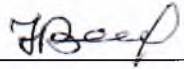


**МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ**

Факультет соціально-гуманітарних технологій та менеджменту
Кафедра психології, педагогіки та соціології

Затверджено
Вченою радою факультету
соціально-гуманітарних технологій та
менеджменту
протокол від 30.06.2023 №15

Голова вченої ради  Н.І. Зикун

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

з навчальної дисципліни «**Психосоматика**»

для підготовки здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня

денної та заочної форми навчання

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

спеціальність 053 Психологія

освітньо-професійна програма «Психологія. Психологія бізнесу»

Статус дисципліни: вибіркова .

Ірпінь 2023

Конспект лекцій з навчальної дисципліни «Психосоматика» складений на основі робочої програми навчальної дисципліни, затверженої Науково-методичною радою Університету від « 20» червня 2023р., протокол № 8

Укладач



Клевець Л. М., к.психол.н., доцент
кафедри психології та соціології

Гарант освітньої програми



Л.В. Романюк, д.психол.н., професор

Розглянуто і схвалено кафедрою психології та соціології, протокол від 07.06 2023р. №16

Завідувач кафедри



І. О. Петухова, к.п.н., доцент.

ЗМІСТ

Тема 1. Загальна характеристика психосоматики.....	4
Тема 2. Моделі виникнення психосоматичних порушень, порушення харчової поведінки.....	13
Тема 3. Шлунково-кишкові захворювання.....	36
Тема 4. Психосоматика органів дихання.....	44
Тема 5. Психосоматика серцево-судинної системи.....	59
Тема 6. Психосоматика опорно-рухової системи.....	81
Тема 7. Психосоматика ендокриної системи.....	92
Тема 8. Психовегетативні синдроми. Психосоматичні аспекти депресії. Онкологічні захворювання.....	101
Література.....	117

ТЕМА 1 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОСОМАТИКИ

Мета - З'ясувати тісний взаємозв'язок психічного і соматичного. Довести, що разом зі зміною психології людини і середовища її проживання проявлялися нові і чисельно збільшувалися наявні психологічні симптоми і синдроми. Дослідити предиктори психосоматичних проблем організму, а *основне* - познайомити з нейрофізіологією та фізіологією роботи людського організму у скрутних життєвих ситуаціях. Виявити, що поштовхом до розвитку психосоматичного захворювання є важкі життєві ситуації, а схильність організму – це вроджена або за певних умов набута готовність, що виливається у форму можливого органічного чи невротичного захворювання.

Ключові слова: психосоматика, психосоматози, функція, синдром, симптом, психіка, сома.

Вступ. Проблема психосоматичних співвідношень - одна з найскладніших проблем сучасної медицини, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного і соматичного давно помічено. Цю проблему залежності вивчають ще із часів Гіппократа й Аристотеля, протягом кількох століть. Саме роз'єднаність лікарських спеціальностей і поглядів на людину і призвела до втрати ідеї про цілісність у роботі лікаря. У цієї проблеми є свої причини, насамперед - переважання аналізу як методу в медичній науці. Нині в медицині описано 10 000 симптомів і нозологічних форм, а для того, щоб успішно справлятися з хворобами людини, існує понад 300 медичних спеціальностей.

План

1. Загальна характеристика психосоматики
2. Функціональні синдроми
3. Психосоматози: патогенез, фактори, схильність

Висновок

1. Загальна характеристика психосоматики

У 1818 р. німецький лікар із Лейпцига Хайнрот ввів термін "психосоматичний". Йому належали слова: "Причини безсоння зазвичай психічно-соматичні, проте кожна життєва сфера може сама по собі бути достатньою для неї підставою". У 1822 р.

німецький психіатр М. Якобі ввів поняття "соматопсихічне" як протилежне і водночас таке, що доповнює стосовно "психосоматичного".

У загальноприйнятий лікарський лексикон термін "психосоматика" увійшов лише через століття. Термін "психосоматичний" остаточно прижився в медицині завдяки віденським психоаналітикам (Дойч, 1953), і відтоді психосоматична медицина позначилася як "прикладний психоаналіз у медицині". Дойч, емігрувавши в сорокові роки до США, разом із колегами Фландерс Данбар, Францем Александером та ін. викликав інтерес до психосоматичних проблем, і вже до кінця 50-х років в американській науковій літературі було опубліковано близько 5000 статей про соматичну медицину очима психологів. Серед тих, хто розвивав цей напрям, слід назвати таких відомих аналітиків, як Адлер, Сонді.

За даними ВООЗ, від 38% до 42 % усіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих. Строго кажучи, психосоматичний напрям не є самостійною медичною дисципліною - це **підхід**, що враховує різноманіття причин, які призвели до хвороби. Звідси різноманіття методів і технік, що дають змогу працювати з людиною цілісно.

У міру еволюції людини поступово порушувався універсальний механізм пристосування її психіки до навколишнього середовища. Разом зі зміною психології людини і середовища її проживання проявлялися нові і чисельно збільшувалися наявні психологічні симптоми і синдроми. Під час еволюції людина набула властивих їй як біологічному виду сили, гнучкості, рухливості, здатності до терморегуляції, певних характеристик органів чуття. Стародавні інстинктивні програми поведінки людини допомагали протистояти голоду, холоду, нападу ворогів і хижаків. У міру розвитку людської історії змінювалися навантаження, від яких немає програм генетичного захисту, і тепер пристосування до середовища залежить від психічних можливостей людини у багато разів більше, ніж від сили її м'язів, міцності кісток і сухожилів та швидкості бігу. *Небезпечною стала не зброя ворога, а слово.* Емоції людини, від початку покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше пригнічуються, вбудовуються в соціальний контекст, а згодом збочуються, перестають визнаватися їхнім господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в

організмі (Радченко, 2002).

Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органа і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний напрям можна розглядати і як можливість "зцілення" від деперсоналізованої медицини.

За сучасними уявленнями, до психосоматичних захворювань і розладів відносять:

1. Конверсійні симптоми. Невротичний конфлікт (когнітивний дисонанс) отримує вторинну соматичну відповідь і переробку. Симптом має символічний характер, демонстрація симптомів може розумітися як спроба вирішення конфлікту. Конверсійні прояви зачіпають здебільшого довільну моторику й органи чуття. Прикладами є істеричні паралічі та парестезії, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени.

2. Функціональні синдроми.

У цій групі перебуває переважна частина "проблемних пацієнтів", які приходять на прийом з картиною часто невизначених скарг, що можуть зачіпати серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, руховий апарат, органи дихання або сечостатеву систему. Безпорадність лікаря щодо цієї симптоматики пояснюється серед іншого різноманіттям понять, якими позначаються ці скарги. Часто в таких хворих наявні тільки функціональні порушення окремих органів або систем; будь-які органічні зміни, як правило, не виявляються. На відміну від конверсійних симптомів, окремий симптом не має специфічного значення, будучи неспецифічним наслідком порушеної фізичної функції. Александер описав ці тілесні прояви як супроводжуючі ознаки емоційного напруження без характерних рис і позначив їх органними неврозами (Александер, 2002).

3. Психосоматози: патогенез, фактори, схильність

Психосоматози - психосоматичні хвороби у вузькому сенсі. В основі їх - первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу. Захворювання, пов'язані з органічними змінами, заведено називати істинними психосоматичними хворобами, або

психосоматозами.

Спочатку виділяли 7 психосоматозів ("holy seven"): бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз. Пізніше цей список розширився - до психосоматичних розладів відносять рак, інфекційні та інші захворювання. Незважаючи на те, що слово "психосоматика" вживається дуже часто як у побуті, так і в науковій літературі, на сьогодні не існує єдиного визначення цього терміна. Загалом його значення впливає зі слів, які до нього входять (душа і тіло). *З одного боку*, під цим терміном мається на увазі науковий напрям, що встановлює взаємовідносини між психікою і тілесними функціями, досліджує, як психологічні переживання впливають на функції організму, як переживання можуть спричиняти ті чи інші хвороби. *З іншого боку*, під терміном "психосоматика" мається на увазі низка феноменів, пов'язаних із взаємовпливом психічного і тілесного, зокрема ціла низка патологічних порушень. *По-третє*, під психосоматикою розуміють напрям медицини, що ставить собі за мету лікування психосоматичних порушень ("психосоматична медицина").

Нині психосоматика є міждисциплінарним науковим напрямом:

- вона слугує лікуванню захворювань і, отже, перебуває в межах медицини;
- досліджуючи вплив емоцій на фізіологічні процеси, вона є предметом дослідження фізіології;
- як галузь психології вона досліджує поведінкові реакції, пов'язані із захворюваннями, психологічні механізми, що впливають на фізіологічні функції;
- як розділ психотерапії вона шукає способи зміни деструктивних для організму способів емоційного реагування й поведінки;
- як соціальна наука вона досліджує поширеність психосоматичних порушень, а також їх вплив на організм.

У період створення психосоматичної медицини як науки, що прагнула подолати розрив між тілесним і психічним, було створено жорстку однолінійну модель психосоматичного захворювання. Згодом її замінили уявленням про можливість виникнення будь-якого захворювання за взаємодії як фізичних, так і психосоціальних чинників, що призвело до багатофакторної відкритої моделі хвороби. Через цю

обставину на місце проблеми вузького кола психосоматичних розладів прийшов *інтегральний психосоматичний підхід*.

Патогенез психосоматичних розладів надзвичайно складний і визначається:

- 1) неспецифічною спадковою і вродженою обтяженістю;
- 2) соматичними порушеннями і дефектами;
- 3) спадковою схильністю до психосоматичних розладів;
- 4) нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС);
- 5) особистісними особливостями;
- 6) психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих подій;
- 7) фоном несприятливих сімейних та інших соціальних чинників;
- 8) особливостями психотравмувальних подій.

Перелічені чинники не тільки беруть участь у виникненні психосоматичних розладів, а й роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, утрудняють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення й обтяжують перебіг соматичних порушень.

Прийнято вважати, що психосоматична медицина - ровесниця минулого століття. Однак ідеться при цьому не про виникнення нової концепції в медицині, а про відродження принципів медицини давнини, яка підходила до захворювання як до специфічно індивідуального явища, як до хвороби конкретної людини, хвороби *душі й тіла*. Психосоматична медицина стара, як саме лікування.

Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції Фрейда, який спільно з Брейєром довів, що "пригнічена емоція", "психічна травма" шляхом "конверсій" можуть проявлятися соматичним симптомом.

Фрейд вказував, що необхідна "соматична готовність" - фізичний фактор, який має значення для "вибору органу". Емоційна реакція, що виражається у формі туги та постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерному відчутті страху, є сполучною ланкою між психологічною та соматичною сферами. Повний розвиток почуття страху запобігли захисним фізіологічним механізмам, але зазвичай вони лише зменшують, а не усувають повністю ці фізіологічні явища та їх патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, тобто стан, коли психомоторні та

словесні висловлювання тривоги або ворожих почуттів блокуються таким чином, що стимули, що надходять із ЦНС, відводяться до соматичних структур через вегетативну нервову систему і, таким чином, призводять до патологічних змін у різних системах органів. За наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а соматизуючись, вражає відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі, відбувається генералізація психосоматичного захворювання. Отже, *психічний чинник* постає як ушкоджуючий.

До психосоматичних захворювань відносять порушення здоров'я, етіопатогенез яких – справжня соматизація переживань, тобто соматизація без психологічного захисту, коли, захищаючи душевну рівновагу, ушкоджується тілесне здоров'я. Надактуальне переживання фіксується, утворюючи настановну доміную, що є функціональним осередком психічної патологічної імпульсації. Властиве хворим невиразне почуття фізичного дискомфорту обумовлює при певних впливах реалізацію хворобливих відчуттів та їх фіксацію. Незвичайна імпульсація, що надходить із внутрішніх органів у ЦНС, посилює ці відчуття, що зрештою призводить до формування патологічного стану.

Таким чином, негативні емоції вісцерального походження як би підкріплюються особистісними реакціями таких хворих на той чи інший симптом чи стан організму загалом.

Повторення психотравмуючих впливів астенизує нервову систему, кора стає більш чутливою до зовнішніх впливів та інтероцептивних сигналів. Тому поява виражених соматичних відчуттів може бути викликано як психогенним впливом як таким, а й будь-яким незначним порушенням діяльності внутрішніх органів та навіть патологічним сприйняттям їх нормальної роботи. Вогнище патологічної імпульсації, що сформувалося, обростає нейрогуморальними зв'язками з тими чи іншими системами організму. Вважається, що в цьому процесі ключовою ланкою є довготривала пам'ять.

Довготривала пам'ять – це завжди емоційна пам'ять. Чим яскравіше емоції, тим більша ймовірність активації сліду пам'яті надалі, і пережитий людиною

стресовий стан надійно закріплюється у довгостроковій пам'яті. На основі механізмів ревербегерації збудження та довготривалої постсинаптичної потенціації пережитий стан паніки, страху зберігається у вигляді **енграм** – «слідів пам'яті». У результаті запас енграм, що вже склалися, набуває особливого значення для розвитку психосоматичних розладів. *Наприклад*, пароксизми синусової тахікардії з відчуттям ядухи та страху смерті виникають при зниженні настрою або перевтоми у хворої з аналогічним епізодом на тлі післяпологового ендометриту в минулому. Справжньою причиною рецидиву нерідко стає «воскресіння» відповідної симптоматики внаслідок поживлення її слідів. Чим гострішим було відчуття небезпеки для життя та здоров'я, тим більша ймовірність відтворення розгорнутої клінічної картини на кшталт депресії або її соматичного еквівалента. Провідна роль у формуванні довгострокової пам'яті належить не так дійсної тяжкості соматичного страждання, скільки дією викликаних стресогенним чинникам душевних переживань особистості.

Першорядним фактором, що зумовлює переважну локалізацію психосоматичних розладів стає страх смерті, випробуваний хоча б раз у житті у зв'язку з будь-яким захворюванням.

Центром тяжкості психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму у поданні індивіда. «Вибір органу» свідчить про переважну спрямованість захисно-приспосувальних механізмів, що викликають ушкоджуючий ефект у міру наростання дезінтеграції у стресових ситуаціях. Ініціатива у виборі органу належить завжди кірковим зв'язкам, які впливають на емоційні підкіркові апарати, програмуючи ступінь залучення тих чи інших органів у стресову ситуацію. Який саме ефекторний шлях виявиться кращим для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, зрештою, від особливостей даної емоції, від особливостей нервової конституції людини і від усієї історії її життя. Осередок психічної імпульсації взаємодіє з соматичними системами організму та утворює стійку функціональну систему, патологічну у своїй основі, але водночас і захисну, оскільки вона є частиною механізмів гомеостазу в рамках зміненого хворобою існування та пристосування організму до патопластичного впливу фіксованого переживання.

Передбачається існування так званого преПСИХОСОМАТИЧНОГО особистісного **радикала** – тих особистісних особливостей, що призводять до захворювання; це осередок психосоматичної імпульсації, фіксоване патопластичне переживання. Він формується у дитячому та підлітковому віці.

У сучасній психосоматиці розрізняють “схильність” або “фактори”, що дозволяють чи затримують розвиток хвороби.

Схильність – це вроджена (наприклад, генетично обумовлена), а за певних умов і набута готовність, що виливається у форму можливого органічного чи невротичного захворювання. Поштовхом до розвитку такого захворювання є важкі життєві ситуації. Якщо маніфестують невротичні чи соматичні захворювання, вони розвиваються за **власними** закономірностями, які, проте, тісно пов'язані з чинниками довкілля. *Наприклад*, значення факторів, що сприяють розвитку хвороби, при хронічних захворюваннях стало відомо лише останнім часом. У кожному разі для діагностики як психосоматичного так і невротичного захворювання необхідно розуміння “ситуаційного характеру” його походження. Констатація наявності психосоматичних порушень не призводить до заперечення основного діагнозу. Якщо сьогодні говорять про психосоматичне, біопсихосоціальне захворювання, це лише вказує на зв'язок «схильність – особистість – ситуація». Людина, яка перебуває в гармонійних відносинах зі своїм середовищем, може перенести екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши хвороби. Однак у житті зустрічаються особистісні проблеми, які викликають настільки тяжку фіксацію та душевний розлад, що у певних життєвих ситуаціях призводять до негативних емоцій та невпевненості у собі. Саме в складних ситуаціях психосоматично обтяжені пацієнти, які виявляють емоційну пригніченість, не можуть правильно оцінити та описати свій стан.

Висновок: Таким чином, у сучасному розумінні патогенезу психосоматичних захворювань визнається багатофакторність у поясненні їхньої природи. Соматичний і психічний, вплив схильності та середовища, фактичний стан навколишнього середовища та його суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності та взаємодоповненні – все це має значення як взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

Центром тяжкості психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму у поданні індивіда. «Вибір органу» свідчить про переважну спрямованість захисно-приспосувальних механізмів, що викликають ушкоджуючий ефект у міру наростання дезінтеграції у стресових ситуаціях. Ініціатива у виборі органу належить завжди кірковим зв'язкам, які впливають емоційні підкіркові апарати і програмуючим ступінь залучення тих чи інших органів стресову ситуацію.

Який саме ефекторний шлях виявиться кращим для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, зрештою, від особливостей даної емоції, від особливостей нервової конституції людини і від усієї історії її життя.

Питання до теми.

1. Розкрити поняття та навести приклади “Конверсійних симптомів”.
2. Структура “Функціонального синдрому”.
3. Розкрити поняття “Психосоматози”.
4. Що мають на увазі під терміном "психосоматика"?
5. Чинники патогенезу “психосоматичних” розладів.
6. Історія сучасної психосоматичної медицини починається з....?
7. Що є центром тяжкості психосоматичного страждання?
8. Опишіть ефекторний шлях виходу на периферію.
9. Опишіть зв'язок «схильність – особистість – ситуація».
10. Опишіть взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

Рекомендована література:

Основна: [1,4]

Допоміжна: [3,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1-2]

ТЕМА 2. МОДЕЛІ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Мета: Встановити взаємозв'язки між окремими психофізіологічними характеристиками та динамікою вісцеральних проявів (активацією органних функцій). Дослідити, що принциповою основою концепції є наявність функціональних систем. Зробити прогноз впливу екстремальних та хронічних стресових ситуацій на сприйнятливість та особливості патогенезу, перебігу та терапії психосоматичних захворювань. Обґрунтувати, якщо мати не звертається з любов'ю до дитини, якщо вона при годівлі в думках далека від неї або поспішає, це може мати наслідком розвиток у дитини агресивності по відношенню до неї. Дати рекомендації до психодинамічно підвищеного надходження калорій, що пояснюється як захист від негативних, особливо депресивно забарвлених емоцій і страху.

Ключові слова: типологія особистості, психоаналітичні концепції, інтегративні моделі, нейрофізіологічний напрямок, психоендокринний, психоімунний напрямок, харчова поведінка, ожиріння, анорексія, булімія.

Вступ: Існує досить велика кількість теорій та моделей виникнення психосоматичних захворювань та способів їх класифікації. Засновником сучасної психосоматики вважається Франц Александер. Стиль харчування є відображенням емоційних потреб і душевного стану людини. Якийсь єдиний тип хворих описати не вдається. Задоволеність своїм тілом залежить насамперед від стабільного почуття впевненості у собі. Хто добре відчуває своє тіло, налаштований оптимістично, впевнений у собі, той не стане легкою здобиччю реклами і того стандартного образу, який диктується нормами і приписами, що встановилися в суспільстві.

План

1. Характеріологічно орієнтовані напрямки та типології особистості.
2. Психоаналітичні концепції.
3. Інтегративні моделі
4. Нейрофізіологічний напрямок.

5. Психоендокринний та психоімунний напрямок.
6. Психосоматика харчової поведінки.
7. Ожиріння. Психотерапія.
8. Нервова анорексія. Психотерапія.
9. Булімія. Психотерапія.

Висновок.

1. Характерологічно орієнтовані напрямки та типології особистості.

У давнину Гіппократ, а потім Гален описали людей з різними видами темпераментів – сангвініків, холериків, меланхоліків та флегматиків. Це становище знайшло розвиток у психологічних теоріях конституції Ернста Кречмера (Кречмер, 2000) и Уільяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942). Класичні психосоматичні роботи цього характерологічного напрямку належать американському лікарю Флендерс Данбар (Dunbar, 1947). У сучасній медицині застосування цього підходу набуло великого значення у дослідженні певної типології «особистостей ризику», як це, наприклад, пропонує робоча група Rosenman та Friedman (1959, 1978) у розробці для осіб із загрозою розвитку інфаркту міокарда (так званої поведінки типу А). Такі описи зустрічаються у багатьох дослідженнях особистості (Irvine et al., 1991; Siegman, Smith, 1994; Williams, 1994).

2. Психоаналітичні концепції.

Наукова основа, де надалі розвивалися психосоматичні дослідження, була закладена З. Фрейдом, який створив конверсійну модель, за якою ущемлені емоції породжують конверсійні симптоми. Витіснені зі свідомості соціально неприйнятні інстинкти (агресивні, сексуальні) прориваються, приймаючи ту чи іншу символічну форму (Бройтигам та інших., 1999). До теорій цього напрямку належать також: теорія де-і ресоматизації Шура (Schur, 1974), модель відмови від віри в майбутнє Енгеля і Шмале (Engel, Schmale, 1967), концепція втрати об'єкта Фрайбергера (Freyberger, 1976), концепція двофазного захисту, або двофазного витіснення, Мітчерліха (Mitscherlich, 1956). Теорія специфічного психодинамічного конфлікту Александера. Засновником сучасної психосоматики вважається Франц Александер.

Згадані вище психосоматичні теорії виходили з диференційованих психологічних

конструкцій, причому соматичне лікувалося проводилося виключно на психологічному рівні (конверсія, регресія, ресоматизація тощо). Александер вперше 1950 р. запропонував теорію, за якою симптоми вегетативного неврозу є спробою психодинамічного конфлікту між психікою й тілом на першому етапі. На другому етапі оборотні функціональні симптоми ведуть до незворотних змін в органах (Александер, 2002).

3. Інтеграційні моделі.

Спочатку по-іншому орієнтована самостійна лінія розвитку психосоматичної теорії походить із вивчення великого контингенту хворих з про- функціональними порушеннями без патологічної органічної основи. До цих моделей відносяться: інтегративна модель здоров'я, хвороби та хворобливого стану за Вайнером (Weiner, 1977), біопсихосоціальна модель Ікскюля та Везіаку (Uexkull, 1963, Uexkull, Wesiak, 1990), медична антропологія В. Вайцзеккера (Weizsacker, 1949). Крім перерахованих вище психосоматичних концепцій і моделей необхідно згадати наступні:

-Концепція алекситимії – нездатності до емоційного резонансу та «оперативного мислення» (конкретне мислення, свобода від сновидінь), неможливості висловити власні переживання, емоції та відчуття, нездатності людини бути в контакті з власним внутрішнім світом. Людина відокремлена від самої себе, що ні піддається суворо логічному упорядкованому аналізу. Усі аспекти своїх душевних рухів залишаються йому прихованими (Nemiah, Sifneos, 1970, Sifneos, 1973).

Алекситимія сприймається як певна сукупність ознак, що характеризують психічний склад індивідів, що привертає їх до психосоматичних захворювань. Її розглядають як фактор ризику розвитку багатьох захворювань (Abramson et al., 1991; Dirks et al., 1981; Finn et al., 1987; Freyberger et al., 1985; Fukunishi et al., 1997; Greenberg, Dattore, 1983; Kauhanen et al., 1993; Numata et al., 1998).

Теорія стресса (Cannon, 1975, Сельє, 1982, 1991)– експериментально-психологічні, клініко-фізіологічні, біохімічні та цитологічні дослідження наслідків емоційного стресу, що встановлюють вплив екстремальних та хронічних стресових ситуацій на сприйнятливність та особливості патогенезу, перебігу та терапії психосоматичних захворювань. У цей напрямок входить велика кількість окремих

напрямів вивчення психосоматичної патології (наприклад, стрес та адаптаційні реакції, стрес та стресові пошкодження, стрес-фактори та картина їх суб'єктивного переживання тощо).

4. Нейрофізіологічний напрям (Анохін, 1975; Губачов, 1994; Судаков, 1987; Курцин, 1973), в основі якого лежить прагнення встановити взаємозв'язки між окремими психофізіологічними характеристиками (наприклад, деякі неокортикально-лімбічні характеристики або симпатико парасимпатикотрофні прояви) та динамікою вісцеральних проявів (активацією органних функцій).

Принциповою основою концепції є наявність *функціональних систем*. Даний напрямок вивчає нейрофізіологічне забезпечення стійких патологічних станів та пояснює виникнення психосоматичних розладів порушеними кортиковісцеральними взаємини. *Суть цієї теорії* полягає в тому, що порушення кортикальних функцій сприймаються як причина розвитку вісцеральної патології. У цьому враховується, що це внутрішні органи мають своє представництво у корі мозку. Вплив кори великих півкуль на внутрішні органи здійснюється лімбіко-ретикулярною, вегетативною та ендокринною системами.

Психоендокринний та психоімунний напрямок досліджень, що вивчає широкий спектр нейроендокринних та нейрогуморальних феноменів у хворих на психосоматичні захворювання (психоендокринне тестування особливостей та рівня синтезу катехоламінів, гіпофізарних та тиреоїдних гормонів, специфіка імунограм).

Пошук «специфічного нейрогормонального забезпечення» емоційного реагування показав, що високий рівень особистісної та ситуативної тривожності пов'язаний із різноспрямованими нейрогормональними зрушеннями. Теорія порушення функціональної асиметрії мозку як причина психосоматичної патології (Косенков, 1997, 2000).

Ворожість концепції. Згідно з цією гіпотезою, гнів і ворожість можуть відігравати істотну роль в етіології різних важких соматичних захворювань (Graves, Thomas, 1981; Smith, 1998). Проте всі гіпотези сходяться на одному: *соціальна дезадаптація* – це основна причина виникнення психосоматичної патології. Як оглядові роботи, що висвітлюють різні теорії патогенезу психосоматичних

захворювань, можна порекомендувати наступні: Бройтигам та інш., 1999; Любан-Плоцца та інш., 2000; Ісаєв, 2000.

5. Психосоматичні порушення харчової поведінки психосоматика харчової поведінки

1. Задоволення голоду викликає відчуття захищеності та доброго самопочуття. Під час годування дитина відчуває втіху тілесного неблагополуччя. Шкірний контакт з теплим, м'яким материнським тілом при харчуванні дарує немовляті відчуття того, що воно любимо. Крім цього, він губами та язиком відчуває ссання материнських грудей як щось приємне. Цей приємний досвід дитина намагається пізніше повторити “смоктанням великого пальця руки”. Таким чином, у переживанні немовляти залишаються нероздільними почуття ситості, захищеності та любові (Любан-Плоцца та ін., 2000). *Існує небезпека*, що у немовлят залишаються порушення розвитку, якщо вони дуже рано виявляються та незрозумілим для них чином фрустровані в їх вітальних потребах. Якщо така дитина зрештою отримує харчування, вона часто ковтає поспішно, не відчуваючи насичення. Цей тип поведінки є відповіддю немовляти *на незахищені, порушені стосунки з матір'ю*. Передбачається, що таким чином *закладається основа для пізнішого розвитку тенденцій до захоплення, заздрості та ревнощів*. Ще більш вирішальною, ніж спосіб годування, є *становлення матері до своєї дитини*. Про це вказував вже З. Фрейд. Якщо мати не звертається з любов'ю до дитини, якщо вона при годівлі в думках далека від неї або поспішає, це може мати наслідком розвиток у дитини агресивності по відношенню до неї. Ці агресивні спонукання дитина часто неспроможна ні відреагувати, ні подолати, може їх лише витіснити. Це веде до амбівалентної установки до матері. Взаємно протилежні рухи почуттів зумовлюють різні вегетативні реакції. З одного боку, організм готовий для їди, а з другого — ні. Якщо ж дитина несвідомо відкидає матір, це веде до зворотної нервової реакції, до спазмів, блювоти. Це може бути першим психосоматичним проявом пізнішого невротичного розвитку. Таким чином, прийом їжі знаходиться не тільки в тісному зв'язку з потребою в любовній турботі, він також є комунікативним процесом. Це знаходить своє вираження вже в тому, що їда

передбачає регулярну роботу з іншими людьми. Більшість людей воліє їсти в суспільстві. Психотерапевт повинен враховувати це, коли він вимагає від хворого пожертвувати певною частиною своїх гастрономічних звичок: вони ставляться до їжі як до складової його життя, до його радощів, можливо, до небагатьох радощів. Той, хто повинен обмежувати себе в їжі або дотримуватися певної дієти, часто відчувається неповноцінною людиною, відлученою від столу повного життя. Тому необхідно постійно роз'яснювати хворим, чому ми маємо вимагати від нього подібної жертви. Найкраще викликати у хворого наснагу до досягнення цієї мети. Поради мають бути точними та зрозумілими. Найкраще давати вказівки в письмовому вигляді і не в стандартній формі, а з прізвищем пацієнта та складеними спеціально для нього зауваженнями. В іншому рекомендується завжди розпитувати хворих, які приходять на прийом зі скаргами на порушення харчування або захворювання шлунково-кишкового тракту, про їхні харчові звички. Вони можуть дати цінну інформацію про те, чому в животі відчувається тяжкість, зник апетит або мучить палкий голод. Клінічне порушення сприйняття свого тіла супроводжується явно вираженою депресивною симптоматикою чи соціальною фобією. На тлі клінічного порушення сприйняття свого тіла розвиваються тяжкі психосоматичні порушення харчування, такі як булімія та нервова анорексія. Задоволеність своїм тілом залежить насамперед від стабільного почуття впевненості у собі. Хто добре відчуває своє тіло, налаштований оптимістично, впевнений у собі, той не стане легкою здобиччю реклами і того стандартного образу, який диктується нормами і приписами, що встановилися в суспільстві. Такі люди знають, що їхнє внутрішнє самопочуття залежить не тільки від того, як вони виглядають зовні (Cash 1997).

6. Ожиріння

Ожиріння може бути викликане батьками, коли вони систематично на будь-яке зовнішнє вираження дитиною потреби відповідають пропозицією їжі і ставлять свій прояв любові до дитини в залежність від того, чи їсть вона. Ці структури відносин ведуть до нестачі сили “Я”, у результаті фрустрації, що неспроможні переноситися і опрацьовуватися і лише стиратися з допомогою «підкріплення» (Bruch, 1957). У хворих з ожирінням часто спостерігається дуже тісна прихильність до матері,

домінування матері в сім'ї, де батько грає лише підлеглу роль (Petzold, Reindell, 1980). Мати своєю надмірною турботою затримує руховий розвиток і готовність до соціального контакту і фіксує дитину в пасивно-рецептивній позиції (Brautigam, 1976). Психодинамічно підвищене надходження калорій пояснюється як захист від негативних, особливо депресивно забарвлених емоцій і страху. Якийсь єдиний тип хворих описати не вдається. У хворих виявляються риси внутрішньої зухвалості, апатично-похмурого розпачу та ознаки втечі в самотність. Процес їжі зрушує – хоч і тимчасово – негативні емоції у вільну від депресії фазу. Хворі почуваються недосконалими, вразливими, неспроможними. Гіперфагія (зниження активності) і, як результат цього, надмірна вага дають відомий захист від глибокого почуття недостатності: ставши масивним і значним, людина з ожирінням здається собі сильнішою і захищеною. В окремих випадках є чіткий тимчасовий зв'язок появи та посилення потягу до їжі з якоюсь фрустрацією.

За рахунок регресивного прирівнювання значень любові та харчування людина з надмірною вагою втішає себе їжею через відсутність любові до себе. Клініко-катамнестичний метод дозволив виявити значну частоту стресів у особистих та сімейних відносинах, тобто сфера міжособистісної взаємодії є найбільш проблемною для хворих з ожирінням. Вони виявляють підвищену сенситивність щодо міжособистісних конфліктів. У хворих з ожирінням виявлено помітне підвищення стійкої особистісної тривожності, яка сприймається як базальна психічна властивість, що повертає до підвищеної сенситивності до стресових впливів. Ситуативна (реактивна) тривога досягає за рівнем вираженості невротичного рівня. Відмінною особливістю психологічного захисту таких хворих є переважання механізму психологічного захисту на кшталт реактивних утворень (гіперкомпенсації). Змістовна характеристика цього варіанта психологічного захисту передбачає, що особистість запобігає усвідомленню неприємних чи неприйнятних нею думок, почуттів, вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Відбувається хіба що трансформація внутрішніх імпульсів у тому суб'єктивно розуміючу протилежність. Для хворих також типові незрілі протективні механізми психологічного захисту, один із яких пов'язаний з агресією, перенесенням на власних негативних уявлень

(проекція), а інший – з переходом до інфантильних форм реагування, обмеження можливостей альтернативної поведінки (регресія). Слід виходити з того, що фактори, що призводять до ожиріння в однієї людини, не обов'язково діють на іншу. У психологічному відношенні також виявляються різні констеляції. Найчастіше називають такі причини ожиріння:

- Фрустрація при втраті об'єкта кохання. Наприклад, до ожиріння можуть призводити, частіше у жінок, смерть чоловіка, розлука з сексуальним партнером або навіть вихід з батьківського дому («пансіонне ожиріння»). Загальновизнаним є той факт, що втрата близької людини може супроводжуватися пригніченістю та одночасно підвищенням апетиту («закусити гірку пігулку»). Діти часто реагують підвищеним апетитом при народженні молодшої дитини у сім'ї.

- Загальна пригніченість, гнів, страх перед самотністю та почуття порожнечі можуть стати приводом до імпульсної їжі. Ситуації, що вимагають посиленої діяльності та підвищеної напруги (наприклад, підготовка до іспитів, професійні навантаження), пробуджують у багатьох людей підвищені оральні потреби, що призводять до посиленої їжі чи куріння. У всіх цих «виявляючих ситуаціях» їжа має значення заміщаючого задоволення. Вона служить для зміцнення зв'язків, безпеки, послаблює біль, почуття втрати, розчарування, як у дитини, яка з дитинства запам'ятала, що при болі, хворобі або втратах їй давали солодощі для втіхи. Багато хто страждає на ожиріння в дитинстві мали подібний досвід, який привів їх до неусвідомлених форм психосоматичних реакцій. Для більшості хворих на ожиріння має значення те, що вони завжди були товстими, вже в дитинстві та ранньому дитинстві були схильні до повноти. При цьому цікаво, що у фруструючих і жорстких життєвих ситуаціях годування та зайва їжа можуть стати фактором, що регулює напругу, як для батьків, так і для їх підростаючих дітей. Ожиріння та їжа як заміщення задоволення є, таким чином, проблемою не однієї людини, а всієї родини. Ці ситуаційні умови необхідно пов'язувати з особливостями особистості пацієнта і її переробкою. У психодинамічній інтерпретації можна віддати перевагу концепції регресу з фіксацією на оральному задоволенні. Їжа є заміщенням відсутнього материнського піклування, захистом від депресії. Для дитини їжа – це більше ніж

просто харчування, це самоствердження, зняття напруги, материнська підтримка. У багатьох хворих з ожирінням спостерігаються сильна залежність від матері та страх розлуки з нею. Оскільки 80 % батьків хворих на ожиріння також мають надмірну масу тіла, то можна думати про фактор схильності, а також про особливо інтенсивні зв'язки в сім'ї та особливість традицій, про стиль відносин, коли відкидаються прямі прояви любові, а їх місце займають оральні звички та зв'язки. Прийомні діти менше схильні до ожиріння при ожирінні батьків, ніж рідні (Meyer, 1967). Описано певні форми раннього дитячого розвитку та сімейного середовища у дітей зі схильністю до ожиріння. Матері таких дітей виявляють гіперопіку та надприв'язаність. Батьки, які все дозволяють і нічого не забороняють, не можуть сказати «ні», компенсують цим свої докори совісті та почуття, що вони мало дають своїм дітям. Батьки в таких сім'ях слабкі та безпорадні (Bruch, 1973). Оральна розпещеність часто мотивується порятунком батьків від почуття провини за своє емоційне відчуження, за байдужість і внутрішнє неприйняття ними дитини. Годування дітей - це єдино можливий засіб вираження прихильності до них, який батьки не в змозі виявити розмовою, дотиком, грою з ними. Оральна відмова є результатом різних форм поведінки як надтурботної, так і байдужої матері.

Психотерапія.

Курси схуднення, як правило, виявляються неефективними, якщо не вдається спонукати хворого до зміни інстинктивно-емоційної поведінки, при якій гіперфагія та надмірна вага перестали б бути для нього необхідними. Успіхи терапії на практиці настільки низькі тому, що ігнорується баланс насолоди хворого, для якого в цілому більш прийнятним та переносимим є зберігати свою надмірну вагу, ніж розбиратися зі своїми проблемами. У ході дієтичного лікування понад 50% хворих демонструють такі симптоми, як нервозність, дратівливість, підвищену стомлюваність, широке коло депресивних проявів, які можуть виявлятися у вигляді дифузного страху. Причинами частого неуспіху психотерапевтичного лікування ожиріння можуть бути:

- Винятково симптоматично орієнтований підхід з роз'ясненням органічних та функціональних порушень не тільки неадекватний проблемі хворого з ожирінням, але також нерідко має наслідком те, що він зрештою відчувається не стільки хворим,

скільки нерозумним та емоційним. Відкидається.

- Відсутність ретельного аналізу поведінки, її умов та мотивацій при лікуванні поведінкового порушення.

- Труднощі при подоланні соціологічних факторів, наприклад, сімейних чи національних навичок до вживання висококалорійної їжі.

- Пацієнти набагато частіше не виконують призначення психотерапевта, ніж можна подумати. Саме ця поведінка хворих дратує терапевта, особливо тому, що він припускає, що хворий, який не дотримується приписів, не готовий до співпраці. У багатьох роботах, однак, показано, що хворий часто не в змозі зрозуміти чи запам'ятати вказівки терапевта, оскільки вони надто складні, але не наважується просити роз'яснення чи повторення.

Як можна мотивувати хворого до співпраці та дотримання терапевтичних розпоряджень? Найважливіша активна участь хворого в терапії. Для цього психотерапевт повинен спочатку знайти місток контакту з хворим. Чим краще він зможе зрозуміти хворого, тим легше йому це вдасться. Він повинен визначити, як глибоко особистісно торкнуться хворої втратою, що стала для нього звичною, знайти можливості подолання конфлікту та отримання задоволення іншими способами. Потім має бути створено план індивідуального лікування з урахуванням особистих та виробничих обставин. Пацієнту повинна бути дана можливість тренування та контролю незвичної для нього харчової поведінки.

Поведінкова терапія. Більшість авторів свідчать про ефективність поведінкової психотерапії, спрямованої на зміну неадекватних стереотипів поведінки (Basler, Schwoon, 1977; Brownell, 1983; Stunkard, 1980). Принцип схуднення надзвичайно простий – обмежити споживання калорій, за сучасними дієтологічними уявленнями, насамперед – жирів (Гінзбург та ін., 1997). Найважче – втілити цей принцип практично.

Програма поведінкової психотерапії, запропонована Uexkull (1990), включає п'ять елементів:

Письмовий опис поведінки під час їжі. Пацієнти повинні докладно записувати, що вони їли, скільки, коли, де і з ким це відбувалося, як вони при цьому почувалися,

про що говорили. Перша реакція пацієнтів на цю стомлюючу і забираючу багато часу процедуру – ремствування та невдоволення. Однак, зазвичай, через два тижні вони відзначають значний позитивний ефект від ведення подібного щоденника. Наприклад, один комерсант, який проводить багато часу в дорозі, вперше почав аналізувати, що він зловживає їжею в основному тільки в автомобілі, де в нього заготовлені великі запаси солодошів, горішків, картопляних пластівців та ін. після цього значно тяжко схуднути.

Контроль стимулів, що передують акту їжі. Він передбачає виявлення та усунення стимулів, що провокують їжу: легкодоступних запасів висококалорійної їжі, солодошів. Кількість таких продуктів у будинку необхідно обмежувати, а доступ до них робити важко. На випадок, коли неможливо протистояти бажанню щось з'їсти, під рукою мають бути низькокалорійні продукти, такі як селера чи сира морква. Стимулом до їжі може бути певне місце або час доби. Наприклад, багато людей їдять, сидячи перед телевізором. Як і в експериментах Павлова щодо вироблення умовного рефлексу у собак, включення телевізора є своєрідним умовним стимулом, що асоціюється з їжею. Щоб скоротити і контролювати зайві умовні стимули, пацієнту радять їсти тільки в одному місці, навіть якщо йдеться лише про один шматочок або глоток. Найчастіше таким місцем є кухня. Доцільно створити також нові стимули та посилити їхню виняткову дію. Наприклад, пацієнту можна порадити використовувати для їжі окремий вишуканий посуд, срібні столові прилади, серветки кольору, що кидається в очі. Пацієнтів просять використовувати цей посуд навіть для незначних прийомів їжі та перекушування. Деякі пацієнти навіть беруть свої столові прилади із собою, якщо вони їдять поза домом.

Уповільнення процесу їжі. Пацієнтів вчать навичку самостійно контролювати прийом їжі. Для цього їх просять рахувати під час їжі кожен ковток та шматок. Після кожного третього шматка потрібно відкладати столовий прилад, поки цей шматочок не буде пережований та проковтнутий. Поступово паузи подовжуються, досягаючи спочатку хвилини, та був і довше. Краще починати подовжувати паузи наприкінці їжі, оскільки вони переносяться легше. З часом паузи стають довшими, частіше і починаються раніше. Пацієнти навчаються також відмовлятися під час їжі від усіх

одночасних занять, таких як читання газети або перегляду телепередачі. Вся увага має бути зосереджена на процесі їжі та на отриманні задоволення від їжі. Необхідно створити навколо затишну, приємну, спокійну та розслаблену атмосферу, і, звичайно ж, уникати розмов за столом.

Посилення супутньої активності. Пацієнтам пропонується система формальних заохочень за зміну своєї поведінки та схуднення. Пацієнти отримують окуляри за кожне досягнення у зміні та контролі своєї поведінки: ведення щоденника, підрахунок ковтків та шматків, паузи під час їжі, прийом їжі тільки в одному місці та з певного посуду тощо. Додаткові окуляри можна заробити, якщо, незважаючи на велику спокусу, їм вдалося знайти альтернативу їжі. Тоді всі попередні окуляри можуть, наприклад, подвоїтись. Накопичені окуляри підсумовуються та перетворюються за допомогою членів сім'ї на матеріальну цінність. Для дітей це може бути похід у кіно, для жінок – звільнення від домашньої роботи. Окуляри можна переказувати також у гроші.

Когнітивна терапія. Пацієнтам пропонується сперечатися із собою. Терапевт допомагає знайти підходящі контраргументи в монолозі пацієнта. Наприклад, якщо йдеться про схуднення, то у відповідь на твердження: «Потрібно так багато часу, щоб схуднути», контраргумент міг би звучати так: «Але я все ж таки худну, а тепер я вчуся зберігати досягнуту вагу». Щодо здатності до схуднення, сумнів може бути таким: «У мене ніколи нічого не виходило. Чому має вийти зараз?» Контраргумент: "Все має свій початок, а зараз мені допоможе ефективна програма". Якщо йдеться про цілі роботи, то у відповідь на заперечення: «Я не можу припинити крадькома хапати шматочки їжі», контраргумент може бути таким: «А це й нереально. Я просто намагатимуся робити це рідше». З приводу думок про їжу: «Я постійно помічаю, що думаю про казковий смак шоколаду», можна запропонувати такий контраргумент: «Стоп! Такі думки лише фруструють мене. Якщо виникають відмовки: «У моїй сім'ї всі повні. У мене це спадкове», контраргумент міг би бути: «Це ускладнює схуднення, але не унеможлиблює його. Якщо я витримаю, то досягну успіху». **Сугестивна психотерапія.** Закріплює установку на правильну харчову поведінку та найбільш ефективна у пацієнтів із психологічним захистом на кшталт регресії, істероїдними

особистісними особливостями.

Позитивна психотерапія.

7. Ожиріння – здатність тут і тепер уявити собі щось приємне.

Розлади та фізіологія. При швидкому схудненні ніколи не зникає жировий шар, зниження ваги відбувається головним чином завдяки ефекту зневоднення. Схильність до ожиріння часто буває спадковою, та її прояв можна регулювати. Симптомом серйозного органічного захворювання на ожиріння є менш ніж у 5 % випадків (хвороба Кушинга, гіперінсулінізм, аденома гіпофіза та ін.), але і тут ступінь ожиріння піддається контролю.

Саме при ожирінні, яке хворі із задоволенням представляють як наслідок органічних порушень («залози не працюють»), психічні та психосоціальні фактори відіграють вирішальну роль. На додаток до призначення контрольованої дієти або курсу голодування слід запитати, що змушує людину їсти більше, ніж це необхідно. Поряд із досвідом з раннього дитинства, що їжа є чимось більшим, ніж просто надходження поживних речовин (наприклад, увага матері, «приспання» потреб, зменшення почуття невдоволення), це ще й ті концепції, які ми переймаємо у процесі виховання: «ти маєш добре їсти, щоб стати великим і сильним», «нехай краще лусне поганий живіт, ніж пропаде хороша їжа» (ощадливість). Вони відображають наше ставлення до їжі та нашу харчову поведінку. Принцип «людина є те, що вона їсть» наділяє процес їди особливим значенням. Спілкування, увага, захищеність та надійність дістаються за принципом «шлях до серця чоловіка лежить через шлунок». У рамках п'ятиступінчастої позитивної психотерапії за допомогою позитивного підходу та змістовного аналізу (усвідомлення харчових концепцій) закладаються основи повного сенсу терапії. Ожиріння розуміється як позитивне ставлення до «Я», як актуалізація відчуттів, насамперед смаку, естетики страв, як щедрість і широта натури щодо харчування, як відданість усталеним традиціям у харчуванні («хорошої людини має бути багато»).

8. Нервова анорексія. Терміном «анорексія» визначається хворобливий стан, що виникає в пубертатному періоді (майже виключно у дівчаток), пов'язаний з бажанням схуднути, стати витонченою і залишатися такою. Дослідження картини особистості

при анорексії наведено у багатьох роботах (Probst, 1997; Bulik et al. 1999; Strober, 1991; Casper, 1990; Heinberg, 1997; Wichstrom, 1995; Jager et al., 1991; Leon et al., 1995; Nagel, Jones, 1992). При хронічному перебігу є локальний страх, який можна назвати фобічним перед нормальною їжею, збільшенням маси тіла і досягненням середніх показників, необхідних для збереження здоров'я. Первинних соматичних чи гормональних порушень звичайно не виявляється. В основі цього порушення лежить підлітковий конфлікт розвитку без усвідомлення останнього та без реалістичної установки щодо власного соматичного стану. За особистісною структурою та внутрішнім дозріванням жінки з анорексією виявляються не готовими до своєї зрілості. Більше, ніж інші дівчата, вони переживають фізичне дозрівання, насамперед менструації та зростання молочних залоз, як свою підготовку до виконання жіночої ролі, вважаючи її чужою та надмірною для себе. Нерідко це призводить до амбівалентності щодо свого статевого дозрівання у жінок (рідше у чоловіків), що виявляється в характерному для пубертатного періоду прагненні вести аскетичний спосіб життя, причому молоді люди внутрішньо і зовні дистанціюються від статевих ролей і від потреб, що ендогенно виникають, і інтенсивно шукають інші заняття. Особистісна схильність маніфестує при анорексії особливою диференційованістю в інтелектуальній сфері та ранимістю - емоційною. Примітні також сенситивність і недостатня контактність, що простежуються в анамнезі, хоча дівчатка нічим не привертають до себе уваги. На мові теорії неврозів, у хворих на анорексію жінок частіше спостерігаються риси шизоїдної особистості. У багатьох випадках ще до початку хвороби виявляються аутистичні установки та соціальна ізоляція.

У процесі розвитку хвороби переважають дедалі тяжче сприймаються, подібні з маренням шизоїдні аутистичні ознаки. Хворі часто є єдиними дочками, мають братів і повідомляють про неповноцінність щодо них (Jones, 1976). Часто вони справляють враження зовні соціально компенсованих, сумлінних та слухняних аж до повної підпорядкованості. При цьому вони, як правило, мають високий інтелект і є блискучими учнями. Їхні інтереси духовні, ідеали аскетичні, працездатність та активність у діяльності високі. Провокуючою ситуацією для порушеної харчової поведінки нерідко є перший еротичний досвід, який хворі не можуть переробити та

переживають як загрозовий; повідомляється також про сильне суперництво з сибсами та страхів розставання, які можуть активуватися внаслідок смерті бабусь/дідусів, розлучень або відходу сібсів з батьківського гнізда. Психодинамічний процес істотно визначається амбівалентним конфліктом близькості/дистанції з матір'ю, до чиєї близькості вони прагнуть, одночасно побоюючись її (Zioiko, 1985). З одного боку, пацієнти спрямовують проти себе агресію, що самознищує, якою вони карають себе за імпульси розлучитися з матір'ю, що сприймаються як «зрада». З іншого боку, відмова від їжі є спробою досягнення любовної турботи або, якщо це не вдається, засобом щонайменше роздратувати інших членів сім'ї, в т. ч. мати, і за допомогою харчової поведінки встановити над ними контроль. І насправді, у багатьох сім'ях подібних хворих харчова поведінка пацієнтів є всепоглинаючою темою, що викликає переважно негативні реакції. У лікуванні хворих намагаються перенести на клінічний персонал цю схему відносин. Подібна двозначність виступає, коли у відмові від їжі бачать оральний протест. Він спрямований насамперед на віддалену, але в той же час не надає дитині свободу мати. Відповідно амбівалентна і мета протесту: з одного боку, він служить тому, щоб примусити до любовної турботи, з іншого – їжа відкидається на підставі прагнення автаркії. Саме послідовно прагнення до автаркії призводить, хоч як це парадоксально, до самознищення. При нервовій анорексії оральна агресивність не лише пригнічується. Йдеться швидше про заперечення всіх оральних потреб, і Я намагається утвердитись і підняти свою цінність шляхом відкидання всіх оральних спонукань. При нервовій анорексії уявлення «я мушу схуднути» стає невід'ємним компонентом особистості. Ця особливість виявляється, однак, лише за симптомів, викликаних психотичними процесами. При важких формах нервової анорексії Я не бореться з пригнічуючими його уявленнями. Це пояснює відсутність свідомості хвороби та відхилення будь-якої допомоги. Можна говорити про моносимптоматичний психоз, який обмежується тотально домінуючим уявленням про те, що власне тіло має бути знищене шляхом відкидання всіх оральних устремлінь (Selvini-Palazzoli et al., 1977; Selvini-Palazzoli, 1975). Нервову анорексію називають хронічною формою самогубства (Clauser, 1967). Психодинамічно відмову від їжі можна розуміти також як захист від усього інстинктивно-тілесного, при цьому

маніфестний захист зрушений на оральний рівень. Нав'язливе схуднення часто інтерпретується як втеча від жіночності, і насправді відмова від їжі сприймається як тілесний успіх, коли він перешкоджає розвитку жіночих форм. Відмова від їжі служить також захистом від страхів вагітності, що виявляється у тому, що багато пацієнток обґрунтовують свою харчову поведінку тим, що «у жодному разі не хочуть мати товстий живіт».

Нервова анорексія є, проте, як боротьбою проти дозрівання жіночої сексуальності. Це також спроба захисту від дорослішання в цілому на основі почуття безсилля перед наростаючими очікуваннями світу дорослих. На додаток до індивідуальної психодинаміки велике значення для діагностики та терапії має поле відносин у сім'ях хворих. Сімейні відносини часто визначаються атмосферою перфекціонізму, марнославства та орієнтування на соціальний успіх. Їх характерний сімейний ідеал самопожертви з відповідним змаганням членів сім'ї (Wirsching, Stierlin, 1982). Процес взаємодії різко визначається контролюючими, гармонуючими та гіперопікувальними імпульсами. Емоційні конфлікти заперечуються, адекватні методи вирішення конфліктів не виробляються. Атмосфера в сім'ї представляється внаслідок цього постійно напруженою, проте зовні демонструється закрита картина злагоди та гармонії. Для сімей з хворими на анорексію описані такі поведінкові характеристики, як в'язкість, надмірна турботливість, уникнення конфліктів, ригідність і залучення дітей до батьківських конфліктів. Симптоматика анорексії розуміється як боротьба за владу дочок з їхніми батьками в рамках надмірно пов'язаних відносин, причому власне тіло представляє для хворої останню сферу, в якій вона може відмежуватися від вимог батьків і утримати скільки автономії (Minuchin 1977; Minuchin et al., 19.). У такій сім'ї кожен прагне нав'язати іншому власне визначення відносин, інший у свою чергу відкидає нав'язуване собі ставлення. Ніхто в сім'ї не готовий відкрито запозичити керівництво та приймати рішення від власного імені. Відкриті спілки між двома членами сім'ї немислимі. Коаліції, що перекривають покоління, заперечуються на вербальному рівні, навіть якщо їх можна встановити на невербальному. За фасадом подружньої згоди та гармонії знаходиться глибоке взаємне розчарування, яке, проте, ніколи не визнається відкрито (Selvini-

Palazzoli et al., 1977). Загалом у сім'ях помітно часто домінує жіночий авторитет, чи це мати чи бабуся. Батьки перебувають здебільшого поза емоційним полем, оскільки приховано чи явно придушуються матерями. Це знижує їх цінність, сприймається сім'єю, потім вони реагують подальшим відходом, що дає матерям простір подальшого розгортання їх домінуючих позицій. Жінки з істеричними та депресивними рисами особистості мають відносно кращий прогноз, ніж хворі на вираз шизоїдної структури особистості. Готовність у процесі лікування до встановлення психотерапевтичних відносин та здатність аналізувати минулі та можливі майбутні конфлікти відносяться до сприятливих прогностичних критеріїв. Пацієнтки зазвичай роблять енергійні спроби привернути до себе увагу лікаря та персоналу своєю дитячою безпорадністю і водночас витонченістю та розважливістю. Але всі спроби досягти дійсного впливу на них, впровадитися в їхню особистість, встановити спільність спочатку ними відкидаються. Вони розглядають лікування, особливо стаціонарне, яке розкриває їх хитрощі у зв'язку з харчовим ритуалом, як щось зовсім непотрібне, оскільки не вважають себе хворими. Якщо надходження до стаціонару неминуче, вони прагнуть самі визначати перебіг лікування, домагаються певних привілеїв, насамперед намагаються віддалити момент штучного годування за допомогою шлункового зонда.

Так само, як і встановити взаємини з хворим, важко порозумітися з його батьками, яким складно погодитися з визнанням їхнього сина або дочки хворими. Для лікаря та медичних сестер виникає небезпека стати «цапами-відбувайлами» для членів сім'ї пацієнта. Коли в сімейно-терапевтичній бесіді бере участь кілька терапевтів, це збільшує шанси поділу відповідальності в очах окремих членів сім'ї; стає легше зрозуміти, чому кожен на підставі свого досвіду та умов розвитку стає таким, яким він є.

Психотерапія. Для лікування анорексії різними авторами пропонувалося безліч терапевтичних заходів (Garner, Garfinkel, 1997; Jasper, Maddocks, 1992; Vandereycken et al., 1987; Cash, 1997; Srinivasagam et al., 1995). Вже це, а також і часті протиріччя між окремими рекомендаціями дозволяють переконатися в невпевненості в успіху та нестачі специфічних методів. Зазвичай рекомендується лікування спеціальних

центрах з добре взаємодіючим персоналом і комбінацією різних терапевтичних заходів (Kohle, Simons, 1979). Найбільш виражений ефект має сімейна терапія. Обґрунтована оцінка сімейної терапії дана у роботі (Weber, Stierlin, 1989). Фахівці з поведінкової терапії перейшли від оперативного обумовлення до інтегрованого впливу. Метод включає першому етапі застосування поведінкової і навчальної техніки, але в другому – лікування, спрямоване психосоціальні проблеми (Basler, 1979). Перший контакт ускладнює холодна, пасивна та часто недовірлива позиція хворих. Вже Фрейд вважав неприпустимим амбулаторне лікування, тому що «ці близькі до смерті хворі мають здатність так опановувати аналітика, що йому стає неможливим подолати фазу опору». Терапія проходить важко, у т. ч. через відсутність свідомості хвороби у пацієнтів. Відбувається «обмін ударами» з лікарем, який пацієнт може легко виграти досягненням мінімальної ваги (Ziolko, 1971). У стаціонарі слід звертати більше уваги та зусиль не на самого хворого, а на труднощі у його стосунках з іншими хворими, персоналом та іншими лікарями. Ці труднощі посилюються з часом, зокрема у міру того, як дедалі більше виступає протистояння протилежних імпульсів справляє враження примхливості і шкідливості (Kutemeyer, 1956). На початку лікування концепції поведінкової терапії знаходиться фаза компенсаторного харчування. Якщо не вдається змінити харчову поведінку подальшим використанням поведінкових методів, слід використовувати зондом харчування за життєвими показаннями.

Терапія ґрунтується на принципі оперантного кондиціювання харчової поведінки. Хворі ізолюються, ситуація харчування збагачується присутністю терапевта. У той час як на початку лікування хворий нагороджується за кожну збільшення ваги, на наступній стадії винагорода дається за утримання рекомендованої ваги (Schaefer, Schwarz, 1974). Поряд з поведінковими концепціями застосовуються тілесно-орієнтовані методи лікування, які дозволяють провести корекцію спотворених уявлень про зовнішність, оптимальну вагу, режим харчування та фізичну активність. Успішно використовуються також методи гештальт-терапії, транзактного аналізу, арт-терапії, психодрами, танцювальної терапії.

9. Булімія.

4. Булімія (бичачий голод) позначається як нав'язлива їжа/блювання або їжа/дефекація (Drewnowski et al., 1994). Як і нервова анорексія, булімія проявляється переважно у жінок. Провідна симптоматика захворювання полягає у:

- частій появі окреслених у часі нападів переїдання;
- активний контроль ваги шляхом частих блювот або використання проносних.

Хворі на булімію зовні благополучні: у них ідеальна фігура, вони успішні та активні. Чудовий фасад приховує, однак, вкрай низьку самооцінку. Вони постійно запитують себе, що від них очікують оточуючі, чи правильно поведуться. Вони прагнуть більшого успіху і часто плутають кохання, якого вони домагаються, з визнанням (Genlinghoff, Backmund, 1989). Структура особи пацієнток з булімією так само неоднозначна, як і при анорексії. У цілому нині булімію можна пояснити соціальними протиріччями, у яких виростають сучасні західні жінки. Досліджуючи історичні умови появи булімії, Habermas (1990) характеризує її як «етнічний розлад» і в диференційованому дослідженні простежує коріння цього захворювання. Він визначає типовий та нормативний конфлікт середнього та пізнього підліткового віку, який має спільні риси у всіх жінок з булімією. Це, по-перше, відхід із батьківської сім'ї та завдання розвитку своєї самостійності; по-друге, проблема розвитку у зв'язку з неприйняттям свого сексуально дозрілого тіла та конфлікт у зв'язку із сексуальною ідентифікацією. За першим враженням хворі часто видаються сильними, незалежними, цілеспрямованими, честолюбними та витриманими. Це, проте, значно відрізняється від їхньої самооцінки, відзначеної почуттям внутрішньої порожнечі, безглуздості та песимістично депресивного фону як наслідку шаблонів мислення та поведінки, що ведуть до почуття безпорадності, сорому, провини та неефективності (Habermas, Muler, 1986). Сприйняття себе і «Я-ідеал» різко розходяться, хворі вкладають це розщеплення в зовні хорошу картину, що погано приховується. Часто вони походять із сімей, у яких комунікація імпульсивна і є значний потенціал насильства. Структура відносин у сім'ях відзначена високою конфліктністю та імпульсивністю, слабкими зв'язками між собою, високим рівнем життєвого стресу та малоуспішною проблемно-вирішальною поведінкою при високому рівні очікувань соціального успіху. У цій ситуації хворі рано приймають відповідальні завдання та

батьківські функції. Власні побоювання не впоратися і опинитися у владі свавілля та ненадійності батьків контролюються та компенсуються дбайливою поведінкою; слабкі та залежні аспекти власної особистості стримуються і, зрештою, відреагуються у нападах переїдання та порятунку від їжі. Емоційна нестабільність, імпульсивність зі страхом втрати контролю, низька фрустраційна толерантність та високий потенціал внутрішньої потреби у зловживанні визначають психодинаміку порушення. Хворий часто не вдається диференційовано сприйняти свій внутрішній стан і усвідомити його, що призводить до дифузного почуття внутрішньої загрози, що повністю охоплює хворих. Оскільки формулювання конфлікту неможливе, відбувається його зрушення в оральну сферу. Харчування змінює своє значення. Голод спотворено інтерпретується як загроза внаслідок втрати контролю, контроль над тілесними функціями надмірно узагальнено прирівнюється до здатності впоратися із проблемами. Сам собою напад переїдання має функцію зниження напруги, інтеграції, що втішає самозадоволення, яке, проте, діє короткочасно. Це сприймається хворим як втрата контролю, що наражає на радикальний сумнів її автономію і здатність впоратися з життям. Блювота викликається, щоб підтримувати сталість ваги тіла, що для хворої є мірою та індикатором того, що самоконтроль та самовизначення знову повернуто. Почуття сорому і провини у зв'язку з цим часто є причиною соціального і емоційного регресу, а також розщеплення на благополучну, що зовні подається, і приховується погану самооцінку. Розбіжність між сприйняттям та подачею себе може викликати почуття внутрішньої порожнечі та напруги, що активується у навантажувальних пускових ситуаціях і знову запускає реле хвороби. Буліміки зазвичай:

- перфекціоністи (намагаються все робити на «відмінно»);
- схильні до зневіри, депресії, нав'язливих думок чи дій;
- імпульсивні, хаотичні, готові ризикувати;
- мають низьку та нестійку самооцінку;
- не задоволені власним тілом;
- ставлять собі нереалістичні мети;
- впадають у відчай, коли не вдається цих цілей досягти;
- будують особисті стосунки також за «булімічну» схему: палке захоплення —

різкий розрив;

- мають неприємні дитячі спогади, пов'язані з їжою (їжа як покарання, насильницьке годування, скандали тощо).

Психотерапія. Як і при психосоматичних захворюваннях взагалі, для вибору адекватного лікування в кожному окремому випадку булімії слід брати до уваги особливості хворого – вік, мотивацію, хронізацію, здатність до адекватної самооцінки, фізичний та психічний стан, тяжкість розладу особистості, зловживання алкоголем, небезпека суїцидів і т. д. Представники різних шкіл повідомляють про ефективність практично будь-якого лікування від класичного психоаналізу до сімейної терапії, від поведінкової терапії до індійської медитації, від феміністичних груп до стаціонарної або пролонгованої амбулаторної терапії. Порівняльні дані про показання та прогнози при різних методах лікування можна подати таким чином (Lacey, 1985; Fairburn et al., 1991; Fairburn et al., 1992; Ricca et al., 2000). Амбулаторне лікування, при якому пацієнт залишається у своїх звичайних умовах, є адекватним для більшості хворих жінок і часто буває достатнім. Стаціонарне лікування для страждаючих булімією показано тільки в тих випадках, коли в картині хвороби на перший план виступають виражені аномальні риси особистості, суїцидальні тенденції, зловживання алкоголем тощо. у ранньому дитинстві ушкоджень. Як і при інших порушеннях харчування та формах наркоманії, протипоказана непряма розкриваюча психотерапія. Методом вибору є системоцентровані конфронтуючі та структуровані втручання та активне ведення лікування, спрямоване на подолання симптомів, перш за все в обмежених у часі формах. Успіх лікування стабілізується наступними такими, що захищають, супроводжують і при необхідності... розкривають форми лікування. Контрольовані методи когнітивно-поведінкового лікування з подальшим катамнестичним дослідженням дали позитивні результати, які не були досягнуті при застосуванні інших методів (Fairburn, 1985; Fairburn et al., 1986; Fairburn et al., 1993; Spangler, 1999; Wilson 1999; Ricca et al., 2000).

Етапи психотерапії

За будь-яких форм психотерапії повинні бути включені наступні етапи.

1. В одній або кількох діагностичних бесідах з пацієнткою з'ясовуються її

нинішня харчова поведінка і загальна життєва ситуація, переважно хаотична і приховувана від інших і від самої себе харчова поведінка у всіх його деталях – кількість прийомів їжі, її кількість, приготування до їжі, ситуації, в яких виникала така поведінка, і передусім цей настрій, а потім емоційний фон у нинішній життєвій ситуації з її труднощами та конфліктами та зовнішніми та внутрішніми обставинами.

2. Пацієнтці пропонується новий режим прийому їжі у формі письмової програми з чітким регулюванням частоти та часу прийому, кількості та виду їжі. Для цього у зошиті, який пацієнтка веде щодня, зазначаються всі деталі харчування.

3. На спеціально виділеній сторінці зошита описуються найважливіші події дня, настроїв та насамперед ситуації, у яких виникають рецидиви булімії, з їхньою залежністю та зв'язком з емоційним станом.

4. Розвиток загальної життєвої та конфліктної ситуації, а також симптоматика рецидивів булімії обговорюються один раз на тиждень в індивідуальній півгодинній бесіді з психотерапевтом (жінкою чи чоловіком). План харчування та життя наступного тижня складається з урахуванням фізіологічної потреби. Пацієнтка зважується у присутності свого психотерапевта, який таким чином «документує» відповідальність за її масу тіла та стан здоров'я.

5. Далі приєднуються групові бесіди з пацієнтками з булімією. Цей етап лікування триває понад десять тижнів; бесіди проводять після обіду або ввечері в поліклініці індивідуально або в групах, або комбінуючи ці методики. Тактика лікування така, що після 10-тижневої інтенсивної програми необхідно проводити індивідуальні бесіди з пацієнтками спочатку з малими, а потім з дедалі більшими інтервалами часу (через кілька тижнів, потім – місяців), але завжди у твердо встановлені терміни. Для пацієнток та обставина, що хтось цікавиться ними постійно і розділить з ними відповідальність, якщо вони повідомлять про подальші рецидиви, є великою підтримкою. Як показують численні спостереження, булімічні напади можуть виникати і за наступних кризових ситуацій.

Висновок. Представлені основні концепції психосоматичної патології показують, що неможливо вичленувати ізольовано специфічні психічні або фізіологічні констеляції, які охоплювали б весь спектр проявів при даному виді

захворювань. Високий рівень особистісної та ситуативної тривожності пов'язаний із різноспрямованими нейрогормональними зрушеннями. Задоволення голоду викликає відчуття захищеності та доброго самопочуття. Клінічне порушення сприйняття свого тіла супроводжується явно вираженою депресивною симптоматикою чи соціальною фобією. Слід виходити з того, що фактори, що призводять до ожиріння в однієї людини, не обов'язково діють на іншу. У психологічному відношенні також виявляються різні констеляції. Психодинамічно підвищене надходження калорій пояснюється як захист від негативних, особливо депресивно забарвлених емоцій і страху.

Питання до теми

1. Розкрити “концепцію алекситимії”
2. Поясніть поняття “соціальна дезадаптація”
3. Поясніть поняття “Ворожість концепції.”
4. Психоендокринний та психоімунний напрямок досліджень.
5. Поясніть поняття “Концепція алекситимії”
6. Поясніть поняття “Інтеграційні моделі.”
7. Поясніть поняття “Нейрофізіологічний напрям”
8. Поясніть поняття “Психоаналітичні концепції”
9. Поясніть тип поведінки немовляти на незахищені, порушені стосунки з матір'ю.
10. Поради психотерапевта на незахищені, порушені стосунки з матір'ю дорослим пацієнтам.
11. Причини ожиріння.
12. Опишіть психологічний портрет пацієнта при ожирінні.
13. Опишіть механізм психологічного захисту на кшталт реактивних утворень (гіперкомпенсації).
14. Програма поведінкової психотерапії при ожирінні.
15. Психотерапія ожиріння.
16. Нервова анорексія та чинники її виникнення.
17. Психологічний портрет пацієнта з розладом анорексії.
18. Опишіть атмосферу в сім'ї пацієнта з розладом анорексії.

19. Методи психотерапії при анорексії.
20. Булімія та чинники її виникнення.
21. Психологічний портрет пацієнта з розладом булімії.
22. Психотерапія булімії. Методи.

Рекомендована література:

Основна: [1-2]

Допоміжна: [2,5,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1-2]

ТЕМА 3. ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Мета. Довести, що так чи інакше, але годування та почуття ситості надалі, з розвитком дитини та становленням вже зрілої особистості, служать не лише для досягнення насичення, а й опосередковують собою турботу, почуття безпеки, переживання того, що тебе люблять. Дослідити взаємозв'язок емоцій та органу психосоматичних проблем організму, а *основне* - познайомити з нейрофізіологією та фізіологією роботи вашого організму у скрутних для вас життєвих ситуаціях.

Ключові слова: шлунково-кишковий тракт, виразки, шлунок, кишковик.

Вступ. Поглинання та виділення – основні функції шлунково-кишкового тракту. Але вони у своїх проявах перебувають у певних відносинах з навколишнім світом, пов'язані з його емоційним станом, з відносинами з іншими людьми і з зовнішнім життєвим простором. Такі переживання, як агресія, побоювання, страх, депресія, гальмують функції шлунка та кишечника, порушують моторику і як наслідок призводять спочатку до функціональних, а при прогресуванні процесу – до органічних змін структури шлунково-кишкового тракту.

План

1. Шлунково-кишкові захворювання
2. Психонейрофізіологія шлунково-кишкового тракту
3. Взаємозв'язок емоцій та органу

4. Виразки шлунка та дванадцятипалої кишки: *поділ психологічних типів*

Висновок

1. Шлунково-кишкові захворювання.

Моторні, вегетативні, гуморальні та центральні процеси у цій соматичній сфері не можна ізолювати від душевного стану людини. Тому не дивно, що такі дії людини, як процес прийняття їжі, жування, ковтання, перетравлення та виділення залишків міцно входять до більш тонких рівнів взаємодії людини – з іншими людьми, що оточують її. Це знаходить своє відображення у повсякденному мовленні – «тобі це не по зубах», «його важко розкусити», «ти навряд чи це перевариш», «аж слинки потекли», і т. д., не кажучи вже про таке багате відображення в промови процесу виділення – «з г... змішати», «ти у повному лайні» тощо. Новонароджена дитина у функціонально-психологічному відношенні є суцільний рот. Це найголовніший інструмент взаємодії новонародженого з оточуючим. Так чи інакше, але годування та почуття ситості надалі, з розвитком дитини та становленням вже зрілої особистості, служать не лише для досягнення насичення, а й опосередковують собою турботу, почуття безпеки, переживання того, що тебе люблять. Прийом їжі і процес насичення залишаються на все життя можливістю задоволення, що заміщає, до якої можна завжди вдатися при будь-якому розчаруванні. Цей внутрішній зв'язок між психічним станом людини і процесом поглинання та виділення призводить до того, що емоційний стан людини при прийнятті їжі впливає на подальший процес її перетравлення.

2. Психонейрофізіологія шлунково-кишкового тракту.

Агресія, побоювання, страх – біологічно ці переживання пов'язані з функцією скорочення м'язових клітин. При небезпеці чи агресії виникає рефлекторний спазм, напруга. Жодна жива істота, крім людини, не прийматиме їжу, перебуваючи в цих станах, тому що для цього потрібно спочатку розслабитися - висунутися зі свого панцира (натурального чи м'язового). Сучасна людина переносить закони хижого світу у світ соціальних відносин. У порівнянні з тваринним світом він безпечніший, але в ньому «небезпека» – це не стільки небезпека бути вбитим чи з'їденим, скільки небезпека бути звільненим. Людина не тільки здатна їсти у стані пригніченості, агресії

чи страху, але й вдається до поглинання великої кількості їжі, або курити, як до засобу «заспокоїти нерви». В результаті їжа потрапляє в спазмований, затиснутий від стресу стравохід, шлунок, кишковик. *Наслідком* цього є широкий спектр шлунково-кишкових розладів, починаючи від гастриту і закінчуючи прободними виразками.

Випорожнення кишечника в повсякденному житті пов'язується з агресивними почуттями, спрямованим проти особистості («або з ніг до голови»). Анальна зона взагалі пов'язується з пригніченою боротьбою проти авторитету («пор... я ними хотів»). У багатьох мовних оборотах виявляється також безпосередній зв'язок понять калу та майна, особливо грошей (асенізатор – «золотар», «прибери своє лайно»). У багатьох тварин дефекація пов'язана із ситуацією спокою та безпеки. Ворожість не дозволяє виділити кал. Людина також прагне приурочити дефекацію до спокійного періоду дня, коли її не обтяжують важкі проблеми та турботи. У тварин виділення калу, як і сечі, використовується як мітка запахом для відмежування своєї території. Кал тут має відношення до власності, до сфери довіри, до володіння. У ранніх психоаналітичних постулатах кінцева частина кишечника та анальна область вважалися ерогенною зоною. Маленькій дитині, поки вона не переступить бар'єр огиди, гра з калом приносить задоволення; в окремих випадках зберігається фіксація цих ранніх дитячих переживань. Пізніше затримка виділення калу також може переживатися з приємним почуттям, а відмова від володіння внаслідок вимушеної втрати калу пов'язується із втратою та переживаннями страху. Компоненти затримування, збереження калу, страх втратити щось матеріальне, позбутися його є вже у дітей. Виділення калу має характер подарунка у відношенні до коханої людини (батько, мати, нянька і т.д.), який, у свою чергу, привчає дитину регулювати свої виділення та приурочувати їх до бажаного моменту. Разом про те нездатність щось утримати, перебільшена безкорислива віддача до переживання повної втрати пов'язані з легким, навіть дуже швидким і частим виділенням калу. Почуття пригніченості, безпорадності, безсилля пов'язане як зі страхом, та й посиленням діяльності кишечника (це добре знають солдати перед зустрічю з ворогом, артисти перед виступом і студенти перед іспитом). При емоційній діареї (часті проноси, не обумовлені патологічними процесами в товстому кишковику) провідною причиною є

більш-менш усвідомлено пережиті ситуації страху та підвищеної вимоги з боку оточуючих. Поряд з харчовою поведінкою система травлення особливо придатна для соматичного посередництва у вираженні проблематики впевненості та захищеності, бо їжа є найпершою формою власності, що гарантує існування, а травлення – найпершою формою управління та користування цією власністю. Ці основні тенденції у міру розвитку людської особистості, її душевного та фізичного дозрівання та формування совісті набувають складного виразу: почуття провини та покаяння можуть виражатися у відмові від їжі чи завзятої блювоті. *Вовчий голод* стає симптомом регресивного прагнення до захищеності перед перевищеними можливостями завдання людини. До прагнення захищеності та власності можуть приєднуватися - жадібність і прагнення до влади, у поведженні з вмістом кишковика може розіграватися психологічна проблематика віддавання та утримання, а також прагнення успіху і нав'язливе послухання або, навпаки, впертість і відкидання. Хвороби шлунково-кишкового тракту за своїми регресивними ознаками подібні до тих, що отримують в останні роки все більшого поширення *депресивними* та *наркологічними* захворюваннями. На відміну від них, хвороби шлунково-кишкового тракту більш *маскують*, ніж *виявляють* душевні переживання. Страх, внутрішня потреба та невпевненість часто витісняються шлунково-кишковими захворюваннями. Видимим у разі залишається лише тілесний синдром. Якщо, нарешті, зачеплений орган чи симптом вимикається медикаментозним чи хірургічним шляхом (виразка шлунка, виразковий коліт), часто виникають *психічні симптоми* – страх, депресія, наркотичні тенденції.

3. Взаємозв'язок емоцій та органу

Психосоматична медицина намагається розуміти мову органів як вираження емоційних феноменів та відмежовувати від факторів конституції та схильності. Тілесні феномени, що стосуються харчової поведінки та травлення, співвідносяться з певними емоційними процесами (Staehein, 1963):

- Проблеми оволодіння (стоматит, симптоми слизової рота);
- нездатність щось проковтнути (порушення харчування, ковтання);
- бути відкинутим, зневаженим (втрата апетиту, печія, блювання, схуднення);

- безуспішні хронічні зусилля переварити, засвоїти (болі в шлунку, надмірна перистальтика, пілороспазм, виразка);
- хронічна неможливість переробити щось (болі, ентероколіт, дратівливість товстого кишковика);
- неможливість віддати будь-що (хронічні запори);
- бажання викинути щось (хронічний пронос).

4. Виразки шлунка та дванадцятипалої кишки

У типології виразкових хворих, яка не орієнтована виключно на модель психології неврозів, пропонується наступний *поділ психологічних типів* (Overbeck, Viebl, 1975):

1. **Психічно «здоровий» виразковий хворий.** Особи з гарною функцією “Я” і стабільними об'єктними відносинами, які при масивному неспецифічному або специфічному (що йде зі сфери оральних переживань) навантаженні при сильній регресії “Я”, ресоматизації і певної схильності шлунка хворіють на виразку в якості єдиної психосоматичної реакції.

2. **Виразковий хворий з неврозом характеру,** формуванням псевдонезалежних реакцій або обсесивно-депресивними рисами з оральними конфліктами, помітними оточуючим (наприклад, керівний працівник, який розповсюджує навколо себе агресивну напругу). Конфлікт декомпенсується при хронічному перебігу внаслідок особливих переживань образи, невдачі, любовної втрати після двофазного витіснення.

3. **Соціопатичний виразковий хворий.** Пасивно-залежні хворі зі слабким “Я”, надмірною залежністю від об'єктів, схильні до прориву інстинктів або параноїдно-кве-рулятивним типам поведінки, що зовні виявляють свої оральні конфлікти як «асоціальні хворі» (наприклад, хворі на виразку алкоголіки, рентивні невротики), захворювання дрібних зовнішніх відмови у любові та зверненні до себе. Їх розлад шлунково-кишкового тракту стає зрозумілим як відповідний їх психічним потребам органний модус або фізіологічні кореляти.

4. **«Психосоматичний» виразковий хворий.** Невиразні особистості з бідною фантазією, що є своєрідно ригідними і механічними у способі життя та об'єктних відносинах, що виробляють при дослідженні почуття повної порожнечі відносин.

Вони можуть бачити в оточуючих лише себе і за специфічних навантажень і кризах (часто – у зв'язку з втратою об'єкта) звично психосоматично реагують. Часто поряд з виразковою хворобою спостерігаються й інші психосоматичні порушення, такі як лихоманка, серцеві симптоми, ревматизм тощо. Крім того, у таких пацієнтів констатують почастищення нещасних випадків та оперативних втручань.

5. **"Гормональний" виразковий хворий**, надмірно орієнтований на нормальність поведінки, надмірно адаптивний, з чіткими обмеженнями "Я" на основі вираженої тенденції заперечення (наприклад, реальності власного стану *виснаження* та фізичного самопочуття). Як робітники або дрібні службовці, які часто працюють додатково за сумісництвом, вони перебувають у стані хронічного саморуйнівного стресового навантаження, на тлі якого часто блискавично з'являється виразкова симптоматика. Щодо маніфестної поведінки у літературі розрізняють *пасивний* та *гіперактивний* типи виразкового хворого:

Пасивний виразковий тип схильний до субдепресивного фону настрою і прямо висловлює свої потреби залежно свого настрою. Він вважається маніфестно-залежним. Виразковий напад настає, «коли несвідомі чи свідомі бажання залежності зустрічають відмову» (Freiberger, 1972). При *пасивному* типі несвідомий страх бути покинутим стоїть на першому плані і веде до постійної напрузі. Ці індивіди шукають обставини і людей, які їх «не мають права покинути». Це люди, які не можуть повірити, що дружина їх більше не любить. В результаті кожний сумнів, відсутність люблячого погляду може спричинити *панічну реакцію*. До таких напруг може вести і страх перед авторитарною батьківською фігурою. Кроки до самостійності та незалежності не робляться. Хворий насолоджується перевагами залежності та відмови від будь-якого ризику. Життєва стратегія у тому, щоб бути захищеним. Цей маніфестно-залежний, пасивний виразковий тип часто походить із сім'ї, в якій він був розпечений дуже дбайливою матір'ю. Хворому не вдається досягти переривання "*психологічної пуповини*", стати незалежним від матері. Він залишається з бажанням захисту та допомоги, сильно прив'язаним до материнської фігури, тоді як батько може зайняти лише другорядне становище, коли його «визнають». Loch (1963) описує нездатність деяких хворих вчитися "вистояти в конкуренції з батьком", знайти

"визнання та підтвердження себе як чоловіка". Хворі і при виборі партнера керуються своєю потребою у турботі, що захищає їх.

Гіперактивний тип виразкового хворого. Пацієнт потребує такого гіперактивного підтвердження, оскільки не в змозі забезпечити собі почуття захищеності в інший спосіб, крім досягнення успіху. Цей тип шукає успіху, але загалом неуспішний, оскільки предметом його прагнень є визнання себе та особистий престиж. Це – дон Жуани досягнень та успіху, вони одночасно активні та невпевнені в собі. Наочне уявлення про конфлікти у хворих із захворюваннями шлунка дано Александером (2002): інфантильні бажання залежності мають тут специфічний зміст – отримати шляхом пасивного харчування кохання та увагу – спонукання, які вступають у конфлікт зі зрослим “Я”. Оральнорецептивні бажання, які на міжособистісному рівні означають безпеку, близькість, любов, турботу, але на рівні їжі – бути нагодованим, можуть реалізуватися з двох причин. Вони будуть відкидатися через внутрішню амбівалентність за допомогою активності, дітолюбства, наполегливої самостійності та самоствердження, агресії проти осіб, що захищають їх і уособлюють материнство, шляхом перегравання, відкидання, нехтування, надкомпенсації та/або будуть фрустровані внаслідок зовнішнього тих чи інших осіб, довірчого оточення чи внаслідок перевантаження себе роботою, самостійністю чи відповідальністю.

Пасивно-оральні бажання у чоловіків часто набувають відтінку ніжної прихильності, привернення до себе уваги сильніших особистостей і не допускають едіпового суперництва з усіма фрустраційними наслідками, що впливають з цього. Як бажана пасивно-оральна поведінка, і агресивна орально-залежна готовність шлунка ведуть до встановлення у плані «насичення» чи «перетравлення», відбувається хронічне підвищення функцій органу з гіперсекрецією. Простежуючи ранні дитячі модальності відносин із психоетіологічних позицій, можна побачити, що вони ведуть до фіксації на оральному лібідонозному рівні. Досвід показує, що як відмова, так і заохочення можуть мати місце при фіксації на стадії орального лібідо. При цьому слід враховувати, що кожне заохочення містить елемент відмови, оскільки воно шкодить підготовці дитини до наступних неминучих вимог життя, формування

власної активності та самостійності. Воно затримує тренування дитини, якої вона потребує, щоб у подальшому, керуючись власними спонуканнями та масштабом діяльності, мати можливість розвиватися самостійно. Картина особистості виразкових хворих вивчалася у численних роботах (Levenstein et al., 1992; Jain et al., 1995; Jess, 1994; Levenstein, 1999; Lydiard et al., 1994; Mcintosh et al., 1983; Piper, Tenn).

Висновок. Прийом їжі і процес насичення залишаються на все життя можливістю задоволення, що заміщає, до якої можна завжди вдатися при будь-якому розчаруванні. Цей внутрішній зв'язок між психічним станом людини і процесом поглинання та виділення призводить до того, що емоційний стан людини при прийнятті їжі впливає на подальший процес її перетравлення. Хвороби шлунково-кишкового тракту за своїми регресивними ознаками подібні до тих, що отримують в останні роки все більшого поширення депресивними та наркологічними захворюваннями. На відміну від них, хвороби шлунково-кишкового тракту більш *маскують*, ніж *виявляють* душевні переживання.

Питання до теми

1. Психологічні чинники шлунково-кишкових захворювань.
2. Психологічний портрет пацієнтів з шлунково-кишковими захворюваннями.
3. Психологічні чинники “Виразки шлунка та дванадцятипалої кишки”.
4. Психотерапія пацієнтів з захворюванням “Виразки шлунка та дванадцятипалої кишки”.
5. Описати тілесні феномени харчової поведінки та травлення співвідношення з певними емоційними процесами пацієнтів.
6. Описати психологічний портрет *видів* виразкових хворих.
7. Типи виразкових хворих.

Рекомендована література:

Основна: [3,4]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання: [1-2]

ТЕМА 4. ПСИХОСОМАТИКА ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Метою психотерапії хворих на бронхіальну астму є також корекція емоційних розладів і неадекватних форм поведінки. Дослідити, що бронхіальна астма (БА) є класичним прикладом багатофакторно обумовленої хвороби, при якій взаємодіють численні компоненти, в основному психосоматичні, інфекційні та алергічні. Дослідити причини *виникнення* БА.

Ключові слова: бронхіальна астма, синдром гіпервентиляції, фізіологічні функції легень.

Вступ. Емоційний стан людини визначає як видимі показники дихання – його частоту та глибину, так і фізіологічні функції легень – насичення крові киснем та підтримання кислотно-лужної рівноваги (Брой-тігам та ін., 1999). Просте збудження як елементарна та ще недиференційована форма таких станів, як страх, гнів, лють тощо, призводить до почастішання дихання. Порушення, що тривало зберігається, не знаходить розрядки, може проявлятися «акторним» типом дихання, гіпервентиляцією. Врівноважений, приємний настрій призводить до спокійного та гармонійного ритму вдиху та видиху, як це буває уві сні.

План

1. Хвороби органів дихання.
2. Бронхіальна астма.
3. Синдром гіпервентиляції.

Висновок

1. Хвороби органів дихання

У стані страху, раптового потрясіння може настати короткочасна зупинка дихання. Зовні зміна характеру дихання може бути майже непомітна. Вдих може розтягуватися, затримуватися так, що настає подих. Видих також може коротшати або зтягуватися і цим як би акцентуватися, поки не настане почуття полегшення при зітханні. При відділенні новонародженого від материнського організму він має передусім дихати. Перший крик – це перший прояв самостійного життя (перший подих). Прирівнювання дихання до автономного існування нерозривним чином

відображається в організмі. Дихання є також засобом самовираження. Дихання відбиває емоційні процеси і розкриває їх надійніше, ніж будь-яка інша вегетативно керована функція: сум зменшує глибину дихання, тоді як радість збільшує її; боязкі люди часто мають поверхневе чи нерівномірне дихання (Любан-Плоцца та ін., 2000)

2. Бронхіальна астма

Бронхіальна астма (БА) є класичним прикладом багатофакторно обумовленої хвороби, при якій взаємодіють численні компоненти, в основному психосоматичні, інфекційні та алергічні. Емоційні фактори навряд чи самі по собі можуть створити достатні умови для розвитку хвороби, але у біологічно схильної до неї людини вони можуть привести в дію астматичний процес (Voiten, Frijda, 1994). За даними низки досліджень (Lehrer et al., 1993), особистість хворих на бронхіальну астму характеризується рядом специфічних особливостей.

Психологічна метафора бронхіальної астми – утруднення виживання, нездатність «дихати на повні груди» в цьому складному світі.

Чинники. Перешкоди виникають у беззахисної дитини, коли любові батьків недостатньо, а самостійне дихання – це єдина функція людини, яка виникає лише після народження. Всі інші ознаки нашої життєздатності формуються ще в материнській утробі, де затишно та безпечно, а всі життєві потреби забезпечені автоматично (Радченко, 2002). Момент народження – це важка праця та сильний страх: «Що за мир там, зовні?». На щастя, там існують мама та тато, які здатні забезпечити ту ж безпеку і той самий комфорт. Але якщо їх уваги і турботи не вистачає, то перша система, яка ризикує збитися і втратити правильний ритм, - це *дихання*. Втім, буває й інша причина – турбота батьків така велика, що жоден вдих чи видих просто неможливо зробити самостійно, весь час хтось допомагає їх зробити за тебе. **Нестача турботи та її надлишок однаковою мірою позбавляють здатності бути незграбним, «дихати вільно».** Діти несвідомо шукають виходу, спрацьовує життєвий інстинкт, і більш тяжкі прояви хвороби у них з'являються для того, щоб змінювалася “тактика порятунку”.

Дорослі пацієнти з бронхіальною астмою забувають свою дитячу історію, але загострення їх захворювання відбувається, зазвичай, коли треба виявити сміливість,

відповідальність, незалежність чи зуміти пережити смуток, самотність.

Психологічний профіль особистості. Спроби виявити «відповідальні» за виникнення бронхіальної астми психічні конфлікти, пошук схильних до їх виникнення особистісних особливостей призвели до гіпотези про існування специфічного патогномонічного для захворювання «профілю особистості», що повертає до його маніфестації. Основні характеристики такого «профілю особистості» у хворих на бронхіальну астму визначаються як схильність «пригнічувати депресію та агресію», «стримувати реакції на фруструючий вплив», переважання «нементалізованих переживаних», «підвищена нервовість, надмірна збудливість або млявість, підвищена виснаженість», «висока тривожність».

Патогномонічний для пацієнтів бронхіальної астми «профіль особистості» асоціюється з проявами **олексетимії** – механістичним характером мислення, що виявляється у нездатності фантазувати, прагненні оперувати конкретними поняттями. У поведінці та рисах особистості таких хворих часто виявляються реакції із захистом емоційних, насамперед, агресивних спонукань, а також приховане бажання ніжності та близькості. За псевдоіндиферентною чи навіть агресивною поведінкою може ховатися сильна потреба у коханні та підтримці.

Загальноприйнятим вважається значення агресії. Агресія у астматиків не витісняється. Так як вона переживається як небезпечна, хворий не може її висловити, він не може випустити свій гнів на повітря. Це проявляється у нападах ядухи. Астматики дуже переживають агресивність, але виявляють її; вони недовірливі і підозрілі і тому не схильні до самопожертви. У астматиків часто виявляється реактивність освіти, яка заміняє агресивні тенденції і бажання близькості, у них часто проявляються розлади у сексуальній сфері. У астматиків часто виявляється фізіологічно не обумовлена надчутливість до запахів. При цьому впадає в око, що ця надчутливість відноситься насамперед до тих запахів, які якимось пов'язані з нечистотами і неакуратністю, а також з неохайністю і неохайною поведінкою (тому миють підлогу по декілька разів на добу). Астматики з підвищеною сприйнятливістю запахів також вкрай залежні від суджень і думки людей, що їх оточують. Між порушенням функції дихання в астматиків бачать зв'язок з порушеною здатністю

хворих брати і віддавати, вираженою тенденцією до неповернення, утримання або збереження.

У важких алергіків описаний конфлікт на кшталт «володіти-віддати» і тенденція ідентифікувати себе у спілкуванні коїться з іншими особами, «бути сплавленим». Ранні порушення відносин з матір'ю виявляються у хворого як конфронтація «бажання ніжності», з одного боку, і «страху перед ніжністю» – з іншого. Для астматиків характерна боязкість з істеричними та/або іпохондричними рисами. Від самих хворих, їхній страх залишається прихованим.

Концепції «нуклеарного конфлікту» та «специфічного відношення», створені, вказують на те, що коріння розвитку *захисно-приспосувального значення симптому* бронхоспазму полягають в особливостях ранніх відносин матері та хворої дитини. У нашій культурі такі стосунки можна назвати «люблю і ненавиджу», коли при зближенні стосунків мати відчуває роздратування та почуття провини за нього, а дитина – материнське обурення та відчуження. Це породжує в нього тривогу і страх, а відкритий вираз почуттів забороняється матір'ю («не плач, перестань кричати») і з побоюванням відштовхнути її. Блокування вербального каналу комунікації компенсаторно викликає розвиток тілесних комунікабельних зв'язків, до яких належить прагнення отримати схвалення і тепле ставлення матері за допомогою астматичних симптомів. Надалі ці симптоми стають для астматика способом *маніпулювання* особами значущого оточення, а для сімей з «тліючим» невротичним конфліктом, від вирішення якого вони «йдуть» через свої невротичні риси, способом збереження сімейного «гомеостазу» (Купріянов, 1985).

Психонейрофізіологія. Фізіологічний сенс бронхоспазму внаслідок збільшення рівня тривоги автори бачили у її захисному значенні. Вони вважали, що бронхоспазм - це реакції захисту від загрозливого агента, і таке ж значення, але вже з включенням більш високих рівнів реагування несе в собі симптом тривоги. Фізіологічний конфлікт при ХА має своє продовження в психологічному конфлікті, в емоційному житті багатьох астматиків. Так само, як адекватне постачання киснем необхідне для нормального фізіологічного зростання і розвитку, і постійне і адекватне отримання любові необхідне для нормального зростання та розвитку пацієнтів. Відомо, що

материнське заперечення відіграє центральну роль у виникненні нервово-психічного механізму патогенезу бронхіальної астми. Встановлено, що у ряді випадків материнське заперечення передувало не лише захворюванню дитини, а й її народженню. Причини заперечення походять зі своєї емоційної незрілості матері, невирішених проблем, що мали місце у її дитинстві. Астматики виражають та переживають більше негативних емоцій порівняно зі здоровими особистостями. Розглядається особливий нервово-психічний варіант розвитку бронхіальної астми у дорослих, коли прояви захворювання виступають у ролі захисного механізму, що сформувався через різні внутрішньо-і міжособистісні конфлікти дитячого віку (Ушаков 1987; Федосєєв, Купріянов; 1985).

Механізм патогенезу.

Було виділено *чотири* варіанти нервово-психічного механізму патогенезу бронхіальної астми: неврастеноподібний, істероподібний, психо-стіноподібний і змішаний, або «шунтовий» (від англ. shunt – шунтувати, переводити на запасний шлях). Для кожного варіанта властиві свої внутрішньо- та міжособистісні невротичні конфлікти. Зовнішні прояви залежать від особистісних особливостей пацієнтів, варіанта поведінки, що санкціонується в даному мікросоціальному середовищі і служить цілям адаптації пацієнтів. У разі загострення неврастенічного типу конфлікту (з одного боку, постійне невдоволення собою реальним, неприйняття себе; з іншого боку, вічне прагнення до уявного блискучого, недосяжного ідеалу розщепленої особистості) хвороба дозволяє пацієнтам уникнути необхідності слідувати створеному ідеалу власного “Я”. Вони повніше приймають себе завдяки шляху пом'якшення систем “невротичних вимог” до себе (фікція того, якими вони повинні бути замість прийняття того, які вони є насправді) не через обмеження особистісних та інших ресурсів, а у зв'язку з їх захворюванням. Іншими словами, це хворі зі зниженою самооцінкою, непосильно завищеними вимогами до себе та обтяжливою свідомістю своєї неспроможності, захистом від якої стає напад бронхіальної астми.

Основним, у клінічному прояві бронхіальної астми, є поява астматичних симптомів у характерних для даного пацієнта умовах.

Причини появи такого нападу можуть бути зумовлені декомпенсацією

психологічного захисту від емоційного напруження, внаслідок «просочування» у свідомість травмуючої інформації, що вказує на неадекватне сприйняття образу «Я» хворого (**переважання внутрішньоособистісного конфлікту**) у разі неадекватної вимоги до себе пацієнтів з *неврастеноподібним механізмом*. При *істероподібному механізмі* хворих відрізняє підвищений рівень домагань до значних осіб мікросоціального оточення (родина, виробничий колектив, медперсонал) та спотворення образу «Ми» у сім'ях, у випадках звичного маніпулювання особами значущого оточення, коли бажаного результату хворий досягає за допомогою нападу. Малюнок поведінки цих хворих відрізняється тенденцією перекладати відповідальність за себе та за те, що з ними відбувається в житті, на оточуючих, підвищеними вимогами до оточуючих та зниженими до себе, захисним маніпулюванням особами значущого оточення. Пацієнти з *психостеноподібним* варіантом бронхіальної астми відрізняються підвищеною тривожністю, блокуванням емоцій, несформованістю власної ціннісної системи, залежністю від осіб значущого оточення і низькою здатністю до самостійних рішень. Приступ бронхіальної астми може з'явитися при необхідності прийняти відповідальне рішення через наростання тривоги. "Умовна приємність" нападу полягає в тому, що він позбавляє пацієнтів цієї необхідності.

У разі "*шунтового*" механізму напад з'являється у боязкого, тривожного хворого при залученні його як арбітра (або "стрілочника" - shunter) у конфлікт родичів. У цьому випадку напад необхідний для розрядки непродуктивної невротичної конфронтації членів сім'ї та для отримання уваги та турботи під час нападу інфантильним та залежним астматиком. Таким чином, він містить у собі риси і *істероподібного* механізму (маніпулювання оточенням та перекладання відповідальності на значущих інших), і *психостеноподібного* (тривожність, залежність, складність словесного вираження свого емоційного стану та різке збільшення рівня тривоги за необхідності прийняття рішень).

Отже, можна виділити **особистісні риси**, що привертають до розвитку та фіксації дихальних порушень по *нервово-психічному механізму*. Це низький рівень фрустраційної толерантності (недостатня стійкість до стресів), інфантилізм,

схильність до блокування емоційних переживань, крихкість і незрілість психологічного захисту, неадекватне уявлення про себе, збільшення комунікативної значущості «мови тіла» (соматичні відповіді) емоцій, бажань, потреб, що актуально переживаються, – внаслідок порушення здатності до словесного вираження почуттів. Особистісні особливості та невротичні порушення, а також неадекватні особистісні реакції на захворювання (тривожно-депресивні, фобічні, анозогностичні, псевдоанозогностичні, істеричні, іпохондричні) визначають деструктивні форми поведінки хворих, які потім трансформуються у *поведінкові стереотипи психічного механізму*. Характерними ситуаціями, що сприяють захворюванню, є ті, що вимагають вираження вороже-агресивних чи ніжних та відданих почуттів. Такому прояву почуттів протистоїть проте захист у формі актуальних ситуаційних мотивацій або у вигляді характерної хронічної невротичної реакції. Сильні та часто амбівалентні переживання зневаги та ніжності лежать в основі захисту та витіснення. Типово також зближення із почуттям особливого очікування (так звана «астма першої шлюбної ночі»).

Психотерапія. Психотерапевтичне лікування бронхіальної астми спрямоване на підвищення життєвих можливостей, здатності брати на себе відповідальність за своє життя. Це своєрідне «кисневе підживлення», що забезпечує глибоке, вільне дихання. Психотерапія бронхіальної астми не буває короткочасною, тут час поступово «відмотується назад». Якщо цією дорогою йдуть у ногу пацієнт, його психотерапевт і лікар-пульмонолог, йти стає легше. Досягають цього шляхом розбудови значних відносин хворого.

Психотерапія особливо показана:

- хворим, у яких цей механізм патогенезу є одним із провідних;
- хворим із супутніми нервово-психічними розладами та неадекватними реакціями особистості (у тому числі на хворобу), що ускладнюють їхню повну реабілітацію;
- хворим на бронхіальну астму без вираженого нервово-психічного компонента, що перебувають у стані психологічної кризи, коли ймовірність формування цього механізму патогенезу зростає (особистісні та мікросоціальні фактори ризику,

нерозумні стилі виховання та реакції на захворювання членів сім'ї, наявність у родичів психосоматичних моделей адаптації до стресів).

Консультування. При консультуванні хворого психотерапевтом, психологом або психіатром збирається ретельний психологічний анамнез, який повинен містити дані про нервово-психічні захворювання батьків хворого (фактор спадковості та одночасно психо-екологія мікросоціальної групи), про психосоматичні захворювання членів сім'ї, дані про період вагітності та взаємини в сім'ї в цей період, а також про пологи та взаємини у цей час. Ці відомості дозволяють сформулювати уявлення про наявність моделей психосоматичного реагування в сім'ях, про ставлення до вагітності та формування відносин матері до майбутньої дитини, про характер того середовища, в якому вона має з'явитися. Далі докладно уточнюються умови його раннього розвитку, наявність у дитинстві нервово-психічних захворювань. Дослідженню піддається мікросоціальне середовище: уточнюються характер взаємовідносин із сибсами, з кожним із батьків чи кровних родичів, стиль виховання та взаємовідносини між батьками. Досліджуються характерні періоди розвитку пацієнта, успішність у школі, взаємини з учителями та однолітками. Особлива увага приділяється епізодам нервово-психічних порушень, психотравмуючих обставин і впливу їх на особистість пацієнта. Уважно з'ясовуються всі чинники, що впливають на соматичну сферу, вивчається індивідуально-особистісний сенс астматичних симптомів, їх суб'єктивне сприйняття, місце, що вони займають у структурі світосприйняття хворого, у системі адаптації до життя. Корисно поглянути на астматичні симптоми не лише очима хворого, а й з позицій членів сім'ї (чи іншої мікросоціальної групи). Це дозволяє глибше зрозуміти «умовну бажаність» хвороби, невротичну вигоду, яку вона приносить хворому, оцінити конфліктогенно провоковані напади ядухи як спосіб патологічної адаптації до мікросоціального середовища. Крім того, таким чином стає зрозуміло, як хвороба одного з членів сім'ї дозволяє функціонувати особливим шляхом всій сім'ї, створюючи групову форму психологічного захисту. Анамнестичні дані мають бути підтвержені та уточнені даними психологічного обстеження. При цьому у центрі уваги виявляється дослідження особливостей особистості хворого, характерологічні особливості, особливості емоційного реагування та мікросоціального оточення. Для

дослідження особистості хворого існує велика кількість тестів, вибір яких має здійснюватися відповідно до цілей дослідження та робочою гіпотезою. Аналізуючи інформацію, отриману анамнестичними, клінікопсихологічними та експериментально-психологічними методами, психотерапевт формує уявлення про когнітивні особливості особистості – особливості, що сприяють формуванню особистісних конфліктів, створення неадекватного, нереалістичного образу “Я” та сім’ї, що захисно спотворюють сприйняття пацієнтів і, таким чином, беруть участь у формуванні нервово-психічного механізму патогенезу бронхіальної астми. Когнітивні особливості проявляються через емоційні реакції. Таким чином можна дізнатися, що криється за блокуванням емоційних переживань і зниженням усвідомлення - зауваження емоцій, що актуально переживаються, і потреб. Тестовий матеріал структурує клінічні спостереження, органічно пов’язуючи його з іншими даними. Очевидною стає центральна роль *тривоги*, яка народжується з неадаптивних стереотипів поведінки та емоційних порушень (блокування емоцій або їх розгальмовування). Анамнестичні та тестові дані про особливості сімейної системи показують, як ці особливості хворих формуються та як функціонують у рамках сімейної системи, створюючи «сімейні міфи» (групова форма захисту), і для чого служать правила та ціннісні орієнтації у таких сім’ях. Розуміння цих важливих моментів пояснює індивідуально-особистісний сенс конфліктогенного симптому бронхоспазму у хворого та дає ключ до побудови терапевтичного втручання (Бронхіальна астма, 1996). Більшість астматиків спочатку схильні до соматичного трактування свого захворювання, до подолання якого вони ще не готові, це відповідає існуючій думці про хворобу та постулати соматичної медицини. Проте йдеться також про власну потребу хворого протистояти небезпечному почуттю залежності та вигнати його зі свідомості. Важливе завдання при встановленні показань для психотерапії полягає у відділенні придатних для лікування пацієнтів від непридатних. Катамнестично ефективним лікування виявляється швидше у хворих з порівняно тяжкими соматичними проявами хвороби, у яких були виражені, особливо фобічні, труднощі в переробці хвороби або агресивні та депресивні симптоми і які мали обмеження у своєму соціальному становищі, викликані захворюванням.

Малоефективним може виявитися лікування хворих з недостатньою вираженістю соматичних та психічних проявів хвороби, особливо якщо вони мають захисні антифобічні симптоми, тому їх було важко залучити до інтенсивної співпраці в рамках групової терапії.

Завдання психотерапії при істероподібному варіанті бронхіальної астми: - перенесення з оточуючих на хворого відповідальності за вирішення його емоційних проблем і свідоме прийняття її астматиком;

- формування адекватного рівня вимог до хворого залежно від його актуального психологічного та соматичного стану;

- створення умов для розумної реакції, що приймає без гіперпротекції мікросоціального середовища на астматичні симптоми;

- санкціонування зрілих способів поведінки та адаптації.

Основний акцент у психотерапії пацієнтів з неврасте-ноподібним варіантом БА робиться на формуванні прийнятної, доброзичливої мікросоціальної ситуації, яка надає можливість для поглибленого самопізнання та стабілізації самооцінки. Це створює умови для відмови хворих від завищених, непосильних вимог та життєвих цілей, сприяє усуненню тяжкої свідомості неспроможності у здійсненні тих бажань, від яких насамперед захищали астматичні симптоми. У хворих з психостеноподібним варіантом бронхіальної астми основну увагу приділяють формуванню власної ціннісної системи хворого, його зрілості та здатності до незалежної поведінки, уміння приймати самостійні рішення щодо своїх особистих проблем.

Психотерапевтична тактика у хворих з **шунтовим** варіантом бронхіальної астми полягає в провокації на перших етапах кризи, коли взаємодія членів сім'ї організується таким чином, що вони змушені мати справу зі спливаючими конфліктами, конфронтація з якими раніше уникалася. При цьому ми усуваємо із конфліктної ситуації астматика. Необхідно чітко відобразити зміст кризи, сприяючи розвитку такої ситуації, в якій виникає можливість та необхідність розвитку членами сім'ї нових відносин та комунікативних стереотипів. Приховані проблеми спливають і стають доступними для впливу на них.

Для *психотерапевтичної корекції* на особистісному та мікросоціальному

рівнях необхідно з'ясувати суб'єктивне значення факторів, що підкріплюють патологічну адаптацію пацієнтів до конфліктних ситуацій, та сприйняття астматичних симптомів як самим хворим, так і значущими особами його оточення. Можна досягти повної та стабільної редукції дихальних порушень, що провокуються за нервово-психічним механізмом, шляхом спрямованих зрушень у системі відносин особистості, у структурі та функціонуванні мікросоціальної системи, а також подолання елементів умовної необхідності астматичних симптомів для самого хворого та значущих осіб оточення. Зрушення на соціальному рівні тісно взаємопов'язані із позитивною динамікою на особистісному рівні. Остання проявляється гармонізацією особистості хворих, виробленням зрілих способів поведінки у стресових ситуаціях. Результати використання різних напрямів психотерапії для лікування бронхіальної астми розглянуті у зазначених роботах (Wientjes, 1993; Timmons, Ley, 1994; Buchholz, 1994; Creer, 1991; Erskine-Milliss, Schonell, 1981).

Симптоматична психотерапія (гіпнотерапія, аутогенне тренування) протипоказана хворим із нервово-психічними захворюваннями психотичного регістру. В інших випадках протипоказань немає. Застосування патогенетичної терапії обмежено рівнем розвитку інтелекту. Особам із низьким його розвитком, а також особам із психопатичними порушеннями патогенетична психотерапія не показана. Ускладнення за правильної психотерапевтичної тактики не зустрічаються.

Методи. Для індивідуальної та групової патогенетичної психотерапії ефективні такі методи, як гіпно-сугестивна терапія (Brown, Fromm, 1988; Isenberg et al., 1992), аутогенне тренування. Традиційно їх відносили до симптоматичних. Однак застосування в процесі гіпнотичного сеансу регресії віку, психодраматичних та інших прийомів, спрямованих на розтин невротичного конфлікту, відреагування блокованих переживань практично відносяться до елементів патогенетичної психотерапії і можуть суттєво полегшити переживання хворого. Дослідження доводить, що у процесі сеансу гіпнотерапії виникає «конкуруюча домінанта» стосовно патологічної домінанті, що з'являється завдяки хворобі. Більшість авторів відзначають у своїх пацієнтів суб'єктивне покращення без об'єктивних змін. Важливим достоїнством

цього є відсутність протипоказань (крім хворих із психотичними порушеннями, які мають гіпнотичний вплив може бути включено до структури абсурду). Вправи дихальної терапії, аутогенного тренування можуть бути корисні, насамперед, для розслаблення діафрагми, що дозволяє долати набуті неправильні форми дихання. Міцне місце в лікуванні бронхіальної астми зайняла дихальна терапія в різних формах. До них відносяться техніка вдиху в інтервалах між нападами (дихання методом позіхання при закритому роті), зосередження на сильному черевному диханні, і насамперед техніка видиху, при так званому гальмуванні губами, тобто подолання легкого периферичного опору губ під час видиху. Крім того, використовується техніка дихання та положення тіла під час астматичного нападу. Дихальна терапія, як і всі соматичні методики, націлена на зняття напруги та відволікання і тим самим зміну психічної установки. Ці зосереджені на тілі вправи можуть стати гарною підмогою для початку діалогу з хворим. Згодом хворі часто виявляють сильнішу потребу у розмовах, ніж вони виявляють це спочатку. У більш орієнтованій на тіло дихальної терапії, в аутогенному тренуванні чи функціональному розслабленні хворий знаходить менше можливостей вираження свого специфічного конфлікту з терапевтом. Deter (1986) повідомляє про лікування астматиків орієнтованої на хворобу *групової терапії*, в якій амбулаторно використовується наступна терапевтична концепція:

1. Інформація про патофізіологію та терапію різних форм астми. Роз'яснення хвороби, яке з різних причин проводиться недостатньо часто, має на меті, з одного боку, зняття страху, з іншого – мотивацію хворого на поведінку, адекватне захворювання.

2. Навчання, адекватним захворюванню, на типи поведінки. Це особливо необхідно при багатофакторній обумовленості нападу, психічні симптоми, які виступають особливо чітко, наприклад, надмірний чи заперечуваний страх, сприяють неправильній поведінці пацієнта у хворобі.

3. Освоєння технік розслаблення та дихання. Тим самим, поряд з прийомом медикаментів, хворі отримують можливість самотійно усунути напад, або утримувати його наростання до приходу медичної допомоги.

4. Відкриті розмови у межах групи. Хворі отримують можливість обмінятися особистим досвідом та випробувати почуття захищеності у групі.

5. Стимулювання взаємодії групи. Воно може отримати відому власну динаміку та вести до емоційного обміну між членами групи та провідними фахівцями. Терапевт має завдання часткової вербалізації несвідомих процесів та допомоги самодослідженню хворих.

3. Синдром гіпервентиляції

Психологічний портрет. Хворі, як правило, відрізняються анксіозно-депресивним основним фоном характеру з іпохондричними і фобічними рисами. Свій латентний страх вони часто приховують за вираженою фасадною поведінкою. Вони надзвичайно нормативні та імпонують як милі, адаптивні пацієнти з високим почуттям обов'язку. Їхні власні домагання вони зазвичай відсувають на задній план (Любан-Плоцца та ін, 2000). У поведінковому вираженні своїх емоцій хворі сильно стиснуті. Особливо вони не здатні переживати та відреагувати агресивні спонукання. Хворі описують себе як людей, які повинні «все в собі пережувати» або «надто багато сьорбнути». Тенденції покійно сприймати образи і нездатність постояти за себе нерідко сприймаються як стислість (Rose, 1976). Хворі схильні до залежних відносин із домінуючим партнером. Вони відтворюють свій засвоєний у дитинстві шаблон поведінки.

Чинники хвороби. Переважно хворі походять із сімей, в яких вони прирдабайливих, але емоційно фрустраційних батьків піддаються нормативному вихованню, що не враховує індивідуальні особливості (Bach, 1969). Зв'язок із слабшим батьком був сильнішим, тому що тут надавалися можливості щодо кращих відносин. Агресивні спонукання щодо домінуючого батька, що переживаються як екзистенційна загроза, пригнічуються дитиною. Таким чином набувається досвід, що найбезпечніше жити з набагато сильнішим партнером, навіть якщо ціною цієї безпеки стають власні претензії. Навіть якщо поведінка партнера стає образливою або фрустрованою, кожен протест слід стримувати тому, що бунтувати все одно не має сенсу. Біографія цих хворих показує, що вони знову і знову спрямовують себе у такі відносини безпорадної залежності, одночасно переживаючи безсилий страх при

загрозі втрати таких значущих осіб оточення, відношення до яких зберігається амбівалентним (Rose, 1976). Конфліктна ситуація, що провокує напад, містить елементи реальної чи уявної фрустрації чи образи, з одного боку, страх втрати залежних відносин, що забезпечують безпеку, з іншого. Нерідко напад слідує за ситуаціями, що вимагають від хворого спрямованої зовні, самостверджуючої та агресивної активності, яку він не в змозі продукувати внаслідок загального почуття безпорадності та безсилля або зі страху втрати влади, що позбавляє, але гарантує безпеку, значущої особи.

Психотерапія. Щоб зрозуміти наявні порушення та проводити лікування, психосоматичний аналіз кожного порушення функції дихання повинен розкривати роль дихання та значущість тієї чи іншої форми його порушення, виходячи із загальної ситуації хворого. Йдеться при цьому не тільки про тривіальне психосоматичне, а про значно більш складне, системно пов'язане поєднання соматичних, психічних, соціальних та інших істотних чинників (Любан-Плоцца та інших., 2000). Відносно часто при виражених невротичних та психосоматичних захворюваннях (істерія зі страхами, кардіофобія) доводиться чути про перенесені у підлітковому віці невротичні дихальні напади. Якщо симптоматика зберігається довго і конфліктний генез невротичного характеру дезактуалізується, слід думати про індивідуальну або групову терапію, хоча зазвичай схилити до неї хворих буває важко. Можуть використовуватись методи терапії, фокусованої на рішеннях, символдрами, арт-терапії, психодрами, сімейної психотерапії. При хронічних гіпервентиляційних станах показано дихальна терапія або аутогенне тренування за методикою Шульца - переклад ненормального (здебільшого грудного) дихання на легше діафрагмально-черевне. При аутогенному тренуванні переважно буває достатньо досягти першого основного ступеня – вправи з концентрації уваги переживання спокою і тяжкості, які за правильної техніки аутогенного тренування спочатку знімають напругу в м'язах рук та потім поступово викликають розслаблення всієї мускулатури. Результати використання різних напрямів психотерапії на лікування гіпервентиляційного синдрому розглянуті у зазначених роботах (Han et al., 1996; Nixon, 1994).

Висновок.

Отже, дихання – це фізіологічна функція, що здійснюється і регулюється потребами людини. Воно є фундаментальною властивістю стану власного “Я”, це спосіб обміну та встановлення рівноваги між індивідумом та середовищем. Щоб зрозуміти наявні порушення та проводити лікування, психосоматичний аналіз кожного порушення функції дихання повинен розкривати роль дихання та значущість тієї чи іншої форми його порушення, виходячи із загальної ситуації хворого. Переважно хворі походять із сімей, в яких вони при дбайливих, але емоційно фрустраційних батьків піддаються нормативному вихованню, що не враховує індивідуальні особливості дитини.

Питання до теми.

1. Чинники БА.
2. Психологічний профіль особистості з захворюванням БА.
3. Концепція захисно-приспосувального значення симптому БА.
4. Психонейрофізіологія БА.
5. Механізм патогенезу БА.
6. Особистісні риси розвитку та фіксації дихальних порушень по нервово-психічному механізму.
7. Психотерапія.
8. Консультування.
9. Особистісні риси розвитку синдрому гіпервентиляції.
10. Чинники та психотерапія синдрому гіпервентиляції.

Рекомендована література:

Основна: [2-4]

Допоміжна: [6,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-2]

Міжнародні видання: [1-2]

ТЕМА 5. ПСИХОСОМАТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Мета. З'ясувати психосоматичний компонент захворювань серцево-судинної системи. Довести, що провокуючими ситуаціями часто бувають тривалі стани страху, брак часу і напруга, що наростає. Викласти причини виникнення та дослідити особистий профіль типів поведінки хворих серцево-судинної системи. Впровадити методи психотерапії.

Ключові слова: есенційна гіпертонія, ішемія серця, інфаркт міокарду, кардіофобічний невроз, серцевий ритм

Вступ. Серце та судини беруть участь у всіх формах життєдіяльності, хоча в нормі людина цього не усвідомлює. Незважаючи на те, що зміни роботи серця в рівній мірі виявляються і при позитивних, і при негативних почуттях, патологічні порушення в серцево-судинній системі пов'язані зі страхом, гнівом, люттям, тугою та іншими негативними емоціями, які призводять до порушень роботи серцево-судинної системи.

План

1. Загальна характеристика серцево-судинних захворювань
2. Есенційна гіпертонія
3. Ішемічна хвороба серця.
4. Інфаркт міокарду
5. Кардіофобічний невроз
6. Порушення серцевого ритму

Висновок

1. Загальна характеристика серцево-судинних захворювань

Захворювання серця і судин в економічно розвинених країнах є найчастішою причиною смерті. В останні роки кардіологи все більшого значення надають психосоціальним факторам ризику та їх зв'язку з соматичними. Спосіб життя, встановлення особистості та становище людини в його професійному та сімейному оточенні важливі для кровообігу та його фізіологічної регуляції.

Психосоматичний компонент у першу чергу характерний для наступних захворювань серцево-судинної системи:

- есенціальна артеріальна гіпертонія;
- ішемічна хвороба серця;
- порушення серцевого ритму;
- серцевий невроз страху;
- інфаркт міокарду.

При фізичних і психічних навантаженнях робота серця починає сприйматися як посилене серцебиття або тахікардії. На відміну від моторики або дихання, діяльність серця та судин виключена із безпосереднього людського сприйняття. І лише за певних прикордонних станах і порушеннях - серце сприймається усвідомлено. Навіть у випадках тяжких порушень, наприклад, при вродженій ваді серця, серцеві феномени суб'єктивно сприймаються лише на пізніх стадіях декомпенсації. Однак і в цих випадках виникає своєрідна невизначеність вислівів: «серце хоч і моє, але воно якесь невизначене і не піддається управлінню, як, наприклад, кінцівки». Це почуття невизначеності містить у собі зародок страху. На цьому ґрунтується припущення про можливість фобічного розвитку особистості. Активність та спокій, сон чи неспання, душевна жвавість і збудження, виражені зовні чи пригнічені почуття завжди пов'язані з різними станами системи кровообігу. Зв'язок діяльності серця з емоціями відбито у багатьох ідіом і приказок. Незважаючи на те, що зміни роботи серця в рівній мірі виявляються і при позитивних, і при негативних почуттях, патологічні порушення в серцево-судинній системі пов'язані зі страхом, гнівом, люттям, тугою та іншими негативними емоціями, які призводять до того, що, наприклад, при страху самотності, при небезпеці нападу виникає відчуття, ніби серце починає стукати в горлі, області голови. Викид адреналіну, що відбувається при цьому, викликає звуження судин, почастішання пульсу і посилення скорочення міокарда, що, у свою чергу, призводить до стану занепокоєння і страху. Якщо через зовнішні затримки або внутрішні гальмування вже підготовлена активізація кровообігу не реалізується, у ряді випадків при цьому протягом тривалого часу може зберігатися збудження в очікуванні виконання дії. Можлива і зворотна ситуація: витіснена зі свідомості установка на дію призводить до заміни її напруги в системі кровообігу. Серце зазвичай пов'язують із коханням. Постає питання: чому розрив відносин, втрата близької людини нерідко

призводять до серцевих захворювань? Якщо мати не дає своїй дитині достатньо тепла, то дитина виявляє до своєї ляльки почуття, які хотіла б відчувати від своєї матері. Лялька стає заміною близької людини. Деякі кардіологи припускають, що іноді серце перетворюється на символ близької людини і на неї переносяться всі ті почуття, які з якихось причин не можуть бути відкриті. Людина боїться показати іншим своє невдоволення. Жінка не наважується заперечувати коханій людині і для того, щоб зменшити тугу і уникнути депресії, тиранить власне серце, зганяючи на ньому своє роздратування. *Головну роль у патогенезі* серцево-судинних захворювань відіграють ворожість, що пригнічується (Barefoot et al., 1996; Barefoot et al., 1994; Benotsch et al., 1997; Siegman, Smith, 1994; Siegman et al., 1992) та поведінка типу А (Booth-Kewley, Friedman, 1987).

2. Есенційна гіпертонія

Оскільки в більшості випадків чітко датувати початок захворювання неможливо, важко говорити і про ситуацію, що викликає її. Однак, як причинні ситуації, описані певні внутрішні конфлікти (Gentry, et al., 1982; Irvine, et al., 1991; Saab, Schneiderman, 1993). Артеріальна гіпертонія часто починається тоді, коли людина перебуває у ситуації *хронічного напруженого очікування* (Grace, Graham, 1952). Типові висловлювання гіпертоніків: «я маю бути готовий до всього», «я такий, що приймаю на себе всі труднощі», «ніхто мене не втримає, я готовий на все». Провокуючими ситуаціями часто бувають тривалі стани страху, брак часу і напруга, що наростає. Крім того, описуються ситуації, в яких є можливість розрядки ворожості та агресивності, але цього не відбувається через гальмування або педантичність людини. Численні експерименти як з тваринами, так і з людьми показали, що при страху, гніві та озлобленості підвищується тиск і що хронічна емоційна перенапруга може призводити до стійкої гіпертонії. Загальноприйнята думка, що у гіпертоніків існує пов'язана зі страхом агресія, що хронічно пригнічується. Для хворих на гіпертонію, описують типову невротичну особистісну структуру з переважанням нав'язливих станів, внаслідок чого часто виникають внутрішні та зовнішні конфлікти, що ускладнює емоційну розрядку.

Той факт, що есенціальна гіпертонія часто зустрічається у членів однієї сім'ї,

може інтерпретуватися у сенсі «психологічного наслідування». Експериментальні дослідження показують, що хворі на гіпертонію схильні до підвищення тиску навіть у тих ситуаціях, які у нормотоніків не викликають жодних змін тиску.

Особистий профіль. За даними Александера (2002), центральним пунктом психодинаміки пацієнта з есенціальною гіпертонією є постійна боротьба з вороже-агресивним почуттям, що наростає. У той самий час існують проблеми самоствердження. Пацієнти бояться втратити прихильність інших і тому контролюють прояви своєї ворожості. У дитинстві вони зазвичай схильні до нападів люті та агресії. Колишня колись агресивною дитиною, доросла людина стає підкреслено поступливою, не може за себе постояти. Розуміння можливості втратити через свою агресивність розташування рідних та близьких змушує дитину контролювати свою ворожість та приховувати її. Хворі на артеріальну гіпертонію постійно виявляють дратівливість, якщо стикаються з непереборним опором. Їхнє життя нав'язує їм роль «ломового коня». Вони застрягають багато років на одній роботі і рідко змінюють фірму, навіть якщо їм недоплачують. Якщо вони вимагають начальницького становища, їм важко стати авторитетом для інших. Вони виконують роботу за інших, замість налагодити дисципліну, а це й доводить до крайнощів поведінки. Із зайвим почуттям відповідальності народжуються посилені почуття гніву, неприязні та агресивності, що згодом вимагають все більших зусиль для їх стримування. Так розвивається порочне коло, що призводить до хронічного стану напруги. Характерна ситуація, що провокує захворювання, є життєві конфлікти, які мобілізують ворожість і прагнення самоствердження і водночас створюють неможливість їх вільного висловлювання. Спочатку ці риси були виявлені в поведінці хворих, що спостерігалася. У подальших дослідженнях показано, що в порівнянні з нормотоніками у них *змінено сприйняття* конфлікту та стресу.

Наприклад, льотні диспетчери наражаються на загрозу підвищення тиску не тільки тоді, коли ідентифікують себе зі своєю професією і є адаптивними та ввічливими з товаришами по службі, але і коли вони не сприймають і заперечують виробничий стрес. У формуванні гіпертонії відіграє роль і безпосередня взаємодія в сім'ї, що показано в дослідженнях конфліктної поведінки в сім'ях з батьком-

гіпертоніком, в яких вивчалася сім'я як клінічна єдність, виходячи із системного бачення симптомів. Структура особистості члена сім'ї – наприклад, конфліктно-агресивний імпульс гіпертоніка – торкається поведінки взаємодії сім'ї в цілому («сімейне накопичення» есенціальної гіпертонії). У кожній сім'ї між батьками та дітьми формуються правила, за якими регулюються конфлікти; у сім'ях з батьком-гіпертоніком діти мають менш ефективні можливості для перенесення та вирішення конфліктів, про що свідчить переважання в цих сім'ях негативно-невербальної комунікації (наприклад, не давати відповіді, відвертати голову, уникати контакту поглядами). Різноманітні дослідження вказують на те, що обмежене сприйняття конфлікту та стресу та уникнення конфлікту корелює з появою підвищеного тиску крові, тобто це типи поведінки, які діти в процесі соціалізації в сім'ї набувають від гіпертоніка-батька. Ця точка зору могла б поряд із генетичним компонентом відкрити додатковий аспект можливого відтворення есенціальної гіпертонії. Сімейна взаємодія характеризується свого роду заборонаю на мову або комунікацію, що стосується також і невербальної сфери, внаслідок чого переважають розуміють, спостерігають, контролюють, стримують активності, в той час як віддають, повідомляють, вирази з'являються рідко. Єдиної особистісної структури для всіх хворих на артеріальну гіпертонію не встановлено. Втім, при широкому розповсюдженні та великому розмаїтті форм хвороби цього і не слід очікувати. І все-таки серед психосоматично обстежених попередньо відібраних пацієнтів постійно повторюються певні особистісні риси. Гіпертоніки описуються як люди працьовиті, прихильні до обов'язку, товариські, з великим почуттям відповідальності. У зв'язку з цим у них виникають внутрішні і зовнішні конфлікти, яких вони не можуть емоційно усунути. У своїй специфічній установці на скромність вони відмовляються від своїх потреб на користь інших, бажаючи отримати від них схвалення та не провокувати агресію чи ворожість. Саме ці ознаки, що описуються незалежно один від одного різними дослідниками як готовність допомогти, сором'язливість, що хронічно пригнічується агресивність і становлять маніфестні властивості особистості, які мають велике значення для формування характерних реакцій придушення потреб, що сприймаються як небезпечні. Маніфестні особливості сприйняття навколишнього та поведінки у

багатьох гіпертоніків є формою захисту від власних агресивних спонукань.

Більшість пацієнтів з есенціальною гіпертонією зазвичай не мають належного усвідомлення своєї хвороби. З психоаналітичних позицій зовні неправильна невротична поведінка ідеологічно виправдовується прагненням активності та допомоги людям. Але і при цій несприятливій вихідній ситуації в окремих випадках можна досягти змін, якщо завдяки дозріванню особистості усувається її одностороння спрямованість і людина загалом починає орієнтуватися у житті по-новому. Маніфестні риси особистості хворого з артеріальною гіпертонією, його працьовитість та впорядкована поведінка, контактність, акуратність та сумлінність імпонують, роблять його, здавалося б, приємним, поступливим пацієнтом. Однак слід пам'ятати, що гіпертонік у більшості випадків не вербалізує свою агресивність, честолюбство та прагнення до суперництва, які часто залишаються латентними. Це можна відчутти, якщо намагатися тривалий час впливати на спосіб життя хворого. Його мала податливість за необхідної тривалої терапевтичної програмі, у процесі якої пацієнт зазвичай неспроможний реалізувати свої потреби і навіть може висловити свої судження і ставлення, суперечать терапевтичній програмі, що часто ускладнює відносини між психотерапевтом та хворим. У трудових та сімейних кризових ситуаціях, і насамперед при латентних конфліктах у відносинах із психотерапевтом, хворі легкоранимі, але не можуть словесно висловити свою агресивність. Вони просто уникають лікування, не з'являються до призначеного терміну. Це, здавалося б, невмотивоване переривання лікування призводить до розвитку у них почуття провини та її проекції.

Для контрперенесення психотерапевта важливо, щоб він знав про опозиційні тенденції свого пацієнта і викликав його на розмову, допомагаючи йому впоратися з почуттям провини або напругою під час лікування. Доброзичливе ставлення, у якому терапевт і сам відчувається ущемленим, і робить непотрібних закидів, визначає можливість продовження терапії. Для взаємовідносин психотерапевта та хворого важливо вчасно помітити, що пацієнт схильний придушувати власні критичні потреби та виявляти їх лише побічно, наприклад, у формі невмотивованого переривання лікування.

Психотерапія. Ситуація відносин психотерапевта та хворого часто характеризується конфліктом агресивності/залежності з боку хворого. Умови лікування гіпертоніка характеризуються:

- низькою мотивацією, оскільки скарги надходять переважно на незначні суб'єктивні симптоми;
- добрими можливостями лікарської терапії;
- особистісними факторами, що характеризуються конфліктом агресивності / залежності, що може призводити до напружень у відносинах психотерапевта та хворого та виражатися у ненадійності взаємодії.

Для підтримуючого лікування рекомендується раннє залучення соціального поля, недирективне ставлення психотерапевта до хворого, не активує конфлікт агресивності/залежності, активне повідомлення психотерапевтом інформації, посилення власної відповідальності та самостійності, а також самосприйняття (наприклад, за рахунок самостійного вимірювання тиску). Психотерапевтичне лікування є доцільним і показаним лише тоді, коли хворий має відповідний тиск страждання. Релаксація та поведінкові методи добре зарекомендували себе як засіб підтримки медикаментозної терапії, оскільки таким чином вдається суттєво знижувати дози ліків. У рамках програми поведінкової терапії слід домагатися власної відповідальності пацієнта при використанні методу біологічного зворотного зв'язку та застосування методик зняття напруги. Пацієнти повинні зрозуміти, які ситуації, труднощі, конфлікти призводять до підвищення артеріального тиску, навчитися контролювати свої успіхи та невдачі. Необхідно уточнити, чи ці успіхи відповідають канонам класичної рефлекторної теорії і чи йдеться про пряму освіту умовних зв'язків, а не просто про навчання хворих загальним заспокійливим прийомом. Можуть успішно використовувати методи терапії, фокусованої на рішенні, символдрами, арт-терапії, креативної візуалізації, транзактного аналізу, сімейної психотерапії, музикотерапії.

3. Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарду

Психічні чинники загалом діють лише разом із відомими соматичними чинниками ризику (гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, куріння, цукровий

діабет, надлишкова маса тіла). Визначено три основні варіанти таких зв'язків:

- Емоції та душевні навантаження мають прямий вплив на коронарний кровообіг, проникність ендотелію та (через катехоламіни) безпосередньо на серце.

- Психосоматичні впливи суттєві для виникнення артеріальної гіпертонії. Одночасно вони впливають на обмін жирів і викликають як загальний атеросклероз так і атеросклероз коронарних судин.

- Психосоматичні фактори призводять до зловживання курінням та алкоголем і впливають на поведінку у вигляді підвищення харчової потреби, що призводить до ожиріння.

Коронарні хворі надають мало значення провісникам інфаркту міокарда. На противагу хворим з вегетативною дистонією і кардіофобічним неврозом, ці хворі витісняють свої неприємні відчуття і до певного часу схильні вважати їх дрібницями. Коронарні хворі відрізняються толерантністю до симптомів своєї хвороби та навіть байдужістю до них. Вторгнення загрози самого життя внаслідок болю відкидається і витісняється, нарцисична образа зникає лише перед катастрофою (Lesperance et al., 1996).

Поведінка типу А. До коронарних захворювань схильють певні типи поведінки. Roseman, Friedman (1959) вперше описали загрозову інфарктом поведінку як поведінку типу А, якою ця група хворих на основі своїх особистісних характеристик реагує на різні ситуативні вимоги. Вони протиставили цю поведінку типу Б, яка займає протилежний полюс на шкалі поведінки. Пізніші дослідження показали, що ознаки типу А і Б є елементами поведінки, що об'єктивно спостерігаються, але швидше являють собою загальні фактори ризику психосоматичних захворювань і не дають можливостей каузального пояснення коронарної недостатності. Petzold (1976) вказує на те, що людина з поведінкою типу А може користуватися творчим спокоєм, але при неуспіху він схильний до нав'язливих роздумів і дедалі більшої внутрішньої напруги, яка відкриває перехід до поведінки, характерного для хворих з інфарктом. Згодом тип А був поділений на три підкласи:

- До першого входять люди замкнуті, загальмовані, стримані у міміці та жестах. Вони рідко виходять з себе, зате, якщо вже розійдуться, довго не можуть заспокоїтися.

- Друга група - це люди, які добре вміють ховати свої почуття, але дуже нервові всередині.

- Третя група – люди, які звикли бурхливо висловлювати своє ставлення до всього, що відбувається. Вони товариські, розмахують руками, жестикулюють, голосно говорять та сміються. Вони часто зриваються, гніваються, починають лаятись, але тут же забувають причину своєї агресії.

Традиційно вважалося, що вороже настроєні люди частіше хворіють ішемічну хворобу серця (ІХС). Ще на початку ХХ століття психоаналітики визначали гнів, ворожість та пов'язані з цим інтрапсихічні конфлікти як потенційні причини гіпертонії та патології, що визначається зараз як ІХС. Нарешті, спроби знайти ключові елементи всередині так званої поведінки типу А призвели до необхідності розгляду ворожості як його основного елемента (Dembroski, 1986; Dembroski et al., 1989). Багато досліджень було проведено у 70 – 80-х роках. Їхні результати варіюють залежно від дослідницьких моделей та методів. Так, були отримані дані, що підтверджують зв'язок ворожості з тяжкістю.

4. Інфаркт міокарду.

Інфаркт міокарда – здатність приймати будь-яке навантаження близько до серця. По Freyberger виражене прагнення соціального успіху в загрозованих по інфаркту осіб походить з невротичної аномалії розвитку й у разі служить компенсації. Якщо описана психічна схильність поєднується з певними соціальними ситуаціями, то з психосоматичної точки зору ризик інфаркту накопичується, оскільки одночасно у пацієнта йде назустріч соматичний компонент у вигляді латентної або маніфестної серцевої недостатності. Пускові соціальні ситуації, які у поєднанні із психічною схильністю можуть викликати інфаркт, часто означають переживання втрати об'єкта. Міжособистісні розчарування з вираженим характером розставання і професійними неуспіхами з виразним емоційним компонентом втрати становлять потенційного хворого на інфаркт особливо велику загрозу, оскільки у пацієнта одночасно є нарцисичне порушення. Нарцисичне порушення є важливою умовою для незадовільної переробки втрати об'єкта. Такий пацієнт переживає її як грубу нарцисичну образу. З'являється нестійкість таких душевних якостей, як внутрішня

впевненість і почуття благополуччя, що позначається також як «лабільне самосприйняття» і чітко депресивне забарвлення. Це лабільне самосприйняття, у прихованому чи явному вигляді, виявляється у тих потенційних хворих на інфаркт, які характеризуються описаними психодинамічними процесами. Лабільне почуття самосприйняття, яке сприймається у тому числі як почуття неповноцінності, представляє суттєвий внутрішній мотив для прагнення до соціального успіху, тому що тим самим пацієнту вдається вибудувати більш менш стабільне компенсаторне псевдосамосприйняття.

Фактори ризику інфаркту. Schafer (1976) розрізняє 2 фактори, які визначають ризик інфаркту: з одного боку, атеросклероз та, з іншого, стрес. На посилення цих факторів впливають також спосіб життя пацієнта, пов'язаний із харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стану страху, напруги, агресивності та виснаженості, які у свою чергу можуть мати наслідком поведінку підвищеного ризику. Тут ніколи не йдеться про об'єктивно значущі чинники, а лише про їх суб'єктивне переживання хворим (Blohm-ke, 1976).

Особистісний профіль. Спочатку Dunbar (1943), а потім і інші дослідники описали особистісний профіль коронарних захворювань з позицій глибинно-психологічно обгрунтованої казуїстики: наполегливе бажання працювати, прагнення досягти вершин у своїй професії, значущого соціального становища, готовність пристосовуватися до соціальних норм. До факторів ризику відносяться напружений життєвий ритм, прагнення успіху та соціальної значущості, неспокійно-напружена діяльність. Поспіх, нетерпіння, занепокоєння, постійно напружена лицьова мускулатура, почуття цейтноту та відповідальності характерні для майбутніх хворих на інфаркти. Ідентифікація хворих зі своєю професією настільки сильна, що нічого іншого в них не залишається. Вони просто одержимі манією роботи. Це тим, що хворі краще орієнтуються в орієнтованому на соціальний успіх світі професії, ніж у особистому, сімейному світі, чию міжособистісну близькість вони можуть не переносити (Rosemann, Friedman, 1959; Dunbar, 1954 і Jenkins, 1972). Частою причиною перенапруги є недостатня для виконуваної діяльності кваліфікація, отже ризик інфаркту у новачка вище, ніж у досвідченого працівника (Jenkins, 1972).

Конфлікти, пов'язані з навантаженням, вони намагаються вирішити так само, як усі конфлікти: закликами до себе самим більше поспішати, бути сильними та досконалими. Страх зрештою зазнати невдачі їм малодоступний і ретельно ховається за фасадом компетентності, що здається.

Особистісний профіль хворих на ІХС.

Хворі на ІХС непорівнянні з типовими невротиками у вузькому значенні цього слова. У них немає загальмованості, емоційної лабільності, невпевненості у собі; навряд чи можна пробудити в них усвідомлення конфліктів з подальшим їх переживанням та відповідною поведінкою. Разом з тим у таких хворих психічна врівноваженість все ж таки не зберігається. У сучасному світі, в якому особливо цінуються робота та успіх, їх поведінку можна оцінити як надприспосувальну, наднормальну. Вони більше за інших дотримуються принципів сучасного індустріального суспільства, в якому переважають активна діяльність, конкуренція, суперництво. У багатьох із них відзначаються цілеспрямованість у роботі, тенденція до активності, безумовне прагнення керувати та домінувати, бути у всіх на увазі, не залишатися в тіні. Можливо, що ця екстраверсія є характерним невротичним захистом від орального бажання залежності, що лежить глибше, а активність у прагненні допомагати людям, як це буває у гіпертоніків, видозміненою та захисною формою бажання «орально» забезпечити та задовольнити себе. Вони не здатні пасивно і довірливо «пропонувати» себе оточуючим людям, вони мають своєю активною діяльністю доводити свою перевагу та цінність. Часто внаслідок ідентифікації себе зі світом батька вони приходять до суворого «над-Я», що примушує їх до діяльності та пристосування. Їхнє ставлення до об'єктивного світу характеризується прагненням до домінування та захистом свого бажання самопожертви, захопленості. Розвиток ІХС характеризується з психосоматичних позицій як послідовне чергування певних стадій – синдромів гіперактивності, надкомпенсації та катастрофи (Ladwig, 1986).

Синдром гіперактивності. У визначенні профілю схильної до коронарних захворювань особистості честолюбство і працелюбність розглядається як константа, незалежно від різниці поглядів різних психосоматичних наукових шкіл. «Цілеспрямована та старанна особистість» (Dunbar, 1943), «Пихато чутлива людина з

ананкастними рисами і сильним прагненням до визнання і престижу» (Aresin, 1960), людина з «вираженими ознаками нав'язливої ригідності» (Hahn, 1981) – у всіх цих характеристиках поєднуються риси поведінки, що визначаються спеціальними психологічними дослідженнями. Потреба в успіху, честолюбна конкуруюча поведінка, постійне бажання визнання (Rosenman, 1964). Вважається, що ці люди у психофізіологічному плані характеризуються симпатикотонічною регуляторною домінантою. Їм достатньо невеликого зовнішнього подразника, щоб досягти оптимального рівня стимуляції. У експериментах з дефіцитом часу вдалося встановити, що у людей з поведінкою типу А з'являються більш виражені почастішання пульсу і підвищення систолічного АТ, ніж в осіб із поведінкою типу Б. Поведінка людей реалізується не над безповітряному просторі, а у сфері міжособистісних відносин. Первинно честолюбна і працьовита особистість виявляє експансію і злість як домінуючий стиль поведінки. Важкі ситуації переживаються такими людьми, як випробування їхньої здатності до вирішення проблем. Крім того, вони розглядають своє оточення як неповноцінне, що перешкоджає нормальному ходу роботи. Вони переважають почуття гнівливої дратівливості. Легко можна уявити, що з таким надлишком потреби у суперництві, ворожості, агресивності, почуттям браку часу і нетерплячістю (Dembroski et al., 1977) можуть очікувати від навколишніх реакцій протистояння. Так складається виражена агресивна, егоїстична поведінка.

Синдром надкомпенсації. У ризикованій кар'єрі синдром надкомпенсації досягається таким чином: постійний зовнішній тиск, який провокується відповідною поведінкою, призводить до хронічної перенапруги. Збереження стабільності поведінки вимагає стратегії постійного зростання витрат. Можливим виходом із становища є збільшення тривалості роботи (надурочний годинник), що розцінюється як об'єктивний показник навантаження і підтверджується численними спостереженнями як індикатор такої стратегії наростання витрат. Виникає при цьому *синдром порушення нічного сну* також оцінюється як чутливий показник якості зміни співвідношення між суб'єктивним самопочуттям та об'єктивно існуючими формами навантаження.

Синдром катастрофи. Якщо синдром надкомпенсації характеризується як

перманентна вимушена необхідність у реактивному посиленні пристосування, наслідком якої є хронічна небезпека перевищення пристосувальних можливостей, то синдром аварії означає не так гострий клінічний стан, як характерні, частоважкооборотні наслідки «надлому життєвої лінії», які можуть призводити до страждання схильної до цього особи. Агресивна, егоїстична поведінка продовжується, але вона стає лише фасадом: така людина виявляє свій стереотип гіперактивного агресора, але за ним ховається механізм невдалої та неповної когнітивної переробки важких життєвих подій (когнітивний дисонанс). Пацієнт із групи ризику реагує на перевищення здібностей пристосування механізмами захисної компенсації, втрачає внутрішньопсихічний механізм контролю над викликаними стресом функціональними процесами, демонструє емоційну стриманість та соціальну пристосованість. Однак його емоційний стан перед розвитком інфаркту міокарда визначається як виснаження та депресія (Appels et al., 1988).

Депресія з її джерелом у різнополюсному і багаторазово «розвалюваному» синдромі гіперактивності також є загальновизнаним фактором ризику розвитку ІХС та інфаркту. Серед хворих на інфаркт міокарда у пацієнтів з тяжкими депресивними станами артеріальна гіпертонія зустрічається в 2 рази частіше, ніж у загальній групі хворих. Такі люди, які тривалий час спрямовували гіперактивність і ворожість зовні, зрештою звертають їх проти себе. **Психотерапія.** Проблеми лікування хворих з коронарними захворюваннями зумовлені структурою їх особистості. З боку психотерапевта проблемою є розпізнавання орієнтованої на успіх установок, як конфліктної поведінки. Здатність до успіху та орієнтування на нього надто поспішно ототожнюються зі здоров'ям: хто багато працює, вважається здоровим. Хворі схильні до заперечення своїх конфліктів. Можна говорити про психічні худоби, що зачіпають у потенційно інфарктних хворих, з одного боку, постійне навантаження внаслідок внутрішньої нав'язливості прагнення успіху, з іншого боку – виражена шкода здоров'ю зловживанням тютюном та їжею. Механізм заперечення ускладнює формування внутрішньої мотивації до терапії (Freyberger, 1976). Залежно від історії розвитку особистості та актуальної ситуації можливі три основні напрями лікування:

- індивідуальне консультування, повідомлення інформації про здоровий спосіб

життя з особливим обліком когнітивних процесів;

- навчальні, орієнтовані на симптом методики (аутотренінг, функціональна релаксація), які залучають тіло до терапевтичного процесу, уникаючи роботи з опором;

- психотерапія, що працює з опором та перенесенням.

Показання до психотерапевтичного ведення після інфаркту є лише в тих випадках, коли хворий відчуває тиск стражданням, з яким він не в змозі впоратися сам і тому звертається за психологічною допомогою. Якщо хворий не може обійтися «простою порадою», коли терапевт дає раціональні та науково обґрунтовані пропозиції щодо зміни способу життя, багаторазово повторює їх, а хворий, незважаючи на готовність, що зовні демонструється, не в змозі їм слідувати.

Залежно від показань до психотерапії хворих на інфаркт можна розділити на *імпульсивних, адаптивних і регресивних* хворих.

Для першої групи добре виправдали себе заняття спортом (коронарні групи). Вони враховують рухові потреби хворих.

Для другої групи рекомендується комбінація елементів групової терапії з аутотренінгом.

Для третьої групи найбільше підходять психотерапевтичні методи, оскільки тиск стражданням у цих хворих можна продемонструвати на залежних тенденціях поведінки та депресивних реакціях.

У хворих на коронарний інфаркт слід збирати біографічний анамнез з метою виявлення емоційних порушень. (Вегетативні розлади інших органних систем, психічні симптоми, як страх або нав'язливості) і з'ясування того, як поводить себе хворий щодо своїх внутрішніх спонукань і почуттів (Petzold, 1976). Можуть використовуватись методи терапії, фокусованої на рішенні, символдрами, арт-терапії, креативної візуалізації, транзактного аналізу, сімейної психотерапії. Хороші результати дає використання методів поведінкової терапії (Orth-Gomer, Schneiderman, 1996) та музикотерапії.

5. Кардіофобічний невроз

Конфлікт, який з великою постійністю виявляється при кардіофобічному

неврози, це конфлікт розриву у високоамбівалентної особистості, яка виявляє, з одного боку, здатність до самозахисту, а з іншого – обмеженість своїх можливостей та залежності, що пригнічує. Конфлікт у вигляді розриву чітко пов'язаний з ситуацією, що викликає його (смертю близьких, від'їздом, хворобою) - з усім, що загрожує самотністю в поданні хворого. Існує також зв'язок з депресивним типом реагування особистості із сильною амбівалентною установкою, причому у фантазіях постійно фігурує агресивне бажання смерті та одночасно очікування чудового порятунку.

Особистісний профіль. Наявна схильність до симбіотичних відносин, депресивно-симбіотичні фантазії на тему злиття у хворих з кардіоневрозом викликають зовнішні та внутрішні труднощі при розриві тісних зв'язків з матір'ю та батьком. Так само важко може сприйматися смерть оточуючих, яку пацієнти переживають так, якби це була їхня власна доля. Що стосується психодинамічних умов, то насамперед слід виділити фіксацію та симбіотичні стосунки з матір'ю, насамперед у молодих чоловіків. Серед хворих з кардіофобією багато єдиних у сім'ї дітей, які часто ростуть без батька. Тут також є багато молодших синів, які дуже прив'язані до матері. Ситуація єдиної дитини, сина, яка мала мало можливостей зав'язати відносини поза сім'єю і була змушена тривалий час обмежуватися контактами з однією людиною, відіграє причинну роль у подальшій несамостійності та складностях при розлуці.

3. Фройд вперше констатував, що це не так відкидання саме по собі, скільки загальна делікатність, яка робить пізніше людину не здатною відмовитися від любові або хоча б тимчасово задовольнитися меншою. Надмірна рання прихильність схиляє до неврозу. Загальні нейропсихологічні дані вказують і те, що кожне звикання – це й відмова, оскільки вона слабко готує людину до природних труднощів життя. Особливо несприятливо діє прихильність або чергування звикання і різкого переривання його. Думка про те, що у хворих на кардіофобію сенсibiliзуючими є перенесені в ранньому дитинстві розлуки, що травмували їх переживання (Bowlby, 1960), не вважається безперечним. Проблема розлуки не відповідає реальному надмірному навантаженню.

Чинники. Конфлікт полягає в ситуації розлуки, якої передбачається пацієнтом, якої він повинен бажати і одночасно побоюватися. Власні фантазії та зовнішні зміни

є «ситуацією спокуси». Ці ситуації, що мають значення самотності, викликають психосоматичні відтінки ворожості та страху, яким відповідає симпатикотонічна готовність. Якщо при цьому криз протікає у вигляді судинного нападу, він може призвести до кардіофобічного неврозу. Що стосується особистості, то, як і за інших психосоматичних захворювань, є два протилежні типи особистості (поведінка): тип А, який демонструє безпосередньо симбіотичну залежність, і тип Б, який не терпить цих принизливих ситуацій і поводить підкреслено незалежно, проявляючи демонстративні псевдонезалежні реакції у своїх усвідомлених і неусвідомлених вчинках (Richter, Beck). У переважній більшості хворих можна спостерігати звичайну залежність, наростаюче скорочення життєвих зв'язків, щадіння себе, характерну для фобій взагалі позицію уникнення труднощів. Деякі припиняють працювати, не в змозі жити самотійно, без підтримки психотерапевта та близьких. Вони уникають сексуальних контактів, займаються спортом і в кінці кінців будь-яких фізичних зусиль, які пов'язані з почастиванням серцебиття. Багато хто повністю фіксований на спостереженнях за своєю серцевою діяльністю, читає всю літературу, що відноситься до цього, ходить від психотерапевта до психотерапевта, поширює свої самоспостереження на інші частини тіла. Вважається, що *іпохондрик* завжди знайде причину вивчати себе і навіть здорова людина має достатньо матеріалу для іпохондричної переробки відчуттів у своєму організмі.

Психонейрофізіологія. Але саме при кардіоневротичному страху велику роль відіграє психофізіологічне порочне коло: внаслідок страху або тривоги відбувається викид адреналіну, це призводить до тахікардії та підвищеної збудливості з підвищенням артеріального тиску, зменшується корисний ефект роботи серця, настає гіпоксія, яка у свою чергу викликає страх і тривожний неспокій з проекції на серці. Збільшення частоти серцевих скорочень та серцеві сенсації знову викликають страх. Тип простої залежності, як і тип надмірного захисту та заперечення, можна виявити за допомогою психологічних тестів.

Методики. Richter и Beckmann (1973) описали його як типи А та В у профілях ММРІ. Відмінність між типами виявляється в шкалі D цього тесту як вираз депресивних симптомів, дуже характерних для типу А, тоді як у типу Б вони

залишаються прихованими за рахунок гіперкомпенсації. Для пацієнтів з гіперкомпенсацією та вираженим захистом характерні спроби подолати свою слабкість активністю та фізичними зусиллями. Вони не терплять, коли медикаментозне чи інше лікування, спрямоване на розслаблення та пасивність, викликає у них "слабкість", що має значення при виборі стратегії лікування.

Подія, якого найбільше боїться хворий з кардіофобічним неврозом, це інфаркт міокарда, який у таких хворих розвивається не частіше, ніж серед населення в цілому. Цьому відповідають і катамнези при функціональних серцево-судинних порушеннях, оскільки симптоматика розвивається, як правило, основі специфічної форми динамічно лабільного регулювання АТ. Багато катамнезів, які досягають 20 років, показують явно менше органічних захворювань серця, ніж можна було б очікувати (Christian, 1990).

Прогноз у нелікованих хворих як щодо симптоматики, і у плані життєвого розвитку несприятливий. Відзначається схильність до хронізації, розширення симптоматики, більшість хворих опиняються у менш сприятливі соціальній ситуації. Часто пацієнти з кардіофобічним неврозом хворіють на десятиліття і повністю занурені у свої іпохондричні переживання. Але трапляються й сприятливіші форми течії, у яких напади страху відновлюються лише у найбільш несприятливих ситуаціях.

Психотерапія. Необхідно пояснити пацієнтові, що він хворий лише у певному сенсі, що його серцеві скарги хоч і так само реальні, як і його страхи, але є вже наслідком, а не причиною хвороби. Психотерапевт повинен переконувати хворого в тому, що він, безумовно, не помре від серцевого нападу або інфаркту міокарда і, за даними статистики, має дуже великі шанси виздоровити. Слід допомогти пацієнтові переробити ситуацію, що викликала хворобу, у її «сценічному» змісті та психодинамічному значенні, що вдається у більшості свіжих випадків. З цього етапу розпочинається психотерапевтичне лікування.

Методом вибору є *розкриваюча психотерапія*, яка не лише усуває симптоматику, а й допомагає хворому у подоланні конфліктної ситуації та прискоренні процесу дозрівання особистості. Хворі, які починають лікування рано, зазвичай порівняно молоді та податливі, у них ще не розвинулася стійка фіксація при переробці хвороби.

Життєвий розвиток ще не завершився і можливий прогрес, тому вони можуть успішно лікуватися методом психотерапії.

При депресивно-невротичних станах та тенденції до несприятливої регресії більше показано групову терапію, яка взагалі має кращий прогноз (Sent, 1988). Психологічний довірчий контакт із психотерапевтом залишається важливим методом терапії для більшості хворих. Можуть використовуватись методи терапії, фокусованої на рішенні, символдрами, арт-терапії, креативної візуалізації, транзактного аналізу, сімейної психотерапії, музикотерапії.

Значно більше, ніж за хронічного суглобового ревматизму.

Особистісний профіль. У психодинамічному плані відзначаються амбівалентний конфлікт між стороннім пануванням і самоспоживанням та водночас послужливий і жертівній поведінки. З цієї амбівалентності та хронічно загальмованої агресивності відбувається підвищення м'язового тону в типових місцях, найчастіше в області шийних і поперекових хребців. Зовні слухняні, скромні та несамостійні хворі зазвичай шляхом пасивного ухилення уникають прямого протистояння, конфронтації з психотерапевтом. Вони не прагнуть терапевтичних контактів, посилаючись на несерйозність захворювання, заперечують будь-яку необхідність будь-якого соматичного чи психологічного лікування. Хворих важко втримати на лікуванні, вони не підтримують контактів, дають психотерапевту зрозуміти, що надто пильна увага до їхньої хвороби не отримає визнання. Ці відмови та тенденції до догляду можуть спричинити розчарування та відступ з боку психотерапевта. ревматики, що тихо страждають, схильні до того, щоб нав'язувати іншим свій стиль взаємовідносин. Якщо доводиться вирішувати питання про лікування з родичами хворих, то виявляється, наскільки вкорінилася проблеми сім'ї їх соматична і психічна симптоматика. Поводження тісно пов'язані з емоційним життям. Такі специфічні стресори слід як суттєві екстракардіальні причини захворювань. Реактивність серця у разі страху чи емоційного напруження відома вже давно. Актуальна здатність: "пунктуальність".

Визначення та розвиток: здатність дотримуватись очікуваного або обумовленого розкладу.

Форми: пасивна пунктуальність (дотримання раніше складеного розкладу, очікування, що інші будуть пунктуальними);

- активна пунктуальність (самостійний розподіл часу та пунктуальна поведінка).

У той час як у психоаналізі акуратність вважається першим культурним досягненням, у позитивній психотерапії такою є пунктуальність. Годування, умивання та ритми сну та неспання, визначають розподіл часу немовляти. У процесі розвитку очікування пунктуальності та пунктуальна поведінка модифікуються за допомогою набуття подальшого специфічного досвіду (наприклад, запізнення до школи).

Як про це запитують.

Хто з вас (ви чи ваш партнер) більше цінує пунктуальність?

Чи бувають чи були у вас складнощі, пов'язані з непунктуальністю, і якщо так, то з ким? Як ви реагуєте, якщо хтось не приходять до обумовленого часу?

Чи розраховуєте ви чи ваш партнер все з точністю до хвилини?

Хто з ваших батьків (бабусь, дідусів) більше цінував пунктуальність та чітке планування часу?

Особливості поведінки: не призначати ділових побачень без календаря ділових зустрічей; комусь чесно сказати, що немає часу, часто краще, ніж змушувати на нього чекати. Якщо хтось спізнюється, це таки краще, ніж взагалі не прийти. *Девіз:* “Добре, що ти таки прийшов”.

6. Порушення серцевого ритму

Чинники. Найчастіше напади бувають спровоковані ситуаційними чинниками та конфліктами. У 25% пацієнтів із здоровим серцем відзначається тісний зв'язок між появою нападу та життєвими колізіями. Приступи часто виникають у періоди внутрішньої напруги та при кумуляції емоцій. Соматичне збудження та посилення серцебиття, занепокоєння, порушення ритму займають місце конфлікту самовідданості і можуть тлумачитися як фрагменти пригніченої психофізичної реакції. В особистісному плані частіше зустрічаються пацієнти, схильні контролювати свої почуття, пригнічувати їх, розглядати їх прояв як слабкість: «Я не показую, що зі мною відбувається». Пацієнти схильні до того, щоб наполегливо захищати свій емоційний світ. У той же час вони уникають протистояння, боротьби,

суперечок та схильні до раціоналізації. Ситуаціями, що провокують напад, для них є ситуації спокуси, які близькі до «емоційної самовіддачі» або до прихованої агресії, яка при загрозливому краху захисту розряджається у вигляді нападу.

Психотерапія. Можуть використовуватись методи терапії, фокусованої на рішенні, символдрами, арт-терапії, креативної візуалізації, транзактного аналізу, сімейної психотерапії. Позитивна психотерапія при захворюваннях серцево-судинної системи.

Кардіофобія та функціональні порушення серцевого ритму – здатність реагувати на тривоги та конфлікти всім серцем, приймати все близько до серця (прагнення до близькості та захищеності).

Розлади та фізіологія. Існує зв'язок між серцем та страхом. За допомогою вегетативної нервової системи серце безпосередньо з почуттями. Гормональним шляхом через посилене виділення адреналіну, хвилювання та конфлікти також можуть призводити до підвищення артеріального тиску, частоти серцевих скорочень і, таким чином, до різноманітних відчуттів у ділянці серця. При всіх сильних емоціях серце також не залишається осторонь: як при любові та радості, так і при гніві, агресії та страху. Страх може викликати серцебиття та біль у серці, і, навпаки, біль та зміни серцевого ритму можуть викликати страх. Обидва процеси посилюють один одного і безконтрольно переходять у напад. Хворим сприймаються тільки фізіологічні кореляти страху, тобто соматичні симптоми і страх, що концентрується на них, а не лежать в основі емоції, конфліктів й бажання.

Актуальний конфлікт. За допомогою тілесної симптоматики хворий несвідомо знаходить впевненість у близькості та увазі оточуючих. Сфера тіла/відчуття у таких пацієнтів добре розвинена; вона знаходиться в центрі уваги, особливо те, що стосується естетики. Відзначаються кожне враження та найменше неприємне відчуття. Тіло отримує догляд та турботу, які йому приділялися у дитинстві. У стилі поведінки домінують пасивність у будь-яких відносинах та уникнення за принципом: «Хто нічого не робить, той не робить помилок». Часто у професійній діяльності також немає жодного певного інтересу. Тільки невелика частина хворих із захворюваннями серця намагається подолати тенденції до скутості у сфері «діяльність» за допомогою

форсованих прагнень до незалежності, що часто вартує багатьох зусиль. Часто зустрічаються складнощі у подружніх стосунках. Таким людям насилу вдається знайти потрібну дистанцію для співіснування близькості та самостійності одночасно. Ці труднощі, однак, лише в окремих випадках призводять до розлучення чи розставання, оскільки хворий за жодних обставин не винесе самотнього існування. Зі страху перед розчаруванням контакти з іншими людьми частіше обмежуються. Проте контакт із психотерапевтом дуже важливий. Впевненість у тому, що психотерапевт знаходиться поруч, вже сама по собі діє на пацієнта заспокійливо. У сфері «фантазії» постійно перетинаються думки про власний організм та його функції, про хворобу та смерть. Страху мають тенденцію розширюватися, у фіналі їхнього розвитку стоїть депресія: «світ поганий», «життя не має сенсу», «навіщо все це?».

Основний конфлікт. Якщо простежити історію розвитку хворого з погляду моделей для наслідування, то з великою регулярністю можна зіткнутися з вихованням, в якому передбачалася крайня прихильність, особливо до матері чи бабусі, а самостійне існування чи відокремлення уникалися як небезпечні. Найближчі люди часто представлялися як тривожно-заклопотані, хоча вони не завжди взаємодіяли один з одним, а використовували дитину з метою винесення своїх страхів, напруження та бажань. Вони таким чином сприяли виникненню у дитини амбівалентної чи негативної концепції життя. Усього нового та невідомого слід було остерігатися, експансивні прагнення дитини пригнічувалися («вдома ти знаєш, що маєш»). У відносинах батьків один до одного дуже велика роль відводилася участі, залучення партнера. Дитина вбирала, що неучасть, незалежність або розлука можуть викликати страхи та почуття провини і по можливості їх слід уникати. Контакти з іншими також розглядалися як загроза сімейній єдності і тому не підтримувалися. Дуже ретельно стежили за дотриманням пристойності та традицій. Фантазія, розвинена найвищою мірою, більше була спрямована в минуле. Уявлення про майбутнє, навпаки, були пов'язані зі страхами: страх перед хворобою, розлукою, смертю, війною та іншими ударами долі. Так дитині з наміром уберегти її від небезпек та горя часто прищеплювалася одностороння життєва позиція.

Актуальні та базові концепції. Встановлено, що в анамнезі хворих із

захворюваннями серця поряд із безпосередньо впливаючими соматичними факторами важливі й певні психосоціальні умови. При цьому особливу роль відіграють установки, очікування, стиль поведінки і психосоціальні конфлікти, що впливають з цього. Як підтверджують психотерапевти-практики, скарги на серце як наслідок конфронтації на роботі чи проблем у вихованні висуваються досить часто. З погляду позитивної терапії, поряд із загальними, неспецифічними стресорами існують специфічні, що викликають перенапругу ситуації. Вони залежать від засвоєних у процесі виховання психосоціальних норм, які існують в якості установок, очікувань та стилю.

Висновок. Захворювання серця і судин в економічно розвинених країнах є найчастішою причиною смерті. В останні роки кардіологи все більшого значення надають психосоціальним факторам ризику та їх зв'язку з соматичними факторами. Здавна відомі такі соматичні чинники ризику, як неправильне харчування, ожиріння, куріння та зловживання алкоголем, у яких відбиваються особливості особистості (Бройтигам та ін., 1999).

Питання до теми

1. Загальна характеристика серцево-судинних захворювань.
2. Есенційна гіпертонія. Особистий профіль.
3. Психотерапія.
4. Ішемія серця. Поведінка типу А.
5. Інфаркт міокарду. Фактори ризику.
6. Особистісний профіль. Психотерапія інфаркту.
7. Особистісний профіль хворих на ІХС. Види синдромів.
8. Психотерапія. Методи.
9. Кардіофобічний невроз. Особистісний профіль.
10. Чинники. Психонейрофізіологія кардіофобічного неврозу.
11. Психотерапія. Методи.
12. Чинники порушень серцевого ритму.
13. Розлади та фізіологія: основний та актуальний конфлікт.
14. Актуальні та базові концепції.

Рекомендована література:

Основна: [1-4]

Допоміжна: [1,4,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [2-3]

Міжнародні видання: [1-2]

ТЕМА 6. ПСИХОСОМАТИКА ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ

Мета. З'ясувати загальну характеристику хвороб опорно-рухового апарату. Визначити методи загальної та позитивної психотерапії. Дослідити причини виникнення захворювань опорно-рухової системи.

Ключові слова: фіброміалгія, ревматоїдний артрит, психотерапія.

Вступ. Терміном «ревматичні захворювання» поєднуються патологічні картини, загальною характеристикою та провідним симптомом яких є болі в опорно-руховому апараті. Це симптоматичне поняття включає етіологічно, патологічно та клініко-нозологічно різні синдроми. Впадає у вічі застигла і перебільшена життєва позиція хворого. У психічному стані чітко виражені переживання страху та депресії.

План

1. Загальна характеристика хвороб опорно-рухового апарату
2. Фіброміалгія
3. Ревматоїдний артрит
4. Загальна психотерапія
5. Позитивна психотерапія

1. Загальна характеристика хвороб опорно-рухового апарату

За захворювання опорно-рухового апарату – це збірний термін, що охоплює патології різного характеру та локалізації. Вони можуть бути пов'язані з хрящовою та кістково-м'язовою системою. Ці хвороби призводять до повної або часткової нерухомості суглобів, а також накладають багато обмежень у повсякденному житті.

Опорно-руховий апарат складається зі скелета та м'язів. **Скелет** - це пасивна частина, а **м'язи** - активна. Кістки скелета є важелями, які приводяться в рух м'язами. Внаслідок цього частини тіла змінюють своє положення стосовно одна одної, переміщують тіло в просторі й виконують опорну функцію.

Людина народжується, розвивається й існує в умовах земного тяжіння - гравітації, і кожний рух пов'язаний з подоланням сил тяжіння, тому опорно-руховий апарат виконує ще й антигравітаційну функцію.

Обидві частини опорно-рухового апарату і розвиваються з одного й того самого зародкового листка - **мезодерми**, і тісно пов'язані між собою анатомічно й функціонально.

Функції опорно-рухового апарату:

Опорна

Скелет формує кістковий каркас тіла, слугує місцем прикріплення м'язів. Скелетні м'язи фіксують тіло в певному положенні.

Рухова

Здійснюється за допомогою з'єднаних суглобами кісток і скорочення прикріплених до них м'язів.

Захисна

Знаходить свій вияв в утворенні кістками порожнин, у яких розташовані життєво важливі органи. Так, грудна клітка захищає від механічних впливів серце та легені; нижній відділ хребта, кістки таза й м'язи живота захищають внутрішні органи черевної порожнини - шлунок, кишечник, нирки; головний мозок захищений кістками черепа, а спинний мозок-хребта.

Метаболічна функція

бере участь в обміні мінеральних речовин.

Кровотворна

Кожний рух здійснюється за допомогою кількох м'язів різнонаправленої дії. Крім того, скелетні м'язи є своєрідними органами чуття, тому що в м'язових волокнах і сухожиллях наявні нервові закінчення - рецептори, які посилають імпульси в центральну нервову систему.

Залежно від першопричини розвитку патологічного процесу, захворювання бувають первинними (виникають самостійно) та вторинними (є наслідком травм або впливу інших несприятливих). До патологій опорно-рухового апарату схильні всі люди, але в групу ризику входять спортсмени. Крім того, високий ризик розвитку хвороби в осіб похилого віку та людей, хворих на остеопороз. Це обумовлено дефіцитом кальцію, який призводить до ослаблення кісток та зниження їх стійкості до деформації при високих навантаженнях.

Крім того, захворювання може бути викликано наступними патологічними процесами та діями:

Вродженими аномаліями хребта, тазових кісток, верхніх та нижніх кінцівок та ін.;

Перенесеними інфекціями та захворюваннями, при яких в патологічний процес втягуються кістки, суглоби, зв'язки та ін.;

Підняттям тяжкості;

Малорухливим способом життя;

Складним протіканням вагітності та пологами.

Слід розрізняти як мінімум три основні групи ревматичних захворювань: запальні процеси суглобів та хребта, дегенеративні захворювання суглобів та хребта та ревматичні ураження м'яких тканин. Як четвертої групи слід навести так звані параревматичні захворювання, при яких біль у тканинних структурах опорно-рухового апарату є ознакою іншого захворювання.

2. Ревматичні ураження м'яких тканин (фіброміалгія)

Психологічний портрет хворого. Хворі мало схильні до гіперкомпенсованої поведінки. Їхні латентні чи явні бажання, турботи та тенденції до залежності яскраво виражені, чітко визначається схильність до самопожертви та залежності. За симптомами може стояти ларвована депресія, якщо хворі одночасно скаржаться на порушення спонукань та пригніченість. Цей діагноз стає більш ймовірним при приєднанні порушень сну, серцебиття, тахікардії та симптомів з боку шлунково-кишкового тракту. Вони часто демонструють підвищений самоконтроль та прагнення перфекціонізму. Вони не можуть дозволити собі здорових агресивних імпульсів,

розчарування та образу, вони намагаються компенсувати «внутрішньою стійкістю». Характерною для них є тенденція до самопожертви та перебільшеної готовності допомогти, яка проявляється не спонтанно, а з внутрішнього примусу. Типово агресивне забарвлення допомоги, запропонованої цими хворими, отримало вдале позначення як «злісна смиренність» і «любляча тиранія».

Психонейрофізіологія. Блоковані агресивні імпульси хворих виражаються у підвищеній м'язовій напрузі і, нарешті, у локалізованих чи генералізованих болях. Дані щодо локалізації болю можуть змінюватися від обстеження до обстеження. Впадає в око, що болі дуже швидко знижуються при зменшенні психічного навантаження хворого.

Wweck (1971) описує такого пацієнта як людину, яка після маніфестації захворювання схильна до залежності та розвиває сильні потреби до віддачі під чийсь опіку та бажання турботи з боку когось. Відносно часто розвивається маніфестна невротична симптоматика, особливо стану страху, депресії та психосоматичних симптомів у формі функціональних кардіальних, шлункових розладів, головного болю, астеничних картин. Відносинам психотерапевта та хворого часто загрожують амбівалентні бажання пацієнтів: вони бажають, з одного боку, залишатися пасивними і залежними від психотерапевта, з іншого боку, незважаючи на фасадну готовність розкритися, недовірливі і схильні до відкидання. *Перед психотерапевтом* стоїть важке завдання: викликати почуття захищеності та одночасно протидіяти ворожому лікуванню інфантилізуючим тенденціям. Описано конфлікт між самопожертвою та стабільністю, жертвністю та егоїзмом, лагідністю та агресивністю. Емоційні стани, насамперед страх та депресія, витісняються менше. Таких хворих можна порівнювати з боксерами перед ударом гонгу, із бігунами перед стартом, коли готовність довго не реалізується. При схильності до самопожертви та залежності часто можна виявити наявність рентних установок. Як вирішальну ситуацію описують переважно таку, що викликає мобілізацію всього тіла, особливо при агресивних імпульсах. Grace, Graham (1952) описали у хворих з болями в спині наявність складної ситуації, що супроводжується яскравими уявленнями про ходьбу та втечу. «Мені найбільше хотілося б втекти з дому»; «Я хотів би тікати звідси»; «Я хотів би піти геть»; «Я

почуваюся так, ніби відлітаю назавжди». Серед особливостей особистості цих хворих відзначаються тенденція до вторинної вигоди, потреба у щадженні, більш менш відкрите бажання непрацевдатності. Нерідко спостерігається розрив між об'єктивними даними та суб'єктивними бажаннями. У всякому разі, спільний вплив невротично-тенденційних мотивів виражено. До цього синдрому можуть вести такі фактори, як неадекватні установки, при яких самоствердження перестає бути егосинтонним і/або вимагає постійної додаткової вольової напруги з упертими спробами досягти поставленої мети.

Грудний відділ. Зовсім іншим психосоматичне значення середнього відділу хребта, який без анатомічно точного відмежування можна співвіднести з грудним відділом. Цей відділ найсильнішим і зримим чином відбиває настрій людини. Сум, відчай, втрата мужності змушують людину зігнутися, вони характеризуються її зігнутою спиною. Болючі м'язові напруги, що виникають при цьому, неправомірно часто тлумачаться як локальні процеси неясного генезу, як «ревматичні», якщо не беруть до уваги можливості їх психосоматичного розуміння. Сутулість підлітків у багатьох випадках є результатом внутрішньої установки, що виникла внаслідок того, що вони не в змозі відповідати зовнішнім і внутрішнім вимогам, що пред'являються життям до духовно не дозрілого тіла. «Ці юнаки не доросли до своєї дорослості» (Weintraub, 1969).

Поперековий відділ. Простріл (люмбаго) – гострий епізод. Він може бути викликаний різким рухом або підняттям тяжкості, але часто виникає без видимих причин. Він часто, але не обов'язково, трапляється внаслідок таких змін у хребті, як дископатія чи усунення хребця. Хронічні болі в поперековому відділі часто є виразом психічного навантаження. Ми зустрічаємося з ними насамперед у жінок, які компенсують невпевненість у собі, у своїй відповідності до сімейних чи професійних вимог перебільшено прямою поставою, але також і у жінок, які залишили свій опір і пригнічених вантажем повсякденних турбот. Хронічні болі в поперековому відділі можуть бути виразом фрустрації. Вони пов'язані насамперед з нереалізованими очікуваннями, зверненими до міжособистісних відносин, і з станом незадоволеності. У чоловіків вони нерідко є неусвідомленою демонстрацією невдачі – чи то в професії,

чи в реалізації своїх чоловічих функцій.

3. Ревматоїдний артрит

Психологічний портрет. У хворих на віддалених етапах стану впадає у вічі їх толерантність і невибагливість (Zautra et al., 1994). Їхня терпляча невибагливість перебуває у суперечності з об'єктивними даними про захворювання. У преморбіді пацієнти характеризуються як тихі, малопомітні люди. Їх відрізняє старанність та сумлінність. Часто помітна їхня альтруїстична поведінка, що, у поєднанні з енергією та жагою діяльності, робить їх неперевершеними матерями та невтомними доглядальницями. Майбутні пацієнти приділяють вкрай мало уваги своїй тілесності, відрізняючись бідним самосприйняттям та редукованим самопізнанням. Їхня терплячість, ймовірно, відповідає внутрішній забороні на відкритий вираз залишкових агресивних спонукань (Alexander, 1951; Rimon, 1969; Schild, 1967; Weintraub, 1969). Подібно хворим на есенціальну гіпертензію, хворі на ревматоїдний артрит зазнають великих труднощів у придушенні своїх вороже-агресивних імпульсів. Однак спроба дозволити ці імпульси протікає в них інакше і є комбінацією самоконтролю та «благодійної» тиранії над іншими. Матері, які страждають на ревматоїдний артрит, схильні суворо контролювати майже всі рухові прояви у своїх дітей. Багато хто з них випробував у дитинстві подібні материнські впливи, маючи таких самих владних матерів. Сказане можна віднести і до рухових агресивних імпульсів, які, починаючи з дитинства, описують як проблемну сферу. Загалом можна говорити про невдале врівноваження полюсів м'якості та жорсткості. Зазвичай тенденція до м'якості пригнічується посиленням моторної напруженості, м'язовими діями, у жінок – «чоловічим протестом».

Шляхом напруги та жертвовності набувається право змішувати прагнення до панування та мазохістську самопожертву. Відзначено перевагу занять на свіжому повітрі та силових видів спорту, тенденцію до придушення спонтанного вираження почуттів, до їх стримування. Ця характеристика застосовна насамперед до жінок, які у психосоматичних спостереженнях з вивчення ревматизму найчастіше виявляють контрастні чи суперечливі показники.

У всіх хворих на ревматоїдний артрит з достатньою сталістю зустрічаються

три риси характеру:

1. Стійкі прояви надсовісності, обов'язковості та зовнішньої поступливості, що поєднуються зі схильністю до придушення всіх агресивних та ворожих імпульсів, таких, як злість чи лють.

2. Мазохістсько-депресивні прояви з сильною потребою до самопожертви та надмірним прагненням до надання допомоги, що поєднуються із надморальною поведінкою та схильністю до депресивних розладів настрою.

3. Виражена потреба у фізичній активності до розвитку захворювання (професійний спорт, інтенсивна робота по дому, саду тощо). Ці три особливості характеру видаються при ревматоїдному артриті як застигле і перебільшене; вони негнучкі і не пристосовані до вимог середовища. З психодинамічних позицій це характерологічно-невротична переробка конфлікту у сфері агресивності та честолюбства. Вищезгадані риси характеру є, крім того, гіперкомпенсаторними захисними заходами проти основного конфлікту.

4. Надсовісність, відмова від висловлювання своїх почуттів та жертвність створюють захисний бар'єр для можливого прориву агресивних імпульсів і дозволяють позбутися ворожих почуттів. Нав'язливі і депресивно-мазохістські прояви розцінюються як захисні структури проти свавілля, що деструктивно переживається. Часто описуються своєрідна толерантність, смиренність з долею, жвавість, попри обмежену рухливість і біль, що у психоаналітичних поглядах має подвійне тлумачення.

Характеристика результатів проведених методів діагностики хворих.

Cremerius (1968) говорить про «злу покірність» або «улюблену тиранію», які походять від хворого. Психологічні тести підтверджують багато психодинамічних передумов та особистісні дані. У тесті Кеттелла виявляється виражена скромність, покірність, поступливість, ознаки сильного «над-Я», тобто хворі сумлінні, витримані, відповідальні. У проєктивних тестах виявляється мало тлумачень рухових актів проти контрольними групами. Цей факт можна пояснити як вторинну реакцію, тобто обумовлену наявною обмеженістю рухів. Хворі з первинним хронічним поліартритом – це навчені досвідом пацієнти, з якими буває мало клопоту, хоча саме у подібних

хворих слід було б очікувати найбільших труднощів. Вони скромні та невибагливі, схильні до байдужості. Вони майже ніколи не бувають явно депресивними, хоча доля обмежує можливості їхньої діяльності; вони майже ніколи не бурчать, не бувають нестерпними й уїдливими, не впадають у відчай чи злість. Їхня терплячість і поміркованість перебувають у різкій суперечності з тією катастрофою, яка відбувається в їхній долі. Врівноваженість, скромність і невибагливість є результатом того, що ці хворі не повною мірою оцінюють усі симптоми хвороби та тяжкість її наслідків. Хворі сприймають свої деформовані руки не так як хвору частину тіла, а як прикру перешкоду. З подивом можна побачити, які дії вони цими руками виконують. Попри очікування, хворі руки не виключаються із схеми тіла; пацієнти їх не щадять, не ізолюють, а сприймають як хоч і редуковані та «загальмовані», але цілком придатні для вживання органи та використовують їх відповідним чином. Їхній світ самосприйняття виявляє певну обмеженість, зумовлену редукцією їхньої свідомості на своїй тілесній сфері. Хворий тоді невибагливий, скромний і терплячий, коли «редуковано» сприймає себе самого, свою хворобу та хворобливий стан своїх частин тіла. Скромність є своєрідним способом втечі від правди (Любан-Плоцца та ін., 2000). Більшість хворих з первинним хронічним поліартритом до хвороби були особливо активними та діяльними. Примітна їхня невтомність у турботі про близьких. Це люди, які допомагають у злиднях і роками можуть виконувати роль помічника без будь-якої пози, безоплатно і без претензій на подяку. Це безкорисливість служіння та невтомності, а згодом (після захворювання) безкорисливість невимогливості та скромності. Обидві якості - псевдоальтруїстичний аскетизм і терпляче-покірливе самозречення - виходять з однієї й тієї ж структурної ознаки. Загальне для преморбиду і хвороби – це пануючий протягом усього життя хворого на поліартрит процес самоприховання, редукція сприйняття себе. Сьогодні ці обмеження здатності сприйняти власні почуття та можливість використовувати їх як сигнали у широкому значенні слова, описуються також при алекситимії. Багато, якщо не всі хворі на хронічний поліартрит, виявляють ці ознаки. Великі дослідження Cobb (1959, 1962) про внутрішньосімейний вплив на хронічний поліартрит показали наступне: у пацієнток часто була холодна, претензійна і авторитарна мати і слабкий батько, який

пригнічувався матір'ю. З дитинства у пацієнок відзначається почуття страху перед матір'ю та залежності від неї, що супроводжується сильно пригніченим прагненням до бунту. Звикла з ранньої юності володіти своїми почуттями, пацієнтка схильна до того, щоб тиранити оточуючих, починаючи з чоловіка, якого вона, як і мати, вишукує серед слабких і послужливих чоловіків, закінчуючи дітьми, по відношенню до яких вона поводить надзвичайно суворо. Сімейний анамнез чоловічих пацієнтів дає самі дані з відповідною зміною статевих ролей.

4. Загальна психотерапія. При захворюваннях опорно-рухового апарату через багатоплановість причинних факторів терапія має різні напрями. Вона включає просту розмову, що розкриває, коротку або тривалу психотерапію. Готовність психотерапевта та мотивація хворого визначають, чи захоче він взагалі лікуватися. Доцільно застосування таких форм лікування, як рухові вправи, спрямовані на зняття м'язової напруги та покращення постави. Не слід починати з розтину конфліктів, важливіше спочатку встановити довірчі стосунки з хворим. Це стає можливим при ретельному дослідженні соматичного стану. Пізніше можна починати розробляти проблеми активності, самостійності, ідеалів, моральності, виробляти установку на допомогу іншим людям і загалом сприяти регресивним тенденціям щодо психотерапевта. Витіснена агресивність має обговорюватися напряду; якщо її необережно торкнутися, у хворого може зрости страх і посилитись захисні реакції, що може погіршити його стан. Успішно використовуються методи психосинтезу, терапії, що фокусується на рішенні, гештальт-терапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, НЛП.

5. Позитивна психотерапія при колагенозах. Ревматоїдний артрит і ревматизм — це здатність рухово переробляти напругу і конфлікти своїм тілом і відчуттями. *Розлади та фізіологія.* Експериментальні дослідження показали, що емоційні чинники впливають на моторику. У конфліктцентованих інтерв'ю, на психоаналітичних сеансах або в тестах на досягнення, хворі піддавалися психічним впливам, які виявляли агресивні тенденції. У хворих на ревматоїдний артрит в області уражених суглобів був виявлений більш високий тонус м'язів, ніж у здорових зонах. Ця м'язова напруга зазвичай перевищувала за стійкістю саму дію емоційно

травмуючого подразника. Насамперед йдеться про такі психічні травми, як кризи в міжособистісних відносинах, смерть і втрата (розлука, розлучення, переїзд) близьких людей, проблеми у шлюбі і т. д. різних життєвих сферах.

Тіло: у базовому конфлікті часто зустрічаються заборони, які можна пов'язати з моторикою: «Зупинись зараз же!», «Стій спокійно!», «Візьми себе в руки», «замовкни», «що скажуть люди?». Це може вказувати на вибір органу-мішені при психосоматичному ревматичному захворюванні.

Професія: розвиток ревматичного захворювання тісно пов'язаний з професійною невпевненістю, конкуренцією, перенапругою на роботі, звільненням, тиском з боку начальника.

Контакти: тут важливі насамперед виховні аспекти. За часом із виникненням симптоматики корелюють шкільні невдачі дитини, труднощі виховання, хвороба одного з дітей або його відокремлення від сім'ї (наприклад, у зв'язку з одруженням). Постійні конфлікти між подружжям, втрата або хвороба одного з близьких людей, розлучення, розрив відносин з подальшим почуттям провини, слабкість у прийнятті рішення, а також сексуальні невдачі, відносини з оточуючими, переїзд і зміна роботи, конфлікти з сусідами та товаришами по службі - відіграють центральну роль при розвитку захворювання.

Фантазії/майбутнє: на всі названі сфери зовнішніх конфліктних ситуацій власні перспективи на майбутнє мають особливий вплив. Змістовно базовий конфлікт спирається на такі психосоціальні норми: Ввічливість – прямота: чемність розуміється тут як придушення агресії та підпорядкування своїх бажань бажанням інших. Вона стає соціальним інструментом, що дозволяє здобувати увагу і визнання з боку оточуючих і «залучати до себе дружні погляди». У сімейній ситуації виявляється чемність передусім перед батьками, яких можна охарактеризувати як емоційно залежних: «Що подумають люди?» **Послух:** у більшості випадків можна виявити підкреслене значення послуху. Воно, однак, не означає абсолютного підпорядкування, а скоріше стосується дотримання таких психосоціальних норм, як акуратність, ощадливість, працьовитість, контакти, сексуальність, діяльність та – у зв'язку із суперництвом із братами та сестрами – справедливість. Засобом досягнення

слухняності, за розповідями пацієнтів, частіше були не ляпаса та удари, а менший прояв кохання чи загроза цього, що мало наслідком обмеження активності та ініціативності.

Актуальна здатність: «ввічливість».

Визначення та розвиток: здатність підтримувати відносини з іншими людьми. Форми її прояву – це поведінка, що позначаються знання суспільних правил поведінки, стриманість, уважність стосовно партнера і себе, і навіть скромність. **Ввічливість** як свідоме обмеження власних інтересів та потреб – це соціально виправдане придушення агресії. Для оволодіння навичками ввічливості грають роль навчання на прикладі (як правило, це батьки) і навчання, що підкріплюється успіхом (від власної поведінки). Реакція батьків на уявну неввічливу поведінку дітей означає дуже багато. Особливості ввічливості є частиною культури та нормами соціальних верств.

Як про це запитують?

Хто з вас більше цінує ввічливість (стриманість, правила гарного тону)?

Що ви відчуваєте, коли ваш партнер не виявляє належної ввічливості чи стриманості?

Ви скоріше чемні чи відверті?

Чи ви дуже цікавитесь тим, що про вас говорять інші?

Ви скоріше проковтнете образу, ніж поставите на кон добрі стосунки?

Хто з ваших батьків більше цінував правильну поведінку?

Синоніми та розлади: вести себе гідно; знати, що потрібно робити; стежити за манерами та гарним тоном; пай-хлопчик. Лицемірство, ритуалізована ввічливість; нездатність відмовити; егоїзм; невпевненість; страх; невміння чинити опір.

Особливості поведінки: ввічливість часто формує можливість контакту. Замість «ну, дай сюди швидко!» краще сказати «будьте ласкаві, будь ласка...». Що б ви сказали, якби ваш партнер ставився до вас так, як ви з ним? Щодо яких сфер (ощадливість, вірність, сексуальність, акуратність) та з ким ви особливо ввічливі? Як вам віддається за вашу ввічливість?

Висновок. Хворі на ревматизм мало розраховують на власні здібності, проте

виявляють величезну довіру до своїх близьких, психотерапевтів. У самооцінці переважають сумнів та невпевненість. У дитинстві переважало виховання подвійної залежності: емоційна гіперопіка поєднувалася з вимогами досягнень, які ставали критеріями емоційної прихильності. Особливостями сімейного характеру були невпевненість у стилі виховання, помилки одного з батьків, відсутність єдності у виховному процесі внаслідок втручання бабусь та дідусів тощо.

Питання до теми:

1. Психологічні чинники виникнення ревматичних захворювань “Фіброміалгія”.
2. Описати психологічний портрет людини при захворюванні “Фіброміалгія”.
3. Психотерапія при захворюванні “Фіброміалгія”.
4. Психологічні чинники виникнення “Ревматоїдний артрит”
5. Описати психологічний портрет людини при захворюванні “Ревматоїдний артрит”.
6. Психотерапія при захворюванні “Ревматоїдний артрит”.
7. Правила *психологічних відповідей*: тіла, професії, контактів.

Рекомендована література:

Основна: [2,4]

Допоміжна: [2,5,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1-2]

ТЕМА 7. ПСИХОСОМАТИКА ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Мета. Викласти причини *виникнення* захворювань ендокринної системи. Довести, що взаємодія спадкових факторів та впливів навколишнього середовища у ранньому дитинстві може зумовити схильність до гіпертиреозу. Дослідити, що провідний симптом гіпотиреозу – це уповільнення та зміна настрою та емоційного реагування. Проаналізувати підтвердження сучасних досліджень рецедентів, страждаючих на цукровий діабет, у яких часто буває ряд психологічних проблем та психічних розладів. Вони не тільки завдають страждання власними силами, але також впливають на лікування та результат соматичного захворювання.

Ключові слова: ендокринна система, гіпотиреоз, гіпертиреоз, цукровий діабет.

Вступ. При ендокринній патології не можна говорити про специфічну субпідрядність психічних симптомів. Так звана ендокринна психологія намагається проаналізувати диференційовані соматопсихічні взаємозв'язки між дією гормонів у різні періоди життя та людськими переживаннями й вчинками (Бройтигам та ін., 1999). Найбільш поширеними з ендокринних захворювань є захворювання щитовидної залози та цукровий діабет.

План

1. Гіпотиреоз
2. Гіпертиреоз
3. Цукровий діабет

Висновок

1. Гіпотиреоз

Під гіпотиреозом мається на увазі недостатнє постачання клітин організму гормонами щитовидної залози. Провідний симптом гіпотиреозу – це уповільнення та зміна настрою та емоційного реагування.

Симптоми. У хворих спостерігається підвищена стомлюваність, порушення пам'яті, млявість, сонливість, мерзлякуватість, крихкість волосся і нігтів, зниження температури тіла, низький артеріальний тиск, запори. Важливу роль розвитку гіпотиреозу та інших захворювань щитовидної залози грає нестача йоду у раціоні. У жінок гіпотиреоз зустрічається у 10 разів частіше, ніж у чоловіків.

Картина особистості. У хворих (Олександр, 2002) спостерігається відсутність зацікавленості та повна безініціативність як у своїй повсякденній діяльності – на роботі, у школі, у веденні домашнього господарства, так і відсутність зацікавлення поширюється й на їх соціальну активність. У більшості випадків гіпотиреоз може розвиватися після того, як пацієнт відмовляється від досягнення бажаної мети, залишає надію та підпорядковує своє життя неприємному розпорядку, до якого він відчуває внутрішню огиду. Таку психологічну ситуацію можна порівняти з емоційним сидячим страйком. Коли людина виявляється фрустрована у своїх справжніх

бажаннях і схильностях і буває змушена займатися нудною діяльністю всупереч власному бажанню, у неї розвивається власна форма протесту. Такий емоційний стан часто супроводжується агресивними фантазіями, у яких ці люди відмовляються від будь-яких зусиль та амбіцій; вони дозволяють собі здійснювати свої бажання лише в уяві.

Специфічними при гіпотиреозі є, мабуть, такі *фактори*:

1. Відсутність надії на досягнення будь-якої бажаної мети; фруструюча боротьба проти непереборних перешкод;

2. Відсутність справжніх спонукань. Діяльність, особливо одноманітна, яка виконується в першу чергу під впливом зовнішнього тиску або внаслідок внутрішньої компульсії, не на основі всепоглинаючого інтересу.

3. Роль тривожності менш стабільна. У ряді випадків під впливом тривалої фрустрації виникає компенсаторна агресивність, що призводить до тривожності. Надалі це сприяє регресивному ухилянню від діяльності.

4. У ряді випадків у чоловіків виникає ідентифікація з жінкою, що протиставляється агресивним амбітним установкам. Немає якогось спеціального типу особистості, що до цієї категорії. Будь-яка людина певною мірою може демонструвати тимчасові симптоми такого типу виснаження.

Психотерапія. Медикаментозне лікування чи дієта, спрямовані на ліквідацію дефіциту йоду, необхідне здебільшого гіпотиреозу. Багатьом хворим може допомогти зміна зовнішніх обставин, що дає можливість реалізувати свої справжні спонукання. В інших випадках наявність внутрішніх конфліктів (когнітивний дисонанс) не дає можливості такого простого вирішення та потребує систематичної психотерапії. Успішно можуть застосовуватися методи психосинтезу, геш-тальт-терапії, когнітивної психотерапії, транзактного аналізу, поведінкової терапії, сімейної психотерапії, нейро-лінгвістичного програмування, музикотерапії.

2. Гіпертиреоз

Взаємодія спадкових факторів та впливів навколишнього середовища у ранньому дитинстві може зумовити схильність до гіпертиреозу. Оскільки впливу середовища та їх психічна переробка відіграють значну роль, видається виправданим погляд на

двоетапний механізм (Weiner, 1977), відповідно до якого сприятливі фактори можуть діяти спільно з ранніми дитячими сімейними впливами в процесі придбання схильності.

Класичний психосоматичний підхід, представлений Александером (2002), бачить психодинамічні витoki захворювання у відсутності захищеності, надійності у ранньому дитинстві, коли ця захищеність порушується смертю чи батьківським запереченням та/або нездоровими сімейними відносинами. Незадоволене бажання уподобання спонукає хворих ідентифікуватися з об'єктом прагнень. Ця рання ідентифікація призводить, однак, до фізіологічного та психологічного навантаження та закінчується постійною боротьбою, невпевненістю та страхом у зв'язку з низькою самооцінкою. До описаної Александером класичної психодинамічної зміни належать яскраво виражена свідомість відповідальності та готовність до діяльності, які, проте, пригнічуються почуттям страху, виявляючись у вигляді контрафобій. Постійно передбачувана загроза безпеці долається напругою власних сил.

Особистісний профіль. Багато дослідників відзначають готовність пацієнтів піклуватися про інших, наприклад, доглядаючи хворих. Часто це проявляється у вигляді прийняття на себе материнських обов'язків щодо молодших братів і сестер, що веде до гіперкомпенсації агресивних спонукань та суперництва з ними. Загроза безпеки – часто явище як у дорослих, так і у дітей. Для хворих з тиреотоксикозом характерно, що їхні страхи та потреба в залежності можуть виявлятися не прямо, а побічно, у вигляді прийняття на себе відповідальності та контрфобічного заперечення. Контрфобічні риси констатуються більш ніж у 2/3 хворих, заперечення та витіснення страху – більш ніж у 1/3 хворих. Прагнення соціального успіху, праці та відповідальності у хворих носить, очевидно, функцію самозаспокоєння. 4/5 хворих протягом усього життя виявляють прагнення безперервно досягати успіху; почуття обов'язку щодо своїх занять та роботи доводить їх іноді до виснаження. У жінок відзначається підвищена потреба вивести дітей у люди, а якщо вдасться, то ще й усиновити будь-кого (Brautigam, Christian, 1973). Як і при інших психосоматичних захворюваннях, залишається невирішеним питання, чому хворі реагують на високі вимоги життя не регресом та пасивним доглядом, а навпаки, таким форсуванням

зусиль. Це питання про психофізичну схильність і про те, як вона формується під впливом спадковості та умов існування у ранньому дитинстві. Ми знаходимо у хворих готовність постійно “перевиконувати” свої завдання. Схоже, що цих хворих у дитинстві примушували до того рівня самостійності, впоратися з яким вони були готові, чи це рання втрата матері, розлучення чи сварки батьків, передчасна участь дітей у батьківських конфліктах чи вихованні молодших. Пацієнти достовірно частіше старші з кількох дітей. Вони справляють враження особистісної зрілості, яка, однак, адекватна не всім ситуаціям і лише важко приховує слабкість і страх, страх перед статевим життям дорослих, перед розставанням або власною відповідальністю або взагалі перед необхідністю вижити. Їхні фантазії заповнені вмиранням і смертю. За Alexander (1951), гіпертиреоїдний хворий – людина, «все життя яка намагається витримати боротьбу зі своїм страхом». Важливим є насамперед соматопсихічний аспект, що показує, як змінюються під впливом лікування готовність до діяльності і підсвідома контрфобічна установка, що відкидає страх. Занепокоєння, збудження і боязкість, що відзначаються в гострій фазі хвороби, поступово зникають після усунення тиреогенного підвищеного обміну речовин, так само як і емоційна лабільність, підвищена чутливість до спеки, імпульсивність. Це цілком очевидна для оточуючих зміна нерідко переживається хворим. як втрата. Хворі скаржаться на втрату ініціативи, зниження працездатності та дисфорію до депресивних розладів. Еутиреоїдний стан розцінюється ними як обмеження діяльності та функціональних можливостей особистісного “Я” (Banner, 1968).

Психотерапія. Психотерапія повинна включати фокальну переробку конфліктних пускових ситуацій (Rodewig 1993). Навіть при хорошому стані щитовидної залози при гіпертиреозі та повноцінній субституції психопатологічна симптоматика (депресії, неврівноваженість, розлади сну) може зберігатися. Причиною цього може бути те, що при злегка підвищеному рівні гормонів у крові хворі почуваються активними та жвавими, а при нормальному рівні сприймають свій стан як пасивно-апатичний, безініціативний та схильні до депресивних реакцій. Психотерапевтична розмова разом із правильно проведеною психотерапією може поруч із переробкою конфліктної ситуації придушити існуючу нині психопатологічну

симптоматику. Психопатологічна симптоматика переважно пов'язана з переживаннями взаємин у сім'ї та на роботі, з питанням перемикання на новий рівень активності. Вивчаючи кризові ситуації та характер хвороби, можна допомогти хворому виробити такий спосіб життя і таке ставлення до здоров'я, які б не мали ніякого ризику відновлення хвороби. Успішно використовуються методи транзактного аналізу, арт-терапії, когнітивної психотерапії, гештальт-терапії, психосинтезу, музикотерапії.

Позитивна психотерапія при захворюваннях щитовидної залози. Захворювання щитовидної залози – здатність активізувати всі життєві процеси і так прискорено зростати та передчасно старіти (гіпертиреоз); здатність уповільнювати життєві процеси і цим уникати перевантажень (гіпотиреоз).

Розлади та фізіологія. Те, що щитовидна залоза відіграє важливу роль у регуляції та подоланні психофізичних екстремальних ситуацій, підтверджують факти про те, що при вагітності та тривалому стресі щитовидна залоза збільшується і функція її підвищується. Певні сімейні переживання, що часто повторюються, у хворих на гіпертиреоз відіграють важливу роль у розвитку особистості та виникненні актуальної конфліктної ситуації. Оскільки постійний страх життя не може бути зменшений підтримкою близьких людей, він досить часто долається тим, що майбутній хворий на гіпертиреоз передчасно набуває компетенції батьків і разом з нею незалежність від них і посилено розвиває відповідальну свідомість та готовність до діяльності. Хворий на гіпертиреоз схильний до того, щоб жертвувати собою заради інших. Ворожі почуття по відношенню до «щасливчиків», що виникають при цьому, витісняються і надкомпенсуються посиленою активністю. «Правила гри», які дитина засвоїла на все життя в батьківському будинку, можна уявити приблизно так: «Подивися, адже ти впорася сам. Ми не можемо про тебе подбати. У нас багато своїх клопотів». Відповідно до цього особливо виявляються такі актуальні здібності, як працьовитість/діяльність, послух, ощадливість та обов'язковість. Сфери контактів та тіла повністю визначаються прагненням до успіху та здобутків.

3. Цукровий діабет

Сучасні дослідження підтверджують, що у людей, які страждають на цукровий

діабет, часто буває ряд психологічних проблем та психічних розладів. Вони не тільки завдають страждання власними силами, але також впливають на лікування та результат соматичного захворювання. Діабетик точно знає, що діяльність щонайменше однієї системи його організму порушена. Із цього виникає відчуття невпевненості. Хронічний дефект може негативно впливати на життєву стратегію діабетика: часто він організовує своє життя навколо свого страждання («діабет як спосіб життя»). Bleuler (1975) описує різницю між дорослими (тип II) і хворими юнацьким діабетом (тип I).

Тип II. Дорослі не виявляються виразно анксійними, хоча тенденції до ларованої депресії безперечні. Їх скоріше відкрита, егосинтонна особистість схильна до депресивних реакцій при навантаженнях.

Тип I. Особистісні риси, що досягають шизоїдності, швидше характерні для хворих на юнацький діабет, при навантаженнях тут характерні заперечення і селективне сприйняття проблем. Rudolf (1970) в такий спосіб узагальнив літературні дані про психосоматичні концепції у виникненні діабету. Психічні чинники, особливо при I типі цукрового діабету, значно впливають протягом терапії.

1. Конфлікти та неоральні потреби задовольняються за допомогою їжі. Може виникнути обжерливість та ожиріння, після чого настає тривала гіперглікемія і далі виснаження інсулярного апарату.

2. Внаслідок прирівнювання їжі та любові один до одного при відібранні кохання виникає емоційне переживання стану голоду і тим самим, незалежно від надходження їжі, що відповідає діабетичному голодному обміну речовин.

3. Страх, що зберігається протягом усього життя, веде до постійної готовності до “боротьби” або “втечі” з відповідною гіперглікемією без скидання психофізичної напруги. На ґрунті хронічної гіперглікемії може розвиватися діабет. Groen, Loos (1973) надають особливого значення властивим цим хворим відчуття незахищеності та емоційної занедбаності. Alexander (1950) описує, крім цього, сильні рецептивні бажання турботи про себе та активний пошук залежності від інших. Пацієнти демонструють більшу чутливість до відмов у задоволенні цих оральних бажань. Це

відповідає опису Reindell та ін. (1976), які встановили у діабетиків «амбівалентні тенденції тривоги, занепокоєння, страху з однієї сторони та прагнення до спокою та захищеності – з іншої».

Прикладом надмірно вираженої дезадаптації до цукрового діабету є «лабільний цукровий діабет». Він характеризується значними коливаннями вмісту глюкози у крові, часто з багаторазовими випадками невідкладної госпіталізації. Нині широко прийнято думку, що лабільний цукровий діабет – це поведінкова, а не патофізіологічна проблема (Williams et al, 1991).

У авторитетній в цій галузі медичній праці Tattersal, Walford (1985) дійшли висновку, що «такі хворі не „божевільні—, не „погані—», але дозволяють собі потенційно небезпечну поведінку, частково тому, що нехтують її наслідками, але частіше тому, що воно „окупається— у сенсі задоволення інших потреб, незалежно від того, чи це любов чи дах, сприятлива думка чи втеча від будь-якого іншого нерозв'язного конфлікту».

Психотерапія. Психотерапевтичні заходи показані на всіх рівнях психофізичної взаємодії, оскільки лише тільки медикаментозне лікування неспроможне змінити становище хворого і лише сприяє хронізації захворювання. При довгостроковому веденні хворих щодо їх психотерапевту слід враховувати, що захворювання може переживатися як втрата автономії і посилення залежності. Може зафіксуватися почуття безпорадності та безсилля, що в крайніх випадках може вести до тяжких депресій із підвищеною суїцидальністю (Reindell et al., 1976). По Benedek (1948), спроба примушення до дієти може супроводжуватися посиленням страху, почуття провини та конфлікту й посилювати небезпеку кетоацидозу. Щоб бути терапевтично дієвим, розпорядження дієти має проводитися на основі задовільних відносин психотерапевта та хворого. При стабілізації психічного стану стабілізується також соматичний гомеостаз. Якщо психотерапевт при цьому викликає у хворого статус страху та люті, це може через посилення симпатико-адренергічної стимуляції вести до погіршення клінічного стану. У разі повторних зривів функціонування обмінних процесів допомогу можуть надати також спеціальні психотерапевтичні втручання. Виправдало себе включення цих пацієнтів до центрованої по хворобі групової терапії

або стаціонарного початку курсу психотерапії, що проводиться далі в амбулаторних умовах. Сімейний психотерапевтичний підхід дає великий ефект дитячого контингенту. Так, Minuchin та ін. (1983) показали, що в цих сім'ях спостерігаються значні труднощі подолання хвороби та комунікативні порушення часто можуть бути вихідним пунктом кетоацидотичних зривів у хворих дітей. Для залучення людини в психологічну роботу (а вона може виконувати її з великим небажанням або навіть виявляти ворожість) дуже важливі співчуття та такт; слід уникати грубої конфронтації. Під час обстеження слід з'ясувати значні психосоціальні чинники та займатися ними. Потім встановлюють зв'язок між періодами погіршення регулювання змісту глюкози в крові та емоційним дистресом або труднощами соціального характеру. Конфронтація не завжди корисна: ознакою успіху є стримування прогресування захворювання та стабілізація процесу з обов'язковим усуненням психологічних порушень, покращене регулювання вмісту глюкози в крові та, у перспективі, скорочення випадків госпіталізації. Успішно використовуються методи транзактного аналізу, арт-терапії, креативної візуалізації, терапії, фокусованої на рішенні, психосинтезу, музикотерапії.

Висновок. Під гіпотиреозом мається на увазі недостатнє постачання клітин організму гормонами щитовидної залози. Взаємодія спадкових факторів та впливів навколишнього середовища у ранньому дитинстві може зумовити схильність до гіпертиреозу. Сучасні дослідження підтверджують, що у людей, які страждають на цукровий діабет, часто буває ряд психологічних проблем та психічних розладів. Вони не тільки завдають страждання власними силами, але також впливають на лікування та результат соматичного захворювання.

Питання до теми:

1. Гіпотиреоз. Фактори ризику.
2. Психотерапія. Особистісний профіль.
3. Гіпертиреоз. Особистісний профіль.
4. Позитивна психотерапія
5. Цукровий діабет. Особистісний профіль.
6. Типи I та II. Психотерапія

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [5,6,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання: [1-2]

ТЕМА 8. ПСИХОВЕГЕТАТИВНІ СИНДРОМИ, ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ, ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Мета. З'ясувати психосоматичні аспекти депресій та онкологічних захворювань. Викласти фактори ризику психовегетативних синдромів. Дослідити особистісний профіль хворих на депресію та онкологію. Визначити методи психотерапії.

Ключові слова: вегетативна система, депресія, онкологія, декомпенсація.

Вступ. У дорослих психовегетативні синдроми виникають переважно у віковій групі від 30 до 60 років. Це – фаза найвищих професійних навантажень. В анамнезі часті честолюбні установки, гарячковий темп роботи, тиск невиконаних обставин і загальна незадоволеність діяльністю, що виконується. Їхня поведінка – постійний компроміс (Любан-Плоцца та ін., 2000). Тенденції до самостійності та експансивні імпульси швидше пригнічуються, ніж культивуються, заміщаючись страхом бути покинутим і не переробляються, а лише компенсуються під час розвитку.

План

1. Психовегетативні синдроми.
2. Психосоматичні аспекти депресії.
3. Картина особистості
4. Онкологічні захворювання.
5. Рак молочної залози.

Висновок

1. Психовегетативні синдроми

Люди, з розладами вегетативної системи, ставлять самі, або дозволяють іншим ставити собі мету, але дії, які мають призвести до досягнення цих цілей, застряють

лише на рівні помислів з властивої цим хворим загальної невпевненості у собі.

Пусковими для вегетативних феноменів можуть стати такі фактори:

- порушення ритму дня-ночі, сну-неспанья;
- прискорений темп життя;
- вплив подразників;
- зростання втрати ідеалів.

До сфери об'єктних відносин вегетативних порушень наводять найчастіше такі чинники:

- фінансові турботи;
- ізоляція, втрата коріння, нестача міжлюдського контакту;
- конфлікти, пов'язані з любов'ю, визнанням чи сексуальністю;
- перенапруга внаслідок подвійного навантаження у професії та побуті;
- перенапруга під час виховання дітей;
- конфлікти у професійній сфері;
- трудовоголізм, перфекціонізм.

Ці пускові моменти обрушуються на особистість в більшості випадків тихої, малопомітної і замкнутої людини, схильної до розвитку obsesивно-депресивних та іпохондричних рис характеру. Хворі з великою наполегливістю знову і знову повертаються до опису симптомів, які можуть бути досить демонстративними. Психодинамічно часто описується проблематика залежності/незалежності, що корениться в незадовільних стосунках, розчаровують відносини з значущими особами в дитинстві. Staehelin (1969) встановив за спостереженнями на 600 хворих, що у витоків вегетативних порушень стоїть втрата внутрішньої впевненості, у нормі властивої людям *базисної довіри себе*. Вегетодистонік вважає симптом відсутності довіри до себе - домінуючим психопатологічним утворенням. Якщо життєві звички зумовлюють хронічне перевантаження, ретикулярна система не може забезпечити необхідний рівень адаптації: хворий декомпенсується. Ця вегетативна декомпенсація відбувається двома етапами:

1. Синдром вегетативного подразнення. Кардинальними симптомами є дратівливість, внутрішня напруга та страх.

2. Синдром вегетативного виснаження, що характеризується підвищеною стомлюваністю, виснажливістю та депресивними проявами. В основі підвищеної стомлюваності, що не зникає і після тривалого сну, лежать в основному так звані парадоксальні ситуації, коли хворий здобуває успіхи у справах, стосовно яких відчуває внутрішній опір. Крім цього пред'являється і цілий ряд інших скарг: порушення сну, внутрішнє тремтіння, занепокоєння, постійне збудження, епізоди пітливості, зниження апетиту, шлунково-кишкові скарги, серцебиття, головний біль, запаморочення або звичайне недиференційоване нездужання.

Чинники. Причинне значення мають багато чинників. Вони полягають як у самій людині, так і в її оточенні на роботі та в сім'ї, у її сьогоденні, минулому та майбутньому. Можна довести, що частота соматичних та психічних порушень корелює з особистісним фактором, який традиційно визначається як «нервовість». Особистісний фактор зі збудливістю, емоційною лабільністю і настроєм, що вагається, характеризується як нейротизм (Eysenck, 1959) і виявляється за допомогою психологічних тестів. Однак така особистість характеризується також високою пізнавальною та емоційною диференційованістю. Eysenck відзначає у таких людей високу чутливість у сфері сприйняття та переживань щодо психофізично та емоційно непереможних труднощів, які роблять їх більш уразливими щодо протиріч у професійній діяльності. Тому їхні скарги носять характер сигналів як стосовно їх особистого стану так і до всієї зовнішньої ситуації. Ці порушення іноді розглядають як наслідок посилення діяльності вегетативної нервової системи відповідно до психофізичного реагування, але насправді це не так. Органічна причина хвороби, як ґрунт, що реагує на порушення психічного стану. Труднощі в нинішній життєвій ситуації, насамперед професійного чи сімейного характеру, та викликані ними конфлікти мають дати певний резонанс, щоб викликати формування відповідних скарг. Положення на роботі часто набуває вирішального значення. При цьому сильна соціальна підтримка в сім'ї, або з боку партнера є захисним фактором, за відсутності якого роль шкідливих факторів посилюється. Тільки при гострих психосоціальних труднощах скарги здорових людей стають симптомом, що викликає уявлення про хворобу, яка потребує лікарського втручання. За несприятливих умов праці у здорових

людей з функціональними порушеннями, труднощами та конфліктами може настати декомпенсація і зі скаргами загального характеру вони можуть поповнити кількість хворих. Соматизації нервово-психічного напруження сприяє й те, що вся сучасна медицина більше націлена на соматичну природу захворювання, ніж психічну. Лікарі, працівники соціального забезпечення та все суспільство загалом оцінюють соматичні захворювання як важливіші, ніж психічні, що є своєрідною дискримінацією. Нарешті, шлях до соматизації можна побачити в основну за функцією вираження тілесної сфери. Тілесні прояви набувають характеру зняття напруги і уникнення труднощів. Соматичне захворювання слід вважати сильнішим закликком до уваги оточуючих людей. Хвороба дитини не тільки викликає у матері любовну турботу та особливу увагу, а й призводить до звільнення її від обов'язків, наприклад, від відвідування школи. Цей ранній досвід і початковий заклик людина використовує також у соматизації своєї хвороби. Зв'язок скарги – особистість – нервова система є спрощеною. Їй протиставляється комплексніший зв'язок скарги – актуальна життєва ситуація – особистість – соматичне сприйняття хвороби лікарем і суспільством. Тим самим на місце причинного розвитку вступає пережита взаємодія між людиною та її соціальним оточенням.

2. Психосоматичні аспекти депресії

Є навіть тенденція вважати всю комплексність і значущість психосоматичних зв'язків у медицині, всі психосоматичні скарги чи хоча б більшість їх проявом ларованої депресії та відповідно лікувати їх медикаментозно. Подібна позиція є односторонньою, але водночас не можна заперечувати, що багато психічно обумовлених соматичних проявів можна розглядати як еквівалент не відображених у психічній сфері станів страху та депресії. Взаємодія соматичних і психічних процесів рідко де виявляється настільки виразно, як у психосоматиці та соматопсихіці депресій. Одночасно при депресії відбувається переплетення схильності та середовища, особистості та ситуації, психодинамічних причин та відщеплення деяких тем у сфері психічного та соматичного.

Особистісний профіль. При депресії страждають практично всі сфери – емоційна, інтелектуальна, вольова та обов'язково мотиваційна, що проявляється як

суб'єктивно у скаргах пацієнта, так і об'єктивно – у зміні поведінки. Стійке зниження настрою при депресії поєднується зі втратою інтересу до того, що раніше сприймалося хворим як привабливе, що приносить задоволення або радість - різні форми дозвілля, спілкування, читання книг, хобі, професійна діяльність, статеве життя та ін. Пропадає не тільки почуття задоволення в результаті такої діяльності. У хворого, який страждає на депресію, немає мотивації, не виникає бажання приступити до цієї діяльності, а інтерес до самої діяльності змінюється байдужістю і роздратуванням. При всіх типах депресивного стану страждають і первинні біологічні мотивації – порушується сон, апетит, сексуальна функція. Ступінь цих розладів залежить, зазвичай, від тяжкості депресивного стану. Під *ларвованими* або *маскованими* депресіями розуміють депресивні стани, при яких психосоматичні симптоми виражені таким чином, що стає важко розпізнати власне психопатологічну симптоматику.

Функціональні сфери прояву депресивного синдрому.

Депресивний синдром проявляється у різних функціональних сферах.

Психічні симптоми: пригніченість, нездатність до прийняття рішень, уповільнення мислення, апатія чи внутрішнє занепокоєння, страх, тужливі думки, втрата почуттів, внутрішня порожнеча.

Психомоторні симптоми: психомоторна загальмованість (скутість, гіпо- та амімія, зниження виразності емоцій) або психомоторна ажитованість (зовнішнє занепокоєння, непосидючість, компульсивна малопродуктивна діяльність).

Психосоматичні симптоми: порушення вітальних почуттів (фізична слабкість, відсутність бадьорості).

Вегетативні порушення у вузькому значенні: запаморочення, порушення серцевого ритму, сухість у роті, запори, порушення дихання.

Вегетативні порушення у сенсі: порушення сну, відчуття болю, стиску, холоду, зниження апетиту і ваги, порушення менструального циклу, імпотенція. Якщо описані прояви стосуються ендогенних депресій, то йдеться однозначно про *ларовані*, або *масковані* депресії.

Види депресій:

При *неендогенних* психозах, наприклад, при *невротичних депресіях*, диференціювання з психосоматичними порушеннями та захворюваннями стає важким. Загалом можна сказати, що під ларвованими або маскованими депресіями розуміються *ендогенні депресії*, що супроводжуються вираженою психосоматичною симптоматикою, у той час як психосоматичні порушення або захворювання являють собою соматизовані неврози, тобто соматизований страх (Poldinger, 1982).

При *ендогенних* ларвованих депресіях, тобто психосоматичних порушеннях та захворюваннях, рекомендується комбінація фармакотерапії та психотерапії. Серед *неендогенних* депресій, що супроводжуються виразними психосоматичними проявами, слід також згадати про описану Kielholz (1973) *депресію виснаження*.

1. Вона настає після зтяжнього стресу, що триває протягом декількох місяців або років і проявляє себе спочатку в гіпестетично-астенічній стадії дратівливості, підвищеною чутливістю і зниженою продуктивністю.

2. У другій стадії впливають психосоматичні прояви, насамперед вегетативної природи. Це відповідає старому діагностичному позначенню «неврастенії», з виразною підвищеною стомлюваністю. Лише після цієї психосоматичної стадії, в якій *депресія виснаження* важко розпізнається як така, в подальшому, за наявності додаткового навантаження або раптового зняття психологічного стресу, настає власне депресивний стан.

3. Третя стадія представлена повною картиною депресії. Депресія виснаження перестав бути новим захворюванням, це лише «прототип» психогенної депресії. При оцінці реакції на стрес слід враховувати, чи йдеться про гострий або хронічний стрес, про особу зі спадковою схильністю до *ендогенної депресії* або про порушення розвитку в ранньому дитинстві. Відповідно, можуть формуватися депресія виснаження або гостра тривога при стресовій реакції, а може маніфестувати ендогенна депресія або невроз.

Соматичні скарги та функціональні симптоми, як супроводжують прояви або еквіваленти депресивним розладам, можуть так сильно виступати на перший план, що вони панують у всій клінічній картині. Відповідно, емоційне порушення може відходити на задній план і залишатися непоміченим. Це може відбуватися при

депресіях найрізноманітнішого генезу: при *фазно-ендогенних, невротичних*, у яких на першому плані виступає особистість, і навіть при *реактивних* депресіях, які зрозумілим чином впливають безпосередньо із ситуації.

3. Картина особистості

Типовими ситуаціями захворювання при депресіях є втрата відчуття безпеки, розлука, ізоляція, зростання відповідальності. Навіть ендогенні депресії, за деякими оцінками, у 15–30 % випадків провокуються ситуаційно, хоча б їхня перша фаза.

З фізичних факторів мають значення інволюційний період у жінок і чоловіків, що супроводжується кризами як у соматичній сфері, так і в психіці, а також необхідність переорієнтуватися в житті, до чого багато людей не готові. Не можна забувати про те, що і в рамках соматичних захворювань та порушень можуть розвинути депресивні розлади настрою, які, зі свого боку, можуть призвести до розширювального тлумачення психосоматичних відносин. З психосоматичних позицій депресії залежать від реального існування об'єкта, що зазвичай ідеалізується. Це формує і підвищену чутливість до розлуки. Щодо об'єктів виступає певна інфантильна залежність, яка має оральні риси. Виявляється бажання симбіотичного залучення до доброї матері та її авторитету, так само як до хорошого лікаря, психотерапевта. Це перенесення має різні аспекти, хворий нерідко коливається між надступливою пасивною поведінкою, що не відгукується на пропозицію допомоги, і наполегливими активними тенденціями, що відображають пошуки визнання. Хворий може догоджати іншим, він міг би своїми діями убезпечити інших, захистити їх (Benedetti, 1987; Brautigam, 1979). Захист хворого на депресію полягає в характерних формах реагування типу нав'язливої любові до порядку і педантичності, коли хворий хоче усунути все, що заважає, всякий безлад, всяку агресивність, всякий бруд, все, що не знаходить визнання. Хворому потрібно постійно «робити добро», тобто він намагається своєю діяльністю, своєю близькістю до інших людей, своїм бездоганним способом життя відкинути агресивні і деструктивні тенденції, що в ньому ховаються. Депресія представляється як розпад цього характерного захисту, як ізоляція від корисного об'єкта, як схильність до самодокору. Особлива тенденція до соматизації депресивного розладу психодинамічно пояснюється тим, що порушена симбіотична залежність від

зовнішнього реального об'єкта зміщується на залежність від внутрішнього об'єкта - одного з органів свого тіла. Ця тенденція до інтерналізації та соматизації психічного страждання та зовнішніх психосоціальних конфліктів не тільки відповідає уявленням хворого про хворобу, а й близька до лікарського сприйняття. Ентузіасти технічно оснащеної сучасної медицини та багато лікарів також схильні до інтерналізації та соматизації без урахування психосоціальних конфліктів. У суспільній свідомості психічні порушення схильні до дискримінації, що і відображає зазначена тенденція. Можливість реагування депресивними психічними або суто соматичними симптомами передбачає наявність відповідної схильності, яка може бути спадково обумовленою або набутою в ранньому дитинстві під впливом зовнішніх факторів у процесі розвитку. У цьому значної ролі грають ситуаційні соціальні впливи. Маніфестна картина особистості хворих на депресію визначається вже згаданими формами реагування. Між невротичною та психотичною формою депресії є плавні переходи. У преморбіді зазвичай не знаходять брутальних невротичних ознак. Найчастіше зустрічаються такі риси особистості, як надпристосованість та працьовитість. У ранньому дитинстві іноді трапляються прояви страху, але не виражених невротичних ознак. Якщо уважно розглядати міжособистісні стосунки, можна виявити тенденцію до симбіотичних відносин із сильними уподобаннями. Тенденція до соціальної надпристосованості відповідає соціальній придатності хворих на депресію, які частіше зустрічаються в середніх соціальних верствах, насамперед серед службовців та чиновників.

Психотерапія. Для встановлення діагнозу мають значення певні характерні ознаки. Необхідно вивчити попередні подібні соматичні порушення, що виникали в кризових ситуаціях, або станах душевного занепаду. При цьому слід звертати увагу на настрої хворих та їх потреби. Протягом дня часто очевидні коливання настрою, нерідко із значним покращенням до вечора. Розлади сну, самобиття супроводжують апатію та втрату працездатності. Стомлюваність як провідний та основний симптом разом із втратою працездатності стоять на першому плані та при ендогенній депресії. Для депресій характерна «реакція в останній момент»: коли лікар хоче закінчити бесіду та хворому загрожує самотність, він затримує лікаря, жалібно дивиться на

нього, наново квапливо викладає свої переживання, не додаючи нічого нового чи суттєвого. Депресії в інших членів сім'ї також мають значення для встановлення діагнозу. У випадках ларвованої або маскованої депресії не тільки важливо думати про депресію, треба також вміти ставити вирішальні питання. Нижче наводяться питання, відповіді які полегшують розпізнавання депресії; деякі подальші питання та відповіді на них, мають уможливити розпізнавання ендогенних депресій. Щодо зміни синдромів надзвичайно примітно те, що такі типові психосоматичні синдроми, як коліт, виразки, кропив'янка, астма і т. д. можуть чергуватися з депресивними фазами. Це привертає увагу до соматопсихічних зв'язків, які вивчаються при психосоматичних захворюваннях, неврозах та психозах. Соматичні та психічні причини не повинні розглядатися альтернативно. Дуже часто соматичним виразом депресій є запори, відсутність апетиту; у жінок менструації стають нерегулярними чи припиняються, лібідо знижується, погіршується загальний стан. Часто на першому плані виступають розлади сну, що проявляється ущільненням й скороченням фізіологічних фаз сну на ЕЕГ.

Лікування має бути спрямоване на психологічні та додаткові впливи, що виникають у процесі захворювання. Хворий на депресію завжди пов'язаний міцними узами з психотерапевтом. У цьому полягає найкращий захист від суїцидальних тенденцій. При невротичних та реактивних депресивних станах не слід зволікати з психологічною переробкою конфлікту; її необхідно проводити вже у гострому періоді, оскільки психотерапевтична розмова саме в цей час може дати полегшення. Показано тривалу психотерапію – розкриваючу, індивідуальну або групову, особливо в тих випадках, коли до цього є передумови з боку особистості.

4. Онкологічні захворювання

Питання зв'язку раку з психічними і психосоціальними чинниками не нове: вже Гіппократ і Гален задавалися їм. У численних психосоматичних дослідженнях онкологічних хворих показано взаємозв'язок емоцій, центральної нервової та імунної систем (Baltrusch et al., 1991; Temoshok, 1987). У ракових хворих особливо часто виявляються:

- рання втрата важливих осіб близького оточення пацієнта;

- нездатність хворого відкрито висловлювати ворожі почуття;
- збереження «пуповини» з будь-ким із батьків;
- сексуальні порушення.

Багато авторів етіологічно пов'язують особистість ризику з обтяжуючими переживаннями в дитинстві (наприклад, зі втратою одного з батьків) при раку молочної залози (Becker, 1979), з жорстоким дитячим досвідом холодного ставлення з боку близьких при раку легенів (Kissen, 1966). Часто рак свідчить про те, що десь у житті були невирішені проблеми, які посилилися або ускладнилися через серію стресових ситуацій, що відбулися в період від півроку до півтора року до виникнення раку. Типова реакція онкологічного хворого на ці проблеми та стреси полягає у відчутті своєї безпорадності, відмови від боротьби. Ця емоційна реакція приводить у дію ряд фізіологічних процесів, які пригнічують природні захисні механізми організму та створюють умови для виникнення та розвитку пухлини. Незадовго до початку розвитку хвороби багато хворих на рак втратили значущі для них емоційні зв'язки. У цьому найчастіше вони ставляться до психологічного типу, схильного пов'язувати себе з якимось одним об'єктом чи роллю (з людиною, роботою, будинком), а не розвивати власну індивідуальність. Коли цим об'єкту або ролі, з якими людина себе пов'язує, починає загрожувати небезпека або вони просто зникають, такі пацієнти виявляються наче наодинці із собою, але при цьому у них відсутні навички, що дозволяють справлятися з подібними ситуаціями. На основі аналізу психологічних аспектів життя понад 500 хворих на LeShan (1977) виділяє в них *чотири основні моменти*:

- Юність пацієнтів була відзначена почуттям самотності, покинутості, розпачу. Занадто велика близькість з іншими людьми викликала у них труднощі і здавалася небезпечною.

- У ранній період зрілості пацієнти або встановили глибокі, дуже значущі для них відносини з якоюсь людиною, або отримували величезне задоволення від своєї роботи. У ці відносини чи роль вони вкладали всю свою енергію, це стало сенсом їхнього існування, навколо цього будувалося все їхнє життя.

- Потім ці відносини чи роль зникли з їхнього життя. Причини були різні - смерть

коханої людини, переїзд на нове місце проживання, відхід на пенсію, початок самостійного життя їхньої дитини і т. п. У результаті знову настав відчай, ніби недавня подія боляче зачепила рану, що не загоїлася з молодості.

- Однією з основних особливостей цих хворих було те, що їхній відчай не мав виходу, вони переживали його «в собі». Вони були не здатні вилити свій біль, гнів чи ворожість на інших. Всі ці приклади допомагають виявити те загальне, що поєднує більшість конфліктів, з якими стикаються пацієнти за кілька місяців до виникнення захворювання.

Виділяють *п'ять етапів розвитку психологічного процесу*, що передують виникненню раку (Саймонтон, 2001).

1. Дитячі переживання, що призводять до формування того чи іншого типу особистості.

2. На людину обрушуються драматичні події, що викликають у нього стрес.

3. Стресові ситуації, що виникли, ставлять перед людиною проблему, з якою вона не може впоратися.

4. Не бачачи можливості змінити правила своєї поведінки, людина відчуває свою безпорадність і нерозв'язність ситуації.

5. Людина відмовляється від вирішення проблеми, втрачає гнучкість, здатність змінюватися та розвиватися. Саме втрата інтересу до життя відіграє вирішальну роль у впливі на імунну систему і може через зміни гормональної рівноваги призвести до підвищеного виробництва атипових клітин. Цей стан створює фізичні передумови у розвиток раку. Людина, яка обирає позицію жертви, впливає на своє життя тим, що надає підвищеного значення таким подіям, які підтверджують безнадійність його становища. Кожен із нас сам обирає, хоча не завжди усвідомлено, як реагувати на ту чи іншу подію. Величина стресу визначається, по-перше, значенням, яке ми йому надаємо, і, по-друге, тими правилами, які ми колись виробили і які вказують на допустимі способи виходу зі стресової ситуації.

У низці робіт вітчизняних психологів досліджено *«психологічний профіль онкологічного хворого»*. Було з'ясовано, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі риси: домінуюча дитяча позиція у комунікації, тенденція до екстерналізації локусу

контролю, висока нормативність у ціннісній сфері, високий поріг сприйняття негативних ситуацій, складність розуміння сутнісних ознак у когнітивній сфері. При цьому найчастіше у сім'ї виявлялася присутність доміантної матері. За даними А. Sellschopp (1990), соціальні чинники (професійна стабільність, сталість взаємовідносин), на відміну психічних, притаманних «ракової особистості», мають значно більше значення якості виживання, ніж це вважалося досі. Реакція на психосоціальні стресори залежить від структури особистості, тобто від того, яке значення події надається суб'єктом. До психосоціальних стресорів Blohmke (1976). Ці стресори можуть стати пусковими факторами у розвитку онкологічних захворювань. Є переконливі докази того, що стрес є фактором, що сприяє виникненню хвороб, у тому числі й раку (Саймонтон, 2001).

Особистісний профіль ризику на “рак молочної залози”

В рамках особистості ризику у жінок із схильністю до раку молочної залози описується нездатність виявляти свої почуття та виливати свій гнів. Ці жінки зазвичай більш пристосовані до життя та схильні до гармонії стосунків. З іншого боку, у прогностичних дослідженнях (Greer, Morris, 1979) описано групу молодих жінок, схильних до екстремальних вибухів почуттів. У жінок, у яких діагностувався рак, відзначалися знижена здатність до фантазування з редукацією відповідей з приводу форм та кольору за тестом Роршаха, зменшена кількість тлумачень образів; такі хворі виявляли ознаки, що вказують на розчарування, порожнечу та почуття, ніби вони відокремлені від інших людей скляною стіною. Багато онкологічних хворих з поганим прогнозом реагують на захворювання такою сильною регресією своїх вітальних спонукань, що це починає нагадувати психоз. Вони скаржаться на повну внутрішню спустошеність і випалення. Що стосується впливу психічних факторів на сприятливий або несприятливий перебіг захворювання, то є прямі вказівки на більш тривале життя хворих на рак молочної залози, якщо вони можуть виявляти свої агресивні тенденції взагалі і проти лікарів, що лікують зокрема. Деякі автори (Nakagawa, Ikemi, 1977) навіть вважають, що деяким хворим можна надати допомогу шляхом підвищення внутрішнього опіру та створення установки на активну боротьбу. Багато хворих вважають, що у походження раку важливу роль відіграють психічні

причини. Більше третини хворих на рак молочної залози поряд з такими зовнішніми факторами, як ушкодження, шкідливі впливи зовнішнього середовища, вважають причиною хвороби також психічні конфлікти та навантаження, тоді як 30% просто розглядають цю хворобу як покарання за свої гріхи та помилки (Becker, Janz, 1985). Це пов'язано з уявленням про те, що рак – не така хвороба, як інші, що саме слово «рак» – це «метафора» для визначення злякисного непереборного процесу та таємничої долі людини, що включає провину та покарання. Поняття «ракова пухлина» не тільки в уявленнях хворих, але в політичній термінології означає несприятливий розвиток процесу та неприпустимі промахи.

Kubler-Ross (1974) описав **5 ідеально-типових фаз процесу**, які можуть бути пройдені хворим:

- 1) небажання знати та ізоляція (хворий відмовляється прийняти свою хворобу);
- 2) гнів та відкидання;
- 3) фаза переговорів (прохання, насамперед до лікарів);
- 4) депресія;
- 5) примирення з долею, згода жити, «скільки відпущено» та померти «у мирі та гідності».

Для психотерапевта важливо визначити, де саме перебуває хворий у своїй кризі. Психотерапевт повинен враховувати індивідуальну систему сім'ї та сімейних відносин (Stierlin, 1978). Він повинен запитати себе, яке значення має страждання для хворого та членів сім'ї, які сили тут діють як до, так і, особливо, під час захворювання та після можливої смерті пацієнта. Якщо ці сили розпізнаються, то ними можна успішніше користуватися. Тому має стати правилом спостереження та лікування не лише самого хворого, а й «пацієнта-сім'ї» (Gutter, Luban-Plozza, 1978). При цьому є тенденція до надмірного інформування родичів та недостатнього – хворого. Тим самим створюється небезпека того, що родичі завершать психологічну переробку скорботи перед смертю хворого, і він опиниться в ізоляції. Що і в якому обсязі повинен лікар говорити пацієнту? питання складне й у разі вирішується індивідуально, з огляду на те, що у законі хворий має право отримати повну інформацію про свій стан. У будь-якому разі, щоб бути разом із хворим, його родичі

повинні знаходитися на тому ж рівні володіння інформацією, що й він (Baltrusch, 1969). Різні рівні інформації хворого та інших членів сім'ї позбавляють сім'ю можливості співробітництва. У цій ситуації ніхто не може діяти природно; все піддається спотвореній рефлексії тоді, коли потрібна відкритість. Досягненню такої відкритості часто може допомогти сімейна конфронтація. Kilbler-Ross (1974) вказував на те, що рідні можуть переживати подібні до хворого фази в ході захворювання. Рідні часто страждають від почуття провини та безсилля. Сімейні бесіди можуть діяти заспокійливо і запобігати хронізації цих почуттів.

5. Рак молочної залози

Як і за інших форм раку, є вказівки на те, що фактори, закладені в початковій особистості, так само як і психічна їх переробка, грають вирішальну роль. Жінки, які вже раніше були психічно менш витривалими, мали складності в міжособистісних відносинах, у сексуальній та професійній сферах, що виявляється в бесідах або при психологічному тестуванні, виявляють більш виражені емоційні реакції, що зберігаються довше, з депресивною і тривожною переробкою. Якщо при карциномі порівняно з доброякісними пухлинами хворі ще до біопсії виявляють більше ознак страху чи депресії. (Morris et al., 1977; Maguire et al., 1978), то психо-етологічно це розцінюється як показник «ракової особистості». Збереження або видалення молочної залози при хірургічному втручанні і радикальність останнього корелюють з вираженістю і тривалістю психічних симптомів, що приєдналися згодом. Ізоляція, яка настає у хворих, особливо виразна в особистісній сфері: 89% хворих на рак молочної залози майже чи зовсім не обговорюють зі своїм партнером факт свого захворювання (Beutel, 1988). Загальна думка про те, що органозберігаюча операція краще психологічно переробляється як молодими, а й літніми жінками і позитивно впливає на подальший перебіг хвороби, підтверджується нині і хірургами. Принаймні, вже на перших стадіях після операції можливий вітальний прогноз. При формуванні протезу молочної залози після мастектомії, якщо не зважати на косметичний ефект, частіше спостерігаються ускладнення. Звичайно, і після операції, що зберігає груди, в багатьох випадках буває потрібно повторне оперативне втручання, яке призводить до нових труднощів.

У хворих на рак молочної залози поряд з фізичним станом заслуговує на увагу не тільки перша перед-і післяопераційна «шокова фаза», а й психічний стан у наступні роки. Так, Muthny et al. (1986), які спостерігали за 100 жінками в післяопераційному періоді, зазначили, що спочатку після операції переважає позиція відкидання істини або встановлення «живи одним днем». Через 2,5 роки після операції у більшості залишаються такі установки, як "дух боротьби", "надія" або "покірність долі". Але приблизно третина хворих ще зазнають труднощів, вони уникають розглядати себе оголеними в дзеркалі або з'являтися у такому вигляді свого партнера. Кожна третя жінка вважає, що партнер пригнічений її хворобою, але намагається бути уважним. Половина хворих були задоволені відносинами з партнером, у тому числі сексуальними. Не викликає сумніву необхідність психосоціальної допомоги подолання соматичних і психічних наслідків хвороби, насамперед – із боку сім'ї та партнера.

Бажання отримати поради із соціальних питань, брати участь у спеціальних групах хворих, у яких обговорюють медичні теми, висловлюють більшість таких жінок. Половина хворих вважають за необхідне створення груп, у яких обговорювалися б психічні проблеми, і навіть проводилися індивідуальні розмови з психотерапевтами. Близько 10 % хворих, яких можна віднести до групи ризику, що невротично реагує, борються з почуттям пригніченості і ворожості і мають показання для цілеспрямованої психотерапевтичної допомоги.

Психотерапія. Групові психотерапевтичні програми вправ у хворих на рак молочної залози з вже наявними метастазами, спочатку спрямовані лише на поліпшення якості життя, орієнтовані на психодинамічну підтримку та включають вправи щодо зняття напруженості. Вони не тільки приносять суб'єктивне покращення та полегшення, але й дають вражаючий віддалений ефект. Через 1,5 роки летальність у психотерапевтичній групі порівняно з контрольною була значно нижчою, а через 10 років катамнез і прогноз тих, що залишилися живими, значно покращилися (Spiegel et al., 1989). Примітно також, що, як і при екстирпації матки, багато жінок говорили, що лікар, який обстежував їх, встановлював діагноз і показання до операції, майже нічого не сказав їм про перебіг хвороби та операції та можливі віддалені наслідки. Це

вказує на важливість рекомендацій у розмовах з хворими на психотерапевтів усіх рівнів, у тому числі фахівців великих клінік. Серед опитаних з приводу роз'яснення їм перспективи їхньої хвороби близько 20 % поклали провину (цілком або частково) за відсутність цих відомостей на психотерапевтів. Ретроспективно були впевнені у необхідності видалення залози 37% хворих, категорично проти – 15%, а 31% хворих сумнівалися. При цьому негативне ставлення до операції і втрати молочної залози для подальшого сексуального життя виявляли лише небагато жінок: 60 % мали сексуальні стосунки, що задовольняли їх, і цей відсоток був значно вищим, ніж у хворих, які перебувають на гемодіалізі. Ймовірно, у останніх загальносоматичні та шкідливі для нервової тканини токсичні речовини безпосередньо впливають на лібідо та статеві функції.

Висновок. *Тільки при гострих психосоціальних труднощах скарги здорових людей стають симптомом, що викликає уявлення про хворобу, яка потребує лікарського втручання. За несприятливих умов праці у здорових людей з функціональними порушеннями, труднощами та конфліктами може настати декомпенсація і зі скаргами загального характеру вони можуть поповнити кількість хворих. Як «психологічні канцерогени» описані різні травмуючі життєві події, труднощі у зв'язку з втратою об'єкта та обумовлені цим страхи, порушення здатності до вираження емоцій, труднощі у подоланні конфліктів, тривалий стан безнадійності, пригніченості, безнадійності та розпачу.*

Питання до теми:

1. Психовегетативні синдроми.
2. Етапи декомпенсації.
3. Чинники психовегетативних синдромів.
4. Психосоматичні аспекти депресії.
5. Особистісний профіль.
6. Функціональні сфери прояву депресивного синдрому.
7. Види депресій.
8. Картина особистості
9. Діагностика. Психотерапія

10. Онкологічні захворювання.
11. Особистісний профіль ризику на “рак молочної залози”
12. Психологічні чинники онкологічних захворювань.
13. П'ять етапів розвитку психологічного процесу, що передують виникненню раку по Саймонтону.
14. «Психологічний профіль онкологічного хворого».
15. П'ять ідеально-типових фаз процесу, які можуть бути пройдені хворим на рак, що описав Kubler-Ross (1974).
16. Психологічний портрет особистості при захворюванні “Рак молочної залози”
17. Психотерапія при онкологічних захворюваннях.

Рекомендована література:

Основна: [4]

Допоміжна: [4,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1-2]

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Закалик Г. М. Основи клінічної психології : навч. посіб. / Г. М. Закалик, О. В. Войцеховська, Н. М. Шувар. Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2020. 429 с.
2. Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості: монографія / Ю. М. Швалб, О. Л. Вернік, О. О. Вовчик-Блакитна, Г. М. Кирпенко, О. В. Павленко, О. В. Рудоміно- Дусятська; за ред. Ю. М. Швалба. Київ Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 234 с. URL: <http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Shvalb.pdf>
3. Н. Пезешкіан Психосоматика та тілесно орієнтована психотерапія; У пошуках сенсу. Психотерапія маленькими кроками. Пезешкіан Н. 2019. - с. 280
4. Ханецька Н. В. Психосоматика: теоретико-практичний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Н.В.Ханецька. – Хмельницький, 2019. – 123 с.

Допоміжна:

1. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020. 163 с.
2. Медична психологія : підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с. URL: <http://surl.li/gwpoz>
3. Лісовенко А.Ф. Медична психологія: методичні рекомендації (для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти факультету психології, політології та соціології). Одеса: Фенікс. 2020. 60 с. URL: <http://surl.li/gwpph>
4. Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач Т. В. Іванова. Суми : Сумський державний університет, 2022. 275 с. URL: <http://surl.li/gwpor>
5. Психофізіологічні закономірності життєстійкості фахівців соціономічних професій: монографія / О. М. Кокун, В. В. Клименко, О. М. Корніяка та ін.; за ред. О. М. Кокуна. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с. URL: <http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Kokun.pdf>
6. Психологія сім'ї: підручник / за ред. В. М. Поліщука. Суми: Університетська книга, 2021. 248 с. Савенкова І. І. Клінічна психологія: навчальний посібник. Миколаїв: Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського, 2018. 302 с.

7. Самодетермінація психологічного благополуччя особистості: монографія / Л. З. Сердюк, І. В. Данилюк, В. В. Турбан, О. І. Пенькова, Н. Д. Володарська [та ін.]; за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с. URL: http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Serdjuk_1.pdf

Інформаційні ресурси Інтернет

1. Національна медична бібліотека України. URL : <https://library.gov.ua/>
2. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України. URL : <http://appsychology.org.ua/index.php/ua/>
3. Сімейні стосунки: типи сімейних відносин та поради, як налагодити тісний зв'язок з родиною URL :<https://ukr.media/psihologiya/384270/>

Міжнародні видання

1. Psychological journal: URL : <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal>
2. Англomовний перелік професійних сайтів з різних напрямків психотерапії URL : <http://www.psychotherapy.org/sites-links.htm#sites>.