

Клевець Л. М.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ В ГЕНЕЗІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

У статті розглядаються психологічні причини психосоматичних захворювань студентів, аналізуються спеціальні дослідження.

Ключові слова: психосоматика, психологічна генеза, депресії, психологічне обстеження.

В статье рассматриваются психологические причины психосоматических заболеваний студентов, анализируются специальные исследования.

Ключевые слова: психосоматика, психологический генез, депрессии, психологическое обследование.

This article researches psychologic courses of psychosomatic illments of students, analysis special researchs.

Key words: psychosomatic, psychology genesis, depressions, psychology check.

Проблема психосоматичних розладів – одна з найбільш поширених у житті людини і людства, про що доповідалось в одній з доповідей ВООЗ [7, с. 32]. У всьому світі видаються спеціальні та мультидисциплінарні посібники для лікарів – психіатрів, медичних психологів та психотерапевтів, у яких у систематизованому вигляді репрезентовані психофізіологічні основи психосоматичних розладів. У зв'язку з цим мета нашого дослідження – показати загальну картину психосоматичних розладів. Завдання роботи – систематизувати психологічні фактори в генезі психосоматичних розладів.

Відомо, що рівень здоров'я людини залежить від багатьох чинників: спадкових, соціально-економічних, екологічних, діяльності системи охорони здоров'я. Але, за даними ВООЗ, він лише на 10-15% пов'язаний з останнім чинником, на 15-20% обумовлений генетичними факторами, на 25% його визначають екологічні умови і на 50-55% – умови та спосіб життя людини. Таким чином, очевидно, що першочергова роль у збереженні й формуванні здоров'я належить

все-таки самій людині, її способу життя, її цінностям, установкам, ступеневі гармонізації внутрішнього світу й взаєминам з оточенням. Разом із тим сучасна людина в більшості випадків перекладає відповідальність за своє здоров'я на лікарів. Вона фактично байдужа до себе, не відповідає за сили та здоров'я свого організму, і, поряд із цим, не намагається досліджувати й розуміти свою душу [9, с. 5].

Ще в 1977 році голова “Римського клубу” Ауреліо Печчеї у своїй роботі “Человеческие качества” прогнозував всесвітню катастрофу (цій проблемі було присвячено близько 20 доповідей провідних вчених світу) з причин деформації місця і ролі людини в системі науково технічного прогресу та його наслідків – глобальних проблем людства. Він писав про те, що технічний і соціальний розвиток створюють для людини нестерпні напругу і стреси. А порятунок він вбачав у культурі й освіті, у створеній суспільством поведінкової програмі. Згадаємо, що свого часу П. О. Флоренський, який вивчав проблему людини в науково-технічному і суспільному прогресі, писав, що техніка працює у сфері смерті і по мірі її розвитку потрібно олюднювати і техніку, і людину. Радянський поет А. Вознесенський у своєму вірші писав так: “Все прогрессы реакционны, если рушится человек”. Ще раніше К. Маркс застерігав, “якщо культура не управляється, а розвивається стихійно, вона здатна залишити після себе пустелю”.

Психологи і психіатри, дивлячись на ці глобальні зміни, пропонують нові соціокультурні парадигмальні підходи для порятунку людства, що переживає наслідки, не в останню чергу, на психосоматичному рівні. У зв'язку з цим лікарі з Інституту соціальної та судової психіатрії О. С. Чабан і О. О. Хаустова пишуть: “Показником успішності роботи є стабілізація психічного та соматичного стану, поява життєвої перспективи, формування нової життєвої стратегії. Подальше завдання полягає у впровадженні технологій духовного розвитку.

Лише якісно новий духовний стан забезпечить стратегічний прорив у майбутнє. При реалізації цього завдання необхідно звернутися до самосвідомості кожної людини, включити захисні механізми духовності людського товариства, що забезпечить духовне здоров'я людства загалом та кожної людини окремо. Технологія духовного розвитку має охоплювати інтерес самої людини до власного духовного світу, визначення гідних цілей життя, принципів самоцінки свого розвитку та успіхів, а також методи духовної профілактики й оздоровлення, захисні механізми духовного самовдосконалення, що уможливають супротив суб'єкта руйнівним впливам цивілізації та науково-технічного прогресу” [9, с. 11].

У грецькій філософії були впевнені в тому, що душа і дух впливають на тіло, тому одержимість духами лікували катарсисом (духовним очищенням). Гіппократ убачав причину хвороб в одному – у порушенні відносин між людиною і навколишнім світом. У період “романтичної медицини” (XIX ст.) німецький психіатр І. Гейнрод вперше використав поняття “психосоматична медицина”. Він мав на увазі те, що хвороби тіла (soma) мають психогенну основу, перш за все, в етичному аспекті.

Але одним із батьків становлення психосоматичного підходу потрібно вважати Ф. Ніцше. Він створив нову філософію про “розум тіла”, його “множинності з єдиним смыслом”, він фактично передбачив концепцію З. Фрейда про існування підсвідомого, а “нову мораль” радив лікарям покласти в основу лікування. На сьогодні сучасні медичні психологи виходять із настанови Гіппократа про те, що потрібно лікувати не хворобу, а хворого з урахуванням його індивідуальних особливостей (його соціокультурного рівня – загального рівня соціалізації серед людей, розвинутості мови і навіть мовчання).

На сьогодні встановлено вплив емоційних переживань на морфологічні структури (тіло, внутрішні органи) через гормональну та імунну систему, а також через вегетативну нервову систему.

Лікарі всі психосоматичні захворювання поділяють на три напрями:

- соматоформні порушення;
- психосоматичні захворювання органів і психофізіологічні порушення;
- порушення поведінки із соматичними наслідками.

Серед багатьох психосоматичних захворювань лікарі виділяють золоту сімку психосоматики:

- виразкову хворобу шлунка й дванадцятипалої кишки;
- неспецифічний виразковий коліт;
- бронхіальну астму;
- тиреотоксикоз (базедову хворобу);
- есенціальну гіпертонію;
- ревматоїдний артрит;
- нейродерміт.

Самим життям доведено, що будь-які соціальні чинники – радість, гнів, страх, стрес – одразу ж викликають емоційні відхилення й афекти. Психіатри і медичні психологи навіть розробили і записали психосоматичну семантику – “мову органів”. Як пишуть О. С. Чабан і О. О. Хаустова, “У звичайній розмовній мові таке підтверджується низкою виразів: “схопили за серце”, “роздирає серце”, “упав камінь

із серця”, “стиснулося серце”, “що в тебе на серці”, “у нього немає серця”, “від цього болить серце”, “у нього розривається серце”, “добре, м’яке, широке серце”. Сюди ж належать: “почорнів від горя”, “посинів від злості”, “зблід від жаху”, “почервонів від сорому”, “спалахнув від радості”, “затаїв дихання”, “ковтав повітря ротом”, “у нього потекла слина”, “цього він не міг проковтнути”, “від цього перевертався шлунок”, “це лежить каменем у шлунку”, “його нудило від цього”, “безпорадно захрипів”, “від жаху волосся стало дибом”, “вона дрижала від страху”, “він заціпенів від жаху”, “людина без хребта”, “він обливався холодним потом”. В екзистенціалістичній філософії й у літературі ми натрапляємо на слово “нудота”, як одне з основних життєвих понять (див. роман Ж. П. Санд “Нудота”).

Соматичні реакції на психічні емоційні процеси підтверджуються результатами експериментів. Якщо людину в чомусь звинуватити, то при обуренні й гніві відзначається згасання пульсу, підвищення кров’яного тиску, збільшення об’єму крові. Артеріальний тиск підвищується, збільшується рівень холестерину. Вигляд лимона викликає підвищене виділення слини не тільки під час показу, але й при його описуванні. Таким чином, психосоматичний процес може викликатись впливом і на першу, і на другу сигнальні системи” [9, с. 16-17].

Усе вище означене є свідченням того, що психосоматичні розлади виникають і розвиваються внаслідок взаємодії зовнішніх та внутрішніх причин – як соціального середовища, так і індивідуальності особистості. У багатьох дослідженнях одним із провідних соціальнопсихологічних чинників розвитку психосоматичної патології вважається стрес. Уперше слово “стрес” було введено в 1303 р. Р. Маннінгом і означало воно “небезпеку”, “поневір’яння”, “труднощі”, “бідність”, “втрати” і т. ін. Довгий час під стресом розуміли вплив на людину екстремально важких і обов’язково негативних факторів соціуму і зовнішнього середовища. Потім у 1936 р. Г. Сельє висунув гіпотезу про “адаптаційний синдром” при стресах. Виявилось, що, з одного боку, стрес виконує в організмі людині функцію “захисної адаптивної реакції”, мобілізуючи організм на подолання різноманітних соціальних явищ – фрустраційних ситуацій, конфліктів. Уцьому випадку у відповідь на стресуючий фактор свідомість включає механізм уникнення, пристосування чи адаптацію до нових вимог зовнішнього середовища [8, с. 33]. Оскільки свідомість людини формується соціумом, то і рівень захисних механізмів буде цілком адекватним ступеню розвиненості і свідомості. Тому людина може бути як адаптною, так і дезадаптивною. Другий випадок є наслідком постійних зустрічей зі

стресом. Стрес може бути і дезадаптивним при важких конфліктних ситуаціях та емоційних дизгармоніях (людина емоційно не вихована, не стримана з причини генетики або дефективності стрес – реалізуючих систем організму).

Ефективність адаптивної реакції пов’язана з особливостями людини, яка реагує на нього. Як показують дослідження психологів і психіатрів, ці характеристики можуть бути і генетичними вадами, але можуть змінюватися в процесі соціального розвитку людини.

Сьогодні змінився погляд на причинний фактор стресу. Якщо ще недавно вважали, що причини стресу генетико-фізичні або зовнішні, то тепер доведено, що причиною стресу є індивідуальні характеристики людини – уявлення про чинне, особистісне ставлення до ситуації, суб’єктивне уявлення і когнітивна оцінка. Тому зрозуміло, що більш розвинена в соціальному сенсі людина виявляється і більш стресостійкою. Соціальна розвиненість людини в критичний момент є “як захисний механізм”: включаються адаптивні механізми, а когнітивна свідомість перетворюється на головний регулюючий чинник реакції на стрес [8, с. 34]. За цим стоїть біологічний адаптивний смисл усієї психофізіологічної системи організму. У захисні механізми проти стресової ситуації входять не тільки особливості та індивідуальні характеристики, але й напрацьовані і соціокультурно детерміновані та інтелектуально закріплені критерії успішного подолання стресу, великий рівень психологічної підготовленості, напрацьований досвід моделей виходу з подібних ситуацій, за якими відбувається зниження тривоги і зростання психічного комфорту, досягнення соціально значущої і виправданої цілі як соціокультурних механізмів захисту здоров’я.

Другим чинником психосоматичних розладів є тривога. Тривога кваліфікується як елемент стресу і неспецифічний пусковий механізм психічних розладів.

Тривога – це емоційна реакція, риса особистості, головний компонент низки розладів особистості, симптом у структурі психотичних синдромів [7, с. 7]. Психологи і лікарі відзначають, що у значної частини депресивних хворих (заторможених), попереднім (переважним) компонентом синдрому є не депресія, а тривога.

Тривога може бути першим симптомом розладнання головного мозку, але й найважливішим адаптивним механізмом: без тривоги неможливе саме існування людини. Фахівці стверджують, що роль тривоги в структурі психозів недооцінена [7, с. 7]. Ефект тривоги в нашому біоорганізмі є універсальним і базовим способом реагу-

вання людини на розгортаючу ситуацію. Щодо тривоги філософ С. К'єркегор писав: "Пізнання тривоги – це нагода, котру повинна випробувати кожна людина, щоб не загинути. Той, хто навчився тривожитись належним чином, навчився найголовнішому в житті" [9, с. 35]. Хоча, скажемо, тривога в багатьох випадках є важливою ланкою патогенезу соматичних розладів.

Третім чинником психосоматичних розладів є депресія. Для порівняння з нашими результатами ми запозичуємо матеріал у російського вченого Р. Габідулліна. Так, він викладає результати обстеження депресій у студентів США. Згідно з дослідженням, проведеним Американською Медичною Асоціацією, найбільше серед багатьох ВНЗ США депресією страждають студенти-медики. Зокрема, у їх дослідженні зазначається, що студенти-медики стикаються з депресією, емоційним вигорянням та іншими психічними проблемами частіше, ніж інші люди, при цьому їх психічне здоров'я погіршується протягом навчання. У майбутніх лікарів частіше трапляються суїцидальні думки і спроби, у них частіше відбувається емоційне вигоряння, а якість життя у них нижча, ніж в інших людей тієї ж статі і віку, – цитує авторів дослідження Р. Габідуллін. Цікаво, що при цьому студенти-медики отримують професійну допомогу рідше, ніж люди, далекі від медицини [2].

Т. Швенке з Мічиганського Університету (США) і його колеги провели дослідження поширеності депресії і суїцидальних думок у студентів-медиків. У вересні-жовтні 2009 року при обстеженні попросили всіх студентів Мічиганської Медичної Школи заповнити спеціально створений для них запитальник. Свої відповіді дали 65,7% студентів (505 з 769). У результаті виявилось, що середньоважка і важка депресія виявилася у 14,3% студентів. Дівчата страждали цими формами депресії частіше, ніж юнаки (18% і 9% відповідно). 4,4% студентів думали про самогубство хоча б раз під час навчання на медичному факультеті. Першокурсники і другокурсники думали про суїцид рідше, ніж третьокурсники і четвертокурсники (1,4% і 7,9% відповідно) [2].

Студенти, які страждають депресією, частіше, ніж ті, хто не відчував депресії, поводитися в соціумі менш впевнено й адаптивно і вважали ризикованим зізнаватися в своєму стані будь-кому, оскільки депресія свідчить про соціально-психологічне невміння впоратися з ситуацією. Студенти з середньоважкою і важкою формами депресії частіше уникали соціуму і вважали, що товариші по навчанню не зрозуміють їх і не будуть їх поважати, на їхню думку, якщо дізнаються про їх стан.

Юнаки частіше, ніж дівчата, поводитися менш впевнено і вважали, що майбутній лікар із депресією може нашкодити пацієнтові (36,3% і 20,1% відповідно). Меншокурсники частіше, ніж старшокурсники, вважали, що звернувшись за допомогою, вони будуть виглядати дурнішими (34,1% і 22,9%). Студенти з більш серйозною депресією найменш схильні звертатися за професійною допомогою взагалі [2].

Результати дослідження говорять про необхідність поліпшення профілактики, діагностики та лікування депресії. Американські медики зробили висновок про необхідність психологічного зміцнення та підготовки майбутніх лікарів.

Є інше дослідження студентів-медиків і лікарів-інтернів, проведене групою американських учених. У дослідження були залучені понад дві тисячі осіб з різних медичних навчальних закладів США. Його результати говорять про те, що депресія залишається серйозною проблемою для студентів-медиків. Так, 21,2% з них мають ознаки депресії. Значення цього показника у їх однолітків значно нижче (8% – 15%). Що стосується порівняння студентів-медиків одного з одним, то важче за всіх доводиться студентам 2 курсу, серед яких симптоми депресії трапляються найбільш часто [2].

Такий самий результат був отриманий і в Росії. Дослідження Р. Габідулліна, проведене в 2009 р., також показало, що студенти медики страждають депресією частіше за своїх однолітків. Автор дослідження відзначив, що отримання медичної освіти пов'язане з постійними стресами як у студентів, так і в інтернів. Р. Габідуллін вважає, що свій внесок у стрес вносять: великий обсяг роботи, недолік сну, труднощі з пацієнтами, незадовільні умови навчання, фінансові проблеми, перевантаження інформацією і навіть планування подальшої кар'єри. Ці чинники часто роблять негативний вплив на успішність, фізичне і психологічне самопочуття студентів та інтернів, роблячи їх більш сприйнятливими до депресії.

При цьому Р. Габідуллін пише: "Не можна сказати, що в Росії обстановка точно така ж. Все-таки, у дослідженні брали участь американці. Але, на жаль, дослідження психічного здоров'я медиків подібного масштабу, які були б проведені в нашій країні, мені невідомі. Але є всі підстави вважати, що російські студенти та інтерни схильні до депресії не менше, ніж їхні західні колеги" [2].

У медичному глобальному співтоваристві депресію іноді називають чумою XXI століття. Щорічно цей діагноз отримують чверть мільярда людей. У благополучних США депресії п'ятої частини населення обходяться американській економіці в 47,5 млрд доларів на

рік. Для порівняння: витрати на лікування серцево-судинних та легеневих захворювань становлять відповідно 43 і 18 млрд.

Дослідження, проведене психологами в середині 90-х років у Москві, показало, що у 68% тих, хто звернувся в районні поліклініки з різних приводів, були явні ознаки депресії. Вчені вважають, що хоч раз у житті через цей стан проходять близько 25% жінок і 10-15% чоловіків [2].

Американські вчені провели дослідження щодо з'ясування місця і ролі психологічного фактора як етіологічного. Щоб дізнатися про це, Лорен Еллоу і Лін Абрамсон провели порівняльний аналіз поведінки студентів, що зазнають легку депресію, і студентів у нормальному стані. Дослідники просили студентів поспостерігати, чи пов'язане натискання кнопки з наступним спалахом світла. На подив дослідників, піддослідні, які перебувають у стані депресії, досить точно оцінювали, якою мірою вони могли контролювати, що відбувається. Однак хибні, спотворені оцінки висловлювали ті студенти, які не страждають депресією, – вони явно перебільшували межі своїх можливостей контролювати ситуацію, дійшли висновку американські та російські вчені [3, с. 166-177].

Це говорить про порушення ступеня самоконтролю і своїх навичок. Шеллі Тейлор наводить таке порівняння: “Люди в нормальному стані перебільшують свою компетентність і привабливість для навколишніх; ті, хто страждає депресією – не перебільшують. Люди в нормальному стані згадують своє минуле в рожевому світлі; ті, хто страждає депресією (за винятком тих, хто переживає дуже сильну депресію) більше справедливі в оцінці своїх минулих успіхів і невдач. Люди в нормальному стані описують себе в основному позитивно; страждалі депресією описують і свої позитивні, і свої негативні якості. Люди в нормальному стані приписують собі заслуги в разі успіху і, як правило, заперечують свою відповідальність при невдачі. Страждалі депресією беруть на себе відповідальність і за успіхи, і за провали. Люди в нормальному стані перебільшують ступінь свого контролю над тим, що відбувається навколо; страждалі депресією менше піддаються подібним ілюзіям. Люди в нормальному стані беззастережно вірять у те, що майбутнє піднесе багато хорошого і мало поганого. Страждалі депресією більш реалістичні в сприйнятті майбутнього. Фактично в будь-якому випадку там, де люди в нормальному стані, вони демонструють надмірну самоповагу й ілюзію контролю та далеко від реальності бачення майбутнього, а люди в депресії не виявляють подібних пристрастей. Виявляється, депресія робить людей не тільки сумнішими, але й мудрішими” [2].

Американські вчені відзначили, що в основі мислення людей у стані депресії лежить психологія приписування собі відповідальності за все, що з ними відбувається: якщо ви провалилися на іспиті і звинувачуєте в цьому себе, то можете дійти висновку, що ви дурні або ледачі, і впасти в депресію. А якщо ви приписуєте невдачу несправедливому ставленню до вас або якимсь іншим обставинам, вам невідкладним, то, швидше за все, ви просто розлютитеся. У більш ніж 100 дослідженнях, у яких брало участь 15 000 піддослідних людей, які страждають депресією, було більше таких, які схильні демонструвати негативний стиль пояснення. Вони з більшою легкістю приписували невдачу причин стійким (“Це буде тривати вічно”), глобальним (“Це зашкодить усьому, що я роблю”) і внутрішнім (“Я сам в усьому винен”). Результатом подібного песимістичного, надмірно узагальненого, самообвинуваченого мислення є, за словами Абрамсон і її колег (1989), гнітюче відчуття безнадії [2].

Симптоми депресії можуть бути різними, і вони добре відомі: безпросвітна туга, апатія, відчуття самотності, незнищенне почуття провини, безпорадності і нікчемності, непотрібності, небажання нікого ні бачити, ні чути, ні взагалі виходити з дому, безсоння або сон добу безперервно, зайва тяга до холодильника або втрата інтересу до гастрономічних і, взагалі, будь-яких життєвих задовольень, нездатність зосередитися на найпростіших домашніх справах.

Ми, своєю чергою, обстежили 200 студентів медичного вишу. Застосовані нами “Методики вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Норакидзе)” та “Шкала реактивної особистісної тривожності Спілберга – Ханіна” показали практично однакові результати. Із 200 студентів – 20% мали високу тривожність, інші – помірну. “Торонтська алекситимічна шкала” виявила схильність до депресивних розладів у 28% студентів. Такі ж результати були отримані за “Шкалою депресії (тест адаптований Т. І. Балашовою в НДІ ім. Бехтерева)” та “Опитувальником Бека”. Також зафіксовані студенти з емоційним вигорянням і невротичними станами, стресами, високим рівнем тривожності. У групах траплялися студенти з агресивною і ворожою формами поведінки, слабо адаптивні і недовірливі (що знаходяться в постійному страху) до однокурсників.

Таким чином, вивчивши зарубіжну літературу трьох психосоматичних захворювань психологічного генезу, ми пропонуємо психокорекційні програми за даними І. Г. Малкіної – Пих, спрямовані за такими векторами: по-перше, на корекцію Я, досягнення об’єктивності власної оцінки, реабілітацію Я у власних очах і досягнення впевне-

ності в собі; по-друге, на корекцію системи цінностей, потреб, їх ієрархії, приведення домагань у відповідність зі своїми психофізичними можливостями; по-третє, на корекцію ставлення до інших, досягнення здатності до емпатії та розуміння пережитих іншими станів та їх інтересів, придбання навичок рівноправного спілкування, здатності до запобігання і вирішення міжособистісних конфліктів; по-четверте, на корекцію неадекватного способу життя та пригніченості; по-п'яте, актуальність цієї проблематики не викликає сумніву і вимагає свого подальшого наукового дослідження.

Література:

1. Богданов И. А. Проблема развития современной психосоматической науки. //Мультикультурність та етнокультурність людського світу. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 1., Донецьк, 2011. – С. 180-181 (196 с.).
2. WWW. FESMU. RU
3. Илларионова Е. А. Социокультурная адаптация иностранных студентов к условиям обучения в Украине. //Мультикультурність та етнокультурність людського світу. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 1., Донецьк, 2011. – С. 166-167 (196 с.).
4. Никифорова А. А. К вопросу восстановления духовного и психологического здоровья студентов // Мультикультурність та етнокультурність людського світу. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 2., Донецьк, 2011. – С. 165-166.
5. Клевец Л. Н. Проблема самозащиты при стрессах. Філософія здоров'я: гуманітарно-освітній аспект // Матеріали Міжгалузевої регіональної науково-практичної конференції 29 березня 2011 року. – Т. 2. – Донецьк, 2011. – 348 с.
6. Дорошко Е. С. Стресс как психическое явление // Мультикультурність та етнокультурність людського світу. – Матеріали Круглого столу 31 березня 2011 року. – Т. 2. – Донецьк, 2011. – С. 277.
7. Нулер Ю. Л. Структура психических расстройств. – К. : “Сфера”, 2008. – 126 с.
8. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / под ред. В. И. Симаненкова. – СПб. : СпецЛит, 2008. – 126 с.
9. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування. – К. : ТОВ “ДСГ Лтд”, 2004. – 96 с.