

УДК 159.9:61

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЗІВ У ХВОРИХ З НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Гульбс О.А., д. психол. н.,
професор кафедри психології

Краматорський економіко-гуманітарний інститут

Сергачова В.Е., к. психол. н.,
доцент кафедри психології

Краматорський економіко-гуманітарний інститут

У статті розглянуто психологічні особливості неврозів у хворих із нирковою недостатністю. Проаналізовано причини виникнення неврозу нав'язливих станів, описані деякі аспекти психологічної допомоги при кожному з неврозів.

Ключові слова: *психологічні особливості неврозів, хворі на ниркову недостатність, невроз нав'язливих станів, психологічна допомога.*

В статье рассмотрены психологические особенности неврозов у больных с почечной недостаточностью. Проанализированы причины возникновения невроза навязчивых состояний, описаны некоторые аспекты психологической помощи при каждом из неврозов.

Ключевые слова: *психологические особенности неврозов, больные с почечной недостаточностью, невроз навязчивых состояний, психологическая помощь.*

Gulbs O.A., Sergacheva V.E. PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF NEUROSIS IN PATIENTS WITH RENAL INSUFFICIENCY

The article deals with psychological characteristics of neurosis in patients with renal failure. Analyzed causes of obsessional neurosis, described some aspects of psychological help each of neuroses.

Key words: *psychological peculiarities of neurosis, suffering from renal failure, obsessive compulsive disorder, psychological assistance.*

Постановка проблеми. Зацікавленість проблемою неврозів визначається, передусім, великою поширеністю цього стану. За офіційними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) протягом останніх років загальна кількість хворих неврозами значно зросла. Це пов'язано з доступністю інформації, бурхливими темпами життя, економічними труднощами і багатьма іншими соціальними і біологічними причинами.

Ступінь розробленості проблеми. Термін «невроз» широко описав шотландський лікар Клавдій Галлен наприкінці XVIII століття для позначення розладів, які «не супроводжуються лихоманкою, а залежать від загальнішого страждання – порушення регулюючої діяльності нервової системи» [5, с. 245]. Свого часу це було прогресивним явищем, оскільки дозволило виділення з низки соматичних захворювань психосоматичні розлади і зв'язати його з порушенням нервової діяльності. У зарубіжних концепціях невроз постає, як патологічна форма компенсації невідповідності рівня домагань і досягнень, загальмований процес самореалізації [4].

Б.Д. Карвасарський розглядав невроз, як психогенне захворювання особистості.

З. Фрейд вважав, що невроз утворюється внаслідок протиріч між інстинктивними потягами, що забороняє Над-Я, які представляють собою мораль і закони моральності, закладені в людини з дитинства. К. Хорні вважала, що невроз виник, як захист від такого типу несприятливих соціальних чинників, як приниження, соціальна ізоляція. Вона умовно класифікувала невротиків на «підлеглих», «агресивних» і «відособлених» [5]. На думку К. Роджерса, невроз – це незадоволена потреба у самоактуалізації. В.М. Мясіщев вважає, що невроз має психогенну природу [4].

Нині у світовій літературі найбільшого поширення отримують концепції поліфакторної етіології неврозів. Визнається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів [6].

Мета статті – проаналізувати причини виникнення неврозів у хворих із нирковою недостатністю та їх корекцію.

Виклад основного матеріалу. У більшості хворих, які звернулися за медичною допомогою і після обстеження діагностували, що у них є небезпечно для здоров'я, продовження професійної діяльності або для життя, захворювання, яке обов'язково вимагає відповідного, нерідко трива-



лого лікування, розвиваються ситуаційні психогенні невротичні реакції. В подібних випадках різке погіршення психологічного і загального стану хворого настає тоді, коли він отримує інформацію про наявність серйозного захворювання і усвідомить можливі негативні наслідки. Практично у багатьох хворих, які обстежуються або приймають лікування, розвиваються різні прояви неврозу тривожного очікування. Вони з тривогою очікують результатів. У багатьох із них розвивається своєрідна амбівалентність у сприйманні інформації щодо свого захворювання. На думку Ю.С. Мартинова, неврози – це психогенні нервово-психічні розлади, які є специфічними емоційно-афективними і соматовегетативними клінічними феноменами. Фактично це патологічна, найчастіше виборча, реакція особистості [5].

Ряд дослідників вважають, що розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома [6]. Вони виділили основні групи клінічної симптоматики, які характерні для всіх видів неврозів:

- розлади самоконтролю: дискомфорт, головний біль, відчуття «розбитості» (особливо після сну), підвищена втомлюваність, зниження працездатності, знесилення;
- емоційні розлади: лабільність настрою, сенситивність, подразливість, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих опасінь, бурхливий афективні спалахи з послідуочим виснаженням, неадекватність емоційної реакції силі подразника, недостатність контролю за емоційними реакціями;
- розлади вольової сфери і потягів: порушення апетиту і сексуальної функції, настирливі потяги і дії, недостатній контроль за поведінкою;
- розлади інших психічних функцій: уваги (підвищена виснажливність, розсіяність, відволікання або прикованість до неприємних відчуттів); пам'яті (забудькуватість, затруднення при запам'ятовуванні і відтворенні інформації); мислення (настирливі думки, афективне мислення, концентрація думок навколо своєї хвороби); відчуття і сприймання (гіпер-, гіпо- і анестезії, парестезії, сенестопатії, неприємні відчуття в органах і частинах тіла з розладами їх діяльності, функціональна сліпота, глухота); свідомості і самосвідомості (афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах);
- соматовегетативні розлади: гіпергідроз, приливи жару, посилений дермографізм, тахікардія, лабільність пульсу і артеріального тиску, закрепи, нудота, по-частішання сечовипускання, енурез, яду-

ха, функціональні парези і плегії, заїкання, тремор тіла тощо [6].

У хворих на ниркову недостатність при кожному неврозі, особливо при його маніфестації, виявляються симптоми всіх згаданих груп розладів. У процесі подальшого протікання в залежності від преморбідних особливостей на перший план виступають порушення або психічних, або сомато-вегетативних функцій [3].

М.П. Дорошкевич описав такі форми неврозів: неврастенія, істеричний невроз, невроз нав'язливості, фобії невротичні, невроз занепокоєння (тривоги), іпохондричний невроз, невротична депресія [1], і поділив їх на: загальні, куди входять неврастенія, істерія і невроз настирливих станів (за деякими класифікаціям – психастенія); локальні форми неврозів – вегетативна та рухова (тики, заїкуватість та ін.); за течією: реактивний стан (невротичні реакції); гострий невроз.

На розвиток певного виду неврозу значною мірою впливає тип вищої нервової діяльності. У людей з художнім її типом, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора великого мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особистості з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких друга сигнальна система превалює над першою. Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше у них розвивається неврастенія [4].

Д.Д. Єнікеєва розуміє неврастенію, як нервове виснаження, перевтому, найчастіше розплату за невміння долати бар'єри спілкування, складнощі у міжособистісних стосунках [2]. Для неврастенії характерні неадекватні реакції на невеликі подразники і невміння їх долати, тобто розлади стосуються, передусім, сфери емоцій. Може дратувати світло, занадто гучна розмова, включене радіо та ін. Нерідко все це є приводом чергового конфлікту – спалахи гніву, грубості, постійно турбує головний біль, відчуття тяжкості у голові.

Неврастенічні симптоми у хворих на ниркову недостатність обумовлені ослабленням процесів внутрішнього гальмування й пробудження в корі мозку. У нормі гальмування зменшує порушення. При неврастенії слабшає внутрішнє гальмування, сон набуває поверхневий характер. Через порушення сну працездатність нервових клітин не повністю відновлюється, звідси під час роботи швидко з'являється стомлюваність. Порушення уваги пояснюється ослабленням процесів гальмування. Якщо осередок збудження слабкий, тоді й негативна

індукція навколо неї буває недостатньою. Відтак кожен незначний подразник відволікає хворого від основного заняття [4].

Хворий з нирковою недостатністю відчуває складнощі в інтелектуальній діяльності, стає розсіяним, неспроможним зосередитися і сконцентрувати свою увагу, неспроможним думати, погано засвоює нове у процесі навчання чи роботи, неспроможний відтворити прочитане, погано запам'ятовує абстрактні поняття, цифри, дати, імена, номери телефонів. У розмові хворий часто втрачає її сутність, неспроможний згадати, про що щойно говорив [2].

Залежно від переважання порушення нервової системи (дратівливість, запальність, гнівливість) або астенії (млявість, погіршення настрою) неврастенію прийнято розділяти на гиперстенічну (дратівливу) та гіпостенічну (депресивну). З клінічних і патологічних досліджень (І.П. Павлов, А.Р. Іванов-Смоленський) виділено 3 стадії неврастенії: початкова стадія характеризується порушенням активного гальмування, проявляється дратівливістю і збуджуваністю; у другій стадії переважає дратівлива слабкість; у третій стадії переважають слабкість і виснаженість, млявість, апатія, підвищена сонливість, погіршення настрою [2].

Перебіг неврастенії у хворих на ниркову недостатність залежить від типу нервової системи, клінічної картини зриву, наявності або відсутності конфліктної ситуації, загального стану організму, лікування.

У невротиків-гіперстеніків, за П.У. Кебриковим, режим має бути спрямований, передусім, на підвищення гальмівних процесів й усунення моментів, підтримуючих стан порушення. Для цих хворих необхідно створити спокій, що може бути досягнутий подовженням сну, пасивним відпочинком, спокійними фізичними вправами, тепловими процедурами [6]. Збуджуваністю особистостям, у яких спостерігаються осередки застійного порушення та патологічна інертність, рекомендований, як указують Х.М. Фрейдін і Л.М. Канавець, напрям інтересів на активні форми відпочинку за допомогою рухів і трудотерапії. З такими хворими більшою мірою, ніж із іншими, треба поводитися по-дружньому, уважно, терпляче, налагодити порозуміння і контакт [6].

Невротикам-гіпостенікам, які мають переважно гальмівні коркові процеси, потрібно призначати терапію сном. Це дуже ефективний засіб відновлення порушеної рівноваги основних нервових процесів – гальмування й пробудження [6]. Позитивний вплив надає зміна обстановки, а також індивідуальна або групова психотерапія, що сприяє виробленню у хворих із нирко-

вою недостатністю правильного ставлення до причин захворювання, спробі усунути їх, зменшити їхню значимість. Досить широко застосовують аутогенне тренування.

Під час лікування неврастенії у хворих із нирковою недостатністю ефективні прийоми раціональної психотерапії, зокрема, метод «перевиховання», у якому, як і в навчанні, зміцнюються знання хворого. Його вчать правильно оцінювати речі й явища свого життя, привчають до корекції масштабу своїх переживань. Хворим роз'яснюють фізіологічну сутність неврозу та його суб'єктивних скарг, наводять можливості остаточного одужання [3].

Складнішим є істеричний невроз, основу якого складають особливості поведінки, залежно від підвищеної емоційності і сугестивності. Істерія частіше виникає в осіб із істеричним складом характеру, переважно в жінок із підвищеною вразливістю, сугестивністю, нестійкістю настрою і прагненням бути у центрі уваги. Вередливість, надмірно висока зарозумілість і завищені претензії, неприйняття навіть слабкої критики на свою адресу – такі особливості характеру людини провокують розвиток істерії [6].

До психічних порушень при істерії М.П. Домошкевич відніс такі явища:

– істеричне затьмарення свідомості – стан, який раптово виникає і швидко припиняється; хворий не реагує на навколишнє, не усвідомлює час і своє місцезнаходження з тривалістю кілька годин, після чого неспроможний згадати, що з ним було;

– істерична fuga – стан, коли хворий після отримання психотравми звертається до втечі з дому, з роботи, чи іншого місця;

– істеричний ступор – за дуже сильної психічної травми (смерть близької людини, сильний переляк, пожежа) хворі стають цілком нерухомими, мовчать і не реагують на навколишнє;

– пuerилізм – розвивається натомість ясної свідомості, з'являється безтурботно веселий настрій, а поведінка безглузда (людина починає говорити тонким дитячим голосом, широко розкриває очі, блимає тощо);

– істеричні депресії – коли настрої придушені, але хворий усім своїм виглядом, мімікою, позою прагне привернути увагу оточуючих, щоб продемонструвати їм, як він переживає [1].

Ряд дослідників розглядають істеричний конфлікт надмірно завищеними претензіями особистості, відсутністю критичного ставлення до своєї поведінки. Симптоми істерії найчастіше нагадують прояв найрізноманітніших захворювань, яких насправ-



ді немає. Емоції поширюються як галузь психічних та соматичних функцій [7]. На думку цих авторів, істерія виникає найчастіше у осіб демонстративних, із великою сугестивністю і навіюваністю. Будь-яким істеричним порушенням властиве яскраве емоційне забарвлення, яке розраховане на співчуття оточуючих. Мислення конкретне, емоції стосуються лише власної особистості. Така поведінка узгоджується з егоцентризмом, відсутністю співчуття, нестійкістю емоцій, калейдоскопом настроїв. Особливістю істеричних порушень є те, що вони практично завжди зникають під гіпнозом, чого немає при справжніх, органічних розладах. Тому при істерії найефективнішою є гіпнотерапія і сугестивна психотерапія [7].

Д.Д. Єнікеева стверджує, що у хворих з істеричними реакціями, у картині хвороби яких домінували іпохондричні і нав'язливі симптоми, найкращий терапевтичний ефект спостерігався при комбінуванні психогіпнотерапії з медикаментозним фізичним лікуванням [2; 3; 6]. Застосування методу групової психотерапії хворих істерією недоцільне через надмірну їх афектированість, нахили до конфліктів, нетерпимість до критики і егоцентризм [2].

Найбільш рідко зустрічається невроз нав'язливих станів.

Цей невроз проявляється у вигляді нав'язливих страхів, побоювань, сумнівів, думок, спогадів, уявлень і дій. Найчастіше цей невроз простежується у людей розумового типу чи з тривожно-недовірливими рисами характеру, також при психопатіях [5]. Нав'язливі стани умовно поділяються на нав'язливі страхи (фобії), нав'язливі думки (обсесії) і нав'язливі дії (імпульси), які можуть поєднуватися. Сама людина ставить до них критично, розуміє, що вони необґрунтовані, безглузді, але вони виникають мимо її волі та бажання і сприймаються мов хворобливе, далеке, тяжке явище [2].

Страхи у хворих вперше з'являються у певних ситуаціях, закріплюються за умови повторення схожих обставин. При нав'язливих сумнівах людину переслідують думки, чи правильно вони надійшли у тій чи іншій ситуації, чи правильним було б їхнє рішення, чи все зроблено як годиться. Є і контрастні нав'язливості – коли людина має два суперечливих бажання. Для таких нав'язливостей характерне почуття сторонності, абсолютна невмотивованість бажань. У нав'язливих діях хворого є суб'єктивний компонент – потяг чи компульсія, і об'єк-

тивний – ритуал. Ритуали завжди пов'язані з внутрішнім почуттям незавершеності будь-яких дій [3].

Найефективнішим методом при лікуванні неврозу нав'язливих станів вважається раціональна психотерапія, завдання якої зводиться до виховання вольового процесу. Потрібно домогтися свідомого регулювання хворим своїх дій.

Висновки.

1. Невроз у хворих із нирковою недостатністю – це група захворювань, обумовлених психотравмуючим впливом, що характеризуються, зазвичай, оборотними нервово-психічними порушеннями, у яких хворий зберігає критичне ставлення до хвороби та здатність керувати своєю поведінкою.

2. Наявність деяких особливостей особистості сприяє розвитку тієї чи іншої форм неврозів. Особливо піддаються неврозам хворі, котрі мають акцентуації характеру. Від типу акцентуації залежать як особливості клінічної картини неврозу, так і виборча чутливість до певного роду психогенних чинників.

3. Нестерпні для людини умови, невдачі, фрустрації провокують невроз, що водночас служить їх причиною.

4. Важливою особливістю лікування неврозів у хворих із нирковою недостатністю є те, щоб людина усвідомлювала свою хворобу і прагнула її подолати.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Дорошкевич М.П. Неврози і невротичні стани у дітей і підлітків (медико-педагогічний аналіз механізму розвитку) / М.П. Дорошкевич. – Мінськ: Білорусь, 2004. – 223 с.
2. Єнікеева Д.Д. Популярная психиатрия. Энциклопедия / Д.Д. Єнікеева. – М.: АСТ прес, 1998. – 528 с.
3. Кискер К.П. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрейбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф // Пер. с нем. – М.: Алетея, 1999. – 504 с.
4. Клиническая психология / под. редакцией Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2006. – 960 с.
5. Косырев В.Н. Клиническая психология: Учеб.-метод. комплекс для преподавателей и студентов факультетов психологии / В.Н. Косырев; М-во образования Рос. Федерации; Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 2003. – 451 с.
6. Мартынов Ю.С. Нервные болезни / Ю.С. Мартынов. – М.: Медицина 1988. – 496 с.
7. Медична психологія : підручник / С.Д. Максименко, Я.В. Цехмістер, І.А. Коваль, К.С. Максименко ; за загальною ред. С.Д. Максименка. – 2-е вид. – К.: Слово, 2014. – 516 с.
8. Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. Перевод з англ. – М.: Практика, 1998. – 495 с.