

А. Словословнический энциклопедический словарь / Редактор координатор – акад. РАН Г.В. Осипов. – М.: Изд-во группы ИН ФВА-М-НОРМА, 1998. – 488 с.

В. Сизман О. Сучасний Львів. Путівник. – Львів: „Фенікс”, 1992. – 144 с.

Г. Шиблі О.І. Основи загальної суспільної географії. – Львів: Вид-ий центр ЛНУ ім. І. Франка, 2005. – 444 с.

Д. Ширшук І.Т. Основи медичної географії. – Львів, 1997. – 168 с.

Е. <http://www.dorogovki.lviv.ua>

О.А. МАРУСЕНКО, О.Б. БРЕЖНЕВА

**ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ В РЕВМАТОЛОГІЇ: ПРОБЛЕМАТИКА ТА ПЕРСПЕКТИВИ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ**

*В статті на прикладі хворих ревматологічного профілю розглянуто взаємозв'язок соматичної патології та психічного статусу осіб, що знаходились під динамічним наглядом лікаря. Доведено, що перебіг та важкість хвороби зв'язані із психічним станом особи та типом її темпераменту – у осіб із меланхолічним типом темпераменту спостерігається більш важкий перебіг захворювання. У світлі вищевикладеного стає наочною необхідність залучення до лікувального комплексу заходів психотерапевтичного характеру.*

*В статті на прикладі больних ревматологического профиля изучена взаимосвязь соматической патологии и психического статуса лиц, находившихся под динамическим наблюдением врача. Было показано, что течение и тяжесть заболевания связаны с психическим состоянием человека и типом темперамента. У лиц с меланхолическим типом темперамента наблюдается более тяжелое течение заболевания. В свете вышеизложенного становится очевидной необходимость включения в комплексное лечение психотерапевтических мероприятий.*

*In this work on the examples of the rheumatic patients the connect between psychics state and somatic pathology was investigated. It was determined, that somatic state of patients correlated with its psychic's state and with type of temperament. The patients with melancholic type of temperament had more painful disease. It was considered, that including psychotherapeutic measures into complex treatment is necessary.*

**Вступова частина.** Людина об'єднує в собі духовний, психічний та фізичний аспекти. Питання про їх взаємозв'язок та взаємовплив цікавить вчених різних галузей сучасного знання: філософії, психології, педагогіки, медицини. Вивченню впливу психологічного компоненту на здоров'я людини присвячені праці, що йдуть у руслі психосоматичної медицини. В останній час коло дослідників цієї проблематики все більшу вагу набуває думка про залежність фізичного стану людини від її психологічного статусу. За даними Н.Пезешкіана, кожен другий чи третій пацієнт, що звернувся до лікаря-терапевта, має супутні психологічні проблеми, а інколи вони стають ведучими, викликаючи за терапевтичною симптоматикою. Коло цих досліджень досить просторе, однак, ми акцентуємо увагу на ревматичні хвороби, котрі є серйозною медико-соціальною проблемою за рахунок їх розповсюдженості та наслідків у вигляді інвалідизації осіб працездатного віку, втрати професійних та соціальних навичок хворими.

Самі психологічні й психопатологічні аспекти ревматологічних захворювань є предметом досліджень вже на протязі кілька років. В цьому напрямку відомі роботи авторів [4] де розглядається роль стресових психогенних факторів у виникненні цих захворювань [6, 13], які вважають, що таке захворювання, як ревматоїдний артрит є одним з варіантів соматизованих депресій; [12], що характеризують високий рівень тривожності та зниження показників емоційного фону у хворих, спостережених на ревматоїдний артрит, що також може бути пов'язано із тривалим больовим синдромом. Дослідження деяких авторів [5], в котрих встановлена залежність між важким перебігом захворювання та високим рівнем тривожності й фрустрації; неврастенічним, тривожним, невдоволенням відношенням до хвороби та вираженою алекситимією.

Вивченню психосоматичних проблем присвячено чимало робіт, проте, до цієї пори багато питань ще залишається відкритими. На думку деяких авторів, чимало різноманітних психічних травм, міжособистісних конфліктів, що супроводжуються тривалим психоемоційним напруженням, в багатьох випадках призводять до органічних порушень [4]. Існує думка про ревматологічні захворювання як про хвороби

дезадаптації і як про наслідок стресів: початок чи загострення хвороби у 90 % випадків було зв'язано із гострою чи хронічною патогенною ситуацією [8]. Деякі дослідники доводять, що психологічний стрес грає важливу роль лише у пацієнтів так званої „конфліктної групи”, у котрих захворювання має безпосередній зв'язок із психодинамічним конфліктом (Д. В. Тутишвілі, В. І. Шишкин, 1983). Грає роль також і особистісні особливості хворих: підвищений рівень тривожності, стан фрустрації, іпохондричні розлади [5, 12]. Однак, одностайної згоди серед дослідників в питанні взаємозв'язку психічного та соматичного у хворих ревматологічного профілю немає. Більш того, на думку І. Пезешкіана, терапевт мало цікавиться психосоматичними закономірностями [7]. Також, на наш погляд, в літературних джерелах недостатньо уваги приділяється вивченню індивідуальних психологічних особливостей у хворих ревматологічного профілю із виразним больовим синдромом розробці психологічних заходів.

У зв'язку із вищевикладеним, метою нашого дослідження було вивчення індивідуальних психологічних особливостей та деяких параметрів психологічного статусу у хворих ревматологічного профілю, що мають тривалий больовий синдром а також розробка психологічних корекційних заходів.

Дослідження проводилося на базі ревматологічного відділення 1 міської клінічної лікарні. Експериментальну групу потрапили 40 хворих віком 42-75 років на ревматоїдний артрит, остеоартроз хворобу Бехтерева із больовим синдромом, серед котрих було 25 чоловіків і 15 жінок. Діагнози були верифіковані у відповідності із загальноприйнятими стандартами.

Інтенсивність больового синдрому визначали за допомогою візуальної аналогової шкали бальною оцінкою результатів: 0 балів – відсутність болю, 1-5 балів – слабкий біль, 6-10 балів – помірний, 11-15 балів – міцний біль. В психодіагностичне дослідження були включені методи Айзенка, що дозволяє визначити індивідуально-психологічні особливості особистості за шкалою екстраверсії-інтроверсії, а також значення нейротизму із подальшим співвіднесенням отриманих результатів із двофакторною моделлю екстраверсії-нейротизму („Коло Айзенка”) щодо визначення темпераменту осіб, що досліджуються; опитувальник Ч. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна, що дозволяє діагностувати рівень особистісної та ситуативної тривожності (40 питань, 20 із котрих діагностують рівень ситуативної тривожності й 20 – особистісної), а також шкалу Бека щодо визначення рівня депресії: шкала містить 21 пункт і 4 варіанта відповідей. Результат оцінюється в загальній сумі балів: 0-9 балів – відсутність депресії, 10-19 балів – помірна депресія, 20 балів і більше – виражена депресія.

В результаті спостереження і статистичної обробки отриманих даних було встановлено, що 80 % осіб мали виразні риси інтровертованості, 20 % оказались екстравертами. Практично у всіх інтровертів був виявлений високий рівень нейротизму (19 балів і вище). У екстравертів реєструвався рівень нейротизму у межах 13 – 15 балів.

Згідно уявленням Г. Айзенка, інтроверти більш орієнтовані на свій внутрішній світ, ніж на зовнішній; їм важче встановлювати міжособистісні контакти, в котрих вони зустрічають неабияк труднощі. Інтровертам притаманна схильність до самоаналізу, у низці випадків – песимізм та соціальна пасивність. Людям цього особистісного типу важко адаптуватися до умов соціального середовища, котрі постійно змінюються.

Екстраверти орієнтовані більш на зовнішній світ, активні, легко встановлюють контакти та виявляють інтерес до інших людей, комунікабельні, адаптивні.

Нейротизм – поняття, що характеризує емоційну лабільність, яка супроводжується вегетативною дисфункцією, тривожністю, неврівноваженістю нейро-психічних процесів.

Співвіднесення отриманих даних із двофакторною моделлю Айзенка, дозволило встановити, що 80 % осіб мали меланхолічний тип темпераменту, 20 % були холериками.

У всіх хворих спостерігався больовий синдром. Діагностика інтенсивності больового синдрому за допомогою візуальної аналогової шкали дозволила констатувати наявність слабого (20 %) помірного (30 %) та виразного (50 %) болю у ревматологічних хворих. Хворі із меланхолічним типом темпераменту частіше за все скаржилися на виразний біль.

Визначення тривожності в групі хворих за допомогою методики Ч. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна довело, що у 75 % респондентів мав місце високий рівень тривожності, притому, в багатьох випадках й частіше за все у осіб із меланхолічним типом темпераменту спостерігався високий рівень як особистісної, також й ситуативної тривожності водночас. У 25 % респондентів рівень ситуативної та особистісної тривожності був середнім; більшість з них були холериками. У жодному з випадків не було зареєстровано низького рівню тривожності.

Ця тривожність розуміється стан підвищеної емоційної напруги, що супроводжується фобіями, нервозом, які ускладнюють адекватне спілкування із оточуючими людьми, завдають перешкоди адаптивним процесам життєдіяльності людини.

Тривожність ситуативна має реактивну природу, виникає у відповідь на низку провокуючих ситуацій, має тимчасовий характер. Це – емоційна реакція на стресову ситуацію, інтенсивність котрої залежить у певному індивідуальному випадку.

Тривожність особистісна трактується як стала індивідуальна характеристика, що виражена в певній сприйнятті в негативно забарвлених тонах досить широке коло ситуацій, як небезпечні ситуації чи інших важливих аспектів її „Я” – концепції та позитивного образу себе самої [3].

Дослідження депресії за допомогою шкали Бека дозволило встановити, що особи із тривалим та важким більшовим синдромом в 45 % випадків страждали на депресію. При цьому усі ці хворі були інтровертними, мали високі показники нейротизму (меланхолічний тип темпераменту), а також мали високий рівень особистісної та ситуативної тривожності.

Цими словами, за результатами наших спостережень було встановлено, що хворі меланхолічного профілю мали також й деякі психологічні проблеми.

Той факт, що у більшості респондентів (80 %) були виражені показники інтроверсії і нейротизму, ми дозволило нам, згідно з методикою Айзенка, констатувати у цих осіб меланхолічний тип темпераменту, може слугувати поясненням негативного психологічного фону, на котрому виникається високий рівень тривожності та депресія.

Згідно Е. Стрелку, до основних психологічних характеристик меланхолічного типу темпераменту належить підвищена чутливість, нестабільність нервової системи. Меланхоліки невпевнені у собі, бісповні, пасивні, схильні бачити життя в песимістичних тонах; більшість з них - інтроверти [11]. Ця особистісна характеристика досить добре відбиває ту картину, що ми спостерігали у своєму дослідженні. Лише у 20% осіб був зареєстрований холеричний тип темпераменту. Треба відмітити, що у цих випадках відмічена більш висока толерантність до болю; переважно – середні показники особистісної та ситуативної тривожності, низькі та середні показники депресії за шкалою Бека.

Темперамент є уродженою індивідуально-психологічною характеристикою, що відбиває певні особливості нервової системи. Але, скоріше за усе, в тих чи інших умовах соціального середовища, які вимагають напруження адаптаційних механізмів нервової системи і загальної адаптивності організму, деякі індивідуально-психологічні особливості, зокрема, інтроверсія та нервозність, можуть бути сприятливим ґрунтом щодо розвитку психосоматичних захворювань.

Ми вважаємо, що необхідно звернути увагу практикуючих терапевтів на психосоматичну проблематику та урахувати психологічні особливості хворих в процесі лікування.

Лікування психологічного статусу, проведення психокорекції надає комплексу терапевтичних заходів певну вертикаль, тому що дозволяє залучити вищі рівні психологічної саморегуляції людини. Безсумнівно, треба враховувати вроджені динамічні особливості нервової системи хворих, тому що когнітивний підхід у відношенні меланхоліка буде іншим, ніж у випадках холеричного, сангвінічного чи сангвінічного типів темпераменту. Проблема індивідуально-психологічних особливостей в психології достатньо простора і ми навмисно не розглядаємо в даному контексті певні тенденції та поглядів на історію, сутність та фізіологічні аспекти темпераменту, звернувши увагу на його класичні типи, оскільки ця тема розглядається нами у контексті зв'язку психічного і соматичного. Однак, стає все більш наочним факт існування таких зв'язків. Вони, розкриваючись у певних життєвих ситуаціях, в тому числі у випадках психосоматичних захворювань, потребують більш ретельного вивчення та диференційного підходу. На думку деяких авторів [1], термін „психосоматичний” може бути застосовано до загального методологічного підходу, що належить до всієї медицини, оскільки кожний пацієнт є унікальною особистістю, психоемоційні стан якої впливають на процеси, що плінуть в її організмі. Особистість бачиться своєрідним інтегруючим центром, що зв'язаний із усіма органами та системами за допомогою нейро-ендокринних взаємозв'язків. Взаємозв'язки між стресом, особистістю і хворобою висвітлюються в роботах багатьох авторів [1, 2, 8, 9, 10] та інших авторів. Потенційна цінність знання про взаємодію між психоемоційними факторами й основними фізіологічними процесами організму надто велика, тому психологічний фактор є залученим до структури будь яких захворювань [1]. Дане твердження узгоджується з результатами проведеного нами дослідження ревматологічних хворих.

Так, проблема є означеною й необхідність проведення психологічної корекції у соматичної групи хворих стає все більш наочною. Виникає питання про шляхи проведення подібної корекції та про її певні форми. У всіх випадках, на наш погляд, медикаментозний, й психокорекційний методи повинні органічно доповнювати один одного. Що до суто психокорекції, то найбільш адекватною

моделлю, є модель позитивної психотерапії [7] що дозволяє не тільки компенсувати психосоматичне порушення, але й навчити особистість навичкам та прийомам психологічної самопомогі психогігієни. Позитивний підхід в психотерапії є цінним ще тому, що він зорієнтований на актуалізацію резервних можливостей організму, слугує не тільки зменшенню актуальних психосимптоматики, але й сприяє особистісної інтеграції, формуванню інтернального локусу контролю, оптимізації самооцінки та орієнтації особистості по вектору найбільш значущих глобальних смисложиттєвих орієнтирів, що дозволяють подолати фрустрацію та «екзистенціальний вакуум». Лише інтеграція класичного й психосоматичного підходів в єдиний комплексний підхід нашими уявленнями, дозволить підняти розробку проблеми психосоматичних захворювань на більш високий рівень.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Александер Ф., Селесник Ш. Психосоматический подход в медицине. Психосоматика. – Минск, 2003. – С. 129-151.
2. Браун Дж. Психосоматический подход. – Психосоматика. – Минск. – 2003. –С. 42-69.
3. Еникеев М. И. Психологическая диагностика. – Москва, 2003.
4. Крыжановская Н. С., Балабанова Р. М. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. Терапевтический архив. – 2000. - № 5. – С. 79-82.
5. Курята А. В., Спирина И. Д., Николенко А. Е. Зависимость между клинической формой течения и степенью функциональных нарушений суставов и изменением психологического профиля пациенток с ревматоидным артритом. // Український ревматологічний журнал. – 2004. - № 1 (15) – С. 34-37.
6. Мосолов С. Н.// Терапевтический архив. – 1999. - № 10. – С.70-76.
7. Пезешкиан Н. Новая модель психосоматических нарушений: позитивная психотерапия в врачебной практике. Гуманистическая и трансперсональная психология. Минск, Москва, 2000. С. 106-122.
8. Савельева Н. И. Ревматоидный артрит: психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ярославль, 1995.
9. Саргаутите Р. Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. – Каунас, 1983. – С. 214-215.
10. Селье Г. Стресс без дистресса. – Рига, 1992.
11. Стреляу Я. Роль темперамента в психологическом развитии./ пер. с польского пол. общ. редакцией И. В. Равич-Щербо. – М.; Прогресс, 1982.
12. Уланова Е. А., Григорьев И. В., Новикова И. А. Тревожные расстройства как психологические особенности личности больных ревматоидным артритом. // Терапевтический архив. – 2000. - № 12. – С. 41-43.
13. Akiskal H. S., Cassano G. V.// Pharmacopsychiatry. – 1983. – Vol. 16. № 9. –111-118.

І.В.ПАНАСЕНКО

#### БОЖИЙ ПЛАН СПАСІННЯ - РЕАЛІЗАЦІЯ БОЖОЇ ЛЮБОВІ

*В статті розглядається Божий план спасіння людства.*

*В статье рассматривается Божий план спасения человечества.*

*The Divine plan of humanity rescue is examined in the article.*

Спасаючий План Бога, Божа Економія, це поєднання людини знову з Творцем; тут як би заново повторюється Тайна Творення, бо народжується "нова людина". Завдячуючи тому, що приходить на землю Новий Адам - Син Божий, Ісус Христос, Боголюдина. Це послання на світ Сина не виникло з необхідності, не є Бог також залежний, або потребує будь-кого, чи будь-чого для Себе по межах Спільноти Св. Трійці. Єдиною причиною, яка побудила Творця до Спасіння людини є тою ж любов'ю, що побудувала до створіння світу - є нею любов. Отже з любові і завдяки любові повставав і реалізується Божий План Спасіння людини - Божа Економія, Завершує реалізацію Божого Плану Спасіння Святий Дух, який обдаровує людину новим життям, це нове життя є життям у любові і вірі.

Перші люди знехтували Божою Волею, вчинивши таким чином гріх, образили Бога, Для людини не є можливим завдяки власним зусиллям отримати пробачення в Бога, поправити вчинене. Бог