

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.1/7-02:616.89:159.94

ВПЛИВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ПСИХІЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ

Афузова Г.В.

кандидат психологічних наук
Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

Наукова стаття розкриває особливості впливу психосоматичних порушень на активність та діяльність особистості, що є важливим аспектом при організації психологічної допомоги.

Научная статья раскрывает особенности влияния психосоматических нарушений на активность и деятельность личности, что выступает важным аспектом при организации психологической помощи.

The scientific article exposes the features of the effect of psychosomatic disorders on the activity and activities of the individual that should be considered at the organization of psychological help.

Ключові слова: психосоматичні порушення, активність, діяльність, поведінка, тип реагування, особистість.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, активность, деятельность, поведение, тип реагирования, личность.

Keywords: psychosomatic disorders, active, activity, behavior, type of response, personality.

Психосоматичний підхід до здоров'я та хвороби розглядає психосоматичні стани як взаємодію психологічних, соціальних і біологічних чинників. Гуманізація медицини, впровадження в широку клінічну практику ідей і методів медичної психології та психотерапії, реалізація загальномедичної концепції реабілітації орієнтує лікарів різного профілю на особистісний підхід до пацієнта [1].

Частота психосоматичних розладів серед населення досить висока і коливається від 15 до 50 %, а в загальномедичній практиці – від 30 до 57 % [5, 6]. Сучасні уявлення про суть концепції хвороби припускають врахування усієї сукупності змін, що зачіпають як біологічний рівень порушень (соматичні симптоми і синдроми), так і соціальний рівень функціонування пацієнта зі зміною ролевих позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування, з переходом у принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, приписами і обмеженнями. Дану проблему у різний час висвітлювали у своїх наукових доробках Ф. Александер, Ю. Антропов, В. Гіндікін, Ф. Данбар, Д. Ісаєв, С. Кулаков, А. Лічко, В. Мариллов, Г. Мозгова, Н. Пезешкіан, В. Ротенберг, А. Смулевич, З. Фрейд, О. Хаустова, О. Чабан та інші вчені.

Вплив соматичного стану на психіку може бути як саногенним, так і патогенним. Під останнім маються на увазі порушення психічної діяльності в умовах соматичної хвороби. Існують два види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку людини: соматогенний (внаслідок інтоксикації, гіпоксії і інших дій на центральну нервову систему) і психогенний, пов'язаний з психологічною реакцією особистості на захворювання та його можливі наслідки. Соматогенний і психогенний компоненти представлені у впливі на психічну сферу в різних співвідношеннях залежно від нозології хвороби [2].

У хворих з хронічними соматичними захворюваннями відмічають явища, які призводять до наростаючої астенії, внаслідок чого виникають зміни передусім в структурі таких пізнавальних процесів, як пам'ять і увага — передумов інтелекту. Відбувається звуження об'єму уваги, порушення процесів запам'ятовування та зберігання інформації. У міру наростання астенії до порушень процесів уваги і пам'яті приєднуються і інші зміни інтелектуальної сфери: знижується рівень аналітико-синтетичної діяльності мислення з переважанням наочно-образного мислення над абстрактно-логічним. Розумова діяльність починає носити риси конкретності і ситуативності. Поступово формується інтелектуальна недостатність, знижується продуктивність мислення. Зміни в пізнавальній сфері нерозривно пов'язані зі змінами емоційності. У структурі астенії спостерігається дратівливість зі зниженням контролю над емоційними реакціями. Депресія є психологічною реакцією на усвідомлення і переживання хворим прогресуючої інтелектуальної неспроможності (особливо на пізніх етапах захворювання), також можуть розвиватися тривожні і іпохондричні риси [4].

Важке хронічне соматичне захворювання істотно змінює усю соціальну ситуацію розвитку людини. Вимушена відмова від звичної діяльності, необхідність в зміні професії через захворювання або перехід на інвалідність, перетворення на об'єкт сімейної опіки, ізоляція від звичного соціального оточення (внаслідок тривалого стаціонарного лікування), зміна соціального місця — усе це значною мірою впливає на особистість хворого, у якого з'являються риси егоцентризму, підвищеної вимогливості, образливості. Спостерігається зниження вольової активності, обмеження кола інтересів, млявість, апатичність, порушення цілеспрямованої діяльності з падінням працездатності, збідненням і зубожінням усієї психічної сфери. Все це загрожує перетворенням особистості на «неповноцінну» людину, на інваліда.

Поведінкові особливості пацієнтів з соматизацією, мабуть, рідко є чинником ризику для виникнення розладу, зате, як правило, мають значення для його підтримки. Велику роль відіграють передусім щадна/уникаюча поведінка і контролююча поведінка. Щадна поведінка передусім призводить до поганої фізичної форми, наслідком якої є сильніше сприймання

соматичних змін при фізичних і психічних навантаженнях. Для пацієнтів це часто є зайвим підтвердженням їх особистісної концепції хвороби. В подальшому щадна поведінка призводить до пошуків зовнішніх умов, бідних стимулами (скорочення соціальних контактів, пасивне проведення дозвілля), що теж підвищує ризик сильнішого сприймання і помилкової оцінки інтернальних сигналів.

Багато пацієнтів з соматоформними розладами, пов'язаними передусім з іпохондричною тривогою, схильні до того, щоб постійно контролювати своє тіло. Страх перед соматичною хворобою короткочасно редукується завдяки тому, що увесь організм ніби промацується, подумки перевіряється на предмет можливого захворювання, або завдяки постійному виконанню певної поведінки (наприклад, ковтання при страху перед раком горла). Ці способи поведінки на деякий час редукують страх і тим самим підкріплюються в сенсі психології науціння. Проте вони ускладнюють довготривале подолання страху, що лежить в основі контролюючої поведінки [2, 4].

Значний вплив на активність психосоматичного хворого у різних сферах життєдіяльності здійснює тип психологічного суб'єктивного реагування на хворобу. Прийнята у вітчизняній клінічній психології типологія реагування на захворювання створена А.Є. Лічко і М.Я. Івановим на основі оцінки впливу трьох факторів: 1) природи самого соматичного захворювання; 2) типу особистості, в якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру; 3) ставлення до даного захворювання в референтній для хворого групі. Схожі типи реагування об'єднані в блоки [3].

Перший блок включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація істотно не порушується, – це гармонійний, ергопатичний і анозогнозичний типи. Так, гармонійний тип реагування характеризується реалістичною оцінкою свого стану, прагненням до активної співпраці із фахівцями у ході лікування, небажанням обтяжувати інших доглядом за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідазації такі хворі переносять свої інтереси на ті області життя, які залишаються доступними.

Ергопатичний тип реагування характеризується «втечею» людини від хвороби в роботу, причому працювати вони стають завзятіше, ніж до захворювання. При об'єктивній тяжкості симптоматики хворі намагаються не піддаватися захворюванню, активно переборювати себе, долають нездужання і болі, обстеження і лікування планують так, щоб це не шкодило їх діяльності.

Анозогнозичний тип реагування передбачає активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки. Людина не визнає себе хворою, заперечує очевидне у проявах хвороби, приписує їх випадковим обставинам чи іншим несерйозним захворюванням. Часто це провокує відмову від обстеження і лікування [3].

У другій блок входять типи реагування, що призводять до психічної дезадаптації переважно з інтрапсихічною спрямованістю (іпохондричний, тривожний, меланхолійний і апатичний типи). Так, при іпохондричному типі реагування притаманним є зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших непріємних відчуттях, прагнення постійно розповідати про них оточуючим, переоцінка дійсних і пошук неіснуючих хвороб та страждань. Пацієнт з іпохондричним типом реагування схильний до егоцентризму, шукає співчуття та жалості оточуючих.

Тривожний тип реагування викликає безперервне занепокоєння стосовно несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. На відміну від іпохондрії, хворих більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результати аналізів, висновки фахівців), ніж власні відчуття. Тривога проектується в майбутнє і викликана часто побоюваннями, що хвороба надовго й істотно змінить звичний стереотип життя. Проявом тривоги може бути підвищений інтерес пацієнта до медичної літератури, прискіпливість до медичного персоналу, спрямованість на повторну перевірку отриманих від лікарів відомостей про захворювання.

Меланхолійний або депресивний тип реагування провокує у людини пригнічений стан, невіру в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування. Характерними є активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок та намірів, націленість на найгірший результат, нездатність бачити і використовувати механізми саногенезу, песимістична оцінка майбутнього.

При апатичному типі реагування спостерігається повна байдужість до власного майбутнього, до результату хвороби, до результатів лікування. Людина втрачає інтерес до всього, що раніше її хвилювало. Як правило, така байдужість обумовлена депресією і фіксацією на власному стані. У пацієнта пропадає інтерес і активність у всіх сферах життя за винятком здоров'я [3].

Третій блок включає типи реагування з порушенням психічної адаптації за інтерпсихічним варіантом, який в найбільшій мірі залежить від преморбідних особливостей особистості хворих (егоцентричний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сенситивний, ейфорійний, параноїальний типи). Так, хворі з егоцентричним типом реагування надають перевагу «втечі у хворобу», виставляють напоказ близьким та оточуючим свої страждання і переживання з метою повністю заволодіти їх увагою та піклуванням. В інших людях, які також потребують уваги і турботи, бачать тільки «конкурентів» і ставляться до них неприязно. Характерним є постійне бажання показати своє особливе положення, свою винятковість стосовно хвороби, що часто використовується хворими для докорів і шантажу оточуючих.

Для неврастенічного типу реагування характерною є поведінка по типу «дратівливої слабкості». Його основою є підвищена дратівливість у відповідь як на фізичні явища (яскраве світло, голосні звуки, різкі запахи), так і на ставлення оточуючих. Пацієнт стає примхливим, вимогливим, шукає ласки, участі, заспокоєння. Схильний до вираження гніву, якщо його очікування відносно поведінки оточуючих не виправдовуються.

Obsесивно-фобічний, або дисфорійний тип реагування притаманний людям, які схильні до тривожних думок, які насамперед стосуються побоювань не реальних, а малоімовірних: ускладнень, невдач лікування, поганого результату, а також можливих (але теж малообґрунтованих) невдач в житті, роботі, сімейній ситуації в зв'язку з хворобою. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали – пацієнт стає забобонним, надає особливого значення дрібницям, які перетворюються для нього в своєрідні знаки.

Сенситивний тип реагування провокує надмірну заклопотаність пацієнта можливим несприятливим враженням, яке може справити на оточуючих інформація про його хворобу (побоювання ізоляції, приниження, зневажливого ставлення тощо). Основою цього є рефлексивний стиль мислення, орієнтація на думку і оцінку оточуючих. Такі пацієнти схильні до постійних і часто зайвих вибачень, нерідко на шкоду своєму здоров'ю соромляться звертатися до фахівців навіть у випадках загрозового для життя стану. Відзначаються боязкість, сором'язливість, підвищена ніяковість таких пацієнтів.

При ейфорійному типі реагування характерним є необґрунтовано підвищений, часто наганий настрій, зневага та легковажне ставлення до хвороби і лікування. Подібне реагування може носити захисний характер або відображати характерологічні особливості людини.

Паранойяльний тип реагування виявляється у впевненості в тому, що хвороба є результатом чийогось злого наміру. Характерним є крайня підозрілість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення недбалості або злому наміру фахівців, скарги в усі інстанції, звинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим. Даний тип реагування виникає переважно на базі особистісних особливостей [3].

Таким чином, суть хвороби може змінити «Я»-образ людини, її ставлення до самої себе, відносини з іншими людьми й навколишнім середовищем. Хвороба може стати перешкодою втілення основних життєвих мотивів людини, і тоді хворий перш за все намагатиметься позбавитися свого захворювання. Але іноді хвороба може набути суті певного «помічника» у вирішенні складних життєвих ситуацій (вторинна користь хвороби), що найчастіше провокує амбівалентне ставлення до власного хворобливого стану. Все це слід враховувати під час організації взаємодії з психосоматичними хворими у ході надання їм психотерапевтичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Коломоєць М.Ю., Павлюкович Н.Д. та ін. Теорії та концепції психосоматичних захворювань // Буковинський медичний вісник. – 2008. – Т. 12, №1. – С.141-144.
2. Волков В.Т., Стрелис А.К. и др. Личность пациента и болезнь. – Томск: Сиб. мед. ун-т, 1995. – 328 с.
3. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. – Л.: Медицина, 1983. — 312 с.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: [монография]. М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
5. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции // Международный медицинский журнал – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 37-40.
6. Михайлов Б.В., Сарвір І.М. та ін. Соматоформні розлади – сучасна загальномедична проблема // Український медичний часопис. – 2003. – №3. – С. 73-76.

УДК: 316.614-056.37-053.6

ДО ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПОНЕНТІВ РОЛЬОВОЇ ПОВЕДІНКИ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ПІДЛІТКІВ

Горбенко С.Л.

кандидат психологічних наук, доцент
навчально-науковий інститут права та психології
Національної академії внутрішніх справ

Стаття містить результати теоретико-експериментального дослідження проблеми рольової поведінки розумово відсталих підлітків, зокрема вивчення її структурних компонентів.

Статья содержит результаты теоретико-экспериментального исследования проблемы ролевого поведения умственно отсталых подростков, в частности изучение ее структурных компонентов.

This article contains the results of theoretical and experimental research on role behavior of mentally retarded adolescents, including the study of its structural components.

Ключові слова: соціалізація, рольова поведінка, структурні компоненти рольової поведінки: змістовий, емоційно-мотиваційний, поведінковий.

Ключевые слова: социализация, ролевое поведение, структурные компоненты ролевого поведения: содержательный, эмоционально-мотивационный, поведенческий.

Keywords: socialization, role behavior, structural components of role behavior and performance.

Становлення особистості відбувається в процесі соціалізації індивіда – засвоєння ним соціального досвіду, перетворення соціального досвіду у власні цінності, залучення до власної поведінки норм, які прийняті у суспільстві чи групі. Особливе місце у цьому процесі надається засвоєнню та виконанню дитиною соціальних ролей, тобто рольовій поведінці.

Вивчення психологічних особливостей рольової поведінки та цілеспрямоване її формування у розумово відсталих підлітків сприятиме підвищенню рівня їх соціалізації та зростанню особистісної зрілості.