

ДО ПИТАННЯ ПРО ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ЄДНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Актуальність проблеми психосоматичної єдності особистості стає все більш очевидною у зв'язку з ростом нервово-психічних та інших функціональних розладів у осіб середнього віку. Оскільки здоров'я людини є найвищою цінністю людського суспільства, не викликає сумніву досить очевидний факт, що проблематика психосоматичної єдності особистості є все більш актуальною, як у теоретичному, так і в практичному аспектах.

У вітчизняній психології, стверджує В.Ніколаєва, проблема психосоматики не поставала як предмет послідовної теоретичної розробки. Вивчення окремих сторін цієї проблеми торкається образу тіла, психовегетативних зв'язків при соматоформних розладах, умов психологічного ризику при соматичній патології. Разом з тим бракує розробок щодо психотерапевтичної роботи з людьми, які страждають хронічними соматичними захворюваннями, що супроводжуються хронічними больовими синдромами (В. Кришталь, Б. Михайлов, Н. Марута, Л. Шестопалова).

Метою дослідження стало вивчення основних теоретичних підходів до проблеми психосоматичної єдності особистості та експериментально дослідити особливості емоційних станів осіб із хронічним больовим синдромом вертеброгенного походження при остеохондрозі хребта.

Поняття "психосоматика" було введено І. Хайнретом у 1818 році. У широкому розумінні – змістом психосоматичного підходу є протягування психологічних факторів для розуміння, перебігу та кінця соматичних хвороб і фізичних симптомів. Ідея "холізму", цілісності організму при розгляданні різних хвороб, акцентуючи увагу при цьому на ролі в них особистості, є центром цієї концепції (Г.Аммон, М.Воронов, А.Менегетті, В.Мясищев, В.Мухіна, В.Ніколаєва, А.Тхостов).

"Між психічним і фізичним здоров'ям людини, стверджував А. Маслоу [4 : 34] існує синергічний зв'язок, – практично всі хвороби, а може статися, що без винятків, можна віднести до розряду психосоматичних, якщо серйозно і глибоко зайнятися вивченням "соматичної" хвороби, то неминуче впливуть її інтрапсихічні, інтраперсональні і соціальні детермінанти".

Психосоматичний підхід означає, що психосоматичні симптоми розглядаються як реакції, зумовлені зовнішньою і внутрішньою ситуацією, в якій свій внесок роблять усвідомлені, передсвідомі і повністю неусвідомлені процеси переробки і наочіння. У зв'язку з цим виникає необхідність терапевтичного аналізу й оцінки того, чим зумовлено виникнення симптомів зовнішньою чи внутрішньою ситуацією. Таким чином, якщо виникнення симптому зумовлено зовнішньою ситуацією найбільш важлива детермінанта, і позитивних результатів можливо очікувати при зміні зовнішньої ситуації. Якщо у виникненні й розвитку симптому важливу роль відіграє внутрішня детермінанта, інтрапсихологічний конфлікт і з ним пов'язано вирішення проблеми, то корисним може виявитись психоаналітичний підхід [6]. Частіше всього для дослідження в психологічній літературі феномена психосоматичної єдності виділяють біологічну (соматичну), психічну, соціальну і екологічну площини. А сам термін "психосоматика" говорить про те, що ці площини, перехреснюючись, виявляють феномен "психосоматичної" єдності.

Використовуючи поняття "психічне", "соматичне", неможливо не торкнутися проблеми душі і тіла, для вирішення якої пропонуються різні онтологічні і епістемологічні підходи, окремо підкреслюючи значущість теорії компліментарності Д. Фаренберга і емерджентну концепцію М. Бунге.

Сьогодні дослідники виділяють три наукових напрями, в межах яких психосоматика розвивається як наука: це психоаналітичний, антропологічний, теорія кортико-вісцеральної патології і концепція мобілізації У. Кеннона (а також теорія стресу Г. Сельє).

Найбільш широкий матеріал з проблеми психосоматичної єдності особистості дає нам психоаналіз. Незважаючи на різноманітність варіантів психоаналітичної інтерпретації явища, в основі лежить фундаментальне відкриття З. Фрейда, згідно з яким патологічний тілесний феномен може бути зрозумілим як знаково-символічна форма в контексті пережитого індивідом досвіду соціалізації.

К. Юнг, будучи впевненим "в абсолютній єдності всього існуючого, дійшов висновку, що фізичне і ментальне, подібно до просторового і тимчасового, за сутністю категорії людські, психічні ... Фактично протилежності можуть виявитись фрагментами однієї і тієї ж реальності. Принципи доповнення можна застосувати і до проблеми душі і тіла" [8: 678].

Г. Гродек висловив таку думку: "Я вважаю глибокою помилкою вважати, що лише істерик може робити себе хворим з якою-небудь метою; кожна людина володіє цією здатністю, і кожен використовує її в обсязі, який ми не повністю собі уявляємо" [цит. по 1, – с. 26].

Ш. Ференці розробив близьку до цього погляду концепцію "символічної мови органів", згідно з якою хвороба це трансформація нереалізованої сексуальної енергії у порушення функцій вегетативних систем за механізмом істеричної конверсії відповідно до фантастичної еротичної символіки.

Ф. Дейч висунув свою концепцію "соматичної мови". Він вважав, що пацієнт завжди говорить подвійною мовою вербальною і соматичною, і не існує розподілу органічних симптомів на такі, що з психічним значенням і без нього. "Можливо також стверджувати, зауважує Дейч що, якби не існувало органічної патології, то людям набагато більше стали б загрозувати неврози, бо в ній потік конверсії знаходить свій неусвідомлений вихід, який заблокований у здоровий період різними перепонами. І чим сильніше виринає потік конверсій у хворобу, тим важче вона буде протікати" [цит. по – 1, с. 29].

Де Боор і А. Мітерліх вважають, що хронічні психосоматичні страждання завжди мають психоневротичну передісторію, а їх розвиток є двофазовим процесом. Спочатку симптоматика виглядає "класично невротичною" і "розмито дисфункціональною", залишаючись без "об'єктивних органічних корелятивів", лише в другій фазі відновленого захисту від конфлікту проходить процес ресоматизації, пов'язаний з "регресією уявлення конфлікту до соматичного страждання".

Істинним засновником психоаналітичної трактовки психосоматичної проблеми є Ф. Александер. Він вивчав роль психічних факторів в етіопатогенезі фізіологічних розладів, надаючи особливу роль психодинамічному конфлікту.

Значний внесок у розвиток психоаналітичної психосоматики вніс В.Вайдкер. У своїй концепції "кола образів" він зауважує, що "організм має суб'єктивний характер уже на рівні біологічних і фізіологічних процесів, тому фізіологічні процеси слідує закономірностям, які мають значення для міжособистісних відносин".

Ш.Хенке розробив схему, в якій названі ним "сфери спонукання" до володіння, сприйняття себе, сексуального задоволення підкоряють собі специфічні органи і групи органів. У. Кеннон, розвиваючи знання щодо впливу емоцій на органічні процеси, впровадив нову ідею, яка народилася з його оригінальних досліджень фізіологічного ефекту гніву і страху. Учений показав, що "людський організм реагує на складні життєві ситуації адаптивними змінами в загальній фізіологічній структурі і довів, що емоційні стани активізують фізіологічні функції, які є необхідними для підготовки організму до складної ситуації, про яку сигналізують емоції" [цит. по 5, – с.134].

Науковці підкреслювали важливість емоцій при хронічних органічних хворобах. В. Вайцеккер, Ф. Моор, Г. Хейер опублікували ряд вичерпних робіт з психологічного лікування органічних захворювань, вказуючи на взаємообумовленість емоцій і функцій організму.

Г. Аммон у своїх наукових роботах розглядав конструктивну агресію, її зв'язок з ЕГО-структурою і психосоматичною патологією. Науковці вказували на схожість психозів і психосоматичних захворювань, підкреслювали, що модель деформації "Я", яка запускає органічні хвороби, задана у патологічній деформації "Я" раннього дитинства, в генезі якого провідну роль відіграє мати.

На психосоматичний симптом, як результат ресоматизації функцій "Я" вказують Х. Хартман, Д. Раппапорт.

Як бачимо, у психоаналізі зберігається тенденція розглядати психосоматичну хворобу як вираження хвороби структури "Я". Якщо почуття "Я" людини і почуття реальності протягом усього її життя не одержує достатнього розвитку, їй доводиться переадаптуватися, щоб догодити соціуму і дійти до стану відокремлювання від багатьох сфер життя. Індивідуум із психосоматичною хворобою неадекватно реагує на складнощі в соціальній ситуації, у ділових відносинах, в особистісних справах, втікаючи при цьому у фальшиву ідентичність. Таким чином, прагнучи відійти від актуального запитання: "Хто Я ?", індивід шукає відповідь на запитання: "Що зі мною?", замінюючи запитання про власну ідентичність запитанням про симптом, яким є інтерналізований образ матері раннього дитинства.

У терапевтичних цілях важливо знати, вважають представники психоаналізу, яким чином, усвідомленим чи неусвідомленим, накопичується досвід, а це достатньо добре можна пояснити за допомогою моделі репрезентарного світу.

Н. Пезешкіан, автор "позитивної психотерапії", головною ідеєю свого напрямку висував - єдність усіх складових людини: тіла, душі і духу.

На єдність психосоматичного моменту вказують і сучасні автори: Г. Айзенк, В.Ніколаєва, О.Павлова, В.Зінченко, В.Розін, А.Тхостов, І.Бабюк, І. Коростильова і С. Посохов, Ю.Рум'янцева, В.Тимонін, Ю.Тарнавський М.Воронов, В. Кудрявцев.

Е. Керман зауважував, що лікування, яке орієнтовано тільки на симптом і не торкається конфлікту ідентичності пацієнта, приречене на невдачу і веде до погіршення стану.

Ф.Данбар показала зв'язок між деякими особистісними особливостями і характером тілесної хвороби. Вона розробила концепцію "профілю особистості", вважаючи, що емоційні реакції залежать від особистості хворого, і з цим пов'язаний розвиток визначених соматичних хвороб.

Холлідей вказував, що хворобу тільки в тому разі можливо назвати психосоматичною, якщо в ній чітко простежується вплив емоційного фактора на фізичний стан. Цю концепцію покладено в основу нашого дослідження.

Зокрема нами проаналізовано деякі особливості емоційного стану осіб із хронічним больовим синдромом вертеброгенного походження при остеохондрозі хребта, специфіку оцінки ними своїх емоційних станів і переживань. З цією метою проведено методики: вираженості тривожності (за Тейлор) та самооцінки психічних станів (за Айзенком) за наступними параметрами: самооцінка фрустрації (СФР), самооцінка агресивності (САГР), самооцінка тривожності (СТР), самооцінка ригідності (СРГД). Зроблено порівняльний аналіз отриманих даних у порівняльній та контрольній групах.

Дослідження виконувалось на базі Одеської обласної клінічної поліклініки. Всього було обстежено 207 чоловік, віком від 34 до 43 років. Досліджуваних чоловічої статі було 59 осіб, жіночої статі – 148 осіб. 61% досліджуваних – це люди фізичної праці, 33% досліджуваних – люди інтелектуальної праці, 6% досліджуваних – на момент дослідження були безробітними.

Основну групу склали особи із хронічним больовим синдромом вертеброгенного походження у кількості 146 чоловік, для однорідності групи ми брали людей, які страждали від болю при розповсюдженому остеохондрозі хребта і яким не допомогло медикаментозне лікування. Вибір контингенту був зроблений на підставі аналізу медичних карт.

Для здійснення порівняльного аналізу нами було виділено контрольну групу осіб, які не мали зазначених проблем зі своїм здоров'ям, умовно ми їх назвали – "здорові". Контрольну групу складала 61 особа: чоловіки, 27 осіб та жінки – 34 особи. 57% досліджуваних – це люди інтелектуальної праці, 43% - люди фізичної праці.

Результати дослідження особливостей емоційних станів у осіб із хронічним больовим синдромом вертеброгенного походження при остеохондрозі хребта наступні.

Порівняльний аналіз показників тривожності за методикою Тейлор між двома групами дозволяє стверджувати, що люди із хронічним больовим синдромом вертеброгенного походження при остеохондрозі хребта (порівняльна група) у своїй більшості знаходяться у стані середнього рівня тривожності з тенденцією до високого ($21,22 \pm 0,83$ балів), але є і дуже тривожні особи – 27-30 балів. Автор методики до середнього рівня тривожності (з тенденцією до високої) відносить розбіжність кількісних показників від 15 до 25 балів, а кількісні показники 25 балів і більше відносить до високої.

З психологічної точки зору, підвищена і висока тривожність в осіб порівняльної групи вказує на суб'єктивний прояв неблагополуччя особистості. Тривожність ми розглядаємо як загальний емоційний стан людини, який залежить від різних факторів. У досліджуваних одним із основних факторів була фрустрація потреби соціального і особистісного функціонування через хворобу, через біль, яка недостатньо знімалася медикаментозно, а від цього страх перед майбутнім, негативні емоційні переживання пов'язані з хворобою, низький фізіологічний опір стресу та ін.

У осіб контрольної групи ми спостерігаємо тривожність $7,66 \pm 0,33$ балів, за інтерпретацією автора методики розбіжність кількісних показників 5 – 15 балів свідчить про середній рівень тривожності, з тенденцією до низького, що вказує на позитивний емоційний фон осіб контрольної групи, вони здебільшого демонструють спокій, оптимізм. Кількісні данні подано на рис.1.

Різниця між показниками тривожності в порівняльній та контрольній групах становить 14 балів.

Підтвердженням такого висновку є аналіз результатів, отриманих за допомогою методики самооцінки психічних станів за Айзенком.

Табличні данні вказують на те, що самооцінка тривожності (СТР), самооцінка фрустрації (СФР), самооцінка агресивності (САГР), самооцінка ригідності (СРИГД) значно відрізняється за показниками у двох групах.



Рис. 1. Вираженість тривожності у представників порівняльної та контрольної груп

Примітка: вісь X – сирі бали; вісь Y – вираженість тривожності; 1 – контрольна група; 2 – порівняльна група.

Кількісні данні представлені на рис. 2.

Так, у порівняльній групі спостерігається середній допустимий рівень тривожності. Однак, результати дослідження виявили, що в цій групі є дуже тривожні люди, вони набрали більше 15 балів за шкалою тривожності. Підставою для такого висновку є інтерпретація автора методики, за якою розбіжність показника тривожності від 15 до 20 балів вказує на її високий рівень. Хоча в цілому, по групі, середній показник $12,52 \pm 3,25$. Разом з цим, середній показник тривожності в контрольній групі ($4,77 \pm 0,17$) вказує на те, що в цій групі тривожність не виражена, згідно з інтерпретацією автора методики, розбіжність показника тривожності від 0 до 7 балів вказує на її відсутність. Різниця між показниками у двох групах складає – 7 балів ($p < 0,01$).

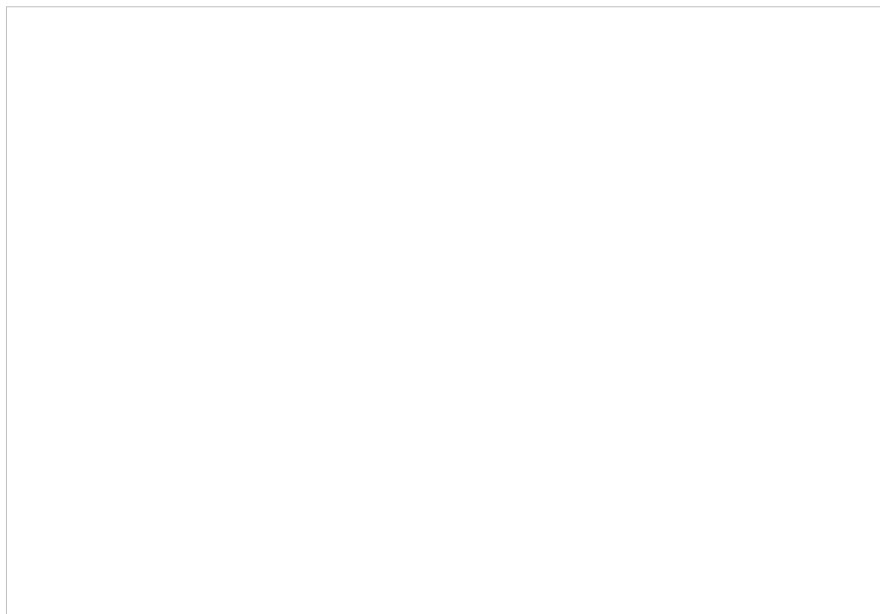


Рис. 2. Співвідношення показників самооцінки за тестом Айзенка у представників порівняльної та контрольної груп

Примітка 1. вісь У – сирі бали; вісь Х – самооцінка стану: 1 – порівняльна група; 2 – контрольна група.

Примітка 2:

- тривожність;
- агресивність;
- фрустрація;
- ригідність.

За показником СФР у порівняльній групі ми спостерігаємо наявність фрустрації ($12,3 \pm 0,42$). Опираючись на інтерпретацію автора методики, згідно з якою розбіжність показників в межах 8 -14 балів вказує на наявність фрустрації, можна стверджувати, що в цій групі є люди, які мають низьку самооцінку, уникають труднощів і бояться невдач. Водночас у контрольній групі показник самооцінки фрустрації становить $5,33 \pm 0,20$ балів. Особи контрольної групи демонструють високу самооцінку, що свідчить про стійкість до невдач і про те, що вони не бояться труднощів. Різниця між показниками у двох групах складає 7 балів ($p < 0,01$).

Самооцінка агресивності в осіб порівняльної групи вказує на її середній рівень ($11,15 \pm 2,59$). Згідно з інтерпретацією автора методики, розбіжність показників 8–14 балів вказує на середній рівень агресивності. На психологічному рівні це означає невтриманість, негативний емоційний фон.

У контрольній групі самооцінка агресивності $6,56 \pm 1,4$ балів. Автор методики характеризує осіб, в яких розбіжність кількісних показників агресивності від 0 до 7 балів як спокійних та витриманих. Різниця між показниками порівняльної та контрольної груп складає приблизно 6 балів ($p < 0,01$).

Показник самооцінки ригідності, яка вважається однією з важливіших характеристик особистості, вказує на те, що в порівняльній групі ми спостерігаємо переважно середній її рівень ($13,11 \pm 0,42$). Психологічно це проявляється в тенденції до збереження особистісних установок, стереотипів, засобів мислення, нездатність змінити власну думку, навіть коли цього потребують об'єктивні умови.

Разом з цим, в осіб контрольної групи ми не спостерігаємо ригідності (середній бал по групі $5,0 \pm 0,12$), згідно з інтерпретацією автора методики розбіжність показників 0–7 балів говорить про легке переключення, різниці між показниками двох груп становить 8 балів ($p < 0,01$).

Дослідження дозволяє дійти висновку: для багатьох людей із больовим синдромом вертеброгенного походження при остеохондрозі хребта характерною є висока тривожність. Наявність фрустрації в осіб цієї групи вказує на те, що вони мають низьку самооцінку, уникають труднощів і бояться невдач, для багатьох притаманна виражена ригідність, яка проявляється в тенденції до зберігання своїх установок, стереотипів, засобів мислення, нездатності змінити власні погляди. Незважаючи на те, що життєві цінності знаходяться в межах статистичної норми, у таких людей фрустрована цінність "здоров'я", спостерігається ауто агресія.

Аналіз підходів досліджуваної проблеми показав, що частіше всього в психологічній літературі для дослідження феномена психосоматичної єдності виділяють біологічну (соматичну), психічну, соціальну і екологічну площини. Соматична і психічна площини, базуючись на різних системах відносин, взаємно доповнюють одна одну, це вказує на те, що будь-який розлад можливо розкласти в соматичній і психічній площинах. А сам термін "психосоматика" говорить про те, що ці площини, перехреснюючись, виявляють феномен "психосоматичної" єдності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб. : Из-во "Речь", 2000. – 238 с.
2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У.Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – 1312 с.
3. Кришталь В.В. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению // В.В. Кришталь, Б.В. Михайлов, Н.А. Марута, Л.Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – Том 1. – №1. – С.3-6.
4. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики / А. Маслоу [пер. с англ.]. – СПб. : Евразия, 1997. – 430 с.
5. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья: хрестоматия / Сост. К.В. Сельчёнок. – М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001. – 640с.
6. Энциклопедия глубинной психологии [общ. ред. А.М. Боровикова]. – Том II. – М. : Когито-Центр, МГМ, 2001. – 752 с.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О.С. Чабан, О.О. Хаустова. – К. : ТОВ "ДСГ Лтд", 2004. – 96с.
8. Юнг К.Г. Психологические типы / К.Г. Юнг. – М.: Наука, 1993. – 216 с.

Подано до редакції 26.06.09

РЕЗЮМЕ

У статті розглянуто основні теоретичні підходи до проблеми психосоматичної єдності особистості та експериментально досліджено особливості емоційних станів осіб із хронічним больовим синдромом вертеброгенного походження при остеохондрозі хребта.

Ключові слова: теоретичні підходи, психосоматична єдність особистості.

Т.С. Горячая

К ВОПРОСУ О ПОДХОДАХ К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЕДИНСТВА ЛИЧНОСТИ

РЕЗЮМЕ

В статье рассмотрены основные теоретические подходы к проблеме психосоматического единства личности, исследованы некоторые особенности эмоционального состояния лиц с болевым синдромом вертеброгенного происхождения при остеохондрозе позвоночника.

Ключевые слова: теоретические подходы, психосоматическое единство личности.

T.S. Goryacha

TO THE PROBLEM OF APPROACHES TO THE ISSUE OF PERSONAL PSYCHOSOMATIC UNITY

SUMMARY

The article analyzes some main theoretical approaches to the issue of personal psychosomatic unity; experimentally investigates peculiarities of emotional states of people with chronic vertebrogenic pain syndrome together with osteochondrosis of the backbone.

Keywords: theoretical approach, personal psychosomatic unity.
