямованість дезадаптивної поведінки. З проведеного аналізу можна зробити висновок, що найбільш адаптивний варіант реагування на соматичне захворювання спостерігається у пацієнтів з нирковою патологією; респонденти з шкірними хворобами дезадаптовані за інтерпсихічним спрямуванням, а хворі, що потребують оперативного втручання (група ХРГ) ще й за інтрапсихічною спрямованістю.

Далі можна розглянути роль і місце механізмів психологічного захисту у ВКХ пацієнтів з нирковою, шкірною та хірургічною патологією. Результати порівняльного аналізу приведені у таблиці 2; на основі середньогрупових оцінок порівнюваних груп побудовані профілі механізмів психологічного захисту (рис. 2).

З рис. 2 видно, що за формою профілі механізмів психологічного захисту істотно різняться між собою, проте, показники з табл. 2 свідчать про те, що статистичної достовірності досягає лише відмінність за показником РГР (регресія) в групах ШКР та ХРГ. Це свідчить про те, що хворі з шкірною патологією схильні до використання цього механізму ПЗ на відміну від респондентів з хірургічною патологією, які переважно не застосовують цей механізм для захисту Я-концепції. При захисному механізмі *регресії* відбувається повернення до більш ранніх, інфантильних особистісних реакцій, що проявляються у демонструванні безпорадності, залежності, дитячості поведінки з метою зменшення тривоги і втечі від вимог реальної дійсності. Регресія, як механізм психологічного захисту, відноситься до групи механізмів маніпулятивного характеру. З усієї вибірки досліджуваних він найбільше властивий хворим на шкірні захворювання. Можна припустити, що його “дія” спостерігалася й при проведенні порівняльного аналізу за показниками ступеню усвідомлення внутрішніх конфліктів. Там вищий рівень усвідомлення конфліктів між рівнем досягнень та рівнем можливостей респондентами групи ШКР, можливо, насправді зумовлений не реальним усвідомленням, а дією регресивного механізму; при відповіді на запитання опитувальника “спрацьовувала” відмова від відповідальності, характерна механізму регресії.

Таблиця 2.

Результати порівняння механізмів психологічного захисту в групах ШКР, НРК та ХРГ

Показники	Середні арифметичні нозологічних груп			Результати порівняльного аналізу груп					
				ШКР-НРК		ШКР-ХРГ		НРК-ХРГ	
	ШКР	НРК	ХРГ	t-критерій	p	t-критерій	p	t-критерій	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
РКУ	5,52	5,38	6,48	0,189	0,852	-0,857	0,408	-0,992	0,338
ЗПР	5,18	5,55	5,21	-0,376	0,712	-0,027	0,979	0,336	0,742
ЗМЩ	5,27	6,57	4,83	-1,562	0,138	0,436	0,670	1,775	0,098
РГР	6,98	5,11	4,80	1,998	0,063	<b>2,423</b>	<b>0,032</b>	0,386	0,705
КМП	5,37	6,12	4,79	-0,841	0,413	0,492	0,631	1,121	0,281
ПРЦ	5,10	5,59	5,06	-0,621	0,543	0,034	0,973	0,529	0,605
ВТС	5,09	5,68	6,31	-0,624	0,542	-1,175	0,263	-0,557	0,587
РЦН	5,30	5,47	5,87	-0,157	0,877	-0,474	0,644	-0,407	0,690
ІНТЗ	5,50	5,76	5,36	-0,260	0,798	0,141	0,890	0,320	0,753

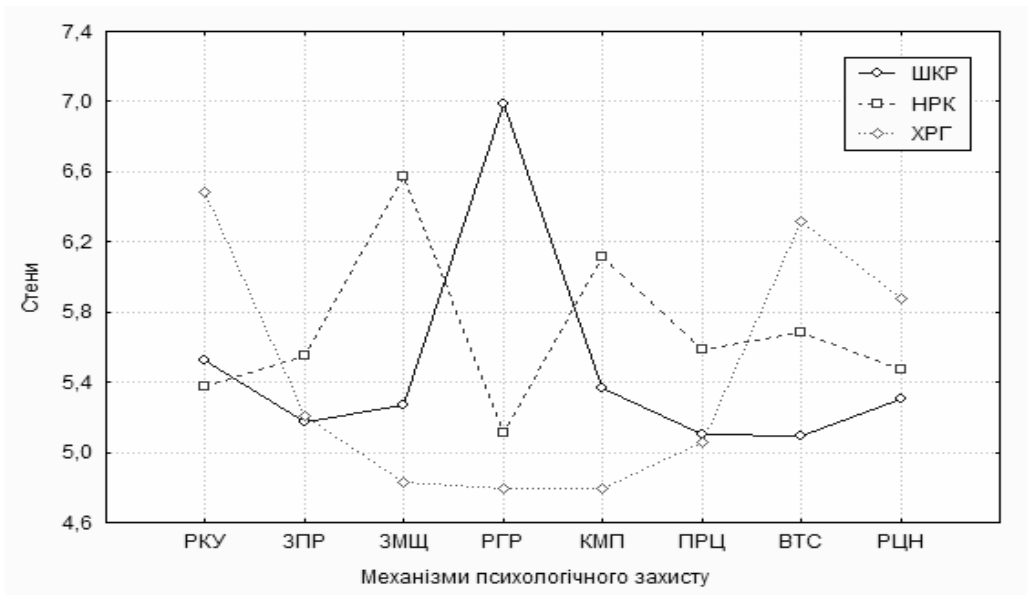


Рис. 2. Механізми психологічного захисту у концепціях хвороби хворих на шкірні, ниркові та хірургічні захворювання:

РКУ – реактивні утворення, ЗПР – заперечення, ЗМЩ – заміщення, РГР – регресія, КМП – компенсація, ПРЦ – проєкція, ВТС – витіснення, РЦН – раціоналізація.



Аналізуючи форму профілів психологічного захисту хворих з шкірною, нирковою та хірургічною патологією, можна сказати, що хірургічні хворі більш схильні до реактивних утворень (РКУ) та витіснення (ВТС), а ниркові – до заміщення (ЗМЩ) та компенсації (КМП).

Таким чином, психологічний захист хірургічних хворих полягає у формуванні реакції, яка характеризується опануванням негативними імпульсами, емоціями, особистісними якостями шляхом заміни їх на протилежні (наприклад, пацієнт з фіксацією на сексуальних стосунках схильний виявляти реакції гніву або відрази щодо різного роду виявлення сексуальності, наприклад до порнографії, вигляду оголеного тіла, поцілунків молодої пари в парку тощо). Разом з цим вони схильні забувати, ігнорувати очевидні факти власної неправильної поведінки або симптомів хвороби, аж до повного її невизнання. Можливо, саме неконструктивне тривале використання механізму витіснення призвело до необхідності хірургічного втручання: адже більшість захворювань лікуються медикаментозно на більш ранніх етапах, і лише у запущеній формі потребують операції.

Механізм психологічного захисту ниркових хворих (заміщення і компенсація) дуже близькі за своєю сутністю. *Зміщення* виявляється в тому, що реальний об'єкт, на який могли бути спрямовані негативні почуття, замінюється менш небезпечним (наприклад, стримування агресії відносно авторитетної особи переміщується на залежних людей: розізлився на начальника, а висварив сина). Компенсація ґрунтується на прагненні до досягнення успіхів у якійсь галузі й, таким чином, до компенсації невдач в іншій, зумовлених, наприклад, недостатніми фізичними здібностями, відсутністю обдарованості, дефектом мовлення. Часто компенсація відбувається у вигляді, коли нестача або відсутність внутрішнього задоволення собою, своїми досягненнями, своїм духовним світом замінюється зовнішніми атрибутами. Так жінка, може компенсувати внутрішній комплекс неповноцінності від недостатнього рівня освіти великою кількістю дорогіших прикрас. Спільним у заміщенні й компенсації є те, що зусилля особистості, її психічна та фізична активність спрямовуються „не за призначенням”, заміщуються або компенсуються.

Таким чином, з проведеного вище аналізу механізмів психологічного захисту в різних нозологічних групах можна зробити наступні висновки.

1. Пацієнтам з шкірними захворюваннями найбільш властивий механізм регресії, хірургічним – реактивні утворення та витіснення, а нирковим – заміщення та компенсація. З трьох досліджуваних нозологічних груп найбільш адаптованими є хворі з нирковими хворобами, ознаки тривожності та меланхолії у них найменше виражені. Поведінка та переживання шкірних хворих характеризується дезадаптацією за інтерпсихічною спрямованістю (внутрішньо особистісною), а хірургічних хворих – за інтер- та інтрапсихічною спрямованістю, яка характеризується пригніченим станом, втечею в хворобу та відмовою від боротьби, а також дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення соціального функціонування. Отже, найбільш ефективними й конструктивними механізмами психологічного захисту при різних нозологічних типах хвороб виявилися заміщення й компенсація (коли захист здійснюється не у власному тілі чи особистості, а переміщується на інший об'єкт), неефективні – регресія, реактивні утворення та витіснення;
2. Тривалий захист за допомогою механізму витіснення у хірургічних хворих може пояснювати психосоматичну природу захворювання. Образно кажучи, витіснена

психічна енергія „знайшла” свій вихід у різноманітних тілесних утвореннях, які необхідно видалити (усі хворі, що склали групу ХРГ, потребують видалення чи то пухлинних утворень, чи то каміння, чи то гнійних скупчень у гайморових пазухах);

Одержані дані змушують звернутися до холистичного підходу, спрямованого на активізацію адаптивних, а не на редукцію дезадаптивних, сил. Згідно з положеннями даного підходу, зусилля у роботі із цією категорією обстежених пацієнтів мають бути спрямовані, перш за все, на стимуляцію власних ресурсів організму і адаптивних стилів реагування на захворювання.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Артеменко А.* Невротические расстройства у больных псориазом // Медицинская психология, 2008. Т. 3, № 1. С. 57–61.
2. *Вассерман Л., Трифонова Е., Федорова Е.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал, 2008. № 27. С. 67–71.
3. *Даниленко Т.* Акцентуации характера и личностные особенности пациентов с кардиофобиями // Медицинская психология, 2010. Т. 5, № 2 (18). С. 62–64.
4. *Исаева Е.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. С. 23–46.
5. *Исаева Е., Дейнека О.* Особенности и проблемные зоны в структуре адаптационных ресурсов личности при социальной и психосоматической дезадаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. Бехтерева, 2009. № 3. С. 42–47.
6. *Коростий В.* Механизмы психологической защиты, алекситимия и агрессия у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями: патогенетическая роль и подходы к психотерапии // Медична психологія, 2011. № 3. С. 19–22.
7. *Кудинова З.* Особенности стилевых защитных стратегий у девушек-подростков с хроническим гастродуоденитом // Медицинская психология, 2010. Т. 5, № 2 (18). С. 65–69.
8. *Лісова О., Ситник С.* Деформація внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу // Психологія. Збірник наукових праць. НПУ ім. М. Драгоманова. К., 2004. Вип. 23. С. 18–29.
9. *Луценко А., Лях С., Аношкин Д.* Типы отношения к болезни у мужчин с ананкастным расстройством личности // Медицинская психология, 2010. Т. 5, № 2 (18). С. 28–30.
10. *Макаренко А.* Особливості механізмів психологічного захисту жінок із дезадаптивними станами внаслідок гістеректомії в ранньому післяопераційному періоді // Медицинская психология, 2010. Т. 5, № 2 (18). С. 95–99.
11. *Маркова М., Пionтковська О., Кужель І.* Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками // Медична психологія, 2013. № 1. С. 12–19.
12. *Махнач Л.* Копинг-стратегии у онкологических пациентов с различной степенью эмоциональной дезадаптации // Актуальные психологические исследования, 2010. С. 69–73.
13. *Петролюк З.* Психологічні проблеми жінок, хворих на рак молочної залози // Медицинская психология, 2008. Т. 3, № 1. С. 132–136.

14. Поляков Ю., Сливаковская А. Психологическая коррекция: её роль и место в профилактике заболеваний // Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической помощи. Л. 1985.
15. Ряполова Т. Роль механизмов психологической защиты в формировании типов приспособительного поведения больных с впервые установленным диагнозом параноидной шизофрении // Медицинская психология, 2009. Т. 4, № 2–3. С. 36–40.
16. Соколова З. Психологические особенности больных и межличностные отношения в обеспечении функционирования семьи на ранних стадиях гипертензивной энцефалопатии // Медицинская психология, 2010. Т. 5, № 2 (18). С. 90–94.
17. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и мед. психологов. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. Бехтерева, 2009. С. 12–33.
18. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб: Изд-во НИПНИ им. В. Бехтерева, 2005. С. 41–49.
19. Психологическая диагностика отношения к болезни: метод. пособие. СПб.: С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т им. В. Бехтерева, 2005. С. 22–25.

## FEATURES OF PSYCHOLOGICAL DEFENCE WITHIN IPD STRUCTURE IN DIFFERENT SOMATIC DISEASES

**Larysa Didkovska**

*Ivan Franko National University of Lviv,  
Doroshenko str., 41, Lviv, 79000, Ukraine,  
e-mail: didkovska@gmail.com*

The research was conducted on the basis of several Lviv city clinical hospitals, it studied 52 patients of all ages with a variety of somatic pathologies. The objective of the study was to examine the role of psychological defence in the development and distortion of IPD patients. Analysis of the results showed the impact of psychological defence on the development of IPD each of the patients studied. This enabled us to take clinically informed decision on the choice of psychotherapeutic targets and methods for psychotherapeutic correction in each individual case, which should be primarily aimed at stimulating the body's own resources and adaptive styles of responding to disease.

*Keywords:* psychological defence mechanisms, the concept of disease, internal picture of disease, maladaptive behaviour and constructive psychological defence.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В СТРУКТУРЕ ВКХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Лариса Дидковская

*Львовский национальный университет имени Ивана Франко,  
ул. Дорошенко, 41, Львов, 79000, Украина,  
e-mail: didkovska@gmail.com*

На базе нескольких городских клинических больниц Львова было проведено исследование, в рамках которого обследовано 52 больных разного возраста с различной соматической патологией. Целью исследования было изучить роль психологической защиты в процессе формирования и искажения ВКХ пациентов. Анализ результатов выявил характер влияния психологической защиты на формирование ВКХ каждого из обследованных пациентов. Это позволило принять клинически обоснованное решение по выбору психотерапевтических мишеней и методов психокоррекции в каждом индивидуальном случае, которые должны быть направлены, прежде всего, на стимуляцию собственных ресурсов организма и новых стилей реагирования на заболевание.

*Ключевые слова:* механизмы психологической защиты, концепция болезни, внутренняя картина болезни, дезадаптивное поведение и конструктивная психологическая защита.

*Стаття надійшла до редколегії 5.02.2014*

*Прийнята до друку 17.02.2014*