

ХВОРОБА ЯК МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ І ФІЛОСОФСЬКИЙ ФЕНОМЕН

Харківська медична академія післядипломної освіти

Визначено місце хвороби в контексті людського життя, висвітлено пошук відповідей на питання, які постають перед хворою людиною. Обговорено момент вибору між пасивним сприйняттям хвороби і активною позицією, яка стимулює саногенні ресурси організму. Підкреслено роль сім'ї як значущого мікросоціального середовища, в якому деформація стосунків та ролей може призводити до появи або загострення психосоматичних розладів.

Ключові слова: психосоматичні розлади, філософія життя, саморефлексія, екзистенційні питання.

Стан будь-якої хвороби, навіть тоді, коли її локус є непомітним для ока і симптоми лише трохи впливають на самопочуття, суб'єктивно сприймається як змінений та в підсвідомості чітко відмежовується від норми. Так званий «латентний період», коли хворобливі симптоми ще не далися взнаки, коли людина функціонує у звичайному режимі і не має скарг, все ж таки при достатньому рівні інтроспекції має свої відмінності від «практичної норми». До речі, у світовій медичній парадигмі поняття «норми» і «здоров'я» завжди мали дещо різний контент. За В. Д. Менделевичем здоров'я визначається як «стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя і базується на суб'єктивному відчутті повноцінного функціонування» [1]. Норма лише є оптимальним існування і розвитку людини в окремій віковій групі [2]. На відміну від цього найбільш загальним смисловим поняттям «хвороби» чи не на всіх мовах світу є вираз її шкоди, незручності, тяжкості загального стану хворої людини, відчуття болю і слабкості, нездатності до праці і спокійного життя. У давньогрецькому лікарському глосарії хвороба позначалася словом *nosos* або *pathos* — страждання. Латинське *morbis* стало основою для багатьох позначень слова «хвороба» в мовах романської групи.

Хворіти — не означає відчувати біль або інші симптоми порушення функцій. Основна ознака, що характеризує хворобу як з біологічної, так і з соціальної точки зору, — звуження спектра особистої свободи, порушення ритму і якості життя, залежність від інших людей (лікарів, медперсоналу, фармацевтів, опікунів, родичів, державних установ).

Важливо підкреслити, що хвороба — це якісно новий життєвий процес, при якому хоча і зберігаються функції, властиві здоровому організму, але з'являються нові, патологічні, домінанти.

Іноді маркери так званої «передхвороби» фіксуються людиною, викликають легке почуття тривоги, психофізичного напруження, розгубленості.

Так, наприклад, діють на психіку людини, що вважає себе цілком здоровою, раптове зникнення апетиту, преривчастий сон із неприємною, пригнічуючою фаволою сновидінь, незрозуміла слабкість, епізоди запаморочення, нудоти, ледве помітні зміни кольору шкіри тощо.

При недостатній саморефлексії, що є результатом неправильного виховання (ігнорування потреб дитини, байдужість до неї, заборона скаржитися на біль, відсутність взаємної емпатії в родині), усвідомлення хворобливого стану настає вже за наявності зовнішніх ознак хвороби та порушенні функцій. На жаль, при цьому часто втрачається можливість запобігти розгортанню патологічного процесу; лікування надається вже при значних, часто незворотних змінах в організмі людини.

Цікавою і досі недостатньо вивченою темою медичної психології є співвідношення соматобіологічних та соціально-психологічних чинників у формуванні клінічної картини хвороби. Соматогенне та психогенне дають взаємообтяжуючий ефект, їх тісне переплетіння часто ускладнює процес діагностики і стає на заваді впродовж усього періоду лікування та реабілітації. Хронізація патологічного процесу, подальша інвалідизація хворого обумовлені не тільки суто «патофізіологією» тілесних страждань, а насамперед психологічними чинниками: типом особистості, внутрішніми настановами (в тому числі — рентного характеру), системою цінностей, саногенними експектаціями. На думку Ю. А. Антропова, хвороба не може бути зрозумілою лише на основі оцінки стану хворого та його скарг у даний час; перебіг хвороби та можливість видужання багато в чому залежать від попереднього досвіду людини, її вражень, особистих досягнень (у тому числі в подоланні інших хвороб та стресових ситуацій) [3]. Тому завжди важливим є емпатійний контакт між лікарем і хворим, що надає останньому можливість саморозкриття, а уважному досліднику — безцінний матеріал, що надалі буде слугувати у справі боротьби з хворобою.

Пацієнт — це не тільки людська істота, яка потерпає від болю, переживань, пов'язаних із хворобою та вимушеним існуванням у стінах лікарні. Насамперед це — носій унікального внутрішнього світу, спогадів, роздумів, очікувань, — усього того, що робить людину неповторною, цікавою для інших. Тому відмова від рутинного біологізаторського підходу з протокольною соматотерапією — «однією для всіх», опосередкування лікувальних заходів через особистість хворого, його свідому згоду і налаштованість на повне, максимально наближене до бажаного оптимуму одужання може стати дійсно принципом лікування в XXI ст.

Філософське осмислення хвороби пов'язане насамперед із відчуттям часу, його дискретності. «Ще вчора я був здоровим, — каже пацієнт, — і міг (і йде перелік здобутків), а сьогодні...». Часто хвороба при її стрімкому розвитку (травми внаслідок аварії, серцево-судинні катастрофи, тяжкі отруєння тощо) створює умовний розподіл життя на «до» та «після», унеможливаючи повернення до минулого, з його тепер вже ідеалізованим змістом.

Філософський аспект хвороби полягає у відповіді на деякі питання, що мають екзистенційний зміст і потребують «внутрішньої» відповіді, тобто звіту перед самим собою. Перше з питань: «За що?». Людина намагається знайти «дійсну», а не викладену в підручниках із медицини причину свого захворювання. Як правило, залежно від світогляду, релігійних переконань, сімейного міфу вона може вважати, що хвороба виникла як кара за власні проступки, скоєні злочини, негативні думки, побажання іншим лиха тощо; випробовування міцності духу, сили характеру; розплата за гріхи батьків, роду, власних дітей; повчання іншим; наслідок поганої спадковості; результат власного недбальства стосовно свого здоров'я; навмисний вплив із боку недоброзичливців («зурочення», «порча») [1].

Наступні два питання формулюються так: «Яким буде перебіг хвороби, до чого готуватися і як собі допомогти?» та «Якими будуть прогнози, як правильно жити, щоб мінімізувати наслідки цієї хвороби?». Саме відповіді на ці запитання створюють власну «філософію хвороби». Від логічності, спрямованості, реалістичності цієї філософії будуть залежати не тільки почуття, настрої, налаштованість на повне одужання чи прагнення дожити в більш спокійному, споглядальному режимі існування, але і подальші кроки в майбутньому.

Будь-яка хвороба, а особливо та, що має персонігенний вплив на людину та її оточення (СНІД та інші венеричні захворювання, онкологічні процеси, розлади психіки, інвалідизуючі захворювання, особливо втрата зору, слуху, будь-яких частин тіла) мимоволі відмежовує хворого від інших людей, навіть від найближчого кола родичів, бо

життя того, хто захворів, хто зазнав незворотної втрати, починає відрізнятися від їхнього життя, а в багатьох випадках і цілком залежати від них.

Сім'я повинна задовольняти фундаментальні потреби людини. Такі життєво необхідні умови виживання, як потреба в безпеці, наданні допомоги, у любові, ніжності, особливо на ранніх стадіях розвитку дитини, в самоповазі, у визнанні, належності до групи і деякі інші — найповніше задовольняються саме в сім'ї. Родина також є важливою умовою повноцінного статевого дозрівання і контролю статевої поведінки — через любов, ідентифікацію себе з одним із батьків (своєї статі), дитячі ревності, почуття справедливості й інші емоції.

Незадоволення всіх цих потреб може виступати як фактор хронічного емоційного стресу, що сам по собі спричиняє хворобу та створює антисаногенний ефект, гальмуючи процеси одужання та зусилля лікарів. Бо відомо, що емоційний стан хворого, рівень його життєвого тону є важливими чинниками перебігу та прогнозу хвороби. «У героїв рани загоюються скоріше» — казали стародавні греки. Тому лікування окремої людини повинно бути пов'язане з лікуванням її сім'ї та відносин у ній.

Якщо сім'ю розглядати як організм, то деформації будь-якої її функції можуть бути джерелом хвороби сімейної системи і відповідно позначатися на індивідуумах. Тому марно лікувати підлітка від дискінезії жовчних шляхів традиційними методами медицини, якщо його стан є навченою реакцією у відповідь на негативні емоції, породжувані відносинами в родині. Вражає, що у молодих жінок у родинах із частими конфліктами так звана погранична гіпертонія іноді, на подив лікаря-терапевта, зникає без лікування, варто лише тимчасово усунути зв'язок жінки з її чоловіком (відрадження, перебування у лікарні, у родичів), який викликає в ній несвідому, пригнічену агресію і ворожість. Це стосується багатьох інших досить розповсюджених захворювань, і лікарю, який розуміє психосоматичні та соціально-психологічні взаємозв'язки, стають очевидними етіологія і патогенез більшості хвороб, на які страждають члени родини.

Хвороба сім'ї як цілого пов'язана з тим, як люди розуміють призначення і сенс свого життя, загальну мету (заради чого всі ми живемо разом? виживаємо чи співіснуємо? розвиваємось чи поступово регресуємо?) — тобто із філософією сім'ї. Рольові очікування, права та обов'язки, обумовлені роллю, основні шаблони поведінки, що впливають з положення людини в сім'ї, — визначаються соціально-культурними особливостями мезосоціуму, в який включена сім'я. У наш час для благополучної і здорової сім'ї характерна відсутність неузгодженості конфігурації ролей із загальним історичним шаблоном роду. Хаотичність,

еклектичність та деградація, притаманні сучасному суспільству, можуть утворювати тимчасові відхилення від цього шаблону. Але у згуртованій сім'ї з міцним історичним корінням вони не дають хворобливих наслідків. Хронічна ж деформація сімейних ролей або їх несформованість, розмитість, значні відхилення від культурного шаблону роду і відсутність адекватної компенсації можуть стати джерелом хвороби сім'ї. Наприклад, молода мати, що пристрасно бажала мати дівчинку (бо не була впевнена, що здатна виховати сина, чи воліла бачити біля себе дочку в ролі «подруги»), яка виявилася не в змозі змінити свою хибну настанову, може у хлопчика сформувати транссексуалізм, поводячись із ним як із дівчинкою (манери поведінки, одяг, ігри, співтовариство однолітків). У цьому випадку потрібно, щоб сімейний лікар чи дитячий психолог вчасно скоригували стиль догляду такої матері за дитиною. Є дані про те, що дисбаланс гормональної системи людини залежить від сприйняття і виконання нею своєї статевої ролі. У жінки тип оволодіння може змінюватися у випадку свідомого прийняття нею чоловічої ролі. Це особливо помітно в період статевого дозрівання: для дівчаток, що грають хлоп'ячу роль, притаманні відповідний тембр голосу, біомеханіка рухів, манери і риси характеру [4]. Сімейний лікар не може ставитися байдуже до інверсії статевих ролей, бо вона завжди призводить до порушень сексуальної адаптації, перверсивних феноменів, самотності, суїцидальної поведінки.

Такі речі, як психологічна депривація в сім'ї, втрата сенсу життя через відчуженість від сімейних цінностей, хронічна сімейна незадоволеність, сімейна тривога, штучна, непослідовна мотивація

і деформація сімейних ролей є чинниками, що викликають хворобу сім'ї як цілісності і значною мірою залежать від філософії сім'ї, яку поділяють батьки і старші члени родини. Тому зцілення окремих індивідумів і сімейної системи в цілому пов'язано із зміною життєвої філософії.

Отже, хвороба як певний прояв, елемент життя (бо не існує людей, які б жодного разу в житті не хворіли), несе на собі відбиток як самої особистості, що на неї страждає, так і сімейного, родового стереотипу, ментальності епохи та окремої нації, стилю життя людини, її світогляду, релігійних вірувань і сподівань.

Філософія життя, спрямована на виживання в будь-яких умовах, видужання заради поставленої надмети, своїх близьких, інших людей, яким потрібна підтримка, підвищення рівня якості життя, створення нових, більш досконалих моделей поведінки, розширення саногенного ресурсу здоров'я є філософією пререможця, яка при мінімальних зовнішніх можливостях дозволяє не тільки перемогти хворобу, але й вийти на більш гармонійний рівень повсякдення.

Список літератури

1. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич.— М.: МедПресс-информ, 2005.— 432 с.
2. Філімонов В. І. Нормальна фізіологія: підруч. / В. І. Філімонов.— 3-є вид.— К.: МедБук, 2012.— 816 с.
3. Антропов Ю. А. Диагностика психических болезней / Ю. А. Антропов.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.— 264 с.
4. Кашенко Е. Откровенный разговор о сексе с подростком / Е. Кашенко, А. Котенева.— М.: ЭКС-МО, 2013.— 344 с.

БОЛЕЗНЬ КАК МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ФИЛОСОФСКИЙ ФЕНОМЕН

О. А. ФИЛАТОВА

Определено место болезни в контексте человеческой жизни, освещен поиск ответов на вопросы, которые встают перед больным человеком. Обсуждается момент выбора между пассивным восприятием болезни и активной позицией, стимулирующей саногенные ресурсы организма. Подчеркивается роль семьи как значимой микросоциальной среды, в которой деформация отношений и ролей может приводить к появлению или обострению психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, философия жизни, саморефлексия, экзистенциальные вопросы.

DISEASE AS MEDICAL PSYCHOLOGICAL AND PHILOSOPHICAL PHENOMENON

O. A. FILATOVA

The role of the disease in the context of human life was determined. The search for the answers to the questions faced by the patient is featured. The choice between passive disease perception and active position stimulating sanogenic recourses of the human organism is discussed. The role of the family as a significant microsocial environment in which deformity of relations and roles can result in appearance or exacerbation of psychosomatic disorders is emphasized.

Key words: psychosomatic disorders, life philosophy, self-reflection, existential questions.

Надійшла 09.09.2013