

УДК 616.12-008.331.1:159.938.363.6

ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕФОРМАЦІЇ СУБ'ЄКТИВНОГО ВІДОБРАЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Шевченко Н.Ф., д. психол. н.,
професор, завідувач кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності
Запорізький національний університет

Стаття присвячена обґрунтуванню програми психокорекції деформації суб'єктивного відображення психосоматичного здоров'я у хворих на гіпертонію. Визначено і схарактеризовано поняття психосоматичного здоров'я. Розкрито специфіку гіпертонічної хвороби. Визначено основні напрями інтегративної програми психокорекції.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, гіпертонія, психокорекція, психосоматичне захворювання, психосоматичне здоров'я, інтегративна модель психокорекції.

Статья посвящена обоснованию программы психокоррекции деформации субъективного отражения психосоматического здоровья у больных гипертонией. Определено и описано понятие психосоматического здоровья. Раскрыта специфика гипертонической болезни. Определены основные направления интегративной программы психокоррекции.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, гипертония, психокоррекция, психосоматическое заболевание, психосоматическое здоровье, интегративная модель психокоррекции.

Shevchenko N.F. PSYCHOCORRECTION OF PSYCHOSOMATIC HEALTH'S SUBJECTIVE REFLECTION DEFORMATION

The article substantiates the program aimed at psychocorrection of psychosomatic health's subjective reflection deformation in patients with hypertension. The concept of psychosomatic health has been defined and described. The hypertension specificity has been revealed. The main directions of integrative correction program have been detected.

Key words: sustained hypertension, hypertension, psychocorrection, psychosomatic disease, psychosomatic health, integrative psychocorrection model.

Постановка проблеми. Проблема психосоматичного здоров'я становить значну частину «хвороб цивілізації», які упродовж останнього століття були об'єктом інтенсивних досліджень у межах психосоматичної медицини, зважаючи на їх роль, що зростає, у загальній захворюваності населення. Сучасні уявлення про сутність психосоматичного здоров'я передбачають урахування всієї сукупності змін, які зачіпають як біологічний рівень порушень (соматичні симптоми й синдроми), так і соціальний рівень функціонування пацієнта зі зміною ролевих позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування, з переходом на принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, приписами та обмеженнями.

Психосоматичне здоров'я в майбутньому, тому психокорекція деформації його суб'єктивного відображення за хронічного захворювання, такого, наприклад, як гіпертонічна хвороба, має посідати значне місце в професійній діяльності медичних психологів.

Ступінь розробленості проблеми. Психосоматичне здоров'я як психологічний феномен розглядається в контексті сучасного холистичного підходу до трактування здоров'я людини [3; 7; 9; 10], водночас у

своєму визначенні воно не має чітких меж. Разом із тим існує брак досліджень стосовно суб'єктивного відображення психосоматичного здоров'я в психосоматично хворих осіб, зокрема на гіпертонічну хворобу. Програми психокорекції тенденцій до деформації суб'єктивного відображення здоров'я у хворих на гіпертонічну хворобу характеризуються відсутністю теоретичної розробки та практичної апробації.

Метою статті є теоретичне обґрунтування програми психокорекції деформації суб'єктивного відображення психосоматичного здоров'я у хворих на гіпертонічну хворобу.

Виклад основного матеріалу. Недостатність конкретизації поняття «психосоматичне здоров'я», низький рівень досліджень його специфіки й можливостей у напрямку психології здоров'я зумовлені інтенсивним розвитком психосоматичного підходу в медицині. Але, відповідно до свого предмета, як самостійний напрям психологічних досліджень і практики психологія здоров'я не збігається із традиційним наповненням терміна «психосоматика», затвердженого в медицині.

Так, науковці стверджують, що розвиток медицини зумовив передусім відповідне



коло клінічних феноменів, тобто тих розладів або захворювань, у генезисі та динаміці яких суттєву роль відіграють психологічні чинники. Включення психосоматичної проблеми в логіку розвитку загальномедичного знання зумовило також те, що наразі термін «психосоматика» опинився повністю зарахованим до царини патології, зокрема звернення до цього поняття почало розглядатися як однозначна вказівка на наявність патологічних явищ у соматичній сфері людини, пов'язаних із впливом патогенних психологічних чинників. За такого підходу за межами наукового аналізу залишилась значна кількість психосоматичних виявів у нормі. Саме існування останніх у здорової людини навряд чи може викликати сумнів: тут достатньо послатися на добре відомі психологам явища психічних і тілесних ресурсів людини в ситуації вирішення складного та відповідального завдання, а також феномени афективної дезорганізації з вираженими тілесними компонентами [7, с. 119].

У межах розвитку психосоматичного підходу в медицині проблема психосоматичного здоров'я найбільш досліджена в контексті динамічної психіатрії Берлінської школи Г. Аммона [2]. Із моменту свого виникнення основні положення динамічної психіатрії автора тісно пов'язані з психоаналізом, але, на відміну від останнього, вона максимально інтегрує різні аспекти розуміння людини, у тому числі основні положення діяльно-особистісного підходу у вітчизняній психології.

Так, психосоматичне здоров'я в розумінні динамічної психіатрії трактується не як статистично добре самопочуття, а як процес розвитку події. Бути здоровим означає бути здатним до розвитку. Психосоматичне здоров'я є цілісним процесом гомеостазу в сенсі мінливої рівноваги тіла, духа, душі та середовища. Згідно з думкою Г. Аммона, це означає постійний процес інтеграції центральних функцій нарцисизму, агресії, творчої сили, тілесного Я і вторинних функцій мислення, інтелекту, пам'яті, моторики, мови зі здатністю приймати й віддавати соціальну енергію в групах, у яких живе людина. Психосоматичне здоров'я означає багатомірність та ідентичність, що спрямовані на особисту вищу мету. Автор вважає, що перехід від психосоматичного здоров'я до психосоматичної хвороби зумовлений архайчними захворюваннями Я, які виникли через порушення симбіозу в ранньому дитинстві в межах патологічної первинної соціальної групи [2].

Основним завданням, яке ставиться перед психологією здоров'я в контексті про-

блеми психосоматичного здоров'я, є пошук власного предмета досліджень у цій царині, виокремлення кола науково-психологічних проблем і визначення шляхів їх вирішення.

Поняття «психосоматичне здоров'я» ми трактуємо як особливий спосіб існування людини, який характеризується відсутністю психічних розладів у структурі перехідних адаптаційно-приспосувальних станів організму людини та рівнем зрілості емоційно-вольової й пізнавальної сфер особистості, що адекватні віку. У психосоматичному здоров'ї, окрім психологічних і соматичних чинників, завжди відображені групові та суспільні норми, соціальні установки й системи цінностей, які регулюють життя людини.

Розкриваючи особливості суб'єктивного відображення здоров'я у хворих на гіпертонічну хворобу, зупинимось на характеристиці останньої. На сьогодні гіпертонічна хвороба психосоматичного етіологічного походження є однією з найактуальніших проблем суспільства (рубрикація МКХ-10: і.10). Це масове захворювання переважно вражає осіб працездатного віку, погіршуючи якість їхнього життя і скорочуючи вік.

У традиційній медицині гіпертонічну хворобу розглядають як мультифакторне захворювання серцево-судинної системи, але сучасні медико-психологічні дослідження висувують концепції, у яких каталізатором хвороби є психосоматичний компонент. Майже всі визнані психосоматологи дотримуються думки, що причиною цього соматичного захворювання є внутрішньоособистісні конфлікти, змістом яких є агресивність, яка не знаходить емоційної розрядки, пригнічується через страх, пасивні залежні тенденції, педантичність, перфекціонізм, почуття неповноцінності, підкорення й, знаходячись у хронічній ситуації напруження, що наростає, призводить у подальшому житті до цього захворювання [1; 8; 10].

Розкриваючи специфіку гіпертонічної хвороби на медичній платформі, зазначимо, що вона є хронічним захворюванням, яке виявляється частіше після 35 років і відрізняється тривалим перебігом, розвитком важких ускладнень (інфаркт міокарда, мозковий інсульт, серцева й ниркова недостатність), супроводжується зниженням працездатності аж до інвалідності. Тривалі періоди втрати працездатності створюють основу не тільки для соціально-економічної дисгармонії, а також для психологічних проблем у людини.

Визначаючи та характеризуючи гіпертонічну хворобу (гіпертонію), констатуємо, що насамперед це патологічний стан, за якого підвищений артеріальний тиск зумовлений

не природними реакціями організму на ті або інші фізіологічні ситуації, а є наслідком розбалансування систем, що регулюють артеріальний тиск. Гіпертонічна хвороба є захворюванням серцево-судинної системи, яке спричинене психічною травматизацією й перенапруженням центральної нервової системи. Підвищеним вважається артеріальний тиск вище за 160/95 мм рт. ст., за якого можуть виникати головні болі в ділянці потилиці й в очних яблуках, нудота, запаморочення.

Дослідники зазначають, що гіпертонія відрізняється від хвороб психотравматичного ґенезу тим, що хоча вона й виникає внаслідок психотравми, але продовжує розвиватися згідно зі своїми патогенними механізмами, незалежно від того, існує психотравмувальна ситуація чи ні [5]. Підвищення артеріального тиску провокується внутрішньоособистісними конфліктами між залежністю у схваленні, перфекціонізмі та придушенням агресивних спонукань до значущої іншої людини.

Клінічна характеристика гіпертонічної хвороби надає можливість побачити різноманітність впливу її складових. Для першої стадії характерне короточасне підвищення кров'яного тиску, що виникає зазвичай після перевтоми або нервового перенапруження. Кров'яний тиск швидко нормалізується без застосування спеціальних лікарських засобів під впливом відпочинку або заспокійливих (седативних) препаратів. У цей період хворі скаржаться на підвищену нервову збудливість, головні болі, запаморочення, серцебиття. Відмічається незначне збільшення серця, іноді систолічний шум на його верхівці.

Другу стадію ділять на дві фази. Для 1-ї фази (лабільна гіпертонія) характерні коливання рівня кров'яного тиску від незначного підвищення до високих цифр. До цієї фази зараховують захворювання, коли кров'яний тиск знижується в умовах спокою застосуванням звичайних заспокійливих засобів. У 2-й фазі (стабільна гіпертонія) кров'яний тиск стійко встановлюється на високих цифрах. Крім характерних для гіпертонічної хвороби симптомів – шум у вухах, запаморочення, головний біль, серцебиття, можуть з'являтися ознаки серцевої недостатності (задишка, набряки, тахікардія, аритмія) і коронарної недостатності (болі за грудиною й у ділянці серця), розвиток інфаркту міокарда.

Третя стадія характеризується розвитком артеріосклероза з ураженням нирок, серця й судин мозку на тлі високої і стійкої гіпертонії. На цій стадії можливий розвиток ниркової недостатності, рубцюватих змін

у міокарді, порушення кровопостачання в мозку.

У перебігу гіпертонічної хвороби виділяють так званий гіпертонічний криз, який є короточасним загостренням хвороби. Характерним для нього є раптове різке підвищення кров'яного тиску, яке супроводжується головними болями, запамороченнями, блювотою, тахікардією, ознобом, іноді виникають порушення зору. При гіпертонічному кризі можливе порушення коронарного й мозкового кровообігу (інфаркт міокарда, інсульт).

Аналіз наукової літератури стосовно суб'єктивного відображення здоров'я у хворих на гіпертонічну хворобу дає змогу констатувати, що система ставлень до психосоматичного здоров'я залежить від особливостей особистості хворого, тяжкості й стадії захворювання [4; 5]. Отже, суб'єктивне відображення психосоматичного здоров'я в різних груп хворих на гіпертонію має такі характеристики: хворий має низький рівень тривожності щодо свого здоров'я, заперечує цінність і внутрішні сили здоров'я (як і загрози наявності хвороби), зловживає психоактивними речовинами та не має мотивації до здорового образу життя; хворому властиві висока внутрішня тривожність щодо здоров'я, низька самооцінка здоров'я, пасивна іпохондрична позиція щодо здорового способу життя й не осмислена критично інформація про властивості як здоров'я, так і хвороби; хворий має патологічні нав'язливі страхи щодо свого здоров'я, не бажає осмислювати критично інформацію лікарів, демонструючи повсякчас істеричну поведінку та наявність функціональних конверсивних розладів, проте більшою мірою несвідомо використовує ці перехідні стани психосоматичного здоров'я для задоволення своєї системи негативних моральних цінностей і потреби в нарцисичному підкріпленні; хворий має належну систему критично осмислених знань щодо свого здоров'я, гармонічне ставлення до хвороби й активну особистісну позицію щодо здорового способу життя, тривожність за здоров'я в межах норми та розуміння здоров'я як самоцінності.

Із медичним лікуванням хворих на гіпертонічну хворобу пов'язано багато специфічних проблем. Як указує К. Леде-рах-Гофманн, стосунки лікаря і хворого характеризуються конфліктом агресивності/залежності з боку хворого. Це відповідає скептичному ставленню цієї групи хворих до терапевтичних пропозицій лікаря й може призвести до уникнення лікарського спостереження та лікування загалом. Автор



наголошує, що разом із медикаментозними засобами лікування психотерапія тільки тоді є доцільною, коли хворий має відповідний тиск страждань [8, с. 67].

Установлено, що умови для медичного лікування хворих на гіпертонічну хворобу характеризуються таким: низькою мотивацією, оскільки скарги надходять переважно на незначні суб'єктивні симптоми; хорошими можливостями терапії ліків; особистісними факторами, які характеризуються конфліктом агресивності/залежності, що може призвести до напруження стосунків лікаря і хворого, а через це до невиконання лікувальних рекомендацій [4].

Орієнтуючись на позицію Б. Михайлова та співавторів, ми вважаємо, що для надання психологічної допомоги хворим із первинною гіпертонічною хворобою з наведеними тенденціями до деформації суб'єктивного відображення психосоматичного здоров'я необхідно створення психосоматичних відділень у структурі обласних загальносоматичних лікарень, у яких поряд із лікарським кадрами повинні працювати медичні психологи, як це передбачено світовою практикою [11].

Хворим на гіпертонічну хворобу, котрі знаходяться на стаціонарному або амбулаторному лікуванні, надається психологічна допомога, що базується на медичній моделі психотерапії. Лікарі-психотерапевти й більшість медичних психологів використовують переважно такі поведінкові методи, як гіпнотерапія, аутогенний тренінг, тренінг із вироблення асертивних властивостей, біологічний зворотній зв'язок, тренінг релаксації, що добре зарекомендували себе як засіб потенціювання медикаментозної терапії, за рахунок чого вдається істотно знизити дози ліків [8; 10]. Наведені психотерапевтичні заходи мають метою впливу набуття ефективних патернів саморегуляції поведінки, підвищення фрустраційної толерантності й зняття психосоматичних симптомів без пошуку причин їх виникнення.

У медичній психології існує точка зору щодо необхідності реалізації суб'єктивного підходу в лікувальному процесі, урахування психологічних особливостей суб'єктивного відображення здоров'я та хвороби в пацієнта і його особистісного впливу на ефективність лікування. Дотримуючись цього концепту, ми пропонуємо програму психокорекції деформації суб'єктивного відображення психосоматичного здоров'я хворих на гіпертонічну хворобу [12].

Найбільш розповсюдженим напрямом психологічної допомоги хворим на гіпертонічну хворобу в пострадянському просторі є когнітивно-поведінковий підхід. Він

ґрунтується на концепціях біхевіоризму й медичній моделі. Згідно з думкою, яка представлена в медицині, психотерапія визначається як система теоретичних концепцій і відповідних практичних заходів, спрямованих на лікування та/або корекцію психічних і психосоматичних розладів, а також кризових станів за допомогою опосередкованого впливу через психічну сферу. У межах цього підходу психологічна допомога включається в медичну ситуацію, обмежується нею й відповідними їй завданнями лікування, профілактики, реабілітації, належить до групи методів специфічного лікувально-профілактичного та реабілітаційного впливу на психіку хворого. Методами поведінкового напряму є гіпнотерапія, біологічний зворотній зв'язок, аутогенний тренінг І.Х. Шульца, тренінг релаксації, когнітивна психотерапія А. Бека, раціонально-емотивна поведінкова психотерапія А. Елліса й деякі інші.

На нашу думку, альтернативою когнітивно-поведінковій психотерапії, основаній на медичній моделі, є інтегративна психокорекція, яка базується на психологічній моделі, але враховує необхідний комплекс клінічних знань про гіпертонічну хворобу

Головною метою психокорекційної програми, що розробляється, є досягнення розуміння хворим психосоматичного потенціалу суб'єктивного відображення здоров'я на гіпертонію й необхідності змінитися шляхом перебудови когнітивної, афективної, мотиваційно-ціннісної складових деформації.

Основними напрямками психокорекційної програми, яку має здійснювати медичний психолог, є формування в пацієнтів терапевтичного комплаєнсу та внутрішньої мотивації до лікування; поглиблення й систематизація знань щодо етіопатогенетичних механізмів і можливого перебігу хвороби в соціальній ситуації розвитку; розуміння ролі профілактичних і саногенних чинників; поглиблення знань про психосоматичне здоров'я та психосоматичне захворювання з позиції холістичного підходу; формування в пацієнтів екзистенціальної відповідальності за своє психосоматичне здоров'я і психосоматичну хворобу.

Психокорекційна робота, яку проводить медичний психолог, повинна включати форми й методи психологічного впливу: раціональну психокорекцію; аутогенне тренування, групову психодинамічну психокорекцію; особистісний аналіз з елементами арт-терапії.

Завданням методу раціональної психокорекції є зміна оцінки хворими кризової соціальної ситуації хвороби та формування

нових уявлень про неї, а також адекватних форм реагування й поведінки.

З метою активної участі пацієнтів у реалізації психокорекційної програми може використовуватися аутогенне тренування, спрямоване на розвиток і посилення процесів їхньої саморегуляції, активацію конструктивного психологічного захисту.

Завданнями групової психодинамічної психокорекції є зміна ставлення хворих до свого захворювання, еквівалентне моделювання толерантності до емоційно-стресових ситуацій, регенерація позитивної активності, розкриття й переробка трансферних стереотипів ранніх взаємин із фігурами батьків.

Особистісний аналіз спрямовується на усвідомлення та перебудову системи негативних моральних цінностей і соціальних установок, відреагування психотравми, розташованій у несвідомому рівні психіки, пошук нових засобів адаптації та трансформацію внутрішнього світу з метою особистісного розвитку. Для психокатарсичного відреагування можливе використання технік кататимно-імагінативної психотерапії в поєднанні з юнгіанським аналізом. Арт-терапія може бути включена з метою художньої сублімації хворими своїх внутрішньоособистісних переживань і самовираження. Завданнями методів юнгіанського аналізу та активної техніки психоаналізу Ш. Ференці є емоційна підтримка, розширення світогляду й надбання нових цінностей хворими на гіпертонічну хворобу.

Після проведення психокорекційної програми для закріплення отриманих позитивних результатів може продовжуватися робота з хворими на гіпертонію в індивідуальному порядку, для чого можливим є використання юнгіанського аналізу або екзистенційної психокорекції.

Висновки. Суб'єктивне відображення психосоматичного здоров'я у хворих на гіпертонічну хворобу характеризується тенденціями до деформації, що потребує впровадження програм психокорекції. Це може бути якісно здійснено за допомогою інтегративної моделі психокорекції, яка буде включати раціональну психокорекцію, аутогенне тренування, групову психо-

динамічну психокорекцію та особистісний аналіз. Реалізація розробленої програми психокорекції дасть змогу збільшити ефективність медичного лікування гіпертонічної хвороби, отримати економічний ефект і покращити показники медичної, соціальної й трудової реабілітації хворих на гіпертонію.

Перспективним напрямом розвитку наукової проблеми надалі вбачається оцінювання ефективності розробленої програми інтегративної психокорекції.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение / Ф. Александр. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Аммон Г. Психодинамическая психиатрия / Г. Аммон. – СПб. : Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с. – С. 150–166.
3. Ананьев В.А. Психология здоровья. Книга 1 : Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с. – С. 376–381.
4. Квасенко А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Ленинград : Медицина, 1980. – 183 с.
5. Лакосина Н.Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1984. – 272 с.
6. Михайлов Б.В. Алгоритмизация диагностического процесса в психотерапии / Б.В. Михайлов // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1. – № 3. – С. 33–36.
7. Николаева В.В. Клинико-психологические проблемы психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. – № 1. – С. 119–126. – С. 125–126.
8. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря / [Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Гофманн. – М. : Наука, 1997. – 328 с.
9. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 1024 с.
10. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.
11. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / [Б.В. Михайлов, С.І. Табачніков, Н.О. Марута та ін.] // Українській медичний альманах. – 2004. – Т. 7. – № 4. – С. 99–102. – С. 102.
12. Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога хворим на гіпертонію: спроба використання методів короткотермінової психодинамічної психотерапії / Н.Ф. Шевченко, Є.М. Рябой // Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія»: зб. наук. пр. – Х. : ХНУ, 2009. – № 842. – С. 375–382.