

психологічних особливостей та психоемоційної сфери особистості, ставлення до ситуації вагітності, майбутньої дитини та батьківства у цілому, а також особливості внутрішньосімейних взаємин. Така психодіагностична робота дозволяє виокремлювати групи ризику та реалізовувати індивідуальний підхід задля попередження та ранньої корекції психогенних розладів. Отже, виходячи з вищевикладеного, стає зрозумілим, що попередження психогенних розладів під час вагітності та післяпологовому періоді є актуальною не тільки медичною, а й психосоціальною проблемою, оскільки дозволяє знизити ризик розвитку різноманітних ускладнень, особистісних та внутрішньосімейних розладів, що, безумовно, сприятиме подальшому благополучному особистісному функціонуванню майбутніх батьків та новонародженої дитини.

ПСИХОСОМАТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ

О. В. Бацилєва,

*доктор психологічних наук, професор,
Донецький національний університет
імені Василя Стуса*

Проблема вивчення особливостей функціонування особистості в умовах різних соматичних змін сьогодні не тільки не втратила своєї актуальності, а й набула нового забарвлення у світлі сучасних уявлень про психологічний та соціальний аспекти здоров'я, шляхи його збереження та оптимізації. Здоров'я взагалі, і репродуктивне здоров'я зокрема, сьогодні розглядається як вагома складова не тільки соматичного, а й психологічного та соціального благополуччя особистості.

Відомо, що реакціями на будь-які фізіологічні чи патологічні зміни в організмі є певні суб'єктивні відчуття, розуміння й оцінка процесів, що відбуваються, а також ставлення індивіда до них. Одним з найбільш яскравих прикладів розвитку таких змін є реакція на біль, який майже завжди супроводжує захворювання жіночої репродуктивної системи (запальні захворювання, спайкова хвороба, патологія менструальної функції, ендометріоз, новоутворювання тощо) (Венцківський Б. М., 2015; Яроцька О. Л., 2016; Graziottin A., Gambini D., 2015). З іншого боку, слід зазначити, що більшість патологічних процесів у жіночій репродуктивній системі, які супроводжуються болем, не є суто медичною проблемою, маючи виразне психосоціальне забарвлення, оскільки призводять до таких проблем, як безпліддя, сексуальна дисфункція, зниження загального самопочуття, втрата працездатності, що, в свою чергу, може сприяти розладу

міжособистісних взаємин, появи внутрішньосімейних дисфункцій, загостренню демографічні проблеми.

Дослідженню болі, як складного психосоматичного процесу при порушеннях життєдіяльності організму на соматичному та психічному рівнях присвячено цілий ряд досліджень в різних галузях, оскільки вчення про біль є мультидисциплінарною проблемою та посідає одне з провідних місць у медицині, психології, біології, фізіології та інших науках. З точки зору психосоматики, біль є своєрідним психічним станом людини, який обумовлений сукупністю фізіологічних процесів центральної нервової системи, що викликані будь-яким надмірним чи руйнівним подразником; при цьому загальнобіологічне значення болю – попередження про загрозу небезпеки, сигнал патологічних процесів, що мають місце в різних частинах організму. Зміни, які відбуваються на рівні всіх систем організму при виникненні болю різних видів, підпорядковуються однаковим закономірностям та характеризуються схожими об'єктивними якісними і кількісними показниками, але суб'єктивна реакція на наявність больових відчуттів є дуже різною, що відіграє значну роль не тільки в особливостях їх переживання, а й перебігу патологічного процесу в цілому. Етіопатогенетично біль є складним феноменом, яке завжди має емоційне забарвлення і може формуватися навіть при відсутності аферентного больового подразнення з периферії. На будь-яке больове подразнення організм відповідає миттєвою реакцією, яка реалізується на рівні, насамперед, спинного мозку з участю у цьому процесі низки церебральних систем стовбура мозку, таламуса, лімбіко-ретікулярного комплексу, кори великих півкуль. Будучи найбільш розповсюдженою скаргою серед жінок з патологією репродуктивної системи, біль є дуже неспецифічним симптомом, оскільки анатомічно в ділянці малого тазу концентрація чутливих гангліїв вегетативної нервової системи є досить малою і сенсорні імпульси одразу від декількох органів поступають в один і той же сегмент спинного мозку та погано диференціюються у центральній нервовій системі (Бацилєва О. В., 2011).

Отже, біль є сенсорною реакцією з наступним включенням вегетативно-ендокринних, емоційно-мотиваційних, поведінкових факторів, які виникають при порушенні цілісності організму; завжди емоційно забарвлений та залежить від характеру пошкодження та властивостей больового порогу.

З точки зору психосоматики, виокремлюють два принципово різні види болю: гострий та хронічний, які мають різне фізіологічне значення та клінічні прояви, в їх основі лежать різні патофізіологічні механізми, вони по-різному відбиваються на психічному стані та психосоціальній адаптації особистості. Так, гострий біль зазвичай безпосередньо пов'язаний з пошкодженням поверхневих та глибоких тканин; найчастіше носить локальний характер; його тривалість визначається часом дії пошкоджуючого фактору; достатньо ефективно може бути ліквідований; зазнає незначної інтрапсихічної переробки та є менш впливовим на загальне функціонування особистості. На відміну від гострого, хронічний біль продовжується більше трьох місяців; з часом

перестає залежати від основного захворювання чи дії пошкоджуючого чинника та розвивається за своїми власними особливими законами; лікування не приводить до повного позбавлення від болю та відновлення здоров'я; зазнає значної інтрапсихічної переробки та має розглядатися в рамках концепції про хворобу, а особливості психологічного реагування жінки на його наявність – з позицій соматонозогнозії, становлення та розвиток якої характеризується трьома етапами – сенсологічним, оцінним та етапом ставлення до соматичних змін, які розглядаються у взаємозв'язку з різними рівнями особистості (біологічним, індивідуально-психологічним, соціально-психологічним).

В практичній діяльності лікаря акушера-гінеколога найбільш складними є діагностика механізму болю та оцінювання його інтенсивності, без чого є неможливим формування адекватної схеми лікування та вибір ефективних методів його подолання. Окремою проблемою стає оцінювання особливостей болю, оскільки реакція на біль, як зазначалося, є завжди суб'єктивною і не може бути достовірно оціненою без допомоги та певних зусиль з боку самої пацієнтки.

Отже, сучасні наукові досягнення у галузі вивчення психосоматичних аспектів болю, а також багаторічний досвід практичної роботи у цьому напрямку дозволив запропонувати програму психодіагностики, в межах комплексного медико-психологічного супроводу гінекологічних хворих, застосування якої спрямоване на оптимізацію лікувального процесу з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей та суб'єктивного реагування пацієнток на наявність та перебіг захворювання (Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В., 2018). До такої програми увійшли: візуальна аналогова шкала (ВАШ) та бальна система оцінювання інтенсивності болю; оцінка стану вегетативної нервової системи за О. М. Вейном; автоматизована система дослідження психоемоційної сфери з виявленням психоемоційного напруження різного ступеню; опитувальник оцінювання якості життя, адаптований для гінекологічних хворих. Впровадження апробованого комплексу методик дозволяє більш об'єктивно оцінювати характер больового синдрому у жінок з патологією репродуктивної системи, що сприятиме підвищенню ефективності його контролю та корекції.

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що аналіз будь-якого больового синдрому у жінок з захворюваннями репродуктивної системи має включати до себе розуміння щодо наявності не тільки фізичного, а й психологічного та соціального його компонентів. Зневаження принципами такого комплексного підходу до обстеження та ведення жінок з проявом болю є головною причиною неправильного оцінювання характеру больового синдрому, ускладнює його контроль та корекцію, а також призводить до неможливості ефективної адаптації організму до змін, що мають місце.

Актуальним і доцільним є подальший пошук теоретично та клінічно обґрунтованих підходів до вивчення даної проблеми з метою розробки та впровадження сучасних психопрофілактичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на профілактику порушень діяльності функціональних систем,

адекватної та своєчасної корекції змін, що відбуваються, покращення фізіологічної і психосоціальної адаптації жінки та збереженні її репродуктивного здоров'я.

КАТАТИМНО-ІМАГІНАТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТІ

В. Г. Боженко,

*завідувач навчальної лабораторії, асистент кафедри психології,
Донецький національний університет
імені Василя Стуса*

Однією із сучасних тенденцій розвитку психологічних досліджень є прагнення вчених до забезпечення інструментального поповнення психологів-практиків методами, які дають змогу ефективно здійснювати діагностику та корекцію внутрішньої проблематики об'єкта психологічного впливу. Найважливішим завданням психології є надання допомоги людині в самоактуалізації та самореалізації її внутрішнього потенціалу, у досягненні гармонії її внутрішнього світу, поліпшенні суб'єктивного самопочуття і зміцненні психічного здоров'я. Одним зі способів за допомогою якого можна досягти особистісного зростання є застосування психокорекційних методів, зокрема методу кататимно-імагінативної психотерапії, який допомагає пропрацювати проблеми особистості та сприяє її всебічному розвитку.

Кататимно-імагінативна психотерапія (КІП, символдрама) – психодинамічний метод, який був заснований німецьким психотерапевтом Х. Льойнером в 40-50 рр. минулого століття і який, показавши високу ефективність у психотерапії неврозів, порушень, пов'язаних із невротичним розвитком особистості та психосоматичних захворювань, в 1995 році був впроваджений у психотерапію як науково обґрунтований метод. Появі символдрами як самостійного методу в психотерапії передувала тривала експериментальна робота, проведена Х. Льойнером на базі клініки нервових хвороб Марбурзького університету (Х. Льойнер, 2007).

Аналіз наукової психологічної літератури (Д. В. Винникотт, О. Кернберг, Й. Ліхтенберг, К. Г. Юнг та інші) показав, що застосування символдрами як методу корекції поведінки є поширеним у зарубіжній психологічній літературі. При цьому кататимно-імагінативна техніка розуміється як клінічно високоефективна терапія при неврозах, невротичних розладах особистості, депресивних та психосоматичних захворюваннях (Я. Л. Обухів, 2005).

Дослідженням кататимно-імагінативної техніки в зарубіжній психологічній науці займалися різні науковці, а саме: у галузі гештальтпсихології (Л. Перлз, Ф. Перлз, П. Гудман та інші), з позиції