

- Дмитриевич Дерябо, Витольд Альбертович Ясвин. - Ростов н/Д: Феникс, 1996. - 476,[1] с. : ил. - Библиогр.: 466с. -
4. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб: Питер, 2006. - 607 с.: ил. - (Серия «Учебник для вузов»). - Библиогр. в конце глав. -
5. Ясвин В. А. Личностное отношение к природе у школьников [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Витольд Альбертович Ясвин; Рос. акад. образования, Психол. ин-т. - М., 1993. - 23 с. : схем. - Библиогр.: 23с. -

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ ТА ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Харченко Д. М., Демченко В. Г., Стеценко М. Г.

Черкаський національний університет ім. Б. Хмельницького,
Черкаська обласна психіатрична лікарня, м. Черкаси, Україна

У статті, на основі аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури, робиться спроба з'ясувати взаємозв'язок між психологічними і психофізіологічними властивостями та психосоматичними розладами. Визначено актуальність проблеми вивчення психофізіологічних та індивідуально-типологічних властивостей і їх ролі в виникненні психосоматичних захворювань. Представлено емпіричні дані психологічних та психофізіологічних відмінностей у осіб з психосоматичними розладами та невротами.

Ключові слова: психосоматичні розлади, психологічні і психофізіологічні властивості, нейротизм, тривожність, депресія, психастенія, іпохондрія, врівноваженість, сила нервової системи.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Згідно даних експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією. Як свідчать результати досліджень лікарів нашої країни майже у 70% соматичних хворих виявляють психічні порушення різного регістру і ступеню тяжкості. Серед дітей, що звертаються за допомогою до поліклінік 40-68% страждають якраз психосоматичними розладами [7].

Через зменшення частоти інфекційних хвороб збільшилась питома вага захворювань, які виникають в 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, образом життя, соціальним статусом, прогресом, то мають ще і іншу назву «хвороб цивілізації» і впродовж останніх десятиріч були об'єктом інтенсивних досліджень в рамках так званої психосоматичної медицини, як вітчизняними, так і зарубіжними науковцями у зв'язку зі зростанням їх ролі в загальній захворюваності населення.

Актуальність проблеми обумовила вибір теми дослідження.

Об'єктом дослідження є психологічні та психофізіологічні властивості у людей з різним ступенем психосоматичних розладів.

Предметом дослідження – є вплив психологічних та психофізіологічних властивостей на розвиток психосоматичних розладів.

Мета дослідження: здійснити аналіз відмінностей психологічних та психофізіологічних властивостей у осіб з різним регістром і ступенем психосоматичних розладів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТЕОРЕТИЧНОГО АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ

Аналізуючи розвиток ідей про психосоматичні співвідношення, 6-й семінар ВООЗ з питань діагностики, номенклатури і класифікації психічних захворювань в Базелі у 1970 році виділив як основний варіант психосоматичних розладів - психофізіологічний супровід емоцій, який є їх обов'язковою складовою частиною. Емоційні реакції мають два паралельно існуючих прояви: психологічний (чуттєвий тон задоволення або незадоволення) і вегетативний, який виконує біологічно важливу функцію енергетичного забезпечення цілісної поведінки [9].

У біологічній теорії емоцій, розробленій П.К. Анохіним [2] спорідненість афективних і вісцерально-вегетативних розладів є не лише клінічно встановленим, але й фізіологічно непорушним фактом. Згідно цієї теорії, під функціональною системою мається на увазі замкнений контур автоматичної регуляції – широке функціональне об'єднання значної кількості фізіологічних компонентів з постійною сигналізацією про діяльність для отримання певного пристосувального ефекту, необхідного в цей момент в інтересах цілісного організму. Ця теорія може розглядатись в якості концептуального «містка» між фізіологією (патологією) і психологією. Хронічна дія емоційного збудження з негативним біологічним знаком створює загрозу тривалій післядії і генералізації ефекту емоційного збудження на мозкові структури і вісцеральні функції. Це може призвести до розвитку функціональної а потім і органічної соматичної патології.

У клінічних дослідженнях психосоматичні захворювання розглядаються вченими у рамках вивчення суб'єктивної сторони хвороби. Вчені вказують, що психосоматичні взаємозв'язки існують на різноманітних рівнях: на рівні міжособистісних взаємин, індивідуальної поведінки, на психічному і психофізіологічному рівнях.

Неможливо виявити ізольовані психологічні радикали, специфічні для кожного психосоматичного розладу.

Тобто, психосоматичні захворювання на відміну від невротичних розладів є не монопсіхогенними.

Здійснений аналіз дає підґрунтя констатувати, що, як правило, функціональні розлади вісцеральних систем і неврози не трансформуються в органічні захворювання, але при наявності конституціонально-генетичних передумов функціональний розлад в деяких випадках може виступати в ролі предстатті органічного страждання.

У сучасній медичній психології існує декілька провідних сучасних моделей формування психосоматичних розладів. Цікавою на сьогодні є так звана онтогенетична концепція розвитку психосоматичних розладів [7]. Автори вважають, що психосоматичні розлади розвиваються на базі генетичних передумов, особливостей імунної та ендокринної реактивності та центральної вегетативної регуляції в умовах психологічних конфліктів формується стан соціально-психологічної дезадаптації а в подальшому і особистісні розлади. В процесі психосоматичного онтогенезу відбувається формування вертикально організованих функціональних систем з великою кількістю прямих психонейроендокринно-імунних зв'язків що перетинаються і зворотними соматичними зв'язками та формуванням «психосоматичного контура». На думку авторів орган-мішень в такому контурі відіграє активну роль і може модулювати стан центральних ланок функціональної системи.

Автори системно-динамічної концепції [5] вважають, що для розвитку психосоматичного захворювання необхідні етапи соціо-психо- і патогенезу. На їх думку, спочатку виникає дисбаланс в багаторівневій системі соціуму, передусім стресор, специфічний для кожної особистості. Специфічність визначається тим, що стресовий фактор супроводжується «вігальним страхом», оскільки розпізнається як загроза благополуччю, пов'язаної зі спів падінням стресора із значимого життєвого сферою, яка формується (на думку авторів) в ранньому дитинстві, в процесі соціалізації, і залежить від особливостей виховання дитини.

Здійснений аналіз літератури дозволив зробити висновки, що ні одна із розроблених теорій не може бути основоположною, так як не дозволяє достовірно пояснити всі ланки етіології і патогенезу психосоматичних захворювань. В зв'язку з чим є необхідність в розробці нових концепцій психосоматики. Робота в цьому напрямку диктується передусім прогресуючою кількістю випадків захворюваності психосоматичними недугами, невисокою ефективністю традиційного лікування, низькою якістю їх життя, а також необхідністю впровадження високоефективних методик етіопатогенетичної психотерапії психосоматичних розладів.

МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Комплекс методів дослідження психологічних та психофізіологічних методів призначений для виявлення психофізіологічних особливостей осіб з психосоматичними розладами включав в себе дослідження соціальних чинників (методика визначення стресогенності і соціальної адаптації Холмса і Рейха, індивідуально психологічних особливостей особистісний опитувальник ММРІ (Mini-Mult), шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергер-Ханіна (STAI), для дослідження ступеню

алекситимічного радикалу Торонтська Алекситимічна Шкала (TAS) [3].

Для оцінки суб'єктивного рівня психосоматичних скарг Гісенівський опитувальник соматичних скарг (Giesener Beshwedebogen, GBB) [8].

Для дослідження психофізіологічних властивостей використовувалась методика дослідження функціональної рухливості нервових процесів М.В. Макаренка [4].

У дослідженні взяли участь дві групи. Основну групу утворили особи, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні з невротичними і психосоматичними розладами Черкаської обласної психіатричної лікарні віком від 18 до 53 років. Контрольна група представлена студентами різних курсів та факультетів Черкаського національного університету віком від 18 до 35 років, загальна кількість іспитованих – 280 осіб.

Для обробки результатів були використані відповідні поставленим завданням методи математичної статистики: метод кореляційного аналізу та метод визначення достовірності відмінностей середніх. Обробка отриманих даних проводилась з використанням комп'ютерних програм SPSS v.13 та Excel 2007.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розвиток психосоматичного підходу в медицині з точки зору біопсихосоціальної моделі спричиняє необхідність розробки комплексного підходу і адаптації нових методів спрямованих на опис суб'єктивної картини фізичних страждань пацієнта. Скарги про які повідомляє пацієнт, можуть дати важливу інформацію про характер розладів. Але, як показують чисельні дослідження, наявність скарг в середньому не високо корелює з наявністю об'єктивного захворювання. В зв'язку з чим необхідно розрізняти об'єктивний і суб'єктивний рівень захворювання, суб'єктивну і об'єктивну картину захворювання, рівень скарг як суб'єктивну інтерпретацію стану пацієнта і рівень скарг, котрий можна об'єктивізувати. Подібний підхід обумовлений принципово іншим розумінням скарг в рамках психосоматичного підходу. Не ушкодження в певному місці призводить до стабільного комплексу скарг, а страдаючий пацієнт як особистість шукає контакту і допомоги у фахівця [1].

За допомогою Гісенівського опитувальника досліджено суб'єктивний рівень психосоматичних скарг. Аналіз результатів дослідження показав достовірні ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) відмінності показників основної та контрольної груп середніх величин за всіма шкалами (див. таблицю 1).

При опитуванні пацієнтів основної групи відносно причини погіршення здоров'я, більшість вважають високу стресогенність соціального оточення, порушення міжособистісних відносин та посилення внутрішньо-особистісної конфліктності пов'язаною зі станом здоров'я. В ході дослідження життєвих стресових травмуючих ситуацій основної та контрольної груп за шкалою Т. Холмса і Р. Рейха встановлено переважання сумарного прояву стресогенних факторів в основній групі ($241,0 \pm 26,9$ і $221, 4 \pm 7,0$) на рівні тенденції. При перевірці достовірності середніх значень за U- критерієм Манна-Уїтні для незалежних вибірок відмінності виявились не достовірними ($p > 0,05$).

Таблиця 1

Відмінності середніх величин основної і контрольної груп за шкалами психосоматичних скарг

Шкали	контрольна група		основна група	
	середні значення	середньо квадратичне(σ)	середні значення	середньо квадратичне (σ)
шкала «виснаження»	5,96±0,23***	3,85	13,0±1,4***	6,61
«шлункові скарги»	3,20±0,19*	3,1	5,6±1,0*	4,8
«ревматичні скарги»	6,24±0,24**	3,9	10,4±1,2**	5,7
«серцеві» скарги»	3,09±0,18***	3,01	7,6±1,0***	4,6
«інтенсивність скарг»	18,1±0,65***	10,6	36,6±3,9***	17,8

Примітка: *** - p<0,001; ** - p<0,01; * - p<0,05

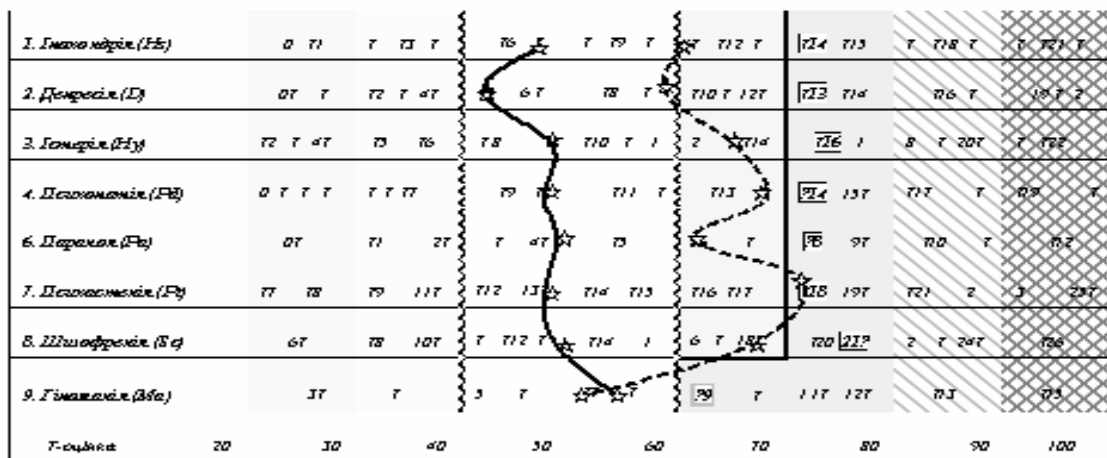


Рис. 1 Профілі особистості за середніми показниками основної та контрольної груп за методикою ММРІ – (Mini-Mult).

контрольна група –
основна група -

Рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей і рівень адаптації особистості до соціального оточення позначається на рівні психосоматичних розладів. Проведений аналіз емпіричних даних, отриманих з допомогою Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (ММРІ), скороченого варіанту, показав достовірні (p<0,05 - p<0,001) відмінності показників основної та контрольної груп за всіма шкалами. З рисунку 1 видно, що в основній групі середні величини показників усіх шкал достовірно вищі.

Підвищений рівень кожного показника за шкалами зокрема, і всіх шкал в цілому, можуть бути причиною виникнення психосоматичних розладів і можуть виступати їх предикторами. Винятком є середні показники шкали «Гіпоманія», (оптимізм та життєлюбство) які дещо нижчі показників контрольної групи (6,33±0,88 і 7,27±0,13 відповідно при p>0,05).

З рисунка 1 видно, що в основній групі середні Т-оцінки по шкалі «Психастенія» (тривожно-недовірливий тип особистості) є достовірно вищими контрольної групи (p<0,001) і навіть вищі піку профілю, тобто патологічних відхилень.

З'ясовано, що психосоматичні розлади розвиваються внаслідок взаємодії зовнішніх і внутрішніх факторів. Одним із головних зовнішніх факторів, який призво-

дить до психосоматичних порушень є стрес. Оскільки стрес пов'язаний з переживанням потенціальної загрози і разом з тим з когнітивною оцінкою існуючих особистісних ресурсів як недостатніх для його подолання, центральним і облігатним елементом стресу є тривога [5].

Дослідження показників тривожності як властивості особистості виявило достовірно вищий рівень цієї властивості у представників основної групи в порівнянні з контрольною (62,33±0,86 і 43,05±0,66 при p<0,001).

Розвиток психосоматичних розладів, як правило, супроводжується і психофізіологічними змінами в організмі людини. Ці зміни мають неспецифічний характер і відображають активність емоційно-психологічних і фізіологічних механізмів, які забезпечують функціональну діяльність психічної адаптації і фізіологічний внесок в компенсаційні процеси.

На основі проведеного аналізу емпіричних даних психофізіологічних властивостей виявлено суттєві відмінності в основній і контрольній групах. Так, у контрольній та основній груп існують достовірні відмінності середніх показників сили нервових процесів (62,19±2,16 і 129±17,3 при p<0,001). Достовірними виявились відмінності і за показниками врівноваженості нервових процесів, які досліджувались за методикою реакції на руховий

об'єкт і оцінювались по інтегральному показнику збалансованості збуджуючих і гальмівних процесів. В основній групі показник РРО становив $432 \pm 16,2$ а в контрольній $309 \pm 8,6$ при $p < 0,001$.

Таким чином, результати психологічних та психофізіологічних особливостей осіб з психосоматичними розладами на основі яких можна зробити висновки про наявні психологічні та психофізіологічні відмінності основної і контрольної груп.

ВИСНОВКИ

Наведено теоретичне узагальнення та вирішення проблеми розробки психофізіологічних основ попередження психосоматичних розладів. Реалізація проблеми пропонується на засадах системного підходу а тому дозволяє встановити характер структурно-функціональних взаємозв'язків психофізіологічних, та соціально-психологічних передумов виникнення психосоматичних розладів.

Результати дослідження основної групи, що перебувала на стаціонарному лікуванні у відділенні з невротичними і психосоматичними розладами та контрольної групи зі студентів дозволили встановити особливості перебігу, рівні вияву психосоматичних недомоган за психофізіологічними показниками, показниками співвідношення індивідуально-психологічних особливостей та соціально-психологічних факторів в розвитку розладів та виокремити групи ризику до психосоматичних розладів.

Література

1. Абаков В.А., Бабин С.М., Исурина Г.А., Карвасарский Б.Д. и др. Применение Гессенского опросника соматиче-

- ских жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств. Методическое пособие. - СПб, 1993.
2. Анохин П.К. Избранные труды / П.К. Анохин. - М.: Наука, 1978. - 400с.
3. Бурлачук А.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике - СПб.: Питер, 2001.- 528с.: ил. - (Серия «Мастера психологии»). Парценьяк С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. - СПб.: А.К.В., 2002. - 387 с.
4. Макаренко М.В. Методика проведения обстежень та оцінки індивідуальних нейродинамічних властивостей вищої нервової діяльності людини // Фізіол. журн. - 1999. - Т.45, №4.
5. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г.Соловьев, И.А.Новикова; Под ред. акад. РАМН П.И.Сидорова. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 568 с. : ил.
6. Симонов П.В. Мозговые механизмы эмоций // Журн. высшей нервной деятельности. - 1997. - Т. 47. - Вып. 2.
7. Симаненков В. И. Тупики и перспективы психосоматической и адаптационной медицины В. И. Симаненков. - СПб. : СПбМАПО, 2003.
8. Харченко Д.М. Адаптація Гісенівського запитальника соматичних скарг//Проблеми загальної та педагогічної психології Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. Т. VIII, част.8.—К., 2006-384 с.
9. Циркин В.И., Трухина СИ. Физиологические основы психической деятельности и поведения человека. — М.: Мед. книга, Н.Новгород.: Изд-во НГМА, 2001.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ (НА ПРИКЛАДІ ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ)

Харченко Вікторія Євгенівна

Луганський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти
Асистент кафедри педагогіки і психології, магістр, м.Луганськ,
Україна

У статті визначено поняття стресу у сучасній науково-психологічній літературі. Визначено основні характеристики стресостійкості особистості. Розглянуто причини виникнення стресів у педагогічній діяльності. Наведено результати емпіричного дослідження стресостійкості особистості у педагогічній діяльності. Надано практичні рекомендації щодо підвищення рівню стресостійкості вчителя. Джерел -12

Ключові слова: *стрес, адаптаційний синдром, психічна стійкість особистості, ситуативна та особистісна тривожність, психічні стани, депресивні стани, стресостійкість особистості.*

Актуальність дослідження. Соціально-економічні та політичні зміни в нашій державі викликали суттєві зміни всієї системи освіти. Нові висоти соціального прогресу потребують педагога, здатного до швидких соціальних і психологічних перебудов, з високим рівнем академізму та професіоналізму, високою активністю та конкурентоспроможністю, здатністю сприймати педагогічні новачки та впроваджувати їх у життя. Натомість, темпи переходу сучасної школи на новий якісний рівень не відповідають сучасним вимогам. Однією з причин цього є недостатня професійна компетентність значної частини вчительства.

Працю вчителя вирізняють такі особливості, як складність, динамічність, багатоаспектність, поліфункціона-

льність та творча спрямованість (О.А. Абдулліна, В.А. Семіченко). Педагогічній діяльності притаманні високі емоційні навантаження, регулярна перевтома, постійні стресові ситуації (Т.В. Кружева, О.М.Кокун, І.В. Болотнікова, Г.П. Дзвоник, Ж.А. Ламбуцька, Т.А. Савченко, Т.М. Ткачук, Т.В. Завадська В.В.) Її відносять до найбільш емоційно напружених видів праці. Наслідком підвищеної стресогенності педагогічної діяльності є те, що у багатьох вчителів наявна підвищена тривожність, фрустрованість, дратівливість, втома, часті головні болі, безсоння, «синдром емоційного вигорання». Значна частина вчителів страждає хворобами стресу - соматичними та нервово-психічними розладами. У третини вчителів показник міри соціальної адаптації нижчий, ніж у