

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ДОСЛІДЖЕННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Д.М. Харченко

*доктор психологічних наук, професор кафедри психології
Черкаського національного університету ім. Б. Хмельницького*

У статті на основі аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури розкрито чинники психосоматичних розладів. Запропоновано комплексний підхід для пояснення, виявлення та профілактики психосоматичних розладів на основі загальних індивідуально-психологічних та нейродинамічних факторів.

Ключові слова: комплексний підхід, психосоматичні розлади, психосоматичні взаємозв'язки, індивідуально-психологічні особливості, комплексне дослідження особистості.

В статье на основании зарубежной и отечественной литературы раскрыты причины психосоматических расстройств. Предложен комплексный подход для объяснения, выявления и профилактики психосоматических расстройств.

Ключевые слова: комплексный подход, психосоматические расстройства, психосоматические взаимосвязи, индивидуально-психологические особенности, комплексное исследование личности.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Соціальні зміни, що відбуваються в сучасному суспільстві, відображаються на всіх рівнях відносин людства, оскільки спричиняють системне переформування світогляду. Зміни цінностей і орієнтирів в індивідуальній реальності кожної конкретної людини, продиктовані новими соціальними трансформаціями, позначаються на зміні взаємовідносин за всім спектром особистісних систем – від міжстатевих і шлюбних взаємин до духовної сфери.

Збільшилась питома вага захворювань, які виникають у зв'язку з труднощами пристосування до жорстких умов існування. Їх називають хворобами адаптації, а оскільки вони значною мірою пов'язані з екологією людини, особистісними особливостями, способом життя, соціальним статусом, прогресом, то мають ще й іншу назву – «хвороб цивілізації» і впродовж останніх десятиріч були об'єктом інтенсивних досліджень у рамках так званої психосоматичної медицини (Ф. Александер, теорія «специфічності інтрапсихічного конфлікту» [1], Ф. Данбар, теорія «профілю особистості» [10], М. Фрідман, Р. Розенман, теорія «типів поведінкової активності А і Б» [12], Т. Холмс, Р. Раге, теорія «життєвих подій» [13], П. Сіфнеос, концепція «алекситимії» [14], Х. Фрайбергер, концепція «втрати значущих для індивіда об'єктів» [11], В. Бройтігам, П. Кристіан, сучасний підхід до «конверсійної теорії в психосоматиці» [9], Н. Пезешкіан, метод «позитивної психотерапії» [7], Г. Тейлор, «психобіологічна модель» [15], К. Биков, І. Курцин, «кортико-вісцеральна» теорія [4], Ю. Губачев, концепція «патогенетичної гетерогенності психосоматичних розладів» [3], А. Смулевич, клінічна гіпотеза «механізмів формування психосоматичних розладів» [8], В.О. Ананьєв, концепція «структурного аттракту хвороби» [2] та ін.) у зв'язку зі зростанням їх ролі в загальній захворюваності населення.

На сьогодні в сучасній психосоматичній медицині існує багато різноманітних концепцій психосоматичних взаємозв'язків. Серед великої кількості теорій можна виділити традиційно психоаналітичні концепції, що опираються на конверсійну модель, яка приписує тілесним порушенням функцію символічного вираження пригнічених інтрапсихічних конфліктів. Характерологічно-орієнтовані концепції пояснюють природу виникнення психосоматичних захворювань через характерологічні особистісні особливості. Особистісно-орієнтовані теорії пов'язують причину розладів із розвитком особистості людини, передусім із захисними механізмами, зрілістю, регресією особистості, взаємодією особистості з внутрішніми факторами. Психофізіологічні теорії опираються на систематичні психофізіологічні перевірки, завдяки яким намагаються пояснити специфічність захворювань. Гомеостатичні теорії опираються на бурхливий у своєму розвитку останніми роками підхід у психології, що об'єднує теоретичні підвалини self-психології, теорії психології розвитку, психології об'єктних відносин і фізіології, серед яких особливо можна виділити теорію патології раннього розвитку і теорії об'єктних відносин, згідно з якими функціонування людської психіки можна зрозуміти з точки зору міжособистісних зв'язків – як їх розвитку, так і можливих порушень. Нейрогуморальні теорії стверджують, що психосоматична патологія є проявом загального неспецифічного адаптаційного синдрому, а причину виникнення захворювань прихильники цієї концепції вбачають у порушенні внутрішнього середовища організму.

Усі ці теорії, по суті, є окремими фрагментами, які лише в сукупності наближаються до дійсно повного пояснення складних психосоматичних взаємовідносин. Кожна з них висвітлює лише якийсь один аспект проблеми, тим самим розглядаючи лише окремий випадок виникнення психосоматичних порушень. Проблема полягає ще і в тому, що теорії, створені в різні історичні епохи, не мають єдиного підходу до вивчення психосоматичних взаємозв'язків. Крім того, існує точка зору, що передбачає застосування різних методологічних підходів і методів в залежності від того, яка людина обстежується – здорова чи хвора. Але хто може стверджувати, що людина, яка консультиється з сімейних або інших проблем, є абсолютно здоровою?

Проблема полягає ще і в тому, що існують проміжні між нормою і патологією стани – транзиторні, зворотні, які можуть перерости в більш стійкі розлади, якщо вчасно не приділити їм уваги. Крім того, існують певні труднощі у виокремленні рис характеру від невроту чи психопатії або ще більш виражених психічних розладів, якщо не використати при цьому інтегративний психологічний підхід і єдину методологічну платформу – як для норми, так і для патології. Як швидко розлад перейде в захворювання? Це відбувається у різних людей по-різному в залежності від фізіологічних і психологічних особливостей. Комплексний підхід

психодіагностичного дослідження в контексті цілісної особистості дозволяє оцінити як індивідуально-психологічні особливості людини, так і ступінь її адаптованості в соціумі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТЕОРЕТИЧНОГО АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ

Під психосоматичними розладами ми розуміємо зрушення в роботі функціональних систем організму, що пов'язані передусім з психоемоційними факторами. Таке визначення відповідає уявленням основоположників психосоматичної медицини [1] про провідну роль регуляторних систем організму як місця, де відбувається найбільше поєднання психічних і соматичних процесів. Такий підхід не суперечить також визначенню психосоматичних розладів, що міститься у більшості сучасних класифікацій. Зазначений підхід узгоджується із сучасними тенденціями в діагностиці психічних і поведінкових розладів, описаних у сучасних класифікаціях [66].

На наш погляд, для розуміння природи психосоматичних взаємозв'язків необхідний комплексний підхід як закономірний етап розвитку психології, адже він може об'єднати окремі компоненти у процесі взаємодії таким чином, аби вони були спільним продуктом. Такий підхід передбачає консолідацію багатьох шкіл, напрямків, рівнів знань про людину у смисловому полі психології. Багато сучасних підходів можна розглядати як більш високу сходинку еволюції теоретичних поглядів, в яких можна помітити попередні ідеї і концепції. А тому комплексний підхід слід розглядати як невід'ємну рису розвитку психосоматичної медицини зокрема і психології в цілому, як цілеспрямований творчий процес на основі накопиченого досвіду попередників.

На цілісність знань про психіку людини вказують і сучасні науковці, наголошуючи, що «...практичний психолог не може прямо використати наукові знання, як би він їх не об'єднував, – заважає важливий нюанс: вони отримані за логікою дослідників. Не може він використати і способи отримання цих знань (з тієї самої причини). Така суперечність долається, якщо змінюється методологія наукових досліджень – вони повинні давати цілісні, а не розрізнено-елементні знання і відображати (відтворювати) логіку об'єкта, а не логіку дослідників. Нам здається, що мова повинна йти про інтеграцію предмета наукової психології – ним має стати психологія особистості як цілісності». Вказується, що «отриманих у сучасній психології конкретних емпіричних фактів достатньо для того, що вони, засвоєні суб'єктом пізнання, використовувались у дослідженні особистості як дійсного предмета пізнання, і подальше його звуження, а отже, «здрібнення» отриманих даних може, звичайно, відбуватися в окремих галузях психологічної науки, що потім, безумовно, відіграє свою роль і в психології особистості. Ми маємо той рівень експериментальної психології, коли отримані наукові знання є відносно достатніми для інтегрального дослідження особистості» [5, 8–9].

Прикладом комплексного підходу в психології може бути гештальт-терапія Ф. Перлза, в якій елементи психоаналізу, психодроми і тілесної терапії створюють єдину концепцію. В основних підходах психолога-дослідника і психолога-практика (психодинамічному, когнітивно-поведінковому і феноменологічному) іманентно закладено передумови для їх поєднання в єдину систему, оскільки у них спільний об'єкт – особистість, хоч кожен з них акцентує увагу на різних аспектах і проблемах, що і обумовлює їх методологію.

Необхідність комплексного підходу закладена і в різних психотерапевтичних школах, адже будь-яка психотерапія зорієнтована на особистісні зміни: акцентуючи увагу на якусь одну площину особистості (когнітивну, емоційну чи поведінкову), не може нехтувати іншими. Завдяки комплексному підходу можливе поглиблене, цілісне вивчення природи людини через синтез різних традицій, логік, діагностичного й психотехнічного інструментарію, при збереженні їхньої автономії в подальшому розвитку. Суть його полягає в багатовимірному, багаторівневому, різновекторному аналізі, який створює можливість якісно іншого дослідження, що припускає включення в площину аналізу аспектів множинності, діалогічності, багатомірності психічного феномену.

Саме такий підхід передбачає необхідність цілісного вивчення особистості як системи, кожен елемент якої перебуває у взаємозв'язку і взаємозалежності один з одним. Тому як виділення, так і вивчення яких-небудь елементів окремо, стає можливим лише абстрактно. При такому підході вивчаються як окремі прояви психіки людини, так і робиться спроба зрозуміти природу людини в цілому, у широкому світоглядному контексті.

Комплексний підхід у психосоматичній медицині передбачає використання залежно від конкретного випадку, спочатку дослідження, а за необхідності – і терапії певних прийомів – пізнавальних, емоційних і поведінкових, які детально розроблені в основних психотерапевтичних напрямках і можуть успішно доповнювати один одного. Наприклад, на першому етапі терапії корисним може бути психодинамічний підхід, який дає змогу зрозуміти витoki проблеми, на наступному етапі – поведінковий підхід, який дає змогу обрати більш конструктивну поведінку для усунення психосоматичних розладів і покращення емоційного стану людини в цілому. Отже, головною характеристикою комплексного підходу в психосоматичній медицині є врахування дослідником при виборі методів не стільки власних теоретичних вподобань, скільки індивідуально клініко-психологічних особливостей особистості і специфіки розладів, а також індивідуальних особливостей пацієнта. Методологія такого підходу передбачає залучення до аналізу досягнень тих психологічних традицій і підходів, які найбільше продуктивно працюють у конкретній феноменальній області психології.

При вивченні хворих із психосоматичними розладами найбільш оптимальним є застосування комплексного підходу з використанням психодіагностичних методик для: визначення індивідуально-типологічної приналежності осіб з психосоматичними розладами, вивчення рівня особистісних властивостей і особливостей стану з урахуванням мотиваційних відхилень і захисних тенденцій при дослідженні, оцінки виразності різних тенденцій, що визначають ступінь адаптації і рівень дезінтеграції.

На відміну від звичайного, еkleктичного, способу психодіагностичного дослідження, в якому перераховуються або підсумовуються показники різних факторів, така схема дає можливість об'єднати всі дані багатofакторного дослідження в цілісну систему багатомірної моделі дослідження особистості.

Комплексна модель оснований на індивідуально-типологічному підході, що передбачає розгляд багаторівневої системи психодіагностичних показників в їх сукупності. Модель призначена для визначення приналежності осіб із психосоматичними розладами до відповідних груп залежно від емоційного стану, ступеня виразності ознак дезадаптації, динаміки психологічних станів, а в подальшому – для диференційованого вибору терапевтичних прийомів, а також індивідуального реабілітаційного підходу. Інтегрований розробленою схемою матеріал представляє собою певним чином результати систематизованих показників психодіагностичних методик. Інтерпретаційна схема побудована таким чином, що в ній можна виділити основні напрямки досліджень або вектори.

Головний вектор вимірювання відображає напрямок, в бік якого спрямоване дослідження. Він представляє собою інтегративну оцінку показників, що дозволяють виявити базисні властивості досліджуваного, які описують його індивідуально-типологічні особливості, обумовлені одним або декількома провідними психологічними параметрами. Такий підхід в оцінці преморбідних особливостей є достатньо точним і диференційованим, він виокремлює не одну, а декілька типологічних ознак, що виявляють цілий комплекс психологічних характеристик, замість однозначних штампів.

Однозначність у визначенні типологічних властивостей дуже часто призводить до помилкових висновків щодо вибору терапевтичних засобів. Набагато ефективніше використання інтегративної оцінки індивідуальних особливостей психосоматичних хворих, навіть якщо один із факторів є провідним і в клінічному дослідженні поглинає інші.

У подальшому, в процесі динаміки психологічного стану або під впливом терапії, можуть появлятися інші, що спочатку були непомітними, аспекти особистісних властивостей, які відіграють важливу роль у процесі терапії хворого. Індивідуально-типологічні особливості формують індивідуально-особистісний патерн, який передусім обумовлений темпераментом, типом поведінкової активності та особистісними особливостями.

Другий вектор призначений для оцінки психічних станів як явищ, що займають проміжне становище між психічними властивостями і психічними процесами. Утім, відсутність чітких часових меж окремого стану, в свою чергу, призводить до значних методологічних труднощів в їх діагностиці. При цьому важливо враховувати, що при різних станах формуються різні системи із різних підсистем, чим і обумовлюється значною мірою специфіка реагування.

Третій вектор зорієнтований на виявлення основного варіанта психосоматичних розладів – психофізіологічного супроводу емоцій, який є їх обов'язковою складовою частиною. Адже емоційні реакції мають два паралельно існуючих прояви: психологічний (чуттєвий тон задоволення або незадоволення) і вегетативний, який виконує біологічно важливу функцію енергетичного забезпечення цілісної поведінки.

Ця схема представляє собою, по суті, методологічний підхід психодіагностичного дослідження психосоматичних розладів і є логічною базою для побудови комплексних досліджень як цілісної системи, що відображає психогенні розлади в тісному зв'язку з особистісними властивостями, психічними станами та нейродинамічними властивостями з урахуванням їх різноманітності і динаміки. Вона також передбачає застосування не лише перелічених вище методик, але й інших психодіагностичних методів, які феноменологічно можна зіставити за провідними параметрами.

Для усунення психосоматичних розладів, на нашу думку, найефективнішою є взаємодіюча комплексна терапія.

Хворі з межовими порушеннями, особливо з невротичними психосоматичними порушеннями частіше звертаються до консультуючих психологів, ніж до психіатрів. Тому, вивчаючи особистісні особливості, спеціаліст повинен мати уявлення про дезадаптивні стани межового регістру. Лікування психосоматичних розладів повинне залучати широке коло лікувальних і профілактичних заходів, що потребують участі не лише лікаря-інтерна, але й психіатра і психотерапевта. Консультант-психіатр бере участь у діагностиці психічних порушень, розв'язує складні диференціально-діагностичні проблеми і визначає разом з лікуючим лікарем тактику лікування, а в подальшому, в разі необхідності повторних консультацій, здійснює контроль терапії. В окремих випадках може виникнути необхідність в динамічному спостереженні, коли психіатр разом з лікарем загальної практики бере участь у лікуванні хворого, використовуючи для цього як психофармакологічні засоби, так і психотерапевтичні.

Разом із психофармакотерапією в загальній терапевтичній практиці доцільно використовувати і психотерапію з елементами психокорекції. Паралельно з фармакологічним лікуванням симптоматична психотерапія (здебільшого, когнітивна, спрямована на корекцію депресивного викривлення мислення) допомагає знизити тривожність, відволікти увагу хворого від іпохондричних побоювань, надати особистісний сенс лікувальному процесу. Співвідношення психотерапії і фармакотерапії при психосоматичних розладах визначається роллю біологічних, психологічних та соціальних факторів в їх етіопатогенезі. При цьому слід враховувати всі варіанти участі патопсихологічного компонента в розвитку психосоматичних захворювань: «ситуаційного», «особистісного» та «психопатологічного». При цьому бажано застосовувати так зване «дерево рішень» [8] при проведенні терапевтичних інтерв'ю. Замість того щоб вибирати стратегії наосліп, так би мовити, тицяючи пальцем в небо, слід обрати техніку, найбільш адекватну конкретному симптому і конкретній проблемі.

При «ситуативному» варіанті участі патопсихологічного компонента основним напрямком психотерапії є особливості механізмів психологічного захисту, вироблення оптимальних форм реагування на конфліктну ситуацію, що характеризується абсолютною або відносною неспроможністю її вирішення. У зв'язку

зі складністю оволодіння оптимальною стратегією реагування, яка потребує тривалої терапевтичної дії, доцільно на перших етапах терапії пом'якшувати патогенну дію емоційного стресу за допомогою психофармакологічних засобів, що підвищують адаптаційні можливості нервової системи.

У випадку «психопатологічного» варіанта важливим елементом терапії є диференційована психофармакотерапія.

При організації системи психотерапії осіб з психосоматичними розладами і захворюваннями повинні враховуватись особливості організації лікувального процесу, залежно від місця його проведення.

У комплексі психотерапевтичної корекції необхідно застосовувати методи, що базуються на переконанні, груповій раціональній, непрямій психотерапії, навіюванні і самонавіюванні, методи психічної саморегуляції в різних модифікаціях, комбінаціях і варіантах.

ВИСНОВКИ

Констатовано, що жодна із розроблених теорій не може бути основоположною, оскільки не дозволяє достовірно пояснити всі ланки етіології і патогенезу психосоматичних захворювань. Для пояснення механізму формування психосоматичної патології надзвичайно важливим є пошук нових психофізіологічних та психологічних факторів патогенезу.

Робота в цьому напрямку диктується передусім прогресуючою кількістю випадків захворюваності на психосоматичні недуги, невисокою ефективністю традиційного лікування, низькою якістю життя пацієнтів, а також необхідністю впровадження високоєфективних методик етіопатогенетичної психотерапії психосоматичних розладів.

Проблема психосоматичних співвідношень досі залишається дискусійною. Інтерпретація діапазону розладів психічної і соматичної сфери та їх пропорції в межах категорії психосоматичних захворювань, що займають центральне місце, залишається мінливою. Низка клінічних аспектів цих захворювань є складною невирішеною проблемою.

Сучасна психосоматична медицина як наука потребує комплексного вирішення питань, що пов'язані з механізмами виникнення психосоматичних розладів, методами досліджень, а також наданням ефективної психологічної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение ; пер. с англ. С. Могилевский / Ф. Александер. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболевании внутренних органов : автореф. дисс. на соискание научн. степени... д-ра психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / В.А. Ананьев. – СПб., 1998. – 366 с.
3. Губачев Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Стамбровский. – Л. : Медицина, 1981. – 298 с.
4. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины / И.Т. Курцин. – СПб. : Речь, 1993. – 336 с.
5. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості / С.Д. Максименко. – К. : ТОВ «КММ», 2006. – 240 с.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). – Всемирная организация здравоохранения. – СПб., 1994. – 300 с.
7. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия ; пер. с нем. / Н. Пезешкиан. – М. : Медицина, 1996. – 464 с.
8. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства / А.Б. Смулевич // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – №1. – С. 38–45.
9. Brautigam, W. Психосоматическая медицина / W. Brautigam, P. Christian, M. Rad. – М., 1999. – 376 с.
10. Dunbar, F. Emotions and bodily Changes / F. Dunbar. – New York, 1954. – 1192 p.
11. Freyberger, H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia / H. Freyberger // Psychother. Psychosom. – 1977. – № 28. – 342 p.
12. Fridman, M. Type A Behavior / M. Fridman, R. Rosenman. – New York, 1974. – 267 p.
13. Holmes, T.H. The Social Readjustment Rating Skale / T.H. Holmes, R.H. Rahe // Jurnal of Psychosomatic Research. – 1967. – №11. – P. 213–218.
14. Sifnoes, P.E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients / P.E. Sifnoes // Psychother. Psychosom. – 1983. – №40. – P. 1–4, 66–73.
15. Taylor, G.J. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis / G.J. Taylor. – Madison : Connecticut Int Univer Press, 1987. – 354 p.

УДК 159.947:159.942 - 053.6

ИНДИВІДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ В ПЕРЕХІДНИЙ ПЕРІОД РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ ВІД ПІДЛІТКОВОГО ДО ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Н.Л. Шевякова

аспірант кафедри загальної та практичної психології Інституту менеджменту та психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України

У статті наводяться результати емпіричного дослідження структури взаємозв'язків параметрів емоційно-вольової регуляції з індивідуально-особистісними якостями в перехідний період розвитку особистості від підліткового до юнацькому віку. Розкривається роль особистісних детермінант, що обумовлюють розвиток і функціонування емоційно-вольової регуляції в перехідний період розвитку особистості від підліткового до юнацькому віку.

Ключові слова: воля, вольова регуляція, емоції, емоційна регуляція, саморегуляція, емоційно-вольова регуляція.