

В. М. Запорожан, В. С. Бітенський, К. В. Аймедов

ІГРОВИЙ ПАТЕРН У КОМПЕНСАЦІЇ НООГЕННОГО НЕВРОЗУ

Одеський державний медичний університет

Реальність існує для людини у двох вимірах — у побутовому просторі задоволення гомеостатичних (включаючи соціальний гомеостаз) потреб та як відбиток бесперервних змін інформаційних потоків у нашій свідомості. І якщо наша біологічна сутність «привчила» людський організм досить оперативно реагувати та пристосовуватись до змін навколишньої дійсності (незважаючи на те, йдеться про атмосферні явища, екологічні катастрофи чи політичні події), то свідомість тут виявляється структурою більш інертною та консервативною. Таким чином, суб'єктивна реальність для кожного з нас — це, насамперед, погляд на буття крізь призму нашої свідомості [1].

З другого боку, людина, яка звикла шукати найлегших шляхів за аналогією з відомим у фізиці принципом найменшої дії, підсвідомо прагне не докладає зусиль щодо поточної трансформації докучливої екзистенції або бурхливої самореалізації, а робить спробу змінити картину реального векторного простору свого життя, тобто поміняти одну «реальність» на іншу, чорно-білу на кольорову. Врешті-решт відбувається формування нового стану свідомості. Чи не найлегший із шляхів для досягнення цього — адиктивна поведінка. Застосування алкоголю, наркотичних засобів, занурення в гру чи віртуальний світ — все це на деякий час робить недоступними для свідомості реалії сьогодення.

Нагальна необхідність встановити кордон між нормою та «не нормою», здоров'ям і хворобою перетворюється у пси-

хіатрії у ще більш складну та надзвичайно важливу проблему розмежування й відокремлення психічної патології [2]. Більш того, майже уся історія психіатричної науки — це нескінчена суперечка між представниками різних шкіл, який з поведінкових патернів вважати нормальним, а який аномальним? На одному з полюсів цієї дилеми знаходяться славнозвісні представники «репресивної» психіатрії, на іншому — антипсихіатри [3]. Саме на цьому суперечливому ґрунті формувалася радянська та пострадянська наркологія, а в Європі та США — адиктологія як узагальнююча категорія фахової дефініції.

Приблизно у 60-ті роки ХХ ст. спеціалісти у галузі психічного здоров'я майже одногласно визнали доцільним виділення адиктології як спеціального розділу психіатрії [4]. Термін «адиктивна поведінка» (*addictive behavior*), введений W. Miller (1984), сьогодні трактується як прагнення до втечі від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийняття деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоційних переживань. Процес «підкорює» життя людини, робить її безпомічною, позбавляє волі до протидії. Адиктивна поведінка — це одна із форм деструктивної поведінки, яка заподіює шкоду людині та суспільству водночас [5]. Спочатку застосування цієї дефініції обмежувалося лише тими поведінковими патернами, що виникали на ґрунті вживання заборонених або не-

бажаних з огляду на соціальні стандарти хімічних речовин (наркотики, алкоголь). Втім, з'ясувалася можливість пояснення на її основі інших поведінкових стереотипів, які вже важко «списати» на патологічний «симбіоз» людини та наркотичного засобу. Зокрема, йдеться про ігрову залежність.

Зауважимо: значення проблеми «норма — не норма» зростає, якщо розглядаються феномени, які пронизують усе життя суб'єкта, які є адаптаційними за суттю, тобто біологічно детермінованими у контексті виживання. Не викликає сумнівів, що адиктивна поведінка належить до таких феноменів. Любов, яка сформувалася між подрузьжям, — хіба це не прояв біологічно доцільної залежності? Психіатрам добре відоме явище, коли один із членів родини, який своєю деструктивною поведінкою створював чимало проблем для своєї «половини», помирає, а його дружина (найчастіше це саме вона), замість того щоб розбудувати своє життя по-новому, з урахуванням набутого життєвого досвіду та помилок вибору, починає хворіти на соматоформні (невротичні) розлади або вдається до вживання алкоголю, наркотиків, проміскуїтальної чи ігрової поведінки. Це — типовий приклад синдрому відміни, який є ключовим ланцюгом будь-якої адикції.

Гра завжди була супутником людини, природним для неї явищем. Еволюція поглядів на азартні ігри демонструє реципрокність цих стосунків, їхню флуктуацію навколо тої самої вісі «норма — не норма», яка притаманна усім пограничним



процесам, що мають першопочатково адаптивну природу. Але, починаючи з 80-х років минулого століття, ігрова залежність поступово втрачає позиції як етична або правова проблема та стає об'єктом дослідження адиктології. Однак досі залишається невизначеним питання: що є лудоманія або патологічний гемблінг? Типовий вид залежності, але не від хімічних, а інформаційних чинників? Різновид обсесивно-компульсивного розладу? Або може він є специфічним проявом одного із розладів особистості (саме так трактується лудоманія у МКХ-10)? Доцільно, на наш погляд, розглянути і четверту точку зору: патологічна залежність від азартних ігор є компенсаторним явищем, яке формується у хворих на невроз. Але невроз не звичайний, зафіксований вимогливою до точності визначень класифікацією хвороб, а невроз ноогенний.

Однією з істотних особливостей сучасного періоду життя суспільства є різке збільшення швидкості інформаційних процесів, що супроводжує зміну соціально-політичних, соціально-економічних, культуральних і психологічних умов життя людей. Інакше кажучи, мова йде про зміну параметрів ноосфери як інформаційного середовища (інформаційно-ментально-емоційного та аксеологічного). Реалізація подібного шляху розвитку — це, фактично, гонка за створенням ще більш нових технологій за ще більш короткий термін, не встигаючи при цьому використати те, що вже створено, та навіть не ставлячи такого завдання. Це — виснажливий для людини процес, оскільки психологічним рефреном емоційного стану у цьому випадку є страх «не встигнути», страх «не відповісти». Стан психоемоційної сфери стає не рівноважним, перебуваючи тривалий час у цій динамічній нерівновазі. У сучасних умовах стрімкої зміни середовища «деградує» етич-

на складова оцінки та самооцінки людського буття: людині вже не до етичних міркувань. Насамперед ставиться завдання «встигнути».

Якщо відстежувати людське буття не тільки у трьох вимірах — психічному, соматичному та соціальному, але й у четвертому — у духовному, — слід погодитися, що у цьому вимірі також можуть коренитися передумови неврозів. Загальновідомо: на невроз може захворіти людина, яка перебуває у напрузі конфлікту із совістю або під тиском духовних проблем. Може захворіти на невроз також людина, що переживає екзистенціальну кризу, при тому, що інших вказівок на дистрес у її житті ми не знаходимо. Існують екзистенціальні кризи дозрівання, які за своїми проявами укладаються в клінічну картину неврозів, не будучи неврозами у вузькому значенні слова, тобто у значенні психогенного захворювання. Очевидно, що людина, яка відчуває на собі тиск духовної проблеми або напругу внаслідок конфлікту із совістю, відреагує на етичну проблему зміною самопочуття, емоцій та вегетативної регуляції. Відреагує як невротик у «класичному» значенні поняття.

Отже, шлях формування нооневрозу відрізняється від механізму, прийнятого за основу академічною наукою. Йдеться не про психогенез, а про ноогенез. Ноогенні неврози виникають не через конфлікти між потягами та свідомістю, а через конфлікти між різними цінностями; інакше кажучи, вони є результатом моральних конфліктів або, узагальнюючи, духовних проблем. Значне місце серед таких проблем посідає екзистенціальна фрустрація. Духовні проблеми, такі як прагнення людини до осмисленого існування або фрустрація цього прагнення, доцільно трактувати у духовному ключі. З цього випливає, що і терапія ноогенних неврозів має будуватися на ґрунті духовного. Замість

того щоб простежувати їх до не-свідомих коренів і джерел, тобто зводити до рівня інстинктів, логотерапія щиро й серйозно приймає їх. Страждання не завжди є патологічним явищем і не тільки може не бути симптомом неврозу, а, навпаки, може бути досягненням людини, особливо якщо виникає внаслідок екзистенціальної фрустрації [6]. З огляду на нооневрози, страждання несе у собі потужний са-ногенетичний імпульс.

Враховуючи вищевикладене та наш практичний досвід, можна припустити, що в основі адиктивної поведінки полягає саме ноогенний невроз, а вона, у свою чергу, виступає у ролі «тригера», що запускає саморуйнівну поведінку уповільненим шляхом, тобто є засобом компенсації наявних порушень з боку мозкового гомеостазу. Дійсно, звичайний шлях гемблера — це «втеча» від власних, пов'язаних з відсутністю креативної мети проблем до віртуального світу формалізованих стосунків за типом «виграш-програш».

Значна кількість «невротичних осіб» з нефармакологічними формами адиктивних розладів (у тому числі, патологічні гемблери) звертається до психіатра та лікується від конкретного невротичного розладу. Адиктивна складова залишається поза рамками лікувально-діагностичного та соціально-реабілітаційного процесу. Вона розглядається як щось додаткове, що не має прямого відношення до покладеного на лікаря завдання.

Почуття, на яке скаржаться сьогодні багато адиктивних пацієнтів, — це відчуття повної та очевидної безглуздості їхнього життя. Вони більше не усвідомлюють ніякого змісту, заради якого варто було б жити. Їх переслідує відчуття внутрішньої порожнечі, порожнечі власного буття; вони залишилися у ситуації екзистенціального вакууму, що став доволі розповсюдженим явищем. Традиції,



що служили опорою, швидко втрачають силу. Зростає тиск нудьги, яка створює не меншу проблему, ніж матеріальний нестаток. Процес інформаційного насичення виробництва, як це не дивно, звільняє для більшості людей додатковий час. Відсутність духовної спрямованості робить його вакуумом, який заповнюється тим стереотипом, який є біологічно детермінованим, найчастіше — адиктивною поведінкою, а у контексті цього дослідження — патологічним потягом до гри. Таким чином, адиктивну поведінку потрібно розглядати з урахуванням екзистенціального вакууму, що є її основою. Іноді фрустрована потреба у сенсі життя компенсується прагненням до влади, включаючи найбільш примітивну його форму — прагнення до збагачення. Це також — адиктивний патерн. В інших випадках місце фрустрованої потреби у змістові посідає прагнення до задоволення. До речі, аналогічне явище спостерігається і у клініці неврозів. Патологічна симптоматика «розквітає» на ґрунті екзистенціального вакууму. Заповнення цього вакууму є необхідною передумовою запобігання рецидивам. Неможливо знайти абстрактний сенс життя. У кожного власне покликання, кожен повинен виплекати у душі своє призначення. Отже, важко уявити роботу лікаря-адиктолога у відриві від духовного або гуманістичного (залежно від структури особистості) наставництва.

Пошуки сенсу життя або навіть сумнів у ньому не завжди викликані хворобою або її породжують. Екзистенціальна фрустрація сама по собі ні патологічна, ні патогенна. Заклопотаність або навіть розпач, які людина відчуває через нікчемність свого життя, — це духовне страждання, але ніяким чином не психічне захворювання. Інтерпретуючи перше у термінах останнього, лікар може поховати екзистенціальний розпач пацієнта під горою пігулок,

тимчасом як насправді його завдання полягає у тому, щоб провести пацієнта через екзистенціальну кризу зростання. Така терапія фокусується на духовних або гуманістичних цінностях.

Логотерапія нооневрозів розходиться із психоаналізом у тому, що розглядає людину як істоту, місія якої полягає насамперед у реалізації призначення й втіленні у життя цінностей, а не просто у задоволенні потягів та інстинктів, примиренні конфлікуючих сторін «Я» або пристосуванні до суспільства чи середовища. Зрозуміло, пошук змісту власного існування та цінностей скоріше викличе внутрішнє напруження, ніж приведе людину до внутрішньої рівноваги. Але саме це напруження є *необхідною умовою психічного здоров'я*. Усвідомлення сенсу свого життя ефективно допомагає витримати навіть найгірші умови буття. Таке напруження внутрішньо властиве кожній людській істоті, воно є *вітальною потребою*. Потрібний не стійкий стан напруження сам по собі, а спрямованість, боротьба за якусь гідну кінцеву мету. Не розрядка напруження за будь-яку ціну, а пробудження усвідомлення потенційного сенсу життя. Таким чином, людина прагне, з одного боку, гомеостазу, а, з другого — того, що називається «ноодинамікою», тобто духовної рушійної сили, яка народжується у полі напруження між двома полюсами: між людиною та її сенсом [7]. Отже, невроз виникає або як незадоволена потреба у гомеостазі, або як незадоволена потреба у руйнуванні цього гомеостазу через самореалізацію. Лікар, якщо він насправді прагне зміцнити душевне здоров'я пацієнта, не повинен боятися взяти на себе «тягар» провідника з переорієнтації сенсу життя. Людина може відповідати лише за власне життя. А щоб відповісти, вона повинна прийняти на себе відповідальність за нього. Роль

лікаря полягає у розширенні поля свідомості пацієнта, щоб той міг побачити й усвідомити увесь спектр смислів та цінностей. Реалізувати сенс життя можливо трьома різними способами:

- 1) через діяльність;
- 2) через переживання цінностей;
- 3) через страждання.

Якщо пацієнт стоїть на твердому ґрунті релігійної віри, немає ніяких протипоказань до використання терапевтичного ефекту його релігійних переконань, залучення його духовних ресурсів. Комплекси, конфлікти, травми, які нерідко розглядаються як витоки неврозів, найчастіше являють собою симптоми останніх, а не їх причини. Хибне коло слід розірвати не невротичною зосередженістю на власній особистості (чи то жалість до себе, чи то презирство), а участю в осмисленій діяльності, яка стає ключем до зцілення.

Сьогодні, коли криза цінностей випередила кризу цін і стала домінуючою у житті українського суспільства, пацієнт не стільки страждає від почуття неповноцінності (як в епоху А. Адлера), скільки від глибинного почуття внутрішньої порожнечі та нікчемності. У підсумку він або хоче того ж, чого й інші (конформізм), або робить те, що хочуть від нього інші (тоталітаризм). Втрачається самоідентифікація, її місце посідає адикція, зокрема, іграва.

Людина, що вже не в змоззі знайти сенс життя, так само як і вигадати його, тікаючи від почуття втрати смислу, створює або нісенітницю, або суб'єктивний смисл. Якщо перша відбувається на сцені (клубне життя — той же театр абсурду), то другий виявляється у хмільних мріях і картинах, викликаних за допомогою психоактивних засобів чи віртуальної реальності — реальності рулетки, грального автомата, лотереї або ролікової гри.



Висновки

1. Адиктивна поведінка не може розглядатися у виключно патологічному сенсі, оскільки передумови її закладені у біологічній сутності людини як суб'єкта соціально-інформаційного простору; адиктивній поведінці притаманні адаптаційні функції, контрольовані складним комплексом індивідуальних і соціальних чинників.

2. Поглиблення екзистенційальної кризи призводить до поширення у суспільстві таких форм незрілого пристосування до «інформаційного вибуху», як адиктивна поведінка, причому зростає питома вага «нехімічних» видів залежності (ігрова, комп'ютерна, шопінг, сектантство, кримінальна поведінка, серійні вбивства та ін.).

3. Ігрову залежність — вкрай поширений патерн поведінки у

сучасному суспільстві — доцільно розглядати як прояв нооневрозу, що зумовлює відповідні терапевтичні та реабілітаційні підходи до її лікування.

4. Роль лікаря у сьогоденній кризі етичних і духовних цінностей людини набуває нових рис, які передбачають також ідеологічне наставництво, розширення поля свідомості пацієнта, його орієнтацію на перегляд системи цінностей та пріоритетів.

5. Назріла необхідність створення нової парадигми сучасної адиктології як науки, що базується на принципах ноетики.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Запорожан В. Н.* Проблемы ноетики и механизмы ноогенных психических расстройств / В. Н. Запорожан, В. С. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2 (12). — С. 7-10.

2. *Zaporozhan V.* Nooethics and global bioethics / V. Zaporozhan // European citizen's quality of life E. Qua. L : 2nd International Congress. — 2005. — P. 84-85.

3. *Битенский В. С.* Клинико-психопатические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях «информационного взрыва» / В. С. Битенский, К. В. Аймедов, В. А. Пахмурный // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1/2 (9/10). — С. 161-168.

4. *Положий Б. С.* Социальные изменения и расстройства психического здоровья / Б. С. Положий // Обозрение мед. психологии и психиатрии им. В. М. Бехтерева. — 1996. — № 1/2. — С. 136-43.

5. *Адамов А. К.* Ноосферная философия / А. К. Адамов. — Саратов, 2000. — 126 с.

6. *Франкл В.* Доктор и душа / В. Франкл. — СПб. : Ювента, 1997. — 245 с.

7. *Запорожан В. Н.* Биоэтика в XXI столетии: от глобальной биоэтики к ноэтике / В. Н. Запорожан // Интегративна антропологія. — 2004. — № 2 (4). — С. 3-9.

УДК 618.1-007.43-06:616.62-008.22]-08

В. М. Запорожан, М. І. Ухаль, О. М. Ухаль, Ю. Ю. Петровський

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ПРОЛАПСОМ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ ЯК ОПТИМАЛЬНЕ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕНЬ УРОДИНАМІКИ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ І СТАТЕВОЇ ФУНКЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Пролапс органів малого таза — захворювання, при якому внутрішні статеві органи та нижні сечові шляхи знаходяться в аномальному положенні відносно анатомічних орієнтирів у малому тазі [1]. Пролапс у буквальному перекладі значить «випадіння», але разом із тим під цим терміном у сучасній гінекології розуміють і опущення тазових органів [2].

Опущення і випадіння органів малого таза найчастіше трапляється у жінок старше 40 років, але може розвинутися і у 25–30-річних жінок [3, 4]. Основними причинами, які призводять до пролапсу органів малого таза у жінок, є травма тазового дна під час патологічних пологів, вроджена дисплазія сполучної тканини, дефіцит естрогенів під час менопаузи [5; 6]. Окрім того, причинами, які також нерідко призводять до про-

лапсу органів малого таза у жінок є ожиріння, хронічний кашель курців, важка фізична праця у післяпологовому періоді та неправильне положення матки [7]. Опущення і випадіння органів малого таза у жінок практично завжди супроводжуються порушенням уродинаміки сечових шляхів, розвитком хронічного тазового болю, розладом сексуальної функції та значним зниженням якості життя [7–10].

