

емоціонально-цінностного отношения к себе и саморегуляции поведения в различных формах взаимодействия людей в обществе. Самосовершенствование личности зависит от ее собственной активности, которая способствует самосозиданию и самоутверждению ценности Я.

In the article the problem of the development of self-perfection process has been considered and the interrelation between the process and the values of personality has been traced. The conceptual approaches to definition of psychological content of the self-perfection phenomenon have been analyzed, social-psychological determinants have been selected, and the basic conditions of its forming have been substantiated.

Empirically has proved that in real life self-perfection reveals itself in indissoluble unity of its separate internal processes – self-knowledge, emotional-valued attitude toward itself and self-regulation of conduct in diverse forms of people cooperation in society. The self-perfection of personality relies on its own activity which promotes development and affirmation the value of “Self”.

Статтю подано до друку 04.06.2014.

©2014 р.

А. В. Зінченко (м. Київ)

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Постановка проблеми. Епілепсія – одна з найпоширеніших та найзагадковіших психічних хвороб сучасності, відома з глибокої давнини. За висновками Міжнародної протиепілептичної ліги кількість хворих становить 06,- 07% популяції в розвинених країнах, постійно зростаючи. Хоча б один епінапад протягом життя мають 5% населення [15].

Суб'єктивне сприймання особою свого захворювання виступає предметом досліджень науковців. Створився цілий синонімічний ряд, що позначає цей феномен у науці: «аутопластична картина захворювання», «ставлення до хвороби», «свідомість хвороби», «концепція хвороби», «реакція на захворювання». Досить поширеним і загальноприйнятим терміном, що позначає суб'єктивну сторону відображення у свідомості хворого патологічного процесу, є термін «внутрішня картина хвороби», запропонований Р.А.Лурія [8]. Цим терміном Р.А. Лурія називає «внутрішній світ хворого, який складається з поєднання сприймань і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм» [8,С.46]. У структурі внутрішньої картини хвороби Р.А.Лурія виділяє чотири компоненти: сенситивний, що відображає локальні болі і розлади; емоційний; раціональний і мотиваційний, або вольовий, пов'язаний зі свідомими цілеспрямованими діями з подолання хвороби.

А.В.Петровський та М.Г. Ярошевський визначають внутрішню картину хвороби як «цілісний образ свого захворювання, що виникає у хворого» [10]. З психологічної точки зору, формування цього цілісного образу здійснюється у кілька етапів. При виникненні дисгармонії, порушенні узгодженої діяльності різних органів і систем, появі ознак морфофункціональних розладів розвиваються суб'єктивні стани з відчуттями незвичайного характеру. Ці відчуття, будучи провісниками соматичної хвороби, зумовлюють стан, що позначається як дискомфорт.

Роль внутрішньої картини хвороби в процесі адаптації В.А. Ташликов розглядає як психологічний механізм захисту. На думку автора, внутрішня картина хвороби створюється з захисною метою для послаблення інтенсивності негативних переживань, пов'язаних з

хворобою, компенсації почуття провини, сорому, агресії. У структурі внутрішньої картини хвороби В.А.Ташликов виділяє пізнавальний, емоційний і мотиваційно-поведінковий аспекти [12].

Таким чином у психологічному аспекті захворювання на епілепсію створює для людини дуже негативну ситуацію, емоційні та поведінкові реакції на яку обумовлені дезадаптивним впливом нападів.

Метою даної статті є аналіз психологічних реакцій на захворювання та визначення характеру використання хворими на епілепсію механізмів психологічного захисту за допомогою тесту-опитувальника Р.Плутчика, Г.Келлермана і Х.Р.Конта.

Виклад основного матеріалу. Уявлення про механізми психологічного захисту сформувалося в межах психоаналітичного напрямку в психології (А.Фрейд [13], З.Фрейд [14]). Згідно з послідовниками цього напрямку, психологічний захист становить ряд специфічних прийомів переробки переживань, що нейтралізують патогенний вплив, який ці переживання можуть надавати. Так, Р.А.Зачевицький розглядає психологічний захист як пасивно-оборонні форми реагування в патогенній життєвій ситуації [4], Ф. В. Бассін – як психічну діяльність, спрямовану на спонтанне викорінення наслідків психічної травми[1]. Найчастіше наводиться визначення В.А. Ташликова: захисні механізми – це «адаптивні механізми, спрямовані на редукцію патогенної емоційної напруги, що оберігають від хворобливих відчуттів і спогадів, подальшого розвитку психологічних та фізіологічних порушень»[12, с. 83]. Усі захисні механізми на думку В.А. Ташликова мають дві загальні характеристики: по-перше, вони, як правило, несвідомі, тобто діють переважно на підсвідомому рівні; по-друге, вони спотворюють, заперечують чи фальсифікують реальність.

Для епілептоїдних особистостей специфічним є такий захисний механізм, як проекція, що займає провідне місце в структурі їх захистів. Епілептоїд приписує свої бажання та почуття іншим. Перш за все, це стосується його агресивності. Приписуючи її іншим, він «отримує підстави» остерігатися їх. У нього виробляється схильність до обережності, скритності та підозрливості. Потім і підозрливість, і обережність починають проектуватися на інших. Цей механізм споріднює їх з параноїками [2].

Проекція хворими своєї агресивності та підозрливості призводить до появи улесливості, яка одночасно є спробою адаптуватися. Проекція як психологічний захисний механізм має свій психофізіологічний корелят у вигляді ригідності та інтенсивності афекту. Афект міцно закріплюється за об'єктами зовнішнього світу, тому світ включається в своє «Я» (тобто Я розширюється, поглинаючи світ). Відповідно, зміни у світі викликають страх і як наслідок – активність з утримання оточуючого під своїм контролем. Володіти, контролювати – один з основних мотивів епілептоїда. Раціональність значно розвивається у особистостей епілептоїдного складу, у них завжди все продумано та аргументовано. На думку Б.А.Казаковцева, їх раціоналізм – компенсація їхньої надзвичайної суб'єктивності [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 з підтримання або збереження балансу між вимогами середовища та ресурсами, що задовольняють вимогам. Копінг-поведінка реалізується за допомогою застосування копінг-стратегій на основі особистісних і середовищних копінг-ресурсів. Вона є результатом взаємодії блоку копінг-стратегій і блоку копінг-ресурсів. Копінг-стратегії – це актуальні відповіді особистості на загрозу, що сприймається, 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-ресурси. Одним з найважливіших

середовищних копінг-ресурсів є соціальна підтримка у вигляді інформації, що приводить суб'єкта до ствердження, що його люблять, цінують, піклуються про нього, що він є членом соціальної групи 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 міцнішим здоров'ям, легше переносять повсякденні життєві труднощі і захворювання. Соціальна підтримка, пом'якшуючи вплив стресорів на організм, зберігає здоров'я та 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 [11].

Копінг-поведінка, поряд з механізмами психологічного захисту, розглядається як найважливіша форма адаптаційного процесу і реагування індивіда на стресові ситуації. Відмінність захисних механізмів і механізмів подолання визначається параметрами «активність-конструктивність» і «пасивність-неконструктивність». Механізми психологічного захисту пасивні і неконструктивні, у той час як копінг-механізми активні і конструктивні.

Б.Д. Карвасарский [7] відзначає, що якщо процеси копінгу спрямовані на активну зміну ситуації та задоволення значущих потреб, то процеси компенсації та психологічного захисту спрямовані на пом'якшення психічного дискомфорту. Найпродуктивнішими *копінг-стратегіями* хворих вважаються: співпраця (пацієнта 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 належності пацієнтів. Так, для хворих на неврастенію (F48.0) на початкових стадіях захворювання характерне використання таких копінг-механізмів, як відхід у діяльність, переключення, активне подолання хвороби (активний спосіб життя). Для пацієнтів з фобічними розладами (F40) більш типовими копінг-стратегіями є: проблемний аналіз, пошук інформації або пасивна співпраця. Хворі істеричним неврозом (F44) або істероїдною формою психопатії (F60.4) використовують, переважно, механізми психологічного захисту, зокрема, витіснення і заперечення [7].

Залежно від способу адаптації пацієнта до захворювання, від сформованої ним внутрішньої картини хвороби, від механізмів психологічного захисту, які він використовує, копінг-стратегії розрізняють психологічні реакції на захворювання, які реалізуються у відповідних формах поведінки. Ними є: *дисимуляція, агравація, анозогнозія, «занурення у хворобу»* [7].

Дисимуляція – одна з можливих форм психологічного реагування в ситуації хвороби. Розуміючи, що він хворий, пацієнт 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 під час розвитку захворювання приховувати симптоми стає важче, пацієнт наполегливо продовжує триматися обраної лінії поведінки. У лікарській практиці поведінка дисимуляції часто зустрічається у тих випадках, коли хвороба загрожує втратою працездатності, професійного, соціального, матеріального статусу. Часто в таких випадках хворі починають використовувати копінг-стратегію відволікання або відходу від діяльності. Реакція дисимуляції зустрічається також в осіб, які страждають «соціально непристужними» хворобами, що зазнають сором, страх і почуття провини перед оточуючими. Відомі випадки, коли сусіди таких хворих (наприклад, на СНІД) переставали спілкуватися з ними і навіть самовільно робили спроби їх виселення, підпалюючи двері, розбиваючи вікна. У таких ситуаціях хворі реагують або посиленням почуття провини і сорому, або проявами агресивної

поведінки, що призводить до конфліктних ситуацій. Поведінка дисимуляції може спостерігатися при психічних захворюваннях, що пов'язано не тільки зі страхом перед засудженням з боку оточуючих, але й з соціальними наслідками хвороби, що накладають обмеження на певні професії. Реакція дисимуляції зустрічається в онкологічних хворих, які вважають за краще переносити біль і дискомфорт, пов'язаний з хворобою, ніж піддаватися хірургічному лікуванню, проходити курси хіміотерапії [7].

Агравация – перебільшення симптомів, тяжкості стану, що демонструється хворим. При агравации пацієнти намагаються представити існуюче захворювання або хворобливий стан важчим і небезпечнішим, ніж це є насправді. Агравация може спостерігатися в осіб з істероїдними рисами характеру. Хвороба використовується такими пацієнтами з демонстративно-шантажною метою для того, щоб привернути до себе увагу, викликати співчуття, домогтися яких-небудь вигод, маніпулюючи почуттями навколишніх людей. Поведінка агравации характерна для літніх пацієнтів, які, відчуваючи страх самотності та боязнь будь-якої миті опинитися в безпорадному стані, прагнуть привернути до себе увагу лікарів, медичного персоналу, продовжити термін перебування в стаціонарі. Агравация не є повністю неусвідомленою психологічною реакцією: мета і причини такої поведінки можуть бути усвідомлені хворими [7].

Анозогнозія – неусвідомлення хвороби, її симптомів. Хворий «приховує» своє захворювання не тільки від оточуючих людей, а й від самого себе. Якими б не були очевидними ознаки хвороби для інших людей, він стверджує, що здоровий, не потребує медичної допомоги і відмовляється звертатися до лікарів [7].

Реакція «занурення у хворобу» полягає в тому, що пацієнт, фіксує увагу на своєму хворобливому стані, ставить його в центр власних інтересів, стосунків, при цьому ігноруючи все, що не пов'язане з захворюванням. Така заглибленість у хворобливі переживання, що відбуваються в організмі, зазвичай, супроводжується невдачами в житті, конфліктними, суб'єктивно нерозв'язаними проблемами. Хвороба позбавляє від необхідності вирішувати складні життєві ситуації, служить виправданням професійної або особистої неспроможності, набуваючи, таким чином, значення «умовної приємності», «умовної бажаності» [7].

У формуванні психологічної реакції пацієнта бере участь такий важливий фактор, як «соціальна престижність» захворювання, тобто ставлення до нього і до хвороб у цій соціальній групі. У різних країнах і культурах до хвороб ставилися по-своєму. У Стародавній Спарті, де панував культ красивого здорового тіла, як вказується в окремих історичних джерелах, старих і хворих скидали в море з високої скелі. У Середньовічній Європі психічно хворих спалювали на вогнищі, виганяючи з них «бісів», «єресь» і «нечисту силу». Сьогодні в європейській культурі ставлення до хвороби толерантне: розмови про здоров'я, про різні захворювання, як власних, так і інших людей, є темою світських бесід. Негласно хвороби поділяються на «престижні» (про них можна говорити в суспільстві), і «непрестижні» (намагаються приховати). До «престижних» хвороб відноситься, наприклад, ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт міокарда. Вони підвищують соціальний статус людини, засвідчуючи про такі соціально-схвалювані психологічні якості, як відповідальність, обов'язковість, працьовитість, почуття обов'язку. Пацієнти із захворюваннями серцево-судинної системи викликають повагу, увагу з боку оточуючих людей, співчуття, готовність допомогти. Для цієї категорії хворих захворювання також може набувати значення «умовної бажаності». У той же час такі хвороби, як геморої, виразковий коліт є «непрестижними», їх, зазвичай, приховують від оточуючих [9].

Для формування психологічної реакції пацієнта на захворювання має значення також те, як до нього ставляться родичі, друзі, значущі особи з оточення хворого. Пацієнт, позбавлений уваги і турботи з боку близьких, прагне швидше повернутися до професійної діяльності, щоб повернути собі втрачене внаслідок хвороби ставлення членів сім'ї [9].

Ми вже стверджували, що в адаптаційних процесах особистості велику роль відіграють психологічні захисти, що винаходить психіка людини для зниження стресогенної напруги. Визначення характеру використання хворими на епілепсію механізмів психологічного захисту

проводилося за допомогою тесту-опитувальника Р.Плутчика, Г.Келлермана і Х.Р.Конта. [3]. Результати проведенного дослідження представлені на Рис. 1.

За твердженням деяких учених (В.Г. Каменська, Р.М. Грановська та ін.), найконструктивнішими психологічними захистами є компенсація і раціоналізація, а найдеструктивнішими – проєкція і витіснення. Використання конструктивних захистів знижує ризик виникнення конфлікту або його загострення.

Згідно з отриманими даними, в групі з високим рівнем адаптації як механізми психологічного захисту (або індексу життєвого стилю, за авторською концепцією) переважають інтелектуалізація (раціоналізація) – 69,8 середній за цією вибіркою бал, та проєкція (62,5 б.). Інтелектуалізація перевищує середні нормативні величини як в авторській інтерпретації (63 б.), так і в інтерпретації Л.І.Вассермана, О.Ф.Єришева, Е.Б.Клубової та ін. (59 б.) [207, С.444-452], тоді як проєкція є завищеною лише згідно з авторськими нормативами (55 б.) і є нижчою за норму у вище зазначених авторів, які наголошують на нормі у 82 бали. У будь-якому випадку дія інтелектуалізації проявляється у «розумовому» способі подолання конфліктної або фруструючої ситуації без переживань. Іншими словами, особистість долає неприємні переживання за допомогою логічних установок і маніпуляцій навіть за наявності переконливих доказів на користь протилежного. При цьому способі захисту нерідко спостерігаються очевидні спроби знизити цінність недоступного для особистості досвіду. Так, опинившись у ситуації конфлікту, людина захищає себе від його негативної дії шляхом зниження значущості для себе та інших причин, що викликали цей конфлікт або психотравмуючу ситуацію. У шкалу інтелектуалізації (раціоналізації) було включено сублимацію як механізм психологічного захисту, при якому витіснені гіпертрофовані бажання і почуття компенсуються іншими, вищими соціальними цінностями, що сповідаються особистістю. Відтак, інтелектуалізація є певною мірою конструктивним механізмом психологічного захисту, що дозволяє хворій на епілепсію людині подолати напругу, викликану хворобою. Показово, що в групі з середнім та низьким рівнем адаптації цей показник дещо нижчий: 61,9 б. та 61,2 б. відповідно.

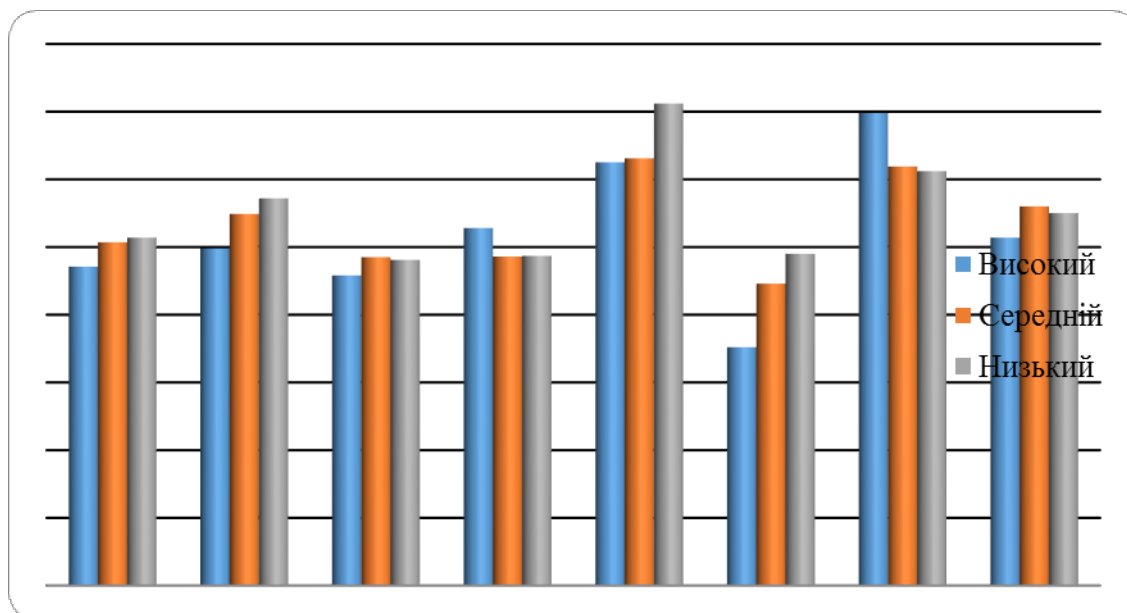


Рис. 1. Розподіл вираженості показників механізмів психологічного захисту за методикою Р.Плутчика у досліджуваних групах (у %)

Незначну перевагу у порівнянні з середнім (48,6 б.) та низьким (48,7 б.) рівнями адаптації має показник компенсації (52,8 б.). Цей механізм значно перевищує норму як у авторській інтерпретації (43 б.), так і в інтерпретації Л.І.Вассермана, О.Ф.Єришева, Е.Б.Клубової та ін. (31 б.) Компенсація проявляється у спробах знайти відповідну заміну реального чи

уявного недоліку, дефекту нестерпного почуття іншою якістю, найчастіше за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, переваг, цінностей, поведінкових характеристик іншої особистості. Часто це відбувається при необхідності уникнути конфлікту з цією особистістю і підвищення почуття самодостатності. При цьому запозичені цінності, установки або думки приймаються без аналізу і переструктурування і тому не стають частиною самої особистості. Проте, сам хід думки явно сприяє соціальній адаптації хворих на епілепсію.

Подальший аналіз показників у порівнянні з нормативними даними представлено, опираючись на середні величини, описані Л.І.Вассерманом, О.Ф.Єришевою, Е.Б.Клубовою та ін., оскільки їхні дані є сучаснішими і отримані на російськомовній вибірці, як і в нашому випадку.

Перевищенням норми (31 б.) зафіксований механізм реактивного утворення, причому за всіма трьома групами: високого рівня – 51,4 б., середнього – 56 б., низького – 55 б. (рис. 1). Цей вид психологічного захисту нерідко ототожнюють з гіперкомпенсацією. Особистість запобігає неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Відбувається свого роду трансформація внутрішніх імпульсів у їх суб'єктивно обрану протилежність. Таким чином, жалість або дбайливість можуть розглядатися як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості або емоційної байдужості. Отримані дані, що майже не відрізняються за групами, вказують, вірогідніше, на роль цього захисту в загальній картині хвороби і відсутність його значущості у процесі соціальної адаптації.

Незначними відмінностями відмічені також показники заперечення (47,1 б., 50,7 б. та 51,4 б. відповідно) та регресії (45,8 б., 48,5 б., 48,1 б.), причому з майже непомітним відхиленням від норми (заперечення – 45 б., регресія – 47 б.).

Дія механізму заперечення виявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які, будучи очевидними для оточуючих, не приймаються і не визнаються особистістю. Інформація, яка тривожить людину і може призвести до конфлікту, не сприймається нею, оскільки суперечить основним установкам особистості або загрожує її самозбереженню, самоповазі чи соціальному престижу. Оскільки заперечувати епілепсію, не дивлячись на амнестичні супроводи генералізованих нападів, досить складно, зрозуміло, що заперечення не є провідним механізмом психологічного захисту, принаймні у групі досліджуваних зі збереженим рівнем інтелектуальних здібностей.

Подібна тенденція зберігається в нормативності регресії – механізму психологічного захисту, за допомогою якого особистість у своїх поведінкових реакціях прагне уникнути тривоги шляхом переходу на попередні стадії розвитку лібідо. При цій формі захисної реакції особистість піддається дії фруструючих факторів, замінює рішення суб'єктивно складніших завдань на простіші і доступніші в існуючих ситуаціях. Використання простіших і звичних поведінкових стереотипів суттєво збіднює загальний (потенційно можливий) арсенал конфліктних ситуацій.

Витіснення (49,8 б., 54,9 б., 57,2 б. відповідно за рівнями) та проекція (62,5 б., 63,1 б., 71,2 б.), причому, остання більшою мірою, показали наявність відмінностей у бік збільшення у групах середнього та низького рівнів адаптації.

Витіснення – механізм захисту, за допомогою якого неприйнятні для особистості імпульси: бажання, думки, почуття, що викликають тривогу, – стають несвідомими. За рахунок зниженої свідомої контрольованості цього механізму, керування ним є обмеженим. При тому що витіснені (пригнічені) імпульси, не знаходячи дозволу у поведінці, зберігають свої емоційні і психо-вегетативні компоненти. Саме тому витіснені потяги виявляються в невротичних і психофізіологічних симптомах. Як показують дослідження і клінічний досвід, найчастіше витісняються ті властивості, якості та вчинки, які не є привабливими для особистості,

наприклад, заздрісність, недобррозичливість, невдячність тощо. Слід підкреслити, що психотравмуючі обставини або небажана інформація дійсно витісняються зі свідомості людини, хоча зовні це може виглядати як активна протидія спогадам і самоаналізу. Діагностика цього механізму стає доступною за рахунок включення авторами до шкали витіснення питань, що відносяться до менш відомого механізму психологічного захисту – ізоляції. При ізоляції психотравмуючий і емоційно підкріплений досвід індивіда може бути усвідомленим, але на когнітивному рівні ізолюваним від афекту тривоги. Очевидно, для соціально адаптованіших хворих прийняття хвороби і знаходження позитивних способів самореалізації та взаємодії з оточенням, дозволяє краще уникати запуску цього механізму. Проте, залишається відкритим питанням про характер цих взаємозв'язків та взаємовпливів: чи зменшує позитивна адаптація роботу механізму, чи сприяє адаптації відсутність напруги, викликана дією витіснення.

Проекція, разом із витісненням, вважається деструктивним механізмом психологічного захисту. В основі проекції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлювані і неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються ззовні, приписуються іншим людям і, таким чином, стають вторинними. Негативний характер почуттів і властивостей, наприклад агресивність, особистість схильна приписувати при проекції оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність або недобррозичливість, яка проявляється ніби з захисною метою. Рідше зустрічається інший вид проекції, при якому значущим особам (частіше з мікросоціального оточення) приписуються позитивні, соціально схвалювані почуття, думки або дії, які здатні піднести. Очевидно, виявлене підвищення агресивних тенденцій у поведінці та міжособистісних стосунках у групі з низьким рівнем адаптації, з одного боку, та фрустрована потреба у налагодженні позитивної взаємодії з оточенням, – з іншого, запускає механізм проекції. При цьому екстеріоризація проблеми її тільки посилює.

Значний розрив у бік підвищення менш адаптованих хворих зафіксовано за шкалою «заміщення» (35,2 б., 44,6 б., 49 б. відповідно) (Рис.1). Заміщення – поширена форма психологічного захисту, яка в літературі нерідко позначається поняттям «зсув». Дія цього захисного механізму проявляється в розрядці пригнічених емоцій (як правило, ворожості, гніву), які спрямовуються на об'єкти, що представляють меншу небезпеку або доступніші, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття. Наприклад, відкритий прояв ненависті до людини, яке може викликати небажаний конфлікт з нею, переноситься на іншого, більш доступнішого і безпечнішого. У більшості випадків заміщення знімає емоційне напруження, що виникло під впливом фруструючої ситуації, але не призводить до полегшення або досягнення поставленої мети. У цій ситуації суб'єкт може здійснювати несподівані, часом безглузді дії, які знижують внутрішнє напруження. Дією цього механізму можна пояснити агресивність, злість по відношенню до близьких, що спостерігаються у поведінці хворих на епілепсію, особливо у групі з низькою адаптацією. Не знаходячи виходу безпорадності, пов'язаної з хворобою, не знайшовши у собі зусилля справитися з ситуацією, прийняти її і діяти у відповідності з цим, особа вдається до агресивних способів зняття напруги, причому знаходячи вразливіших та доступніших для цього людей – рідних та близьких, які вимушені страждати через хворобу родича.

У цілому, проведений аналіз дії механізмів психологічного захисту при хворобі на епілепсію з урахуванням ступеня адаптованості показав, що сприятливішими в адаптаційному процесі є механізми компенсації та інтелектуалізації, які, на нашу думку, носять сприятливий характер завдяки більшій усвідомлюваності, дієвості, а, значить, контрольованості. Менш адаптивними є механізми, що погано піддаються контролю або обираються як зручніші (простіші) для особистості – витіснення, проекція, заміщення [5].

Отже, в результаті проведеного аналізу можна констатувати, що психологічні і соціальні проблеми хворих на епілепсію іноді не менш тяжкі, ніж медичний стан. У психологічному аспекті захворювання на епілепсію створює для людини дуже негативну ситуацію, емоційні та поведінкові реакції на яку обумовлені дезадаптивним впливом нападів. Суб'єктивне ставлення до хвороби викликає в особи гаму складних та інтенсивних емоцій. Вони пов'язані з переживанням власного стану і ставленням інших до нього. Соціальні почуття перетинаються з переживаннями за своє здоров'я. Часто такі почуття проєктуються у майбутнє. Таким чином епілепсія, виходячи за межі виключно медичної проблеми, впливає на соціальний статус індивіда та установки соціального оточення по відношенню до хворого на епілепсію.

Література

1. *Бассин Ф.В.* К вопросу о дальнейшем развитии научных исследований в психологии (К проблемам установки, бессознательного и собственно психологической закономерности). // Ф.В., Бассин, А.С. Прангишвили, А.Е. Шерозия А.Е. Вопросы психологии – № 5 1979, с. 82-96.
2. *Грановская Р.М.* Психологическая защита. / Р.М. Грановская – СПб.: Речь, 2007. – 480 с.
3. *Диагностика* типологий психологической защиты (Р.Плутчик в адаптации Л.И.Вассермана, О.Ф.Ерышева, Е.Б.Клубовой и др.) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. – С.444-452
4. *Зачепацкий Р.А.* Вопросы соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности в свете опыта патогенетической психотерапии неврозов. «Бессознательное» / Р.А. Зачепацкий, Б.Д. [Карвасарский](#). – Тбилиси, 1978. – 144 с.
5. *Зінченко А.В.* Механізми психологічного захисту хворих на епілепсію / А.В.Зінченко // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Випуск 19. – Кам'янець-Подільський: «Аксіома», 2013. – С.213–223.
6. *Казаковцев Б.А.* Психические расстройства при эпилепсии / Б. А. Казаковцев. М. : Амипресс, 1999. – 416 с.
7. *Клиническая психология* /под.редакцией Б.Д. Карвасарского. СПб.:Питер, 2006.– 960с.
8. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А.Лурия – 4-е изд. Издательство: Медицина: – 1977 – 111 с.
9. *Медицинский портал «Евролаб»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eurolab.ua/balance-and-stress>
10. *Петровский В.А.* Психология неадаптивной активности /В.А. Петровский. – М., 1992. – 224 с.
11. *Соложенкин В. В.* Социальная регуляция поведения и проблема исследования компенсаторных психологических механизмов личности / В. В. Соложенкин, В. А. Шилин, Н. А. Сирота // Всесоюзный VII-ой съезд невропатологов и психиатров. – М., 1981. – С. 615 – 616.
12. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных с неврозами и психосоматическими расстройствами. Пособие для врачей./ В.А Ташлыков – СПб, 1992. – 287с.

13. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. / А.Фрейд. – М. Педагогика-Пресс, 1993. – 144с.
14. Фрейд З. Бессознательное (1915) / Фрейд З. – М., 2006. – С. 129–186
15. Brodie M.I. The report of the International League Against Epilepsy / M.I. Brodie, S.D.Shorvon, R.Canger et al. // Epilepsia. – 1997. – Vol.38 (11). – P.1245 – 1250.

В статье раскрывается проблема психологических реакций на болезнь в зависимости от того, как пациент адаптируется к состоянию болезни, от сформировавшейся внутренней картины болезни, от механизмов психологической защиты, в зависимости от выбора копинг-стратегий. Представлен анализ психологических реакций на болезнь, которые реализуются в таких формах поведения как: диссимуляция, аггравация, аногнозия, «уход в болезнь». Анализируется место механизмов психологической защиты в адаптационных процессах личности в целом и больных эпилепсией конкретно. При помощи теста-опросника Р.Плутчика, Г.Келлермана и Х.Р.Конта определен характер использования больными эпилепсией механизмов психологической защиты.

In this article reveals problem of psychological reactions on disease depending on the formed internal picture of disease , on psychological defense mechanisms, choice of coping strategies, how patient adapt ate to the condition of disease. Represents analysis of psychological reactions to the disease , which implemented in such forms of behavior as: dissimulation, aggravation, anognoziya, “care in the disease”. Analyzes the place of psychological defense mechanisms in adaptation process personality in whole and people who suffer with epilepsy specifically. With the help of test-questionnaire P.Plytchik ,G.Kallerman and H.P.Konte defined the character of using psychological defense mechanisms by people with epilepsy.

Статтю подано до друку 07.04.2014.

©2014 р.

О. Ю. Ніконова (м. Київ)

ЗАПОБИГАННЯ НАСИЛЛЮ В УЗАЛЕЖНЕНІЙ СІМ'Ї: З ДОСВІДУ ГЕНДЕРНОЇ ШКОЛИ БАТЬКІВСТВА

Постановка проблеми. Останнім часом у гендерній політиці ЗМІ культивується соціалізаційний міф «рівності жінок та чоловіків», який руйнує традиційні статевоорієнтовані прояви особистості та стирає межі норми-патології сексуальних проявів. В Україні на тлі глобальної алкоголізації та наркотизації населення, пропаганди насильництва та нетрадиційної сексуальної орієнтації, знецінення інституту материнства та викривлення функцій сім'ї відбуваються незворотні демографічні процеси. У зменшенні відтворення популяції Л. Грідковець вбачає «маніпуляції задоволення економічних та політичних амбіцій певних структур» [1].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Суперечливі дані, що є у різноманітних джерелах, свідчать про брак реальних об'єктивних досліджень питання щодо фактів різних видів насильства в українських сім'ях. Наприклад, чоловічі організації подають дані, що 97% чоловіків в Україні зазнають психологічного насильства з боку своїх дружин, а організації гендерної рівності акцентують увагу на 72-91% жінок, які зазнали насильства в родині [1]. За результатами досліджень L. Heise, M. Ellsberg, M. Gottemoeller, частка потерпілих жінок від