

УДК 159.9:618.2+618.4]:61

DOI: [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1\(49\).185765](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1(49).185765)

Ізвєкова О. Ю.

аспірантка кафедри психології Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького

e-mail: nightwish@bigmir.net

ORCID: 0000-0002-2311-9325

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З РЕСПІРАТОРНИМИ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЯ

Проаналізовано сучасні теоретичні концепції психосоматичної патології. У статті на основі системного підходу до оцінки клінічної структури й особливостей формування емоційних порушень в осіб молодого віку із психосоматичними захворюваннями патогенетично обґрунтовано систему їхнього прогнозування та психотерапевтичної корекції і медико-психологічної реабілітації цих хворих. За допомогою різних методик багатовимірною статистичного аналізу виявлено певні закономірності, які свідчать про специфіку емоційного реагування хворих на бронхіальну астму і про можливості психологічної діагностики таких особливостей.

Ключові слова: психосоматичні розлади, тривога, депресія, бронхіальна астма.

Постановка проблеми. Ефективне лікування осіб з респіраторними психосоматичними розладами (ПСР) у класичному розумінні цього терміна (бронхіальної астми (БА) є важливою проблемою у зв'язку з високою частотою хронічного перебігу, збільшенням захворюваності й поширеності цієї хвороби (П. В. Волошин, 2002, 2008; А. М. Вейн, 2003; О. Я. Бабак, 2003, 2010; Л. П. Великанова, 2005; І. А. Григорова, 2009; Т. В. Бездетко, 2010; А. Н. Беловол, 2011). Частота психосоматичних захворювань серед населення становить 15–50 %, а в загально-медичній практиці частка таких пацієнтів досягає, за даними різних авторів, від 5 до 17 % (Б. В. Михайлов,

2011; R. L. Kradin, 2011). Тілесні за основними своїми проявами, класичні психосоматичні розлади на всіх етапах етіопатогенезу тісно пов'язані зі змінами психічного стану осіб, особливо в емоційній сфері (В. С. Битенский, 1999; G. A. Fava, L. Mangeli, C. Ruini, 2001; О. І. Сердюк, 2004; М. Ю. Дробіжев, 2006; В. В. Кришталь, 2007; О. О. Фільц, 2008; М. В. Маркова, 2009; А. Б. Смулевич, 2009; О. С. Чабан, 2009).

У результаті численних досліджень було встановлено, що предикторами психосоматичних порушень є емоційні розлади (ЕР) — тривога й депресія. Аналіз наукової літератури свідчить і про те, що ЕР негативно впливають на психосоматичну патологію й можуть провокувати її виникнення й призводити до рецидивів психосоматичних розладів (А. М. Вейн, 1981, 1998, 2000; В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад, 1999; I. E. Karlsson, 2000; В. Д. Менделевич, И. П. Соловьева, 2002). Майже в 30 % дорослого населення планети через різні соціально-економічні обставини з'являються короткочасні депресивні й тривожні епізоди не психотичного рівня, число психосоматичних хворих діагностується в межах 5 % випадків (Ю. А. Александровский, 2007; Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 2000; Н. Г. Пшук, 2010). Психічні розлади такого спектра, з одного боку, об'єктивно важкі для діагностування, а з іншого боку, індивіди, що перебувають у легкому депресивному чи тривожному стані, рідко звертаються за медичною допомогою, суб'єктивно оцінюючи свій стан як особистісну «психологічну» проблему, яка не вимагає лікарського втручання (M. D. Sullivan et al., 2001).

Донозологічні зміни в психічній сфері найчастіше проявляються в появі тривожності, яка за ступенем виразності не відповідає діагностичним критеріям розділу тривожно-фобічних розладів МКХ-10, взагалі залишаються поза увагою спеціалістів у галузі психічного здоров'я (В. М. Сінайко, 2003, 2008; В. В. Михайлов, 2004; В. А. Абрамов, 2007).

Клієнти із психічними порушеннями тривожного й депресивного спектра перш за все потребують психотерапевтичної підтримки емоційного стану (В. Д. Карвасарский, 2001; В. С. Підкоритов, Ю. Ю. Чайка, 2003; О. Г. Сыропятов, 2003; С. І. Табачников, 2008; І. О. Бабюк, 2009; В. Д. Мішиєв,

А. І. Герасименко, 2009; О. С. Чабан, Жабенко, 2010; О. К. Напрєєнко, 2011; А. М. Скрипніков, 2011). Проте результати досліджень ефективності різних напрямів психотерапії та психокорекції при психосоматичній патології є неоднозначними; відмічаються певні труднощі у налагодженні терапевтичного контакту, виборі методів та методик і нижча, ніж у пацієнтів із суто невротичною патологією, ефективність класичних традиційних психотерапевтичних підходів (Р. Baton, 2004; Б. В. Михайлов, С. І. Табачников, І. С. Вітенко, В. В. Чугунов, 2004; Л. Ф. Бурлачук, 2007; В. С. Підкоритов, 2009). Не дивлячись на велику кількість публікацій, які присвячені вивченню психологічної основи порушення здоров'я, роль і функції медичного (клінічного) психолога в галузі медичної допомоги особам із психосоматичними захворюваннями визначена не досить чітко (Л. Ф. Бурлачук, 2003; І. Д. Спіріна, І. С. Вітенко, В. А. Лагутін, О. В. Серебрицька, 2004; І. Ф. Аршава, М. І. Черненко, 2007).

Все вищезазначене й обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета статті — на основі системного аналізу оцінки клінічної структури й особливостей формування емоційних порушень в осіб молодого віку із психосоматичними захворюваннями розробити патогенетично обґрунтовану систему їхнього прогнозування та психотерапевтичної корекції і медико-психологічної реабілітації цих хворих.

Виклад основного матеріалу. Результати дослідження емоційно-вольової сфери показують, що пацієнти і здорові особи достовірно не відрізняються за результатами показників тривожності й агресії (хоча існує тенденція до кількісного переважання осіб підліткового віку зі зниженими показниками аутоагресії і гетероагресії серед хворих на БА).

При вивченні клініко-психологічних особливостей особистості хворих за допомогою методики *Mini-mult* виявлені достовірні відмінності в досліджуваних групах за трьома шкалами: 4-та шкала — психопатії, 6-та шкала — ригідності афекту, 8-ма шкала — аутизації. За всіма цими шкалами хворі на бронхіальну астму мають нижчі показники.

Такі результати свідчать на користь гіпотези дослідження, а саме: особи підліткового віку, що страждають на бронхіальну астму, схильні до контролю поведінкових проявів емоційних реакцій, фактично цей контроль обумовлений більшою нормативністю поведінки, конформізмом, залежністю від думки оточуючих.

В ході здійснення статистичної обробки даних за тестом копінг-стратегій можна спостерігати риси, що домінують, а саме: нормативність, прихильність до соціальних установок, незважаючи на прагнення активним способом вирішувати проблемні ситуації. Серед стратегій подолання психічної напруги пацієнти частіше здорових осіб ($p < 0,05$) називають стратегію «прошу вибачення або говорю правду», і рідше — «мрію, уявляю собі що-небудь».

Хворі на респіраторні захворювання частіше вказують на проблеми, пов'язані з функціями вестибулярного апарату (запаморочення), на порушення функціонування дихальної системи (відчуття задишки з утрудненням видиху, напади задухи) — цей пункт безпосередньо пов'язаний з симптомами основного захворювання, порушення сну (безсоння; неспокійний, короткий сон; багато сновидінь). Всі ці ознаки свідчать про вегетативні дисфункції і вказують на домінування парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у пацієнтів з бронхіальною астмою.

Заслужує на увагу той факт, що характеристика особистісної тривожності, осіб які страждають на бронхіальну астму, позитивно корелює з такими ознаками психоемоційного реагування, як агресивність, емоційна лабільність, регресія, негативно пов'язана з суб'єктивною оцінкою психічного здоров'я, при тому що у здорових осіб показник особистісної тривожності пов'язаний більш ніж з 25 психологічними ознаками і вегетативними проявами, серед яких агресія, соматизована тривога, вітальність, порушення сну та ін.

Такі факти можна розглядати як докази на користь гіпотези про обмеження репертуару емоційного реагування у осіб, що страждають на бронхіальну астму. На відміну від здорових однолітків, у яких тривожність може бути реалізована різно-

маніттям поведінкових реакцій, хворі на респіраторні захворювання, не акцентують увагу на проявах тривожності і не здатні адекватно відреагувати своє психоемоційне напруження. Саме такий механізм часто лежить в основі соматизації психоемоційного напруження.

Кореляційний аналіз даних, що характеризують особливості психоемоційного реагування, свідчать про аналогічні взаємозв'язки. У той час як явна тривожність (Смас) у хворих на БА корелює з параметром «незадоволення собою», у здорових осіб вона взаємопов'язана з параметром «агресивність». Виявлений зв'язок несвідомої тривожності (параметр «тривожність» ДДЧ) з коефіцієнтом екстрапунітивних реакцій з фіксацією на самозахисті (реакція екзогенного звинувачувального типу) в групі хворих.

Таким чином, якщо у здорових осіб переживання тривоги пов'язано з агресивною поведінкою (активно-компенсаторна поведінка), у хворих на БА — тривога здебільшого не усвідомлюється і проявляється в самозвинувачувальних тенденціях (пасивно-компенсаторна поведінка).

Результати факторизації показників підтверджують висновки, зроблені нами раніше про неоднорідність клініко-психологічних проявів, пов'язаних із захворюванням. Слабкі кореляційні зв'язки різних психодіагностичних показників між собою можуть свідчити на користь відсутньої чіткої й оформленої психологічної картини особистості і поведінки.

Сукупність психологічних ознак, що дозволяють формалізовано описати клініко-психологічні особливості здорових і хворих осіб, в достатній мірі відбиваються в чотирьох чинниках, які, виходячи зі змісту детермінованих ними ознак, можна визначити як «поведінкові» («ознаки психопатоподібного реагування»), «ознаки соматизації психологічного реагування», «прояви агресії» і «порушення фізичного самопочуття». Отримані за такими інтегральними показниками відмінності підтверджують теорію про значення особливостей психоемоційного реагування в формуванні психосоматичної патології. Достовірні відмінності отримані за трьома з цих чотирьох показників: «ознаки психопатичного реагування» вищі у здорових, «ознаки

соматизації психологічних переживань» — вищі у хворих, «по-рушення фізичного самопочуття» вищі у хворих осіб.

Отже, окреслюється картина психологічних особливостей хворих на респіраторні психосоматичні розлади. Експериментальні дані підтверджують уявлення про розмаїття психологічних чинників емоційного реагування.

Це очевидно, оскільки не може бути одного для всіх механізму психологічної регуляції поведінки. Але все це різноманіття індивідуальних проявів призводить до одного результату, а саме до блокування ефекторних ланок емоційного реагування. І хоча це досягається різними механізмами і проявляється у всіх індивідуально, результат подібного реагування — виражений соматичний (тілесний) компонент емоційної реакції.

Висновки. Отримані результати показали, що поведінкові прояви емоційних переживань здорових осіб відрізняються репертуаром і гнучкістю. Вони більш енергійні в поведінкових проявах (вітальність), спонтанні і безпосередні (інфантильність, нонконформізм). У здорових осіб краще функціонують механізми психологічного захисту в ситуаціях фрустрації. Адаптація здорових осіб досягається багатьма поведінковими стратегіями. Виявлені симптомокомплекси характеризують неоднорідність даної вибірки, а саме — контрольної групи, при тому що у групи хворих — більш чітко визначене слідування правилами. Вони також відображають типи поведінкових стратегій, які характеризуються підвищеним локус-контролем поведінкових проявів і незрілістю механізмів психологічного захисту. Виявлені симптомокомплекси у хворих осіб можна визначити як: «пасивність», «нормативність», «контроль».

При всьому різноманітті індивідуально-психологічних особливостей хворих на респіраторні розлади основним інтегруючим фактором, що відрізняє їх від здорових, є гальмування природних ефекторних ланок емоційного реагування. І хоча ця специфіка емоційного реагування забезпечується різними психологічними механізмами і по-різному проявляється, вона безпосередньо пов'язана з соматизацією психоемоційної напруги.

У зв'язку з цим набуває актуальності психогігієна та психопрофілактика в осіб навіть раннього віку, що проявляють у

своїй поведінці подібні порушення, і необхідність проводити психокорекційну роботу з ними. Одним з основних напрямків психопрофілактичної роботи має бути навчання дітей навичкам психоемоційного реагування і психічної саморегуляції. Альтернативним напрямком психокорекційних заходів є психологічне просвітництво батьків з питань попередження психосоматичних розладів у дітей.

Важливим напрямком психопрофілактичної роботи є своєчасне виявлення серед груп ризику учнів з порушенням здоров'я. Це дозволить проводити більш ефективно і поглиблене психологічне обстеження, а також індивідуалізувати програми психологічної підтримки і допомоги учням.

Перспективи подальших досліджень. Виявлені в результаті проведеного дослідження психологічні закономірності, що детермінують більш високий ризик розвитку психосоматичних захворювань, а також розроблений алгоритм для виявлення групи ризику, відкривають перспективи для розробки системи заходів, що спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я учнів.

Практичне значення можуть мати виявлені значущі клінічні й психологічні чинники формування емоційних розладів в осіб молодого віку із психосоматичними захворюваннями та запропонована система прогнозування розвитку й перебігу психоемоційних розладів.

Важливими для психологічної практики будуть розроблені принципи патогенетично обґрунтованої психотерапії емоційних розладів в осіб молодого віку з психосоматичними респіраторними розладами.

Практичне значення має модель психологічної реабілітації пацієнтів молодого віку, що страждають на бронхіальну астму, яка базуватиметься на ранній інтервенції на етапі функціональних психосоматичних зрушень, психодіагностиці субсиндромальних й донозологічних проявів депресії й тривоги, ідентифікації етіопатогенетично значущих чинників у їх розвитку.

Важливою для практичної роботи є система психотерапевтичної корекції й психологічної реабілітації осіб з психосоматичними розладами, а також їхня рання психопрофілактика.

Список використаних джерел

1. Айзенк Х. Психологические теории тревожности. Тревога и тревожность / Х. Айзенк; ред. В. М. Астапова. — СПб.: Питер, 2001.
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр; пер. с англ. С. Могилевского. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. — С. 152–164.
3. Антропов Ю. Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю. Ф. Антропов, С. В. Вельмер. — М.: Медпрактика-М, 2005. — 444 с.
4. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К.: Здоров'я, 1986. — 280 с.
5. Интегративные исследования в клинической психологии: наука и практика: юбилейный сборник научных и методических работ сотрудников кафедры клинической психологии РПГУ им. А. И. Герцена / под ред. В. А. Ананьева, С. А. Кулакова. — СПб., 2006. — 350 с.
6. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д. Н. Исаев. — СПб.: Питер, 2000. — 512 с.
7. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — 1312 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. (Клинические описания и указания по диагностике / Всемирная организация здравоохранения. Россия. — Санкт-Петербург, 1994. — 300 с.
9. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство / М. Е. Сандомирский. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005. — 592 с.
10. Симаненков В. И. Тупики и перспективы психосоматической и адаптационной медицины / В. И. Симаненков. — СПб., 2003. — 24 с.
11. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 256 с.
12. Спилбергер Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Ч. Д. Спилбергер. Стресс и тревога в спорте. — М., 1983. — С. 12–24.
13. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень: навчальний посібник / Д. М. Харченко. — К.: Видавничий дім «Слово», 2015. — 280 с.
14. Kharchenko D. M. Correlation of Anxiety and Psychosomatic Disturbances / D. M. Kharchenko, Yu. Yu. Chystovska // Наука і освіта: науково-практичний журнал Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Випуск: Психологія. — 2017. — № 9. — С. 26–29.

REFERENCES

1. Ayzenk KH. (2015) *Psyhkholohichni teoriyi trevozhnosti. Trevoha y trevozhnost'* [Psychological theory of anxiety. Anxiety and anxiety] V. M. Astapova (Ed.) St. Petersburg: Peter [in Russian].
2. Aleksander F. (2002) *Psyhkhosomatycheskaya medytyna* [Psychosomatic medicine]. (S. Mohilevskiy, Trans). Moscow: ЁKSMO-Press [in Russian].
3. Antropov YU. F. (2005) *Somatyzatsiya psyhhycheskykh rasstroystv v detskom vozraste* [Somatisation of mental disorders in childhood] Moscow: Medpraktika-M [in Russian].
4. Bleykher V. M. & Kruk Y. V. (1986) *Patopsyhkholohycheskaya dyahnostyka* [Pathopsychological diagnosis] Kyiv: Zdorov'ya [in Ukraine].
5. Anan'ev V. A. & Kulakov S. A. (Eds). (2016) *Intehratyvni doslidzhennya v klinichnoyi psyhholohiyi: nauka i praktyka*. [Integrative research in clinical psychology: science and practice]. Yubileynyy sbornyk nauchnykh i metodychnykh robit kafedr klinichnoyi psyhholohiyi RPHU ym. A. I. Hertsenyana. St. Petersburg: SPb [in Russian].
6. Ysaev D. N. (2000) *Psyhkhosomatychni rozlady u ditey: kerivnytsstvo dlya likariv* [Psychosomatic disorders in children: a guide for doctors]. St. Petersburg: «Pyter» [in Russian].
7. Perre M. & Baumann U. (Eds). (2002) *Klinichna psyhholohiya* [Clinical psychology] St. Petersburg: Pyter [in Russian].
8. Mizhnarodna klasyfikatsiya bolezney (10-y peresmotr). *Klasyfy-katsyya psyhhycheskykh y povedencheskykh rasstroystv*. (Klinichni opyly i vkazivky po dyahnostytsi) (1994) [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. (Clinical descriptions and guidelines for diagnosis)]. Sankt- Peterburh [in Russian].
9. Sandomyrskyy M. E. (2005) *Psyhkhosomatyka i telesna psyhhoterapiya: Praktycheskoe rukovodstvo* [Psychosomatics and Body Psychotherapy: A Practical Guide]. Moscow: Nezavysymaya fyрма «Klass» [in Russian].
10. Symanenkov V. I. (2003) *Tupiky i perspektivy psyhkhosomatychnoyi ta adaptatsiyanoi medytyny* [Dead ends and perspectives of psychosomatic and adaptive medicine]. Sankt- Peterburh [in Russian].
11. Smulevych A. B. (2001) *Depressyy v obshchey medytyni* [Depression in General Medicine]. Moscow: Medytynskoe ynformatsyonnoe ahentstvo [in Russian].
12. Spylberher CH. D. (1983) *Kontseptual'nye i metodolohichni problemy doslidzhennya trevohy* [Conceptual and methodological problems of anxiety research. Stress and anxiety in sports]. Moscow [in Russian].
13. Kharchenko D. M. (2015) *Psyhkhosomatychni rozlady. Teoriyi, metody dyahnostyky, rezul'taty doslidzhen': navchal'nyy posibnyk* [Psychosomatic roses. Theory, methods of diagnosis, result doslidzhen]. Kyiv: «Slovo» [in Ukraine].
14. Kharchenko D. M. & Chystovska Yu. Yu. (2017) *Correlation of Anxiety and Psychosomatic Disturbances* [Naukovo-praktychnyy zhurnal «Nauka i osvita» Pivdenoukrayins'koho natsional'noho pedahohichnoho universytetu imeni K. D. Ushyns'koho]. (Vypusk: Psyhholohiya, № 9) (pp. 26–29) Odesa [in Ukraine].

Извекова О. Ю.

аспирантка кафедры психологии Черкасского национального университета имени Богдана Хмельницкого

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С РЕСПИРАТОРНЫМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Проанализированы современные теоретические теории психосоматической патологии. В статье на основе системного подхода к оценке клинической структуры и особенностей формирования эмоциональных нарушений у лиц молодого возраста с психосоматическими респираторными заболеваниями патогенетически обоснована система их прогнозирования и психотерапевтической коррекции, а также медико-психологическая реабилитация таких больных. С помощью различных методик многомерного статистического анализа выявлены определённые закономерности, свидетельствующие, во-первых, о специфике эмоционального реагирования подростков, болеющих бронхиальной астмой, и во-вторых, о возможности психологической диагностики таких особенностей.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, тревога, депрессия, бронхиальная астма.

Izvekova O. Yu.

postgraduate student of the Department of Psychology of Cherkasy National University named after Bogdan Khmelnytsky

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH RESPIRATORY PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND THEIR CORRECTION

Urbanization of society, which leads not only to the progress and development of collective self-comprehension, but also to the overloading by factors that turn the one's brain more than other factors, contributes to the frequency of psychosomatic disorders. As a result of today's lifestyle the chronic psycho-emotional stress has become one of the major risk factors for human pathology. This cause the necessity of psychosomatic orientation in medicine, which should consider the impact of psychosocial and personal factors in constructing the concepts of pathogenesis, treatment and prevention of diseases.

With the development of knowledge in physiology, psychophysiology and mental activity, scientists are trying to explore the physiological and psychological phenomena more in detail. The problem of interrelation of somatic functions and mental processes attempted to explore as psychologists as well as psychologists.

Biological, psychological and social differences between men and women determine the differences of measures of diseases prevalence and predisposition to them at different ages as well as disease progression and recovery.

For rating psychosomatic complaints the Giessen Questionnaire of somatic complaints — Giesener-Beshwedebogen (GBB) was used.

For processing results the methods of mathematical statistics that meet the stated objectives were used: method of correlation analysis and method for determining the reliability of differences of average. Processing of the data obtained was performed using software SPSS v.13 and Excel 2010.

Key words: psychosomatic disorders, anxiety, depression, bronchial asthma.

Стаття надійшла до редакції 25.04.2019