

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

О. С. Кочарян, В. А. Федосєєв, Н. І. Завгородня

ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

Навчальний посібник

Харків «ХАІ» 2017

УДК [159.922.7+159.922.8] (075)
ББК 88.8я73
Ф33

Рецензенти: д-р мед. наук, проф. Н. Г. Міхановська,
д-р мед. наук, проф. В. І. Коростій

Федосєєв, В. А.

Ф33 Основи психосоматики [Текст] : навч. посіб. / О. С. Кочарян,
В. А. Федосєєв, Н. І. Завгородня. – Харків : Нац. аерокосм. ун-т
ім. М. Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2017. – 112 с.

ISBN 978-966-662-565-9

Комплексно розглянуто основний зміст, структуру й особливості психосоматичних розладів, їх клініку, діагностику, основи психотерапевтичної корекції.

Для студентів вищих навчальних закладів, викладачів, які працюють у системі освіти й медицини, а також для всіх тих, хто цікавиться питаннями, пов'язаними з психіатрією та психосоматичною медициною.

Табл. 1. Бібліогр.: 5 назв

УДК [159.922.7+159.922.8] (075)
ББК 88.8я73

© Кочарян О. С., Федосєєв В. А.,
Завгородня Н. І., 2017

© Національний аерокосмічний
університет ім. М. Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут», 2017

ISBN 978-966-662-565-9

ЗМІСТ

Частина 1. ЗАГАЛЬНА ПСИХОСОМАТИКА.....	5
Глава 1. ПСИХОСОМАТИКА: ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ	5
1.1. ПСИХОСОМАТИЧНІ ТЕОРІЇ І МОДЕЛІ	9
1.2. СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ СТРЕСІ	12
Глава 2. ДІАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИЦІ	17
2.1. ДІАГНОСТИЧНА БЕСІДА	18
2.2. МЕТОДИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	23
Глава 3. ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ	24
3.1. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ	24
3.1.1. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ	31
3.1.2. НОЗОГЕНІЇ (ПСИХОГЕННІ РЕАКЦІЇ) ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ	36
Частина 2. КЛІНІЧНА ПСИХОСОМАТИКА	43
Глава 1. ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	43
1.1. БРОНХІАЛЬНА АСТМА	44
1.2. СИНДРОМ ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЇ	48
Глава 2. СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ	49
2.1. ЕСЕНЦІАЛЬНА ГІПЕРТОНІЯ	50
2.2. ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ. ІНФАРКТ МІОКАРДА	53
2.3. КАРДІОФОБІЧНИЙ НЕВРОЗ	57
2.4. ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ	59
Глава 3. ПСИХОСОМАТИКА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	59
3.1. ОЖИРІННЯ	61
3.2. НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ	63
3.3. БУЛІМІЯ	66
Глава 4. ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ	68
4.1. ВИРАЗКА ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	70
4.2. ЗАПОРИ	72
4.3. ЕМОЦІЙНА ДІАРЕЯ	73
4.4. «СИНДРОМ РОЗДРАТОВАНОЇ КИШКИ»	74
4.5. ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ І ХВОРОБА КРОНА	74
4.6. ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ	76
Глава 5. ХВОРОБИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ	78
5.1. ГІПОТИРЕОЗ	78
5.2. ГІПЕРТИРЕОЗ	79
5.3. ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	80
Глава 6. ШКІРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	82
6.1. КРОПИВ'ЯНКА	82
6.2. ШКІРНИЙ ЗУД	82

6.3. АТОПІЧНИЙ НЕЙРОДЕРМІТ	83
6.4. АНОГЕНІТАЛЬНИЙ СВЕРБІЖ	84
6.5. ПСОРИАЗ	84
6.6. НАВКОЛОРОТОВИЙ ДЕРМАТИТ	85
Глава 7. ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	86
7.1. РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	87
7.2. ПЕРВИННА АМЕНОРЕЯ	88
7.3. ВТОРИННА АМЕНОРЕЯ	89
7.4. ДИСМЕНОРЕЯ І ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ	90
7.5. МЕНАРХЕ І КЛІМАКС	91
7.6. ФУНКЦІОНАЛЬНА (ПСИХОСОМАТИЧНА) СТЕРИЛЬНІСТЬ	92
7.7. ПСИХОСОМАТИКА СПОНТАННОГО АБОРТУ Й ПЕРЕДЧАС-	
НИХ ПОЛОГІВ	92
7.8. ПОМИЛКОВА ВАГІТНІСТЬ	94
Глава 8. РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	94
Глава 9. ПСИХОВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ	97
Глава 10. ФУНКЦІОНАЛЬНІ СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ	99
Глава 11. ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	99
Глава 12. ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ	103
Глава 13. ГОЛОВНИЙ БІЛЬ	106
13.1. ГОЛОВНИЙ БІЛЬ НАПРУГИ	107
13.2. МІГРЕНЬ	110
Бібліографічний список	111

Частина 1. ЗАГАЛЬНА ПСИХОСОМАТИКА

Глава 1. ПСИХОСОМАТИКА: ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ

Проблема психосоматичних співвідношень – одна з найбільш складних проблем сучасної медицини, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного і соматичного спостерігається і вивчається протягом кількох століть, з часів Гіппократа і Аристотеля. У 1818 р. німецький лікар з Лейпцига Хайнрот ввів термін «психосоматичний». У 1822 р. німецький психіатр М. Якобі ввів поняття «соматопсихічний» як протилежний і в той же час такий, що доповнює термін «психосоматичний». У загальноприйнятий лікарський лексикон термін «психосоматика» увійшов лише через сторіччя. Серед тих, хто розвивав цей напрям, слід назвати таких відомих вчених, як Адлер, Сонді, І. П. Павлов.

За даними ВООЗ, від 38 до 42% всіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, відносяться до групи психосоматичних хворих. Однак психосоматичний напрямок не є самостійною медичною дисципліною – це підхід, що враховує різноманітність причин, які призвели до хвороби. Звідси різноманітність методів і технік, що дозволяють працювати з людиною цілісно.

За сучасними уявленнями, до психосоматичних захворювань і розладів відносять такі:

Конверсійні симптоми. Невротичний конфлікт отримує вторинний соматичний наслідок і переробку. Симптом має символічний характер, демонстрація симптомів може розумітися як спроба вирішення конфлікту. Конверсійні прояви зачіпають здебільшого довільну моторику і органи чуттів. Прикладами є істеричні паралічі й парестезії, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени.

Функціональні синдроми. У цій групі знаходиться переважна частина «проблемних пацієнтів», які приходять на прийом із різноманітною картиною часто невизначених скарг, які можуть зачіпати серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, руховий апарат, органи дихання або сечостатеву систему. Часто у таких хворих є тільки функціональні порушення окремих органів або систем; будь-які органічні зміни, як правило, не виявляються. На відміну від конверсійних симптомів окремих симптомів не має специфічного значення, будучи неспецифічним наслідком порушеної тілесної функції. Александер описав ці тілесні прояви як такі, що супроводжують ознаки емоційної напруги без характерних рис і позначив їх органічними неврозами.

Психосоматози – психосоматичні хвороби в більш 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, прийнято називати істинними психосоматичними хворобами, або психосоматозами. Спочатку виділяли сім психосоматозів: бронхіальну астму, виразковий коліт, есенціальну гіпертонію, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразку дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз.

Пізніше цей список розширився – до психосоматичних розладів стали відносити рак, інфекційні та інші захворювання.

Незважаючи на те, що слово «психосоматика» застосовують дуже часто як в побуті, так і в науковій літературі, в цей час не існує єдиного визначення цього терміна. В цілому його значення впливає зі слів, які в нього входять (душа і тіло). З одного боку, цей термін означає науковий напрямок, який встановлює взаємозв'язки психіки і тілесних функцій, досліджує, як психологічні переживання впливають на функції організму, як переживання можуть викликати ті чи інші хвороби. З іншого боку, під терміном «психосоматика» мається на увазі ряд феноменів, пов'язаних із взаємовпливом психічного і тілесного, у тому числі цілий ряд патологічних порушень. По-третє, під психосоматикою розуміють напрямок медицини, що ставить собі за мету лікування психосоматичних порушень («психосоматична медицина»).

У цей час психосоматика є міждисциплінарним науковим напрямком:

- вона служить лікуванню захворювань і, отже, знаходиться в рамках 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 засоби зміни деструктивних для організму способів емоційного реагування та поведінки;
- як соціальна наука вона досліджує поширеність психосоматичних розладів, їх зв'язок із культурними традиціями і умовами життя.

Патогенез психосоматичних розладів є надзвичайно складним і визначається:

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

Перераховані чинники не тільки беруть участь у походженні психосоматичних розладів, але і роблять індивіда вразливим до

психоемоційних стресів, ускладнюють психологічний та біологічний захист, полегшують виникнення і обтяжують перебіг соматичних порушень.

Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції Фрейда, який спільно з Брейєром довів, що «пригнічена емоція», «психічна травма» шляхом «конверсії» можуть проявлятися соматичним симптомом. Фрейд указував, що необхідна «соматична готовність» – фізичний чинник, який має значення для «вибору органу».

Емоційна реакція, що виражається у формі туги і постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринними змінами і характерним відчуттям страху, є сполучною ланкою між психологічною та соматичною сферами. Повний розвиток почуття страху відвернений захисними фізіологічними механізмами, але зазвичай вони лише зменшують, а не усувають повністю ці фізіологічні явища та їхню патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, тобто стан, коли психомоторні й мовні виявлення тривоги або ворожих почуттів блокуються таким чином, що стимули, які надходять із ЦНС, спрямовані 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 спрямовується на соматичну сферу, вражає відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі, відбувається генералізація психосоматичного захворювання. Таким чином, психічний чинник виступає як пошкоджуючий.

Понадактуальне переживання фіксується, утворюючи настановну домінанту, яка є функціональним осередком психічної патологічної імпульсації. Властиве хворим смутне почуття фізичного дискомфорту зумовлює при певних впливах реалізацію хворобливих відчуттів та їхню фіксацію.

Незвичайна імпульсація, що надходить із внутрішніх органів у ЦНС, посилює ці відчуття, що в результаті призводить до формування патологічного стану. Таким чином, негативні емоції вісцерального походження ніби підкріплюються особистісними реакціями таких хворих на той чи інший симптом або стан організму в цілому. Повторення психотравмуючих впливів астенизує нервову систему, кора стає більш чутливою до зовнішніх впливів та інтероцептивних сигналів. Тому поява виражених соматичних відчуттів може бути викликана не тільки психогенним впливом як таким, але й будь-яким незначним порушенням діяльності внутрішніх органів і навіть патологічним сприйняттям їх нормальної роботи. Сформоване вогнище патологічної імпульсації 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 більше ймовірність активації сліду пам'яті надалі, і пережитий людиною стресовий стан надійно закріплюється в довготривалій пам'яті. На основі механізмів реверберації збудження і довготривалої постсинаптичної потенціації пережитий стан паніки, страху, жаху зберігається у вигляді енграм – «слідів пам'яті».

У результаті запас вже сформованих енграм набуває особливого значення для розвитку психосоматичних розладів. Наприклад, пароксизми синусової тахікардії з відчуттям задухи й страху смерті виникають при зниженні настрою або перевтоми у хворого з аналогічним епізодом на тлі післяпологового ендометриту в минулому. Справжньою причиною рецидиву нерідко стає лише «воскресіння» відповідної симптоматики внаслідок пожвавлення її слідів. Чим гостріше було відчуття небезпеки для життя і здоров'я, тим більша ймовірність відтворення розгорнутої клінічної картини за типом депресії або її соматичного еквівалента.

Провідна роль у формуванні довгострокової пам'яті належить не стільки дійсній тяжкості соматичного страждання, скільки стресогенній дії викликаних ним душевних переживань, що випадково збіглися з ним. Першорядним чинником, що зумовлює переважну локалізацію психосоматичних розладів, стає страх смерті, випробуваний хоча б раз у житті у зв'язку з будь-яким захворюванням.

Центром тяжіння психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму в уявленні індивіда. «Вибір органу» свідчить про переважну спрямованість захисно-пристосувальних механізмів, що викликають ефект ушкодження у міру наростання дезінтеграції в стресових ситуаціях.

Ініціатива у виборі органу належить завжди кірковим зв'язкам, що впливають на емоційні підкіркові апарати і програмують ступінь залучення тих чи інших органів у стресову ситуацію. Який саме ефекторний шлях виявиться кращим для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, кінець кінцем, від особливостей даної емоції, нервової конституції людини і від усієї історії її життя.

Осередок психічної імпульсації взаємодіє із соматичними системами організму і утворює стійку функціональну систему, патологічну в своїй основі, але одночасно і захисну, оскільки вона є частиною механізмів гомеостазу в рамках зміненого хворобою існування і пристосування організму до патопластичного впливу фіксованого переживання.

Передбачається існування так званого препсихосоматичного особистісного радикала – тих особистісних особливостей, які призводять

до захворювання; це вогнище психосоматичної імпульсації, фіксоване патопластичне переживання. Воно формується в дитячому і підлітковому віці.

У сучасній психосоматиці розрізняють схильність – чинники, що дозволяють і затримують розвиток хвороби. Схильність – це вроджена (наприклад, генетично зумовлена), а за певних умов і придбана готовність, яка виливається в форму можливого органічного або невротичного захворювання. Поштовхом до розвитку такого захворювання є важкі життєві ситуації. Якщо маніфестують невротичні або соматичні захворювання, то вони розвиваються за власними закономірностями, які, однак, тісно пов'язані з чинниками навколишнього середовища. Наприклад, значення чинників, що сприяють розвитку хвороби при хронічних захворюваннях, стали відомими лише останнім часом. У будь-якому випадку для діагностики як психосоматичного, так і невротичного захворювання необхідним є розуміння ситуаційного характеру його походження. Констатація наявності психосоматичних порушень не призводить до заперечення основного діагнозу. Якщо сьогодні говорять про психосоматичне, біопсихосоціальне захворювання, то це лише вказує на зв'язок «схильність – особистість – ситуація».

Людина, що знаходиться в гармонійних відносинах зі своїм середовищем, може перенести екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши хвороби. Однак у житті зустрічаються особистісні проблеми, які викликають настільки обтяжливу фіксацію і душевний розлад, що в певних життєвих ситуаціях призводять до негативних емоцій і невпевненості в собі. Саме в складних ситуаціях психосоматично обтяжені пацієнти, що виявляють емоційну пригніченість, не можуть правильно оцінити і описати свій стан.

Таким чином, у сучасному розумінні патогенезу психосоматичних захворювань визнається багаточинність у поясненні їх природи. Соматичне і психічне, вплив схильності й середовища, фактичний стан навколишнього середовища та її суб'єктивне перероблення, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності і взаємодоповнення – все це має значення як чинники в розвитку психосоматичних захворювань, що взаємодіють.

1.1. ПСИХОСОМАТИЧНІ ТЕОРІЇ І МОДЕЛІ

Існує досить велика кількість теорій і моделей виникнення психосоматичних захворювань і способів їх класифікації. Коротко перерахуємо основні з них.

Характерологічно орієнтовані напрямки і типології особистості. У давнину Гіппократ, а потім Гален описали людей з різними видами темпераментів – сангвініків, холериків, меланхоліків і

флегматиків. Це положення знайшло подальший розвиток у психологічних теоріях конституції Ернста Кречмера і Вільяма Шелдона.

Класичні роботи психосоматичного характерологічного напрямку належать Флендерс Данбар.

У сучасній медицині застосування цього підходу набуло великого значення в дослідженні певної типології «особистостей ризику», як це, наприклад, пропонується в розробленні для осіб із загрозою розвитку інфаркту міокарда (так званої поведінки типу А). Такі описи зустрічаються в багатьох дослідженнях.

Психоаналітичні концепції. Наукова основа, на якій в подальшому розвивалися психосоматичні дослідження, була закладена З. Фрейдом, який створив конверсійну модель, згідно з якою ущемлені емоції породжують конверсійні симптоми. Витіснені зі свідомості соціально неприйнятні інстинкти (агресивні, сексуальні) прориваються, набуваючи тієї чи іншої символічної форми.

До теорій цього напрямку відносяться також: теорія дересоматизації Шура, модель відмови від віри в майбутнє Енгеля і Шмале, концепція втрати об'єкта Фрайбергера, концепція двофазного захисту, або двофазного витіснення Мітчерліха.

Теорія специфічного психодинамічного конфлікту Александра. Засновником сучасної психосоматики вважається Франц Александер. Згадані вище психосоматичні теорії виходили з диференційованих психологічних конструкцій, причому соматичне лікувалося виключно на психологічному рівні (конверсія, регресія, дересоматизація тощо). Александер вперше в 1950 році запропонував теорію, згідно з якою симптоми вегетативного неврозу є не спробою вираження пригніченого почуття, а фізіологічним супроводом певних емоційних станів. Александер говорить про вегетативний невроз у разі постійного фізіологічного супроводу емоційних станів напруги за відсутності дії, спрямованої назовні і такої, що скидає напругу. На другому етапі оборотні функціональні симптоми ведуть до незворотних змін в органах.

Інтегративні моделі. Спочатку по-іншому орієнтована самостійна лінія розвитку психосоматичної теорії відбувається з вивчення великого контингенту хворих із так званими функціональними порушеннями без патологічної органічної основи.

До цих моделей належать: інтеграційна модель здоров'я, хвороби і хворобливого стану по Вайнеру, біопсихосоціальна модель Іслюя і Везіака, медична антропологія В. Вайцзеккера.

Крім перерахованих вище психосоматичних концепцій і моделей необхідно згадати такі:

Концепція алекситимії – нездатності до емоційного резонансу і «оперативного мислення» (конкретне мислення, свобода від сновидінь), неможливості висловити власні переживання, емоції і відчуття,

нездатності людини бути в контакті з власним внутрішнім світом. Людина як би відділена від усього того в собі самій, що не піддається строго логічному впорядкованому аналізу. Всі нюанси власних душевних порухів залишаються для неї прихованими. Алекситимія розглядається як якась сукупність ознак, що характеризують психічний склад індивідів, що призводять їх до психосоматичних захворювань. Її розглядають як чинник ризику розвитку багатьох захворювань.

Теорія стресу Сельє – експериментально-психологічні, клініко-фізіологічні, біохімічні та цитологічні дослідження наслідків емоційного стресу, що встановлюють вплив екстремальних і хронічних стресових ситуацій на сприйнятливність і особливості патогенезу, перебігу і терапії психосоматичних захворювань. У даний напрямок входить велика кількість окремих напрямків вивчення психосоматичної патології (наприклад, стрес і адаптаційні реакції, стрес і стресові пошкодження, стрес-чинники і картина їх суб'єктивного переживання тощо).

Нейрофізіологічний напрямок, в основі якого лежить прагнення встановити зв'язок між окремими психофізіологічними характеристиками (наприклад, деякими неокортикально-лімбічними характеристиками або симпатико-парасимпатикотрофними проявами) і динамікою вісцеральних проявів (активацією органних функцій). Принциповою основою концепції є наявність функціональних систем. Цей напрямок вивчає нейрофізіологічне забезпечення стійких патологічних станів і пояснює виникнення психосоматичних розладів порушеними кортико-вісцеральними взаємовідносинами. Суть цієї теорії полягає в тому, що порушення кортикальних функцій розглядаються як причина розвитку вісцеральної патології. При цьому враховується, що всі внутрішні органи мають своє представництво в корі головного мозку. Вплив кори великих півкуль на внутрішні органи здійснюється лімбіко-ретикулярною, вегетативною й ендокринною системами.

Психоендокринний та психоімунний напрямки досліджень, що вивчають широкий спектр нейроендокринних і нейрогуморальних феноменів у хворих на психосоматичні захворювання (психоендокринне тестування особливостей і рівня синтезу катехоламінів, гіпофізарних і тиреоїдних гормонів, специфіка імунограм). Пошук «специфічного нейрогормонального забезпечення» емоційного реагування показав, що високий рівень особистісної та ситуативної тривожності пов'язаний з різноспрямованими нейрогормональними зрушеннями.

Концепція ворожості. Відповідно до цієї гіпотези гнів і ворожість можуть відігравати суттєву роль в етіології різних важких соматичних захворювань.

Наведені основні концепції психосоматичної патології показують, що неможливо вичленувати ізольовано специфічні психічні або фізіологічні констеляції, які б охоплювали весь спектр проявів при даному виді захворювань. Однак всі гіпотези сходяться в одному:

соціальна дезадаптація – це основна причина виникнення психосоматичної патології.

1.2. СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ СТРЕСІ

Теорія опанування особистості з важкими життєвими ситуаціями (копінга) виникла в психології у другій половині ХХ ст. Термін введений американським психологом Абрахамом Маслоу. Під «копінгом» (від англ. впоратися) маються на увазі когнітивні та поведінкові спроби впоратися із специфічними зовнішніми або / і внутрішніми вимогами, які оцінюються як напруга або перевищують можливості людини впоратися з ними.

Копінг-поведінка – форма поведінки, яка відображає готовність індивіда вирішувати життєві проблеми. Ця поведінка спрямована на пристосування до обставин і передбачає сформоване вміння використовувати певні засоби для подолання емоційного стресу. При виборі активних дій підвищується ймовірність усунення впливу стресорів на особистість. Особливості цього вміння пов'язані з «Я-концепцією», локусом контролю, емпатією, умовами середовища. За уявленнями Маслоу, копінг-поведінка протиставлена експресивній поведінці.

Виділяють такі способи вказаної поведінки:

- вирішення проблем;
- пошук соціальної підтримки;
- уникнення.

Копінг-поведінка реалізується за допомогою застосування різних копінг-стратегій на основі ресурсів особистості й середовища. Одним із найважливіших ресурсів середовища є соціальна підтримка. До особистісних ресурсів належать адекватна «Я-концепція», позитивна самооцінка, низький нейротизм, інтернальність локус-контролю, оптимістичний світогляд, емпатичний потенціал, афіліативна тенденція (здатність до міжособистісних зв'язків) та інші психологічні конструкти.

У процесі дії стресора на особистість відбувається первинна оцінка, на основі якої визначають тип ситуації – загрозливий або сприятливий. Саме з цього моменту формуються механізми особистісної захисту. Лазарус розглядав цей захист (процеси опанування) як здатність особистості здійснювати контроль над загрозливими ситуаціями або ситуаціями, які турбують або завдають їй задоволення. Процеси подолання є частиною емоційної реакції. Від них залежить збереження емоційної рівноваги. Вони спрямовані на зменшення, усунення або видалення чинного стресора. На цьому етапі здійснюється вторинна оцінка останнього. Результатом вторинної оцінки стає один із трьох можливих типів стратегії подолання:

- безпосередні активні вчинки індивіда з метою зменшення або усунення небезпеки (напад або втеча, захоплення або любовна насолода);

- непряма або розумова форма без прямого впливу, неможливого через внутрішнє або зовнішнє гальмування, наприклад витіснення («це мене не стосується»), переоцінка («це не так уже й небезпечно»), придушення, перемикання на іншу форму активності, зміна напрямку емоції з метою її нейтралізації тощо;

- спільне володіння без емоцій, коли загроза особистості не оцінюється як реальна (зіткнення із засобами транспорту, побутовою технікою, повсякденними небезпеками, яких ми успішно уникаємо).

Захисні процеси можуть позбавити індивіда від неузгодженості спонукань і амбівалентності почуттів, оберегти його від усвідомлення небажаних або хворобливих емоцій, а головне – усунути тривогу і напруженість. Результативний максимум захисту одночасно є мінімумом того, на що здатне вдале опанування. «Вдале» описується як реалістичне, гнучке, здебільшого усвідомлене, активне, таке, що містить довільний вибір.

Існує досить велика кількість різних класифікацій стратегій копінг-поведінки. Можна виділити три основні критерії, за якими будують ці класифікації:

1. Емоційний / проблемний:

- 1.1. Емоційно-сфокусований копінг – спрямований на врегулювання емоційної реакції.

- 1.2. Проблемно-сфокусований копінг – спрямований на те, щоб впоратися з проблемою або змінити ситуацію, яка викликала стрес.

2. Когнітивний / поведінковий:

- 2.1. «Прихований» внутрішній копінг – когнітивне вирішення проблеми, метою якої є зміна неприємної ситуації, що викликає стрес.

- 2.2. «Відкритий» поведінковий копінг – орієнтований на поведінкові дії, використовуються копінг-стратегії, які спостерігаються в поведінці.

3. Успішний / неуспішний:

- 3.1. Успішний копінг – використовують конструктивні стратегії, що приводять у підсумку до подолання важкої ситуації, що викликає стрес.

- 3.2. Неуспішний копінг – використовують неконструктивні стратегії, що перешкоджають подоланню важкої ситуації.

Звісно ж, що кожна використовувана людиною стратегія копінга може бути оцінена за всіма перерахованими вище критеріями хоча б тому, що людина, яка опинилася в складній ситуації, може використовувати як одну, так і декілька стратегій подолання. Отже, можна припустити, що існує зв'язок між тими особистісними конструктами, за допомогою яких людина формує своє ставлення до життєвих труднощів, і тим, яку стратегію поведінки при стресі (опанування) вона вибирає.

Як відзначають багато авторів, існують значні складності в розмежуванні механізмів захисту й опанування. Найбільш поширеною є точка зору, згідно з якою психологічний захист характеризується

відмовою особи від вирішення проблеми і пов'язаних із цим конкретних дій заради збереження комфортного стану. У той же час способи опанування означають необхідність виявити конструктивну активність, пройти через ситуацію, пережити подію, не ухиляючись від неприємностей. Можна сказати, що предметом психології опанування, як спеціальної області дослідження, є вивчення механізмів емоційної і раціональної регуляції людиною своєї поведінки з метою оптимальної взаємодії з життєвими обставинами або їх перетворення відповідно до своїх намірів.

У сучасному підході до вивчення механізмів формування копінг-поведінки враховано такі положення.

Людині притаманний інстинкт подолання, однією з форм виявлення якого є пошукова активність, що забезпечує участь еволюційно-програмних стратегій у взаємодії суб'єкта з різними ситуаціями. На перевагу способів опанування впливають індивідуально-психологічні особливості: темперамент, рівень тривожності, тип мислення, особливості локусу контролю, спрямованість характеру. Виразність тих чи інших способів реагування на складні життєві ситуації ставиться в залежність від ступеня самоактуалізації особистості – чим вище рівень розвитку особистості людини, тим успішніше вона справляється з виниклими труднощами. Згідно з цим положенням перешкоди, що зустрічаються в житті людини, мають своїм джерелом не тільки зовнішні (специфіку середовища), але і внутрішні (індивідуальні передумови) умови.

Незважаючи на значну індивідуальну різноманітність поведінки в стресі, існує два глобальних типи стилю реагування:

Проблемно-орієнтований стиль, спрямований на раціональний аналіз проблеми, пов'язаний зі створенням і виконанням плану вирішення важкої ситуації і виявляється в таких формах поведінки, як самостійний аналіз того, що сталося, звернення за допомогою до інших, пошук додаткової інформації.

Суб'єктно-орієнтований стиль є наслідком емоційного реагування на ситуацію, що не супроводжується конкретними діями, і виявляється у вигляді спроб не думати про проблему взагалі, залучення інших у свої переживання, бажання забути уві сні, розчинити свої негаразди в алкоголі або компенсувати негативні емоції їжею. Ці форми поведінки характеризуються наївною, інфантильною оцінкою того, що відбувається.

Англійський психолог Д. Роджер у своєму опитувальнику вимірювання copingstyles виділяє чотири чинники – раціональне і емоційне реагування, відстороненість і уникнення. При цьому під емоційним реагуванням також маються на увазі лише негативні переживання.

Стратегії поведінки розкриваються в різних формах адаптації. Адаптація на відміну від простого пристосування розуміється сьогодні як активна взаємодія людини із соціальним середовищем для досягнення її оптимальних рівнів за принципом гомеостазу і відрізняється відносною стабільністю. Проблема адаптації найтіснішим чином пов'язана з проблемою здоров'я / хвороби. Цей континуум невід'ємний від життєвого шляху особистості. Багатофункціональність і різноспрямованість життєвого шляху зумовлюють взаємозв'язок і взаємозумовленість процесів соматичного, особистісного та соціального функціонування. Таким чином, адаптаційний процес містить різні рівні людської життєдіяльності.

Своєрідним «зрізом» адаптаційного процесу, що охоплює весь життєвий шлях від народження до смерті, є внутрішня картина життєвого шляху, яка характеризує якість життя людини та її адаптаційні можливості на різних рівнях. Внутрішня картина життєвого шляху – цілісний образ людського буття. Це відчуття, сприйняття, переживання і оцінювання власного життя і кінець кінцем ставлення до нього. Внутрішня картина життєвого шляху містить ряд компонентів:

1) соматичний (тілесний) – відношення до своєї тілесності (до свого здоров'я, змін у ньому, включаючи хворобу, до вікових і різних соматичних змін);

2) особистісний (індивідуально-психологічний) – відношення до себе як до особистості, ставлення до своєї поведінки, настрою, думок, захисних механізмів;

3) ситуаційний (соціально-психологічний) – відношення до ситуацій, до яких залучається людина протягом свого життєвого шляху.

Стратегії поведінки є різними варіантами процесу адаптації і підрозділяються на соматично-, особистісно- та соціально-орієнтовані залежно від переважної участі в адаптаційному процесі того чи іншого рівня життєдіяльності особистісно-сислової сфери. Якщо життєвий шлях, що складається з безлічі ситуацій, розглядати в континуумі здоров'я / хвороби, то виявиться, що на полюсах цього континууму виявляються абсолютно різні особистості. В першу чергу мова йде про різні системи цінностей, свої пріоритети життєвих значущостей. Для хворої людини найбільш значущими видаються ситуації, що мають відношення до її захворювання, його виникнення, перебігу і результату. При хворобі коло інших значущих переживань різко звужується. На полюсі «здоров'я» для людини важливі зовсім інші ситуації, в першу чергу пов'язані із соціальним, професійним статусом.

Успішне вирішення ситуації залежить не в останню чергу від ступеня адекватності оцінки того, що відбувається. Часто важкі наслідки перенесеного стресу виявляються результатом неузгодженості між реальною складністю неприємної події і суб'єктивною оцінкою його

значущості. Тому успішність вибраного стилю реагування пов'язана і з тим, буде подія сприйматися як загрозна чи ні.

Зсув за шкалою виробленої особистістю оцінки зліва направо при аналізі значущості конкретної ситуації свідчить про необхідність перейти від емоційних переживань до рішучих дій. Якщо стадія негативних переживань затягується, особливо коли стресова подія отримує суб'єктивно високу оцінку, то неминучий нервовий зрив, що провокує некеровану і неадекватну реакцію. У цьому випадку стрес загрожує перейти в дистрес.

Стилі реагування є проміжною ланкою між стресовими подіями, що мали місце, та їх наслідками у вигляді, наприклад, тривожності, психологічного дискомфорту, соматичних розладів або ж характерних для копінг-поведінки душевного підйому і радості від успішного вирішення проблеми.

Знаходження позитивних моментів у трагічній події дозволяє людям легше пережити її. Було виділено чотири способи пом'якшення ситуації (на прикладі ставлення до наслідків пожежі):

- виявлення побічних позитивних моментів, що несподівано з'явилися («Зате ми тепер живемо разом із дітьми»);
- свідоме порівняння з іншими погорільцями («У нас хоч вартість будинку була не до кінця виплачена, а ось у сусідів ...»);
- уявлення більш трагічних наслідків ситуації («Адже ми залишилися живі, але ж могли і загинути!»);
- спроби забути про те, що трапилось («Ви про що говорите? Про пожежу? Так ми про це давно вже забули»).

Стиль реагування навіть в однієї людини може змінюватися залежно від сфери життя, в якій вона виявляється: в сімейних відносинах, роботі або кар'єрі, турботі про власне здоров'я.

Аналіз темпераменту і характерологічних рис особистості в зв'язку зі стратегіями поведінки в конфлікті показав, що стратегія уникнення виявилася пов'язаною з такими ознаками темпераменту: низькою предметною (тобто спрямованою на справу) активністю і високою емоційністю, що розуміється як чутливість до розбіжності очікуваного і отриманого результату, а також із негативним ставленням до себе і низьким рівнем самоврядування. Стратегія співробітництва властива людям, які характеризуються високою предметною ергічністю (тобто потребою в напруженій роботі), більш низькими показниками емоційності, інтернальністю локусу контролю і позитивним ставленням до себе та інших. Стратегія суперництва утворює загальний патерн з високим рівнем емоційності в комунікативній сфері, екстернальним локусом контролю і вираженим очікуванням негативного ставлення з боку оточуючих.

Таким чином, з'ясувалося, що деякі параметри стилів реагування мають у своїй основі базові психологічні властивості особистості.

Порівняння індивідуально-психологічних особливостей з характеристиками життєвого простору (в тому числі різними класифікаціями важких ситуацій) дозволить у подальшому виділити патерни ознак, що уточнюють природу стилів реагування.

Взаємозв'язок людини і ситуації у виникненні і розвитку того чи іншого захворювання розглядаються по-різному: від розуміння ситуації як поштовху до захворювання до визнання її визначальної ролі. У першому випадку пріоритет віддається особистості. Незважаючи на розбіжності в думках, у всіх роботах визнається, що аналіз особистісних змінних у взаємодії зі стресовими подіями середовища є однією з ознак сучасної психології і однією з тенденцій її розвитку.

На противагу трактуванню невротичного конфлікту в психоаналітичному і біхевіористичному розумінні вчення про психологічні механізми психогенії, зокрема неврозів, а також психосоматичних розладів, оснований на концепції психології відносин, звертає увагу на виявлення взаємозв'язку несприятливої екологічної ситуації і особистості хворого, яка сформувалася в конкретному соціально-побутовому середовищі.

Система відносин, за В. Н. Мясищевим, є головною характеристикою особистості. Відносини – це свідомий, оснований на досвіді зв'язок людини з різними сторонами життя, який виражається в діях, реакціях і переживаннях. Відносини виступають рушійною силою особистості, характеризуючи ступінь інтересу, силу емоцій, бажань, потреб. Зіткнення значущих відносин особистості з несумісною з ними життєвою ситуацією стає джерелом нервово-психічної напруги, що веде до порушення здоров'я. Психологія відносин має суттєве значення в дослідженні норми і патології особистості, походження і перебігу хвороб, їх лікування та попередження.

Глава 2. ДІАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИЦІ

При постановці психосоматичного діагнозу в розпорядженні психотерапевта є дві основні методики – діагностична бесіда і психологічне тестування.

Діагностична бесіда дає можливість зібрати психосоматичний анамнез, щоб співвіднести соматичні симптоми пацієнта із історією його життя.

Першочергова мета полягає в знаходженні зв'язків у часі між початком соматичних проявів і анамнестично достовірними життєво важливими змінами або ж в констатації їх відсутності. Якщо такі зв'язки встановлюються, то подальша бесіда має зв'язувати, чи розуміє сам пацієнт значущість для розвитку захворювання тих неприємностей, які виникли у нього в зв'язку з конфліктами і кризами. Це передбачає знання особистості пацієнта, умов його розвитку в дитинстві, конфліктів у

процесі соціалізації, фіксації на них до останнього часу і уразливості щодо них з урахуванням ослаблення актуальності минулих переживань.

При виборі комплексу тестових методик для дослідження психосоматичних пацієнтів мають бути враховані такі принципи:

- Відносна простота застосовуваних методик.
- Швидкість їх проведення.
- Повнота вивчення досліджуваного явища.
- Взаємна доповнюваність застосовуваних методик.
- Висока сумарна валідність.
- Достатня чутливість до зміни спостережуваного явища у здорових і хворих, а також до зміни показників протягом лікування.

2.1. ДІАГНОСТИЧНА БЕСІДА

При соматичному захворюванні діагностична бесіда спрямована на визначення в першу чергу цього річного зовнішнього і внутрішнього стану пацієнта. Що знає пацієнт про своє захворювання? Яке значення має воно для нього зараз і в його житті в цілому? Чи є у нього свій погляд, відповідно до якого він сам, його рідні, психотерапевти або хто-небудь ще відповідальні за це захворювання?

Щоб знати, як діяти далі, необхідно розібратися в особливостях особистості пацієнта та історії його життя до хвороби. Чи були у нього в минулому інші захворювання? Чи є несприятлива спадковість? Як він справлявся досі з попередніми захворюваннями і як справляється з нинішнім? Чи є у нього своя точка зору на ці та зіставні з ними труднощі, своя думка про особливі ситуації? Чи може він поділитися з іншими своїми думками, страхами і почуттями, надіями і відчаєм, які його охоплюють, коли він залишається один?

Чим вільніше і менш формально проходить бесіда, чим більше пацієнт розкриває себе психотерапевту, тим більше можливостей виявити характер його поведінки. Чи є пацієнт зразком типової проблематики міжособистісних відносин, в яких і виникли його конфлікт і викликані ним порушення? Чи є характерною для його проблем експансивна або стримана поведінка, корисною або марною в цих умовах його зустріч з психотерапевтом? Якими є постова пацієнта, його манера розмовляти, як він ставиться до психотерапевта і до того, що психотерапевт втручається в його інтимне життя?

Нарешті, в першій же діагностичній бесіді необхідно виявити, що пацієнт приховує від психотерапевта, незважаючи на велику кількість поданої інформації. Психотерапевт, зі свого боку, може оцінити психосоматичні зв'язки, відзначити виявлені ним співвідношення симптомів, залишити відкритим питання про невідомі поки обставини, які, на його думку, дозволили б обговорити з пацієнтом питання прогнозу і можливостей лікування.

Перша бесіда має вирішальне значення для подальшого формування відносин психотерапевта і пацієнта. Рекомендується вже перед першою зустріччю зробити установку на діагностично-терапевтичне використання пацієнтом своїх емоційних реакцій. Важливі вказівки на свій конфлікт пацієнт часто дає тим, що використовує у відносинах з психотерапевтом свою звичну систему перенесення і захисту.

Протягом перших хвилин пацієнти зазвичай розслабляються. Вони з подивом помічають, що про проблеми, виявляється, можна говорити; при цьому можна зачіпати дуже особисті питання, не впадаючи в особливе збентеження.

Розмова з самого початку має також переслідувати терапевтичні цілі. Необхідно, щоб пацієнт відчував це, адже він часто хотів би почати лікування з моменту, коли переступить поріг кабінету.

Рекомендується використовувати навіть ледь уловиме структурування процесів як метод дослідження, що дозволяє оцінювати як потреби, так і свободу пацієнта, які в його власному поданні суперечать один одному, але психотерапевтові дозволяють скласти загальну картину хвороби.

1. Спочатку ставлять питання про скарги, які дали підставу для звернення до психотерапевта: «Що привело вас сюди?». Часто при відповіді на це запитання попередньо інформований пацієнт указує конкретні симптоми або повідомляє уже готовий діагноз: «стенокардія», «виразка», «ревматизм». Ці скарги зобов'язують розпитати пацієнта про зміст його попередніх переживань. Слід підвести пацієнта до того, щоб він розповів про свій стан своїми словами. При цьому необхідно відзначати мовні звороти, якими він користується при описі своїх скарг і картини своєї хвороби.

2. Наступне питання дозволяє уточнити час появи хворобливих переживань: «Коли ви це відчули вперше?». Встановлюються і періоди наступних погіршень і поліпшень. Психотерапевт має наполегливо розпитувати пацієнта про час початку хворобливих переживань аж до дня і години. Анамнез життя в рамках загальнолікарської ситуації, коли психотерапевт отримує як психічні, так і соматичні дані, містить і соматичне обстеження.

3. Вирішальним для розуміння внутрішніх конфліктів і зовнішніх психосоціальних зв'язків є питання про життєву ситуацію до моменту початку хвороби: «Що сталося у вашому житті, коли це сталося? Що в той час з'явилося нового у вашому житті, хто з'явився у вашому житті і хто пішов?». Це питання про «провали» в долі, про ситуації спокус і невдач, про зміни в службовій діяльності, житлові умови. Пацієнт має при цьому викликати у себе спогади у формі вільних асоціацій.

Якщо ж неможливо встановити зв'язок між життєвими кризами і початком хвороби (в тому числі і при повторних бесідах), то

психосоматичну природу захворювання слід поставити під сумнів. При ретроспективному погляді життєві ситуації, що викликають хвороби, можуть виявлятися в дитинстві, юності й зрілому віці. «Розкажіть мені ще трохи про себе, може, щось з дитинства», «Розкажіть трохи про своїх батьків» або «Якою ви були дитиною?», «Що було для вас важливою подією в житті?». При зборі анамнезу розмова ведеться про відносини з батьками, про розвиток у дитинстві, про службову кар'єру, про сексуальний розвиток.

4. Отже, створюється картина особистості пацієнта в цілому. Якщо врахувати його душевні переживання і поведінку, то можна оцінити значення симптоматики, ситуації захворювання і даних анамнезу. «Що це означає для вас? Як ви це пережили?» – такі питання приводять самого пацієнта до розуміння власних способів реагування.

Звичайно, цей метод слід використовувати гнучко. Цільове спрямування від симптому до ситуації, анамнезу життя і особистості корисно використовувати як основну лінію бесіди.

Діагностична бесіда має частково характер провокації. Психотерапевт оперує підбадьорюванням, відвертими запитаннями, які наштовхують пацієнта на відповіді, але не фіксують на них увагу, даючи лише напрямки для роздумів: «Розкажіть мені про це докладніше. Як це сприймалося вами тоді? Ми ще зовсім не говорили про сексуальність. Ви ще не сказали про свій шлюб». При цьому слід відмовитися від уявлення, що пацієнт все про себе знає. Бесіда має багато в чому вести до створення нових уявлень. Пацієнт має бути відкритим і критичним щодо своїх спогадів, нових асоціацій і поглядів, якщо вони можуть стати плідними. Найбільш важливими є ті моменти бесіди, коли пацієнт раптом замовкає, ніби наштовхнувшись на внутрішню перешкоду. Паузи в розмові – це «ворота» для прориву витіснених до того спогадів, неприборканих фантазій і, може бути, для наступаючого осяяння. Завжди слід пам'ятати, що занадто структурована, жорстко поставлена тема, надмірна кількість запитань обмежують свободу пацієнта. Помилково також сприймати мовчання пацієнта «аналітично» і плутати ситуацію першого інтерв'ю з ситуацією психоаналітичного сеансу. Багаторазово вказувалося, що психосоматичні хворі намагаються за допомогою хвороби утриматися в лабільній і хворобливій рівновазі. Соматичний симптом служить їм для того, щоб зняти вантаж неусвідомлюваних конфліктів шляхом перенесення частини своєї психічної енергії в фізичну сферу.

Вимога розробити в ході психотерапії інші і, як здається, кращі шляхи вирішення конфліктів мобілізує страх і підсилює захист, який нерідко у формі раціоналізації використовується розхожою концепцією соматичної медицини, коли, наприклад, виразковий хворий говорить: «Лікарю, у мене не в порядку шлунок, а не голова».

Пацієнта, який вже довгий час прив'язаний до своїх симптомів, важко відразу переконати, що вони можуть бути пов'язані з труднощами емоційної природи. Набагато частіше він хоче бути переконаним в тому, що його страждання має органічну причину.

Такого роду опір особливо характерний для пацієнтів з функціональними больовими синдромами. Їх внутрішня невпевненість і лабільність змушує їх шукати психотерапевта, який підтвердив би наявність у них органічного захворювання і звільнив би їх від нього. При цьому вони часто змінюють психотерапевта.

Нездатність багатьох психосоматичних хворих усвідомлювати емоційні проблеми і схильність до переоцінки соматичних виявів часто є виразом страху перед стигматизацією. Це пов'язано з тим, що поділ на «пристойні» (органічні) і «непристойні» (психічні) захворювання є поширеним не тільки серед пацієнтів. І психотерапевти іноді побоюються ясно позначити в діагнозі психічну патологію.

До того ж ці клінічні картини часто важко розпізнати при психосоматичних захворюваннях. На відміну від неврозів, де симптоми чітко фіксовані в психічній сфері, при психосоматичних порушеннях, первинно пов'язаних з функціями органів, їх зв'язок з психічними процесами часто не є цілком виразним для психотерапевта і пацієнта.

Суб'єктивне ставлення пацієнта до своєї хвороби є істотним чинником початку, перебігу і наслідків захворювання. Спотворене розуміння хвороби і невірне трактування понять можуть мати серйозні наслідки для здоров'я.

Психотерапевт має враховувати вербальні та невербальні прояви пацієнта, має бачити і чути. Уже на початку бесіди інформативними можуть бути такі факти і особливості: відношення пацієнта до домовленості про консультації, ранній прихід або запізнення на прийом, повідомлення надлишкової інформації персоналу, вступні коментарі, прихід у супроводі членів сім'ї або без них, одяг, зачіска, вираз обличчя, міміка, жестикуляція, характер рукостискання, де і як вмощується пацієнт, звук його голосу і вибір слів, говіркий пацієнт, мовчазний, зітхає, дратівливий, ворожий, бунтар або відкритий до розмови.

Люди, які приходять до психотерапевта, найчастіше є неспокійними та напруженими, оскільки мають говорити про те, про що взагалі ніколи раніше не говорили або розповідали дуже рідко. Їх очікування різні. Частково вони розглядають психотерапевта як «мозкового хірурга», частково бачать у ньому мага і чарівника або незрозумілого вченого. У всіх випадках пацієнтом пред'являються очікування мудрості і компетентності психотерапевта.

Ініціатива розмови має бути надана пацієнтові. При цьому може бути застосована, наприклад, техніка «асоціативного анамнезу», що дозволяє пацієнтові постійні коливання між обома полюсами психічної і соматичної сфер. Спочатку пацієнт дає інформацію лише про свої

органічні порушення, далі частіше замовкає в очікуванні запитань. Треба бути уважним, щоб не упустити момент, в який у дискусію можна підкинути ключове слово. Якщо повторити в цей момент одну з останніх фраз пацієнта в формі запитання, він, як правило, дає додаткові відомості, значущі як для його емоційного життя, так і щодо органічного статусу. Так, він часто сам пов'язує свої соматичні симптоми з емоціями, оточенням і міжособистісними відносинами. Під час пауз у розмові, що позначаються як емоційні вузлові моменти, відбувається дослідження психотерапевта пацієнтом. Чи є психотерапевт людиною, яка не тільки слухає, але й може зберігати таємницю? Взаємний аналіз ситуації відбувається ще до початку власне розмови.

Пацієнт має розглядатися як «суб'єкт», а не як «об'єкт». Чим сильніше виявляється емоційність пацієнта в процесі захворювання, тим вище, як правило, і емоційна залученість психотерапевта: чи виявляє він у себе підвищене співчуття або, навпаки, сердиться на пацієнта і бачить його «несимпатичним». Він має розпізнавати ці особисті спонуки та контролювати їх підвищеним самосприйняттям. Він має завжди знати, що відбувається між ним і пацієнтом. Він має вільно думати і може мати «божевільні» думки, але діяти зобов'язаний обережно.

Психотерапевт, який може слухати, дозволяє пацієнтові не тільки говорити про свої симптоми, але й висловлюватися про своє ставлення до світу, своїх близьких знайомих, свою приховану агресію і таємні бажання.

Пацієнт має відчувати, що він може говорити, не боячись чиїхось суджень або засудження. Він може дозволити собі трошки агресії без установлення стіни між вами, але має хотіти довіритися вам. Можливо, він вперше дізнається про свої найглибші відчуття, якщо відчує інтерес психотерапевта і здогадається про його цілі – зрозуміти симптом як осмислену з точки зору пацієнта складову частину його життя.

Надзвичайно важливим є спосіб формулювання запитання психотерапевтом. Менш певне запитання дає більший простір для асоціацій і тому є більш привабливим. Занадто точне запитання обмежує можливості відповіді і загрожує спонтанності розмови. Воно може, однак, допомогти пацієнтові, коли пацієнт не наважується порушити складні для себе теми. Особливо цінно, коли в ході розмови відбувається несподіваний для пацієнта поворот.

Часто пацієнти страждають від психосоціальних конфліктів, які можуть бути вирішені не психотерапевтом, а лише самим хворим. Психотерапевт може, втім, запропонувати цінну допомогу, виступаючи в ролі розуміючого партнера. У ході терапевтичної бесіди часто відчувається, як проблеми і конфлікти втрачають свою інтенсивність і без прямих порад або раціонального розуміння, часто вже тому, що пацієнт їх приймає та говорить про них.

2.2. МЕТОДИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

У даному розділі перераховані методики експериментально-психологічного дослідження, які найчастіше використовують у соматичній клініці. Детально з методиками можна ознайомитися в спеціальній літературі з психології та експериментально-психологічного дослідження.

- Торонтська алекситимічна шкала
- Опитувальник Бека
- Гісенський опитувальник соматичних скарг
- Тест диференційної самооцінки функціонального стану (САН)
- Шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна
- Особистісний опитувальник Айзенка
- Опитувальник Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби
- Методика незакінчених речень Сакса – Сіднея, модифікована для психосоматичних хворих
- Методика виявлення психологічної характеристики темпераменту
- Опитувальник Шмішека
- Тест Кейрсі
- Опитувальник РСК (рівень суб'єктивного контролю) Роттера
- Опитувальник Келлермана – Плутчика
- Методика діагностики показників й форм агресії А. Басса і А. Дарки
- Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Норакидзе)
- Тест Томаса – типи поведінки в конфлікті (адаптований Гришиною)
- Опитувальник Гарбузова для виявлення домінуючого інстинкту
- Тест Кеттела (16PF-Form C)
- Клінічний опитувальник для виявлення й оцінювання невротичних станів
- Шкала депресії Цунга
- Опитувальник Міні-мульт (зменшений варіант міннесотського багатовимірного особистісного переліку MMPI)
- Мотивація успіху й боязнь невдачі (опитувальник Реана)
- Методика «Ціль – Засіб – Результат» (ЦЗР)
- Методика виявлення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса і Рея
- Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана (модифікація Бойко)
- Тест Роршаха
- Сонді-тест
- ТАТ – тематичний тест аперцепції
- Рисункові проєктивні тести

Глава 3. ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

3.1. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Психотерапія визначається як цілеспрямована вербальна або невербальна комунікація з хворим для впливу на його хворобливий соматичний і психічний стан. Її планують у рамках теорії хвороби і лікування та проводять як навчальний і коригувальний метод. Психотерапія є методом комунікації, що дозволяє змінювати світогляд людини.

У психології часто акцентують увагу на семи основних джерелах емоційно обумовлених (психосоматичних) захворювань.

Перше джерело – це внутрішній конфлікт, конфлікт частин особистості, свідомого і несвідомого в людині, єдиноборство між якими призводить до руйнівної «перемоги» одного з них над іншим. Наприклад, при переїданні можна виділити дві різні частини особистості, які формують різні моделі поведінки. Частина перша ніби говорить: «Я хочу себе втішити, заколисати їжею, забути всі ці неприємні переживання». Друга частина «закликає»: «Негайно припини це, подивися, на кого ти схожа, на що перетворилося твоє тіло». Обидві ці частини, як шальки терезів, домінують поперемінно, конфліктуючи між собою. Завдання психотерапії в цьому випадку полягає в тому, щоб примирити обидві частини. Пригнічуючи то одну частину, то іншу, ми ніколи не усунемо захворювання.

Друга причина називається мотивацією, або умовною вигодою. Це дуже серйозна причина, тому що часто симптом несе умовну вигоду для пацієнта. Наприклад, позбавлення від мігрені може «відкрити очі» на багато проблем, які «заважають бачити» головний біль, і тоді пацієнт постане перед необхідністю їх вирішення.

Наступне можливе джерело емоційно обумовлених захворювань – ефект навіювання іншою особою. Відомо, що якщо дитині в дитинстві часто повторювати «дурень», «бовдур», «скнара» тощо, то дуже часто діти починають демонструвати поведінку, відповідну навіюванню, яка автоматично переходить у доросле життя, навіть якщо потім вона раціонально переробляється.

Четверте джерело – це «елементи органічної мови». Хвороба може бути фізичним втіленням фрази. Наприклад, слова «У мене серце за нього болить», «Я від цього божеволію» можуть перетворитися на реальні симптоми.

Наступне, п'яте джерело – ідентифікація, намагання бути схожим на когось, на ідеал. Але, постійно імітуючи іншого, людина нібито

усувається від власного тіла. Живучи весь час в іншій «аурі», вона врешті-решт починає від цього страждати.

Шосте джерело – самопокарання. Якщо людина робить непорядний зі своєї точки зору вчинок, вона іноді несвідомо піддає себе покаранню. Наприклад, дитині вселяли, що потрібно поважати своїх батьків і робити тільки так, як вони вважають за потрібне. Коли вона вирішує діяти на власний розсуд, то робить непорядний вчинок з точки зору його вихователів, і тоді з'являється почуття провини, а провини шукає покарання. Самопокарання – дуже поширена причина багатьох травм і соматичних порушень.

Остання, найсерйозніша і найглибша причина – хворобливий, травматичний досвід минулого. Як правило, це психічні травми раннього періоду дитинства.

Ще однією базисною причиною психосоматичних захворювань може бути алекситимія. Частіше за інших пацієнтами психотерапевта стають невротичні особистості. «Невротика» відрізняє від інших пацієнтів виразна вербалізація переживання, здатність описувати свої почуття, побоювання, страхи, дискомфорт тощо навіть якщо вони здаються нелогічними, подвійними, малокопродуктивними для вирішення або пошуку виходу зі становища. У психосоматичних пацієнтів, навпаки, здатність висловлювати свої переживання, конфлікти змісту, відчуття вкрай збіднена. Їх словниковий запас для цих цілей так само бідний, як і внутрішня здатність диференціювати свої почуття. Як правило, це соціально добре адаптовані особистості, а симптом алекситимії є відповіддю на сімейну заборону з самого дитинства виражати себе і свої почуття. На зміну можливості чуттєво переробляти реальність приходить ригідне потурання соціальним нормам і правилам. Тоді мова органів, больові відчуття стають «незручною» спробою тіла інтегруватися з душею людини.

Зазвичай люди прагнуть до припинення поганих взаємин. Психосоматичний пацієнт роками може терпіти відносини, які не тільки не приносять задоволення, але й виснажують і руйнують його особистість. Толерантність до несприятливих взаємин і природу психосоматичних симптомів можна пояснити придушенням ворожості, агресивності, злості. Якщо зазвичай озлобленість спонукає людей до припинення відносин, то психосоматична особистість пригнічує злобу і продовжує відносини. Зовні така людина навіть не здається такою, що страждає, однак психотерапевт може з повною очевидністю переконатися в стражданні його тіла. Незрозуміло, чому відбувається придушення злоби, але відомо, що психосоматичні пацієнти є дуже чутливими до будь-яких проявів озлобленості в собі й інших.

Найважливіше завдання психотерапевта в бесіді з психосоматичним хворим – допомогти йому виявити, хоча б частково, приховану озлобленість. Психотерапевт має не тільки допомогти

пацієнтові усвідомити свою озлобленість, але і вказати, як вона позначається на поведінці. Одні психосоматичні пацієнти солодкі та приємні, з усім погоджуються, і важко повірити в їх ворожість. Інші не здатні відчувати, та й не відчувають недоброзичливості навколо себе. При виникненні хоча б найменшого нерозуміння вони відступають. Якщо не можуть усунутися з ситуації, вдаються до раціоналізації. Інші схильні висловлювати свою злість, проте змінюють її дійсний об'єкт.

Бесіда з психосоматичним пацієнтом про озлобленість є зазвичай важкою і далеко не завжди успішною, хоча дозволяє показати пацієнтові, яка його життєва ситуація, як він пригнічує свою ворожість і як це пов'язано з його соматичними симптомами. Психотерапевт має не тільки допомогти пацієнтові розпізнати в собі злість, але й спонукати його до її відреагування в процесі терапії. Тому не дивно, якщо в разі успішної роботи заміником дійсного об'єкта ворожості пацієнта тимчасово стає психотерапевт.

Ще одна суттєва причина труднощів консультування психосоматичної особистості полягає в її «емоційній безграмотності», нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання, у нестачі символічного мислення. Риси алекситимічної (психосоматичної) особистості служать серйозною перешкодою в консультуванні й психотерапії. Найбільше психотерапевта фруструє відмова цих пацієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг є очевидним. Дуже важко допомогти людині психологічними методами, коли свої емоційні проблеми вона розуміє як соматичні. Такий пацієнт говорить про різноманітні болі, багато мовчить, не виявляє ніякої мотивації до співпраці, явно орієнтований на медикаментозне лікування, постійно примушує психотерапевта до ініціативи. Монотонний, емоційно безбарвний стиль пацієнта викликає у психотерапевта роздратування, тому що він відчуває себе загнаним в кут. Спроба активно залучити пацієнта в емоційні відносини тільки збільшує у того тривожність через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дозволяє пацієнтові ще більше скаржитися на соматичне нездужання.

Якщо пацієнт – яскравий алекситимік, слід застосовувати техніки, спрямовані не так на конфронтацію, як на підтримку. Пацієнта також слід готувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна використовувати приклади емоційних слів і фантазій, аналіз різних емоційних ситуацій, переклад висновків пацієнта на диференційовану мову емоцій. Хоча така підготовка далеко не у всіх випадках буває ефективною, вона певною мірою допомагає усвідомити емоційні проблеми і вербалізувати їх.

Таким чином, специфічність психосоматозів полягає в тому, що душевне неблагополуччя як першопричина серйозної фізичної недуги в цих випадках є прихованою, замаскованою для самого хворого. Тому

психологічна корекція неусвідомленої душевної причини тілесного страждання вимагає від фахівця-психотерапевта і психолога особливого підходу, модифікації традиційної психотерапевтичної допомоги. Оскільки соматизація психологічного конфлікту пов'язана з роботою механізму психологічного захисту, з витісненням із свідомості, пригніченням справжніх, психологічних за своєю природою, причин захворювання, то пацієнти не просто не розуміють психогенну природу своєї хвороби, але й змушені несвідомо зберігати симптом (феномен умовної бажаності хвороби). У зв'язку з цим виникає необхідність теоретичного осмислення принципів і стратегій, освоєння нових форм і технологій психокорекційної та реабілітаційної роботи з психосоматичними хворими.

Стала загальновизнаною вимога врахування особистісних особливостей хворого. Однак насправді вимога ця залишається більше теоретичним визнанням, ніж конкретно втіленим у клінічній практиці принципом. Як правило, лікарі не включають у вивчення хворого аналіз структури його особистості, особливості його реагування ні з клініко-діагностичною метою, ні при складанні індивідуального плану терапевтичних заходів.

Для вибору тактики психотерапії та зручності аналізу пропонується ділити пацієнтів на п'ять груп:

1. Хворі циклотимного складу є оптимістичними і доброзичливими, легко вступають у контакт і вірять у хорошу перспективу лікування. Закохані в життя, вони нерідко довго відмовляються від обстеження і лікування, применшують серйозність захворювання. Ця відмова йде не від глибокого внутрішнього страху, як це іноді буває, а від недооцінювання небезпеки захворювання: «Нісенітниця! Ця хвороба добре лікується, та й медицина у нас на рівні!». У розмові з такими хворими можна не боятися навіть перебільшувати небезпеку захворювання, не побоюючись ятрогенії.

2. Хворі епітимного складу є похмурими і дратівливими до злостивості, з прямолінійними, позбавленими сумнівів судженнями; вони вимагають чіткого формулювання діагнозу і перспективи лікування, самі рекомендують лікарю «вирізати все радикально». Будь-який сумнів для таких хворих болісний, тож вони самі створюють гіпотезу, тенденційно зміцнюючи її фактами і перетворюючи в теорію походження свого захворювання. Вони можуть докладно пояснити, «що і як у них сталося». З такими хворими треба говорити чітко і впевнено, по можливості показуючи аналізи та рентгенограми. Два-три слова, навіть не зрозумілих хворому, але пройнятих оптимістичною безапеляційністю, діють при цьому досить переконливо.

3. Хворі ювенільного складу є збудливими і дуже схильними до навіювань, схильні бурхливо і багатослівно перебільшувати свої переживання. Плачуть, голосно розповідають про себе, роботу в зв'язку

з хворобою, значно перебільшуючи значення власної персони. Схильні до яскравого фантазування, вони малюють страшні картини, бачачи себе то мучениками, то героями, залучаючи оточуючих в свої фантазії і звертаючи на себе увагу. Такі хворі теж мають своє уявлення про хворобу, в якій розібралися «краще всякого професора». Слід зазначити, що переживання у хворих з ювенільним складом особистості дуже нестійкі. Увага їх легко перемикається на інший предмет, і тоді вони заспокоюються. Але ось знову яскраві картини «жахливого майбутнього», і знову сльози і скарги. Спокійна, доброзичлива, ласкава розмова лікаря їх порівняно легко заспокоює.

4. Хворі астеничного складу – сором'язливі і боязкі, образливі і честолюбні, з вегетативною нестійкістю, вони легко червоніють, не люблять бути в центрі уваги, на відміну від хворих ювенільного складу, постійно вимагають до себе особливої уваги. Захворювання своє і його перспективи сприймають як долю: «руки опускаються», губляться, не знають, куди йти, до кого звертатися, кого слухати. Сумлінні та пунктуальні, вони не схильні детально розмірковувати про захворювання, акуратно виконують всі призначення лікаря і легко заспокоюються від впевненого тону, доброзичливої і довірчої бесіди.

5. Хворі психастеничного складу – похмурі, незграбні, у всьому сумніваються, бачать тільки погані перспективи, «весь світ у чорних фарбах». Схильні перебільшувати небезпеку навіть там, де її можна не чекати. Бояться всього незрозумілого, невідомого. Переживання виключно тяжкі, емоційно насичені. Відсутність чітких визначень і ясної перспективи в початковий період хвороби нерідко призводить таких хворих до думки про самогубство. Вони похмурі, всім незадоволені, важкі в колективі. Їх мучать сумніви. Важкі думки позбавляють їх сну, апетиту. Вони замикаються в собі, прислухаються тільки до своїх відчуттів. Дружня бесіда, впевнений тон і підбадьорливі роз'яснення заспокоюють їх ненадовго. Знову і знову виникають нові думки, нові сумніви, нові переживання.

У роботі з психосоматичними хворими використовують всі відомі психотерапевтичні підходи. Однак вибір конкретного психотерапевтичного методу і окремих методик залежить від ряду чинників – клінічної картини захворювання, особистісних особливостей пацієнта, часу, яке планується витратити на психотерапію, компетенції психотерапевта (володіння певними психотерапевтичними підходами).

Методи психотерапії, що застосовують у психосоматичній медицині, можна розбити на дві групи: глибинно-психологічні методи і методи, орієнтовані на симптом і модифікацію поведінки. На практиці вони можуть комбінуватися.

Глибинно-психологічні методи ставлять собі за мету розкриття психологічного конфлікту, який стоїть за психосоматичними симптомами, перебудову особистості в цілому та її відносин з

оточуючим світом. Важливо мати на увазі, що усунення симптомів не є первинною метою глибинно-психологічних методів терапії – симптоми слабшають і зникають у міру того, як досягаються названі вище цілі. До цієї групи належить психоаналіз, різні напрямки психодинамічної психотерапії, екзистенційно-гуманістичні методи (гештальт-терапія, психодрама тощо). Необхідними умовами застосування цих підходів є здатність пацієнта до саморефлексії і наявність достатнього часу для проведення курсу психотерапії. Використовують як індивідуальні, так і групові форми глибинно-психологічної терапії. Методи, спрямовані на розкриття симптоматики, не застосовують у гострій стадії захворювання, бо це може призвести до погіршення стану. Класичний психоаналітичний метод має обмежену придатність у психосоматичній практиці в зв'язку зі слабкістю «Я» психосоматичних пацієнтів та їхньою низькою толерантністю до фрустрації.

До методів, орієнтованих на симптом і модифікацію поведінки, можна віднести когнітивно-поведінкову психотерапію, а також гіпнотерапію та інші сугестивні й аутосугестивні методи.

Крім того, при психосоматичних захворюваннях використовують різні види невербальної і напіввербальної психотерапії (тілесно-орієнтована терапія, дихальна гімнастика, вправи з м'язової релаксації, музична терапія, танцювальна терапія, символдрама).

Психологічна робота, спрямована на корекцію психосоматичних порушень і, перш за все, алекситимічних рис, може бути наведена у вигляді трьох послідовних ступенів: релаксація і дидактична спрямованість; опора на невербальні способи спілкування; «внутрішній діалог». Релаксація є основою для використання всіх прийомів подолання алекситимії. Дидактична спрямованість має на меті фіксацію пацієнта на переживаннях ситуації «тут і тепер». Опора на невербальні способи спілкування передбачає широке використання психогімнастичних і психопантомімічних прийомів і методик, які сприяють зняттю напруги і спонтанного вираження емоцій на невербальному рівні.

Різні невербальні техніки створюють основу, свого роду «банк переживань», який в подальшому використовують для тренінгу розпізнавання різних емоційних станів (як власних, так і інших людей) та їхньої адекватної вербалізації. Для розвитку внутрішнього діалогу, який також сприяє зануренню пацієнта в світ власних емоцій, можуть бути використані різні прийоми, в тому числі запозичені зі гештальт-терапії:

1. Встановлення психологічного контракту:

З'ясування концепції хвороби пацієнта і його уявлень про власну здатність впливати на симптоми.

Розмова (в формі раціональної психотерапії) про психологічні чинники ризику хвороби і суті психологічного лікування: доступне, метафоричне пояснення патогенезу захворювання пацієнта, впливу

психічного стану на виникнення симптоматики, а також саногенних можливостей образного мислення.

Встановлення психологічного контракту: з'ясування цілей пацієнта і в разі готовності пацієнта – обговорення проблеми хвороби в світоглядному аспекті.

2. Психокорекційна робота:

З'ясування образного уявлення симптому, хвороби (в разі труднощів образного моделювання – вправи з формування нейтральних образів).

З'ясування образного уявлення бажаного стану, результату терапії.

Екологічна перевірка: з'ясування обмежуючих чинників, обставин, які роблять одужання можливим, або, навпаки, зникнення симптому небажаним (опрацювання умовної бажаності хвороби).

Опрацювання варіантів переходу від нинішнього стану до бажаного, вибір оптимального образного уявлення процесу одужання (тут використовують техніки НЛП щодо роботи з субмодальностями, з лінією життя пацієнта тощо).

Навчання пацієнта релаксації. Самостійна робота пацієнта із саногенної візуалізації.

Зворотний зв'язок: контроль візуалізації пацієнта через кілька днів з метою корекції (використання самозвіту або рисунків).

На першому етапі можливе використання таких психодіагностичних методик: шкала соціальної адаптації Холмса і Рея; визначення рівня алекситимії; тест на інтенсивність соматичних скарг; тест Розенцвейга; тест на домінуючу стратегію психологічного захисту тощо.

Психологічне опрацювання основних психологічних патогенних особистісних конфліктів (методи інтегративної психотерапії та психокорекції) проводиться тільки за умови готовності і особистого запиту пацієнта.

У бесіді з психосоматичним хворим психотерапевт нерідко наштовхується на жорсткий опір спробам ретельного уточнення історії життя і хвороби. Це пояснюється кількома причинами:

1. Затверджена, «вивчена» соматична інтерпретація хвороби. Провідна роль соматичних причин не тільки більш прийнятна для пацієнта, але й глибоко вкорінена в суспільній свідомості під впливом медичних установок. «Хвороба полягає тільки в органічному ураженні», – так звучить лейтмотив однієї з психіатричних шкіл.

2. Психічна хвороба привносить відчуття відповідальності перед самим собою, іноді стигматизацію, соматична хвороба – навпаки, відчуття полегшення. Передбачається цілеспрямована допомога, яку надасть лікар, а власні переживання і поведінка хворого не беруться до уваги, хворому не дають ніяких рекомендацій за типом: «Ви маєте змінити свій стиль життя».

3. Можна уявити собі психосоматичну хворобу як особливу форму виживання душевного конфлікту. Якщо при груповій терапії психосоматичні хворі перебувають разом із невротиками, то звертають на себе увагу серйозні труднощі, що виникають у психосоматичних хворих. Вони неохоче розкривають свої почуття, здаються відчуженими, у них слабо розвинена фантазія. Такі хворі нечітко усвідомлюють свої почуття, побоювання, бажання і не в змозі описати їх словами. При критичних станах словесні реакції у них заміщуються діями: хворі ажитовані, тікають, нападають, уникають реальних оцінок ситуації, посиляються на якісь зовнішні обставини, на думки і поведінку інших людей, виправдовуючи цим свою поведінку. Можна говорити про «емоційну безграмотність» психосоматичних хворих, їх емоційну неосвіченість. Така «емоційна безграмотність» має досить довгу історію, вона може сягати корінням у раннє дитинство або мати спадкове походження.

3.1.1. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ

Поняття «внутрішня картина хвороби» (ВКХ) – цілісний образ свого захворювання, що виникає у хворого. Порівняно із цілим рядом подібних термінів медичної психології («переживання хвороби», «свідомість хвороби», «ставлення до хвороби» тощо) термін «ВКХ» є найбільш загальним та інтегративним.

Перше уявлення про структуру ВКХ, що містить два рівні (сенситивний й інтелектуальний), у подальшому було диференційовано шляхом виділення чотирьох рівнів:

1. Чуттєвий – комплекс хворобливих відчуттів.
2. Емоційний – переживання захворювання та його наслідків.
3. Інтелектуальний – знання про хворобу й її реальна оцінка.
4. Мотиваційний – вироблення певного ставлення до захворювання, зміна способу життя і актуалізація діяльності, спрямованої на одужання.

ВКХ зазвичай виступає як цілісне, нерозчленоване утворення. На формування ВКХ впливають різні чинники: характер захворювання, його гострота і темп розвитку, особливості особистості в попередній період хвороби тощо. Як методи дослідження ВКХ використовують метод клінічної бесіди, опитувальники, анкети, інтерв'ю.

У літературі найбільш освітлений когнітивний аспект ВКХ. У цей час ВКХ визнається окремим випадком «внутрішньої картини здоров'я». Різноманітність визначень одного і того ж явища пов'язана з поліморфністю переживань хворого. Залежно від особливостей особистості хворого виділяють п'ять типів ставлення до хвороби: астено-депресивний, психастенічний, іпохондричний, істеричний й ейфорічно-анозогностичний.

Найбільш детальною є така класифікація відношення до хвороби:

1. Гармонійний тип характеризується тверезою оцінкою свого стану, активним сприянням успіху лікування, небажанням обтяжувати інших своєю хворобою, перемиканням інтересів на доступні для хворого сфери життя при несприятливому перебігу хвороби.

2. Ергопатичний тип відрізняється вираженим прагненням продовжувати роботу будь-якою ціною—«відхід від хвороби в роботу».

3. Анозогностичний тип характеризується активним відкиданням думки про хворобу та її наслідки, зневажливим ставленням до хвороби, небажанням лікуватися.

4. Тривожний тип відрізняється занепокоєнням і підозрілістю щодо несприятливого розвитку захворювання, пошуком інформації про хворобу та її лікування, пригніченим настроєм.

5. Іпохондричний тип характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням розповідати про них оточуючим.

6. Неврастенічний тип характеризується дратівливістю, особливо при хворобливих відчуттях, нетерплячістю.

7. Меланхолійний тип відрізняється песимістичним ставленням до хвороби, невір'ям в одужання.

8. Апатичний тип відрізняється байдужістю до себе і перебігу хвороби, втратою інтересу до життя.

9. Сенситивний тип характеризується стурбованістю про несприятливий щодо оточуючих наслідок хвороби, страхом стати тягарем.

10. Егоцентричному типу властива вимога виключної турботи, виставлення напоказ страждань з метою безроздільного заволодіння увагою оточуючих.

11. Паранойяльний тип характеризується крайньою підозрілістю до ліків і процедур, звинуваченнями оточуючих у можливих ускладненнях або побічних діях ліків.

12. Дисфоричний тип відрізняється похмуро-озлобленим настроєм, ненавистю до здорових, звинуваченнями в своїй хворобі інших, деспотичним ставленням до близьких.

Можливий розгляд особистісних реакцій на хворобу як різних видів психологічних захистів. Таке розуміння реакції на хворобу характерно насамперед для прихильників психоаналітичної концепції. У цей час визнається залежність типів реакції на хворобу від особливостей функціонування Его. Психологічні захисти можуть бути нормальними або, в разі їх значної вираженості, патологічними (таблиця).

Типи психологічного захисту

Тип психологічного захисту	Варіант норми	Варіант патології
Заперечення	Свідоме придушення неприємних думок. Забезпечує оптимістичний погляд на майбутнє, оберігаючи психіку від дистресу	Психопатологічне спотворення дійсності
Регресія	Трохи більша, ніж зазвичай, зайнятість собою	Функціонування особистості на більш низькому рівні, ніж до хвороби. Дитячість поведінки, зростання залежності від інших людей, вимога підвищеної уваги до себе
Тривога	Передчуття можливої небезпеки, що готує хворого до можливої втрати (комфорту, частини тіла або функції, міжособистісних відносин)	Незрозуміле почуття провини, зайва самокритичність, активізація тривожних фантазій
Печаль	Почуття втрати (здоров'я, частини тіла або функції). Зосередженість на втраченому, знижений настрій, потреба в роботі, незважаючи на втрату. Триває недовго	Депресія, тривалі спади настрою, розлади вегетативних функцій (сну, апетиту тощо)

При соматичних захворюваннях особливо часто зустрічається такий вид психологічного захисту, як заперечення.

При психосоматичних захворюваннях найбільш часті форми психологічного захисту – ейфорично-анозогностична поведінка, що характеризується запереченням тяжкості хвороби і неурою до свого стану, і істерична поведінка, що характеризується аграваційними тенденціями й егоцентризмом.

Когнітивний аспект ВКХ характеризується поняттям особистісного значення хвороби, яке є одним із компонентів психосоціальної реакції на захворювання, разом з емоційною реакцією і способом адаптації до хвороби. Існують різні класифікації особистісних значень хвороби.

Наведемо тут одну з найбільш розроблених типологій, згідно з якою хвороба може сприйматися так:

1. Перешкода, яка має бути подолана (наприклад, втрата роботи).
2. Ворог, що загрожує цілісності особистості.
3. Покарання за минулі гріхи.
4. Прояв уродженої слабкості організму.
5. Полегшення (дозволяє піти від соціальних вимог, відповідальності; наприклад, хвороба, яка звільняє юнака від військового обов'язку).
6. Стратегія пристосування до вимог життя (наприклад, використання хвороби для отримання грошової компенсації).
7. Безповоротна втрата, збиток (наприклад, підліток з діабетом може вважати все життя зіпсованим).
8. Позитивна цінність, яка допомагає особистості знайти сенс життя або краще розуміння мистецтва.

Згодом типи значень хвороби звелися до основних чотирьох: виклик (загроза), втрата, полегшення, покарання. Залежно від досвіду, знань, ціннісних орієнтацій, потреб хвороба може виступати як ворог, змагання, втрата, штраф, виграш, доля.

У вітчизняній психології становлення суб'єктивного ставлення до хвороби розглядається як об'єктивний пізнавальний процес, який має кілька етапів (і в той же час компонентів), – сенсологічний, оцінювальний й етап ставлення до хвороби. При цьому адекватний тип реагування, який називається соматозогнозія, відрізняється від патологічного. Лікарям і психологам добре відомо, що декомпенсація визначається найчастіше болючою реакцією особистості на хворобу і лише в наступну чергу – самою хворобою. Зміни особистості зумовлені багатьма причинами. Войтенко узагальнив їх і запропонував урахувувати:

- біологічні чинники (соматична патологія, промислові інтоксикації, інфекції, черепно-мозкові травми);
- соціогенні (зміни ролі хворого в родині, референтній групі, зміна ставлення оточуючих до хворого – ігнорування хвороби або зниження вимогливості до хворого);
- аутопсихологічні (зниження самооцінки, втрата життєвої перспективи, почуття неповноцінності, занепокоєння за свою долю та долю рідних і близьких).

Тип особистості допомагає зрозуміти, чим є хвороба для конкретного хворого. Наприклад, серед усього розмаїття особистісних типів стосовно психосоматики виділяють десять:

1. Залежні.
2. Контролюючі, схильні до порядку (обсесивно-компульсивні).
3. Емоційні (актори).
4. Ті, які довго страждають, що приносять себе в жертву.
5. Підозрілі, які вживають запобіжних заходів (паранояльні).

6. «Кращі» і «особливі» (нарцисичні).
7. Відчужені, які прагнуть до усамітнення, холодні, байдужі (шизоїдні).
8. Імпульсивні з тенденцією до негайного здійснення дії.
9. Особи, які мають непостійний настрій (циклотимічні).
10. Особи з хронічними порушеннями пам'яті і сплутаністю свідомості (з хронічним мозковим синдромом).

З розвитком медичної соціології пов'язано виникнення концепції «ролі хворого». Людина в ролі хворого займає в суспільстві особливе становище. У неї є обов'язки: очікується, що хворий хоче одужати і тому буде шукати допомоги, допомагати лікареві в своєму одужанні. Є й особливі права: її звільнено від звичайних громадських обов'язків, наприклад, від відвідування роботи або навчання; про неї піклуються інші.

Конфлікти з суспільством дозволяються «роллю хворого». Це відбувається несвідомо, тому пропонується психосоматичні симптоми розглядати в ряді неврозів. Деяким нелегко прийняти такий тип залежності, інші легко освоюються з ним. Тут мають значення властивості особистості. Наприклад, відомо, що на вихід із «ролі хворого» після операції на відкритому серці не впливає складність операції, тяжкість стану: має значення лише схильність до прийняття ролі хворого. Особи, більш стійкі до входження в цю роль, легше і виходять з неї після операції.

Існує також поняття «поведінка хворого», запропоноване для опису різних типів поведінки, що виникає у людей в результаті сприйняття і оцінки симптомів.

Часто важко відмежувати справжні ознаки хвороби від індикаторів «поведінки хворого».

Будучи психологічним утворенням, ВКХ має певний нейрофізіологічний базис. Сучасні уявлення про нього полегшують підхід до розуміння ВКХ. Важливо враховувати, що деякі риси ВКХ можуть бути пов'язані з особливостями або патологією структурно-функціональної організації мозку. У психологічному плані ВКХ може розглядатися як елемент самосвідомості, сформований в результаті самопізнання. Її можна розглядати також як складний комплекс уявлень, переживань і ідей, які своєрідно відображають у психіці хворого патологічні зміни процесів життєдіяльності організму і пов'язані з ними умови існування особистості, що визначаються патологією.

В основу моделювання ВКХ було покладено поняття про «церебральне інформаційне поле хвороби» – інформація про прояви хвороби, що зберігається в довгостроковій пам'яті. Його матеріальним субстратом є матриці довгострокової пам'яті, які асоціюються в функціональні комплекси, а останні служать основою уявлень

особистості про свою хворобу. Ці матриці та їх комплекси можуть впливати на різні сторони роботи мозку, а отже, і психіки.

Велику роль у формуванні ВКХ відіграє тип емоційних відносин хворого до своєї хвороби, її проявів, прогнозу тощо. Існують різні типи подібних відносин.

Гіпонозогностичний тип – хворі ігнорують свою хворобу, зневажливо ставляться до лікування. Хворий може все знати про свою хворобу, про її серйозний прогноз, але це не викликає у нього емоцій тривоги і занепокоєння. У таких хворих іноді легко утворюється неадекватна (завищена) модель очікуваних результатів лікування.

Гіпернозогностичний тип – у хворого є перебільшено яскраве емоційне забарвлення переживань, пов'язаних з хворобою, при цьому формується занижена модель очікуваних результатів лікування.

Прагматичний тип емоційних відносин до хвороби – хворий знаходиться в діловому контакті з лікарями, прагне до реальної оцінки хвороби і прогнозу, приділяє увагу оптимальній організації лікувальних і профілактичних заходів.

В основі формування нозогностичних емоційних відносин лежать певні особливості структури особистості, сформовані насамперед вихованням. Психологічні критерії мають велике значення для диференціювання поведінки, що визначається типом нозогностичних відносин.

Як свідчать клінічні факти і результати попередніх досліджень, структура внутрішньої картини хвороби може бути різною у хворих різних нозологічних форм. «Питома вага» різних складових ВКХ залежить і від преморбідних особливостей особистості. Неоднаково наведені в свідомості окремі елементи ВКХ.

Спостерігається певна динаміка ВКХ із різним співвідношенням її елементів на різних етапах захворювання. При деяких захворюваннях переважають спочатку чуттєві елементи ВКХ, що можуть повністю зникати. Їх місце можуть посідати результати розумового перероблення хворим факту захворювання і емоційна оцінка хвороби. Різна за структурою і динамікою ВКХ створює специфічні та надзвичайно важливі умови розвитку перебудови особистості хворого. Психологічний аналіз мотиваційної сфери хворих показує, що зміна ВКХ може сприяти виникненню нової провідної діяльності у хворих, у рамках якої і відбувається формування патологічних рис особистості.

3.1.2. НОЗОГЕНІІ (ПСИХОГЕННІ РЕАКЦІЇ) ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Більшість хронічних соматичних захворювань супроводжується психічними симптомами внаслідок або прямої пошкоджуючої дії біологічного патологічного процесу на функціонування головного мозку

(наприклад, нервозність, збудливість при гіпертиреозі, депресія, тривога, зміни особистості при пухлинах головного мозку), або психологічного реагування на факт захворювання. На початку XIX століття поняття «соматопсихічний» було запропоновано німецьким психіатром Якобі для того, щоб підкреслити домінування тілесного у виникненні деяких психічних розладів. У даний час багато авторів відносять соматопсихічні порушення до області вивчення психосоматичної медицини.

У вітчизняній літературі для позначення психогенних реакцій, що виникають у зв'язку з соматичним захворюванням, прийнято термін «нозогенії». Це поняття враховує подвійну природу таких реактивних станів, структура яких розгортається в двох взаємодоповнюючих площинах: психопатологічній і психологічній.

Структура нозогенії детермінується психологічними, соціальними, конституціональними і біологічними (об'єктивні параметри соматичного захворювання) чинниками.

У багатьох публікаціях описуються особливості психіки хворих з тими чи іншими соматичними захворюваннями і робляться спроби їх систематизації. Ми наводимо дві класифікації:

Типологія нозогенії на психологічному рівні передбачає виділення двох найбільш значущих типів внутрішньої картини хвороби – гіпер- і гіпонозогнозії.

Гіпернозогнозія визначається високою значущістю соматичного страждання, егосинтонним ставленням. Его-синтонність (у перекладі з грецького – спорідненість Я) відповідає сприйняттю пацієнтом свого захворювання як дифузного, неструктурованого, невіддільного від власної особистості феномена.

Для гіпонозогнозії характерна сукупність протилежних ознак – тенденція до недооцінки значущістю соматичного страждання, егодистонне ставлення до проявів хвороби, переконаність у можливості самостійного її подолання.

Виділені типи диференціюються залежно від способу формування образу хвороби.

При гіпернозогнозії соматичне страждання сприймається як сукупність симптомів захворювання, що загрожують життю. Образ хвороби складається із переживань, пов'язаних із вираженим тілесним дискомфортом.

При гіпонозогнозії, навпаки, захворювання сприймається як сукупність інформації про наявне соматичне неблагополуччя. Образ хвороби у вигляді концепту складається, якщо цьому не перешкоджає невротичне заперечення соматичного страждання, «вимушено», опосередковано, під впливом не стільки тілесного дискомфорту, скільки інтерпретації стану пацієнта оточуючими (лікарями, медичним персоналом, сусідами по палаті, родичами тощо).

Для гіпернозогнозії характерна краща емоційна модальність реагування на захворювання (пригніченість, тривога, страх); для гіпонозогнозії – когнітивно-біхевіоральна (інтелектуально-поведінкова), що реалізується в суб'єктивному аналізі власної поведінки.

Гіпернозогнозії властиво пасивне ставлення до захворювання, що характеризується відмовою від будь-яких самотійних дій, спробами переадресувати відповідальність за всі значущі події, пов'язані зі соматичним стражданням, іншим особам. Для гіпонозогнозії, навпаки, характерне переважно активне ставлення, що реалізуються в прийнятті особистої відповідальності за всі значущі ситуації, що асоціюються з хворобою, і в самотійних діях, спрямованих на мінімізацію її проявів.

Гіпер- і гіпонозогнозію можна розглядати як полюси, які задають континуум клінічних варіантів нозогеній, диференційованих на підставі особливостей синдрому і його реєстра. Відповідно виділяються гіпер-і гіпонозогностичні невротичні, афективні, психопатичні (з формуванням надцінних ідей) реакції. Як окремі варіанти нозогеній можуть розглядатися маячні та деякі інші реактивні стани, що формуються при коморбідності соматичної і ендогенної патологій.

Невротичні синдроми (тривожно-фобічні і «невротичного заперечення»).

Гіпернозогностичний варіант виявляється у страху і тривожних побоюваннях, пов'язаних з тілесною недугою, гіпертрофованою оцінкою його наслідків, що загрожують здоров'ю, неможливістю повної соціальної реабілітації. У клінічній картині можуть домінувати істеричні прояви (демонстративність поведінки, яскравість і образність скарг, конверсійний симптомокомплекс). При затяжних реакціях формуються явища ригідної іпохондрії (ретельна реєстрація найменших ознак тілесного неблагополуччя, «щадний» режим – дієта, верховенство відпочинку над роботою, жорстка регламентація фізичних навантажень, прийому медикаментів тощо).

Гіпонозогностичний варіант характеризується проявами «невротичного заперечення». У клінічній картині на першому плані стоять явища дисоціації між проявами соматизованої тривоги (тахікардія, тремтіння, пітливість) і демонстративно-зневажливим ставленням до хвороби. Однак за фасадом награного оптимізму виступає страх порушення життєво важливих функцій організму.

Емоційні реакції (реактивні депресії).

Гіпернозогностичний варіант – синдром іпохондричної депресії – визначається гіпотимією з тривогою і почуттям безнадії, що поєднуються з астеною, зниженням фізичної активності, алгіями та іншими патологічними тілесними переживаннями. Зміст реакції визначається песимістичним сприйняттям хвороби, тривожними побоюваннями і страхами, тісно пов'язаними з актуальним соматичним станом. Уявлення

про небезпеку хвороби, її невиліковність, несприятливий результат, негативні соціальні наслідки зазвичай перебільшені.

Гіпонозогностичний варіант – синдром «ейфорійної псевдодеменції» – характеризується підвищеним афектом із переважанням благодушності, неадекватно-оптимістичною оцінкою як справжнього стану, так і наслідків хвороби. Пацієнти мало стурбовані об'єктивно важкими, часом загрозливими для життя порушеннями діяльності організму, будують райдужні плани на майбутнє, ігнорують лікувальний режим, «забувають» про необхідність прийому ліків.

Патохарактерологічні реакції (параноїчні, шизоїдні, істеричні) з виявленням надцінних ідей (іпохондрія здоров'я, синдром «патологічного заперечення хвороби»).

Гіпернозогностичний варіант – «синдром іпохондрії здоров'я». Усвідомлення пов'язаних із соматичною хворобою патологічних змін діяльності організму супроводжується прагненням до подолання недуги. Домінують ідеї «повного відновлення за будь-яку ціну». Хворі відчують у собі потенційні можливості зусиллям волі «переламати» хід подій, позитивно вплинути на перебіг і результат соматичного страждання, всупереч медичним рекомендаціям "модернізувати" лікувальний процес наростаючими навантаженнями або фізичними вправами.

Гіпонозогностичний варіант – синдром патологічного заперечення хвороби. Формується зазвичай у хворих з аномальними рисами. Йдеться про осіб параноїдального або шизоїдного складу, позбавлених відчуття страху, фаталістів, що привносять у реакцію на хворобу не тривожні побоювання, а елементи ризику, ігри з небезпекою. При виникненні патології, що загрожує життю (злоякісні новоутворення, гострий інфаркт міокарда, туберкульоз із вираженою інтоксикацією тощо), для них характерним є переважне заперечення тяжкості хвороби, її загрозливого змісту. Знаючи, що можливим є смертельний результат, пацієнт переконаний, що завдяки диву, чарівному впливу він неодмінно зцілиться. Основною темою стає здоров'я. Будучи місяцями прикутими до ліжка, пацієнти кажуть, що готові зайнятися спортом, почати «нове життя».

В іншій класифікації нозогеній виділяють три основні групи:

Соматогенний астеничний симптомокомплекс, який сформувався внаслідок нейротоксичного і психотравмуючого впливу соматичних захворювань. Основним патофизиологічним механізмом його формування є зміна біосоціальних статусів особистості внаслідок соматичного захворювання як чинника, який залежить від суб'єктивно-вольової сфери хворого.

У хворих цієї групи невротичні скарги з'являються непомітно, поступово, через деякий час після виявлення соматичного захворювання, без значущих побічних психотравмуючих впливів.

Частота і вираженість соматогенного астеничного симптомокомплексу зростають зі збільшенням давності соматичного захворювання і ступеня його тяжкості. Астенична симптоматика посилюється в періоди загострення соматичного захворювання і, навпаки, пом'якшується, а в ряді випадків навіть зникає при поліпшенні соматичного стану хворих.

Першими ознаками невротичних порушень у цих хворих, як правило, стають явища фізичної і психічної астенії, загальна слабкість, підвищена стомлюваність, відчуття знесилення, зниження працездатності й здатності до концентрації уваги, погіршення пам'яті, неуважність, постсомнічні порушення. Практично всі хворі відзначають наявність головного болю нервово-м'язового характеру, яку описують як відчуття тяжкості в голові, «шолом» тощо.

Поступово з'являються розлади емоційно-вольової сфери: хвороблива дратівливість, запальність, коливання настрою від похмуро-песимістичного до звичайного, рівного. Згодом в емоційній сфері превалювати починають негативні емоції, посилюється пригніченість, зниження настрою, формується відчуття туги, внутрішнього дискомфорту з елементами тривожності.

У той же час при вивченні психічного стану хворих звертають на себе увагу блідість, невиразність, розпливчастість психологічної симптоматики. Хворі в бесідах самотійно не акцентують на ній увагу, сприймаючи її як другорядне, хоча і неприємне «доповнення» до соматичного захворювання.

Преморбідні особливості особистості хворих виступають як облігатний чинник, який привносить у загальну клінічну картину характерні особистісні відтінки, однак і вони несуть на собі відбиток блідості, невиразності, парціальності.

Гострі невротичні розлади, які виникли у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм.

Невротичні розлади виникають у цих хворих на тлі соматичного захворювання, однак причинний зв'язок їх з соматичним захворюванням не простежується.

У той же час при опитуванні виявляються гострі або хронічні психотравми (найчастіше сімейно-побутового характеру або пов'язані з роботою хворих), які передували маніфестації невротичних розладів.

У більшості частини хворих цієї групи виявляється преморбідна акцентуація характеру.

За тривалістю і якісними характеристиками невротичні розлади у них відповідають клініці класичної неврастенії, дисоціативних (конверсійних) та obsесивно-компульсивних розладів.

Гострий початок невротичних розладів частіше зустрічається у хворих з конверсійними розладами, гострий і підгострий більш

характерний для хворих з обсесивно-компульсивними розладами, підгострий і затяжний – для неврастенії.

На відміну від хворих із соматогенним астенічним симптомом комплексом гострі невротичні розлади у соматичних хворих за своєю яскравістю, значущістю ніби витісняють прояви соматичного захворювання. Спроби привернути до них увагу хворих тільки висвітлюють невроз, бо навіть соматичні скарги у них мають невротичний відтінок: «... так, біль буває ... такий ниючий, неприємний ... не можу спати ... нервую ... переживаю ... стискуюся, як пружина ... відчуваю себе розбитою ... нещасливою ... світ не милий ... ».

Соматичне страждання як би змагається, розчиняється в неврозі, надаючи йому специфічний відтінок в інтерпретації актуальної психотравми.

Найбільш типовими симптомами неврастенії у соматичних хворих спочатку є відчуття нездужання, стомлюваності, млявості, загальної слабкості. Після полегшення незмінно знову наростають слабкість, розбитість, відчуття втоми, головний біль, знижується можливість концентрації уваги.

Поступово на тлі нейросоматичних проявів зростаючої астенії з'являється і прогресує емоційна лабільність. Все частіше наступають періоди меланхолійного, апатичного стану, байдужості до оточення, пригніченості. Зростає тривожність, очікування чогось поганого. У частини хворих з'являються фобії, формується іпохондрична інтерпретація свого соматичного стану, результатів параклінічних досліджень.

У соматичних хворих з дисоціативними (конверсійними) розладами невротична симптоматика безпосередньо пов'язана з гострими психотравмами, виникає гостро, раптово, відрізняється яскравістю, демонстративністю. Емоційні порушення часто спостерігаються в тісному поєднанні з рясними вегетосудинними, сенсомоторними і кінетичними розладами.

Жвава міміка, експресія, афективна насиченість надають своєрідний колорит депресивній симптоматиці, в яку вплітається тема «найважчого і небезпечного» соматичного захворювання.

Обсесивно-фобічні прояви також несуть на собі печатку чужості, демонстративності. Безпідставні страхи раку, близької смерті відрізняються нестійкістю, облігатністю і в той же час значною емоційною насиченістю. Характерними є образливість, підвищена сугестивність, хворобливе прагнення привернути до себе увагу, егоцентризм, на тлі яких своєрідно виявляються емоційні радикали астенії – нестабільність настрою, дратівливість, запальність, нестриманість.

У хворих з обсесивно-компульсивними розладами на тлі соматичного захворювання невротична симптоматика маніфестує

фобіями, як правило, відразу після гострої психотравми. У частині з них пізніше формуються також обсесії ідеомоторної або моторної сфер, але практично завжди в поєднанні з фобіями. Найчастіше це страх закритих приміщень, раку, операцій. Характерними особливостями емоційних порушень у соматичних хворих з обсесивно-компульсивними розладами є стійкість, конкретність, усвідомленість фобій, переважно астеничного характеру з тривожним і депресивним фоном, включенням в їх структуру соматичного захворювання.

Невротичні розлади із затяжним перебігом, на тлі яких розвинулося соматичне захворювання.

На відміну від хворих на гострі невротичні розлади в цій групі невротична симптоматика характеризується втратою парціальності, усвідомленням хворобливості стану, синдромологічним посиленням, втратою зв'язку з психотравмою, зростанням вегетативних і сомато-вісцеральних компонентів, появою астено-депресивних, астено-іпохондричних, обсесивно-фобічних, депресивно-фобічних психопатологічних синдромів, а в подальшому і формуванням психопатизації особистості хворих, проявами ригідності і дезадаптації.

Соматичне захворювання, яке розвивалося на тлі цих невротичних розладів, у таких хворих тісно переплітається з невротичною симптоматикою, призводить до погіршення їх психічного стану, посилення депресивного фону настрою, зростання явищ астенії. Характерний для цих хворих низький поріг больової чутливості підсилює депресивно-іпохондричні прояви і фіксацію. Звертає на себе увагу невідповідність ступеня тяжкості соматичного страждання, виразності емоційного сприйняття й інтерпретації його, переважання негативних емоцій.

Таким чином, клініко-психопатологічне і анамнестичне дослідження особливостей психічного статусу хворих на різні соматичні захворювання дозволяє констатувати:

1) клінічну неоднорідність непсихотичних розладів психіки, які відзначаються у соматичних хворих;

2) залежність їх від преморбідної акцентуації особистості хворих, давності й тяжкості соматичного захворювання, особливостей психотравмуючих чинників і співвідношення часу появи невротичних розладів і соматичного захворювання;

3) необхідність диференційованих підходів при побудові системи психотерапії соматичних хворих.

Якщо психосоматичні порушення ґрунтуються не тільки на актуальній конфліктній ситуації і у пацієнта є також хронічні проблеми і конфлікти, а також якщо для захворювання має істотне значення особистість пацієнта з її свідомими і несвідомими аспектами, то показано тривалу психотерапію.

Застосовувані форми психотерапії мають на меті подальший розвиток особистості шляхом усунення ранніх дитячих фіксацій і впливу на придбані протягом життя помилкові форми поведінки, які призвели до психосоматичного захворювання. Це досягається шляхом переведення конфлікту в свідомість за допомогою нових коригуючих емоційних реакцій і засвоєних форм поведінки в рамках терапевтичних відносин. Відповідно до характеру порушення мотивацією і працездатністю пацієнта і здібностями лікаря показані різні види психотерапевтичного лікування.

При визначенні показань до адекватної форми психотерапії для психосоматичних хворих слід керуватися принципом пацієнтоцентрованого плюралізму методів. Серед численних можливостей терапії застосовувати слід ті, що найбільше відповідають даній структурі особистості хворого, його захворюванню, але також і можливостям і здібностям терапевта. Для успіху психотерапії менш важливо, яка техніка буде використовуватися, вирішальним буде – чи зможе терапевт впоратися з проблемами, що виникають, чи ні.

Частина 2. КЛІНІЧНА ПСИХОСОМАТИКА

Глава 1. ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Емоційний стан людини визначає як видимі показники дихання – його частоту і глибину, так і фізіологічні функції легень – насичення крові киснем і підтримання кислотно-лужної рівноваги.

Просте збудження як елементарна і ще недиференційована форма таких станів, як страх, гнів, лютість і тощо, призводить до почастищення дихання. Збудження, що тривало зберігається та не знаходить розрядки (наприклад, сексуальне), може виявлятися гіпервентиляцією. Врівноважений, приємний настрій приводить до спокійного і гармонійного ритму вдиху і видиху, як це буває уві сні. У стані жаху, раптового потрясіння може настати короткочасна зупинка дихання. Зовні зміни характеру дихання можуть бути майже непомітними. Вдих може розтягуватися, затримуватися. Видих також може зменшуватися або затягуватися, доки не настане відчуття полегшення при зітханні.

Таким чином, дихання – це не тільки фізіологічна функція, яка здійснюється і регулюється потребами людини. Воно є фундаментальною властивістю стану власного «Я», це спосіб обміну і встановлення рівноваги між індивідуумом і середовищем. При відділенні від материнського організму новонароджений має перш за все дихати. Перший крик – це перший прояв самотійного життя.

Дихання є також засобом самовираження. Дихання відображає емоційні процеси і розкриває їх надійніше, ніж будь-яка інша вегетативно керована функція: печаль зменшує глибину дихання, в той час як радість

збільшує її; боязливі люди часто мають поверхнєве або нерівномірне дихання.

1.1. БРОНХІАЛЬНА АСТМА

Картина особистості

Бронхіальна астма (БА) є класичним прикладом багатофакторно зумовленої хвороби, при якій взаємодіють численні компоненти, в основному психосоматичні, інфекційні та алергійні. Емоційні чинники навряд чи самі по собі можуть створити достатні умови для розвитку хвороби, але у біологічно схильної до неї людини вони можуть надати чинності астматичному процесу.

Особистість хворих БА характеризується рядом специфічних особливостей.

Психологічна метафора бронхіальної астми – утруднення виживання, нездатність «дихати на повні груди» в цьому складному світі. Перешкоди виникають у беззахисної дитини, коли любові батьків недостатньо, а самотійне дихання – це єдина функція людини, яка виникає тільки після народження. Всі інші ознаки нашої життєздатності формуються ще в материнській утробі, де затишно і безпечно, а всі життєві потреби забезпечені автоматично.

Момент народження – це важка праця і сильний страх: «Що за світ там, зовні?». На щастя, там існують мама і тато, які здатні забезпечити ту саму безпеку і той же комфорт. Але якщо їх уваги і турботи не вистачає, то перша система, яка схильна до ризику збитися і втратити правильний ритм, – це дихання. Втім, буває й інша причина – турбота батьків така велика, що жоден вдих або видих просто неможливо зробити самотійно, весь час хтось допомагає їх зробити за тебе. Недолік турботи і її надлишок рівною мірою позбавляють здатності бути необмеженим, «дихати вільно».

Діти несвідомо шукають виходу, спрацьовує життєвий інстинкт, і більш важкі 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, як правило, коли треба виявити сміливість, відповідальність, незалежність або зуміти пережити печаль, самотність.

Спроби виявити «відповідальні» за виникнення БА психічні конфлікти привели до гіпотези про існування специфічного патогномонічного для захворювання «профілю особистості», який є відповідальним за його можливу маніфестацію. Основні характеристики такого «профілю особистості» у хворих на бронхіальну астму визначаються як схильність «придушувати депресію і агресію», «стримувати реакції на фруструючий вплив», «підвищена нервовість,

надмірна збудливість або млявість, підвищена виснажливість», «висока тривожність». Патогномонічний для пацієнтів БА «профіль особистості» асоціюється з проявами алекситимії – механістичним характером мислення, що виявляється в нездатності фантазувати, прагненні оперувати конкретними поняттями. У поведінці та рисах особистості хворих часто виявляються реакції із захистом емоційних, перш за все агресивних, спонукань, а також приховане бажання ніжності й близькості. За псевдобайдужою або навіть агресивною поведінкою може ховатися сильна потреба в любові та підтримці.

Загальноприйнятим вважається значення агресії. Агресія у астматиків не виявляється. Вона переживається як небезпечна, хворий не може її висловити, він не може «випустити свій гнів на повітря». Це виявляється в нападах задухи. Астматики дуже сильно переживають агресивність, але не виявляють її; вони недовірливі та підозрілі і тому не схильні до самопожертви. У астматиків часто виявляються реактивні утворення, які заміщують агресивні тенденції, і бажання близькості, часто виявляються розлади в сексуальній сфері.

У астматиків часто виявляється фізіологічно не обумовлена надчутливість до запахів. При цьому впадає в очі, що ця надчутливість відноситься перш за все до тих запахів, які якимось пов'язані з нечистотами і недбалістю, а також з неохайною поведінкою. Астматики з підвищеною сприйнятливістю запахів також вкрай залежні від суджень і думки оточуючих їх людей.

Між порушенням функції дихання у астматиків бачать зв'язок із порушеною здатністю хворих брати і віддавати, вираженою тенденцією до неповернення, утримання, збереження. У важких алергіків описаний конфлікт типу «володіти-віддати» і тенденція ідентифікувати себе в спілкуванні з іншими особами.

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 боязливість з істеричними і / або іпохондричними рисами. Від самих хворих їх страх залишається прихованим.

Концепції «нуклеарного конфлікту» і «специфічного ставлення», вказують на те, що коріння розвитку захисно-приспосувального значення симптому бронхоспазму полягає в особливостях ранніх відносин матері та хворої дитини. У нашій культурі такі відносини можна назвати «люблю і ненавиджу», коли при зближенні відносин мати відчуває роздратування і почуття провини за неї, а дитина – материнське обурення і відчуження. Це породжує у неї тривогу і страх, а відкрите вираження почуттів забороняється матір'ю («Не плач, перестань кричати») і пов'язане з побоюванням відштовхнути її. Блокування вербального каналу комунікації компенсаторно викликає розвиток тілесних комунікабельних зв'язків, до яких відноситься і 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 – способом збереження сімейного «гомеостазу». Фізіологічний сенс бронхоспазму в результаті збільшення рівня тривоги автори бачать в її захисному значенні. Так, бронхоспазм – це реакції захисту від загрозового агента, і таке ж значення, але вже із включенням більш високих рівнів реагування, несе в собі симптом тривоги.

Фізіологічний конфлікт при БА має своє продовження в психологічному конфлікті, в емоційному житті багатьох астматиків. Так само, як адекватне постачання киснем необхідне для нормального фізіологічного росту і розвитку, так і постійне і адекватне отримання любові необхідне для нормального росту і розвитку пацієнтів. Відомо, що материнське відкидання відіграє центральну роль у виникненні нервово-психічного механізму патогенезу БА. Встановлено, що в ряді випадків материнське відкидання передувало не тільки захворюванню дитини, але і її народженню. Причини відкидання є наслідком власної емоційної незрілості матері, невирішених проблем, що спостерігалися в її дитинстві. Астматики висловлюють і переживають більше негативних емоцій порівняно зі здоровими.

Розглядається особливий нервово-психічний варіант розвитку БА у дорослих, коли прояви захворювання виступають у ролі захисного механізму, який сформувався через різні внутрішньо- і міжособистісні конфлікти дитячого віку. Були виділені чотири варіанти нервово-психічного механізму патогенезу БА: неврастеноподібний, істероподібний, психастеноподібний і змішаний, або «шунтовий» (від англ. Shunt – переводити на запасну колію). Для кожного варіанта характерні свої внутрішньо- і міжособистісні невротичні конфлікти. Зовнішні прояви залежать від особистісних особливостей пацієнтів, варіантів поведінки, яка санкціонується в даному мікросоціальному середовищі і служить цілям адаптації пацієнтів.

У разі загострення неврастеничного 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 піти від необхідності слідувати створеному ідеалу власного Я. Вони повніше приймають себе такими, якими вони є, шляхом пом'якшення системи невротичних вимог до себе (фікція того, якими вони мають бути, замість прийняття того, якими вони є насправді) не через обмеження особистісних та інших ресурсів, а в зв'язку із захворюванням. Іншими словами, це хворі зі зниженою самооцінкою, непосильними, завищеними вимогами до себе і обтяжливим відчуттям своєї неспроможності, захистом від якої стає напад БА. Основним у клінічних проявах БА є поява астматичних симптомів у характерних для даного пацієнта

умовах. Причини появи такого нападу можуть бути зумовлені декомпенсацією психологічного захисту від емоційної напруги внаслідок «просочування» в свідомість травмуючої інформації, що вказує на неадекватне сприйняття образу «Я» хворого (переважання внутрішньоособистісних конфліктів) у разі неадекватної вимоги до себе пацієнтів з неврастеноподібним механізмом.

При істероподібному механізмі хворих відрізняє підвищений рівень домагань до значущих осіб мікросоціального оточення (сім'я, виробничий колектив, медперсонал) і спотворення образу «ми» в родині у випадках звичного маніпулювання особами значущого оточення, коли бажаного результату хворий досягає за допомогою нападу. Картина поведінки цих хворих відрізняється тенденцією перекладати відповідальність за себе і за те, що з ним відбувається в житті, на оточуючих, підвищеними вимогами до оточуючих і зниженими до себе, захисним маніпулюванням особами значущого оточення.

Пацієнти з психастеноподібним варіантом БА відрізняються підвищеною тривожністю, блокуванням емоцій, несформованістю власної ціннісної системи, залежністю від осіб значущого оточення і низькою спроможністю до самостійних рішень. Напад БА може з'явитися за необхідності прийняти відповідальне рішення через наростання тривоги. «Умовна приємність» нападу полягає в тому, що він позбавляє пацієнтів від 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 розрядження непродуктивної невротичної конфронтації членів сім'ї і для отримання уваги і турботи під час нападу інфантильним і залежним астматиком. Таким чином, він містить у собі риси і істероподібного механізму (маніпулювання оточенням і перекладання відповідальності на значущих інших), і психастеноподібного (тривожність, залежність, складність словесного вираження свого емоційного стану і різке збільшення рівня тривоги за необхідності прийняття рішень).

Отже, можна виділити особистісні риси, що призводять до розвитку і фіксації дихальних порушень за нервово-психічним механізмом. Це низький рівень фрустраційної толерантності (недостатня стійкість до стресів), інфантилізм, схильність до блокування емоційних переживань, незрілість психологічного захисту, неадекватне уявлення про себе, збільшення комунікативної значущості «мови тіла» (соматичні відповіді), низький рівень усвідомлення – зауваження актуально пережитих емоцій, бажань, потреб – внаслідок порушення здатності до словесного вираження почуттів. Особистісні особливості й невротичні порушення, а також неадекватні особистісні реакції на захворювання (тривожно-депресивні, фобічні, анозогностичні, псевдоанозогностичні, істеричні, іпохондричні) зумовлюють деструктивні форми поведінки хворих, які

потім трансформуються в поведінкові стереотипи, що полегшують розвиток астматичних симптомів за нервово-психічним механізмом.

Характерними ситуаціями, які сприяють захворюванню, є такі, що потребують висловлювань ворожо-агресивних, чи навпаки – ніжних і відданих почуттів. Сильні й часто амбівалентні переживання презирства і ніжності лежать в основі захисту і витіснення.

1.2. СИНДРОМ ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЇ

Картина особистості

Хворі, як правило, відрізняються анкіозно-депресивним основним фоном характеру з іпохондричними і фобічними рисами. Свій латентний страх вони часто приховують за вираженою фасадною поведінкою. Вони надзвичайно милі, адаптивні пацієнти з високим почуттям обов'язку. Їх власні домагання вони зазвичай відсувають на задній план.

У поведінковому вираженні своїх емоцій хворі сильно обмежені. Особливо вони нездатні переживати і відреагувати на агресивні спонукання. Хворі описують себе як людей, які мають «все в собі пережувати» або «занадто багато сьорбнути». Тенденції покірно сприймати образи і нездатність постояти за себе нерідко сприймаються як скрутність.

Хворі схильні до залежних відносин із домінуючим партнером. Вони відтворюють при цьому засвоєний в дитинстві шаблон поведінки. Переважно хворі походять із сімей, в яких дбайливі, але емоційно фрустровані батьки використовують нормативне виховання, нехтуючи особливостями дитини. При цьому характерним є сильніший емоційний зв'язок із більш слабким членом родини.

Таким чином, набувається досвід, що найбезпечніше жити з набагато більш сильним партнером, навіть якщо ціною цієї безпеки стає постійне придушення власних вимог. Навіть якщо поведінка партнера стає образливою або фруструючою, кожен протест слід стримувати, адже бунт все одно не має сенсу. Біографія цих хворих показує, що вони знову і знову спрямовують себе в такі відносини безпорадної залежності, одночасно переживаючи безсилий страх при загрозі втрати таких значущих осіб оточення, ставлення до яких зберігається амбівалентним.

Конфліктна ситуація, що провокує напад, містить елементи реальної чи уявної фрустрації або образи, з одного боку, страх втрати залежних відносин, що створюють безпеку, з іншого. Нерідко напад слідує за ситуаціями, які потребують від хворого спрямованої назовні, агресивної активності, яку він не в змозі продукувати внаслідок загального почуття безпорадності й безсилля або зі страху втрати значущої особи.

Глава 2. СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Захворювання серця і судин в економічно розвинених країнах є найчастішою причиною смерті. В останні роки кардіологи все більшого значення надають психосоціальним чинникам ризику та їх зв'язку з соматичними чинниками. Спосіб життя, установки особистості й положення людини в її професійному та сімейному оточенні важливі для кровообігу та його фізіологічної регуляції. З давнини відомі такі соматичні чинники ризику, як неправильне харчування, ожиріння, куріння і зловживання алкоголем, в яких відображаються особливості особистості.

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

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

Серце і судини беруть участь у всіх формах життєдіяльності, хоча в нормі людина цього не усвідомлює. При фізичних і психічних навантаженнях робота серця починає сприйматися у вигляді посиленого серцебиття або тахікардії. На відміну від моторики або дихання діяльність серця і судин виключена з безпосереднього людського сприйняття. І тільки при певних пограничних станах і порушеннях серце сприймається усвідомлено. Навіть у випадках важких порушень, наприклад при вроджених вадах серця, серцеві феномени суб'єктивно сприймаються лише на пізніх стадіях декомпенсації. Однак і в цих випадках виникає своєрідна невизначеність: «серце хоча і моє, але воно якесь невизначене і не піддається управлінню, як, наприклад, кінцівка». Це почуття невизначеності вже містить у собі зародок страху. На цьому ґрунтується припущення про можливість фобічного розвитку особистості.

Психічна сфера так само визначає функцію серця і судин, як і соматична. Активність і спокій, сон або безсоння, душевна жвавість і збудження, виражені зовні або пригнічені почуття пов'язані з різними станами системи кровообігу. Зв'язок діяльності серця з емоціями відображений в безлічі ідіом і приказок.

Незважаючи на те, що зміни роботи серця рівною мірою виявляються і при позитивних, і при негативних почуттях, патологічні порушення в серцево-судинній системі пов'язані зі страхом, гнівом, люттю, 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 і в області голови. Викид адреналіну, що відбувається при цьому, викликає звуження судин,

почастішання пульсу і посилення скорочення міокарда, що, в свою чергу, призводить до стану занепокоєння і страху.

Якщо через зовнішні затримки або внутрішнє гальмування вже підготовлена активізація кровообігу не реалізується, в 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 напруги в системі кровообігу.

Серце зазвичай пов'язують з любов'ю. Виникає запитання: чому розрив відносин, втрата близької людини нерідко призводять до серцевих захворювань?

Деякі кардіологи припускають, що іноді серце перетворюється на символ близької людини і на нього переносяться всі ті почуття, які з якихось причин не можуть бути виражені відкрито. 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.

2.1. ЕСЕНЦІАЛЬНА ГІПЕРТОНІЯ

Картина особистості

Оскільки в більшості випадків чітко датувати початок захворювання не можна, важко говорити і про ситуації, що її викликають. Однак як причинні ситуації описані певні внутрішні конфлікти. Артеріальна гіпертонія часто починається тоді, коли людина перебуває в ситуації хронічного напруженого очікування. 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 наростаюче напруження. Крім того, описуються ситуації, в яких є можливість розрядки ворожості й агресивності, але цього не відбувається в силу гальмування або педантичності.

Численні експерименти як з тваринами, так і з людьми показали, що при страху, гніві і озлобленості підвищується тиск і що хронічне емоційне перенапруження може призводити до стійкої гіпертонії. Загальноприйнятою є думка, що у гіпертоніків існує пов'язана зі страхом хронічно пригнічена агресія.

Для хворих на гіпертонію описують типову невротичну особистісну структуру з переважанням нав'язливих станів, у результаті чого виникають внутрішні та зовнішні конфлікти, що ускладнює емоційну розрядку.

Той факт, що есенціальна гіпертонія часто зустрічається у членів однієї сім'ї, може інтерпретуватися в сенсі «психологічного наслідування». Експериментальні дослідження показують, що хворі на

гіпертонію схильні до підвищення тиску навіть у тих ситуаціях, які у нормотоніків не викликають ніяких змін тиску.

Центральним пунктом психодинаміки пацієнта з есенціальною гіпертонією є постійна боротьба з наростаючим ворожо-агресивним почуттям. У той же час існують труднощі самоствердження. Пацієнти бояться втратити прихильність інших людей і тому контролюють прояви своєї ворожості. У дитинстві вони зазвичай схильні до нападів люті й агресії. Доросла людина стає підкреслено поступливою, не може за себе постояти. Розуміння можливості втратити через свою агресивність добре ставлення рідних і близьких змушує дитину контролювати свою ворожість і приховувати її. Хворі на артеріальну гіпертонію постійно виявляють дратівливість, якщо стикаються з непереборним опором. Їх життя нав'язує їм роль «тяглового коня». Вони застрягають на багато років на одній роботі і рідко змінюють роботу, навіть якщо їм недоплачують. Якщо вони домагаються начальницького положення, їм важко стати авторитетом для інших. Вони виконують роботу за інших замість того, щоб налагодити дисципліну. Так розвивається порочне коло, яке призводить до хронічного стану напруги. Характерна ситуація, що провокує захворювання, являє собою життєві конфлікти, які мобілізують ворожість і прагнення до самоствердження і одночасно створюють неможливість їх вільного вираження. Крім того, порівняно з нормотоніками у них змінено сприйняття конфлікту і стресу. Наприклад, люті диспетчери піддаються загрозі підвищення тиску не тільки тоді, коли ідентифікують себе зі своєю професією і є адаптивними і ввічливими з товаришами по службі, але й 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 клінічне єдине явище, виходячи з системного бачення симптомів.

Структура особистості члена сім'ї – наприклад, конфліктно-агресивний імпульс гіпертоніка – зачіпає взаємодію сім'ї в цілому («сімейне накопичення» есенціальної гіпертонії). У кожній родині між батьками і дітьми формуються правила, за якими регулюються конфлікти; в сім'ях з батьком-гіпертоніком діти мають менш ефективні можливості для перенесення і вирішення конфліктів, про що свідчить переважання в цих сім'ях негативно-невербальної комунікації (наприклад, не давати відповідь, відвертати голову, уникати контакту поглядами). Різноманітні дослідження вказують на те, що обмежене сприйняття конфлікту і стресу й уникнення конфлікту корелює з появою підвищеного тиску крові, тобто це типи поведінки, які діти в процесі соціалізації в сім'ї набувають від гіпертоніка-батька.

Єдиної особистісної структури для всіх хворих на артеріальну гіпертонію не встановлено. Втім, при великому поширенні і різноманітності форм хвороби цього і не слід очікувати.

І все ж серед психосоматично обстежених попередньо відібраних пацієнтів постійно повторюються певні особистісні риси. Гіпертоніки описуються як люди працьовиті, віддані, товариські, з великим почуттям відповідальності. У зв'язку з цим у них виникають внутрішні та зовнішні конфлікти, від яких вони не можуть емоційно відсторонитися. У своїй специфічній установці на скромність вони відмовляються від своїх потреб на користь інших, бажаючи отримати від них схвалення і не провокувати агресію або неприязнь. Саме ці ознаки, що описані незалежно одна від одної різними дослідниками як готовність допомогти, сором'язливість, хронічно пригнічена агресивність, і складають маніфестні властивості особистості, які мають велике значення для формування характерних реакцій придушення потреб, які сприймають як небезпечні. Маніфестні особливості сприйняття навколишнього і поведінки у багатьох гіпертоніків є формою захисту від власних агресивних спонукань.

У більшості пацієнтів з есенціальною гіпертонією зазвичай немає належного усвідомлення своєї хвороби. З психоаналітичних позицій зовні неправильну невротичну поведінку такі пацієнти ідеологічно виправдовують прагненням до активності та допомоги людям. Але і при цій несприятливій вихідній ситуації в окремих випадках можна домогтися змін, якщо завдяки дозріванню особистості усувається її одностороння спрямованість і людина в цілому починає орієнтуватися в житті по-новому.

Маніфестні риси особистості хворого з артеріальною гіпертонією, її працьовитість і впорядкована поведінка, контактність, акуратність і сумлінність імпонують, роблять її, здавалося би, приємним, поступливим пацієнтом. Однак слід пам'ятати, що гіпертонік у більшості випадків не вербалізує свою агресивність, честолюбство і прагнення до суперництва, які часто залишаються латентними. Це можна відчути, якщо намагатися тривало впливати на спосіб життя хворого. Його мала податливість при необхідній тривалій терапевтичній програмі, в процесі якої пацієнт зазвичай не може реалізувати свої потреби і навіть не може висловити свої судження і ставлення, що суперечать терапевтичній програмі, часто ускладнює відносини психотерапевта і хворого. У трудових і сімейних кризових ситуаціях, і перш за все при латентних конфліктах у відносинах з психотерапевтом, хворі є уразливими, але не можуть словесно висловити свою агресивність. Вони просто йдуть від лікування, або не з'являються до призначеного терміну. Це, здавалося б, невмотивоване переривання лікування призводить до розвитку у них почуття провини і його проекції. Для контрпереносу психотерапевта важливо, щоб він знав про опозиційні тенденції свого пацієнта і викликав

його на розмову, допомагаючи йому впоратися з почуттям провини або з напругою під час лікування. Доброзичливе ставлення, при якому терапевт і сам не відчуває себе ущемленим, і не робить непотрібних докорів, визначає можливість продовження терапії.

Для взаємин психотерапевта і хворого важливо вчасно помітити, що пацієнт схильний придушувати власні критичні потреби і виявляти їх лише побічно, наприклад, у формі невмотивованого переривання лікування.

2.2. ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ. ІНФАРКТ МІОКАРДА

Картина особистості

Психічні чинники в цілому діють тільки спільно з відомими соматичними чинниками ризику (гіперхолістеринемія, артеріальна гіпертензія, паління, цукровий діабет, надмірна маса тіла). Визначено три основні варіанти таких зв'язків:

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

- Психосоматичні впливи є істотними для виникнення артеріальної гіпертонії; одночасно вони впливають на обмін жирів і викликають як загальний атеросклероз, так і атеросклероз коронарних судин.

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

Коронарні хворі надають малого значення провісникам інфаркту міокарда. На противагу хворим із вегетативною дистонією і кардіофобічним неврозом ці хворі витісняють свої неприємні відчуття і схильні вважати їх дрібницями. Коронарні хворі відрізняються толерантністю до симптомів своєї хвороби і навіть байдужістю до них. Можливість загрози самому життю внаслідок болю відкидається і витісняється, нарцисична образа зникає лише перед самою катастрофою.

До коронарних захворювань призводять певні типи поведінки.

Roseman, Friedman (1959) вперше описали поведінку, що загрожує інфарктом, як поведінку типу А, яким ця група хворих на основі своїх особистісних характеристик реагує на різні ситуативні вимоги. Вони протиставили цьому поведінку типу Б, яка займає протилежний полюс на шкалі поведінки.

Тип А був розділений на три підкласи. У перший входять люди замкнуті, загальмовані, стримані в міміці й жестах. Вони рідко виходять із себе, але, 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 і сміються. Вони часто зриваються, сердяться, починають лаятися, але тут же забувають причину своєї злості.

Традиційно вважалося, що вороже налаштовані люди частіше хворіють на ішемічну хворобу серця (ІХС). Ще на початку ХХ століття психоаналітики визначали гнів, ворожість і пов'язані з цим інтрапсихічні конфлікти як потенційні причини гіпертонії і патології, яка визначається зараз як ІХС. Нарешті, спроби виявити ключові елементи всередині так званого типу А привели до необхідності розгляду ворожості як його основного елемента.

Багато досліджень було проведено в 70 – 80-х роках. Їх результати варіюють залежно від дослідницьких моделей і методів. Так, були отримані дані, що підтверджують зв'язок ворожості з вагою ІХС. Виражене прагнення до соціального успіху у осіб, яким загрожує інфаркт міокарда, виникає з невротичної аномалії розвитку і в цьому випадку служить компенсацією. 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 в поєднанні з 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 для потенційного хворого інфарктом особливо велику загрозу, оскільки у пацієнта часто одночасно є нарцисичне порушення.

Нарцисичні 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 відчуття благополуччя, що позначається також як «лабільне самосприйняття» і має чітке депресивне забарвлення. Це лабільне самосприйняття в прихованому або явному вигляді виявляється у тих потенційних хворих на інфаркт, які характеризуються описаними психодинамічними процесами.

Є два чинники, які визначають ризик інфаркту: з одного боку, атеросклероз, з іншого – стрес. На посилення цих чинників впливають також спосіб життя пацієнта, пов'язаний з харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стани страху, напруги, які, в свою чергу, можуть мати наслідком поведінку підвищеного ризику. Мова тут ніколи не йде про об'єктивно значущі чинники, а лише про їх суб'єктивне переживання хворим.

Описано особистісний профіль коронарних захворювань з позицій глибинно-психологічно обґрунтованої казуїстики: завзяте бажання працювати, прагнення досягти вершин у своїй професії, значущого соціального становища, готовність пристосовуватися до соціальних норм зі схильністю до перенапруження. До чинників ризику відносяться напружений життєвий ритм, прагнення до успіху і соціальної значущості, неспокійно-напружена діяльність.

Поспіх, нетерпіння, занепокоєння, постійно напружена лицьова мускулатура, почуття цейтноту і відповідальності характерні для майбутніх хворих на інфаркт. Ідентифікація хворих зі своєю професією настільки сильна, що ні для чого іншого часу у них не залишається. Вони просто одержимі манією роботи. Це пояснюється тим, що хворі краще відчувають в орієнтованому на соціальний успіх світі професії, ніж в особистому, сімейному світі, чия міжособистісна близькість вони не можуть переносити.

Частою причиною перенапруги є недостатня для виконуваної діяльності кваліфікація, так що ризик інфаркту у новачка вище, ніж у досвідченого працівника. Конфлікти, пов'язані з перевантаженням, вони намагаються вирішити так само, як всі конфлікти: закликами до себе самим більше поспішати, бути сильними і досконалими. Страх кінцем зазнати невдачу їм малодоступний і ретельно приховується за фасадом позірної компетентності. Хворі на ІХС не можуть бути порівняні з типовими невротиками у вузькому сенсі цього слова. У них немає загальмованості, емоційної лабільності, невпевненості в собі; навряд чи можна пробудити у них усвідомлення конфліктів із подальшим їх переживанням і відповідною поведінкою. Разом із тим у таких хворих психічна врівноваженість все ж не зберігається. Вони більше за інших слідують принципам сучасного індустріального суспільства, в якому переважають активна діяльність, конкуренція, суперництво. У багатьох із них відзначаються цілеспрямованість у роботі, тенденція до активності, безумовне прагнення керувати і домінувати, бути у всіх на виду, не залишатися в тіні. Можливо, що ця екстраверсія є характерним невротичним захистом від схованого глибше орального бажання залежності, а активність – у прагненні допомагати людям, як це буває у гіпертоніків, видозмінена і захисна форма бажання «орально» забезпечити і задовольнити себе. Вони не здатні пасивно і довірливо «пропонувати» себе оточуючим людям, вони мають своєю активною діяльністю доводити свою перевагу і свою цінність. Часто внаслідок ідентифікації себе зі світом батька вони приходять до суворого «супер-Я», яке примушує їх до діяльності і пристосування. Їхнє ставлення до об'єктивного світу характеризується прагненням до домінування і захистом свого бажання самопожертви, захопленості.

Розвиток ІХС характеризується з психосоматичних позицій як послідовне чергування певних стадій – синдромів гіперактивності, надкомпенсації і краху.

Синдром гіперактивності. У визначенні профілю схильної до коронарних захворювань особистості честолюбство і працьовитість розглядаються як константа незалежно від відмінності поглядів різних психосоматичних наукових шкіл. «Цілеспрямована і старанна особистість», «марнославно чутлива людина з ананкастними рисами і сильним прагненням до визнання і престижу», людина з «вираженими ознаками нав'язливої ригідності» – у всіх цих характеристиках поєднуються риси поведінки, які визначаються спеціальними психологічними дослідженнями як інтенсивні тривалі потреби в успіху, честолюбно-конкуруюча поведінка, постійне бажання визнання. Вважається, що ці люди в психофізіологічному плані характеризуються симпатико-тонічною регуляторною домінантою. Їм достатньо невеликого зовнішнього подразника, щоб досягти оптимального рівня стимуляції. В експериментах з дефіцитом часу вдалося встановити, що у людей з поведінкою типу А з'являються більш виражені почастишання пульсу і підвищення систолічного артеріального тиску, ніж у осіб з поведінкою типу В.

Поведінка людей реалізується не в безповітряному просторі, а в сфері міжособистісних відносин. Первинно честолюбна і працьовита особистість виявляє експансію і злість як домінуючий стиль поведінки. Важкі ситуації переживаються такими людьми як випробування їх здатності до вирішення проблем. Крім того, вони розглядають своє оточення як неповноцінне і таке, що перешкоджає нормальному ходу роботи. У них переважає почуття гнєвливої дратівливості. Легко можна уявити, що люди з таким надлишком потреби в суперництві, ворожості, агресивності, відчуттям нестачі часу і нетерплячості можуть очікувати від оточуючих реакцій протистояння. Так складається виражена агресивна, егоїстична поведінка.

Синдром суперкомпенсації. У ризикованій кар'єрі синдром суперкомпенсації досягається таким чином: постійний зовнішній тиск, який провокується відповідною поведінкою, призводить до хронічного перенапруження. Збереження стабільності поведінки потребує стратегії постійного наростання витрат. Можливим виходом із положення є збільшення тривалості роботи (понаднормові години), що розцінюється як об'єктивний показник перевантаження і підтверджується численними спостереженнями як індикатор такої стратегії наростання витрат. Виникає синдром порушення нічного сну, який також оцінюється як чутливий показник якості зміни співвідношення між суб'єктивним самопочуттям і об'єктивно існуючими формами перевантаження.

Синдром краху. Якщо синдром суперкомпенсації характеризується як перманентна вимушена необхідність у реактивному

посиленні пристосування, наслідком якої є хронічна небезпека перевищення пристосувальних можливостей, то синдром краху означає не стільки гострий клінічний стан, скільки характерні, часто позитивні наслідки «надлому життєвої лінії», які можуть призводити до страждання схильної до цього особистості. Агресивна, егоїстична поведінка триває, але вона стає тільки фасадом: така людина виявляє свій стереотип гіперактивного агресора, але за ним ховається механізм невдалого і неповного когнітивного перероблення важких життєвих подій. Пацієнт із групи ризику реагує на перевищення здібностей пристосування механізмами захисної компенсації, втрачає внутрішньопсихічний механізм контролю над викликаними стресом функціональними процесами, демонструє емоційну стриманість і соціальну пристосованість. Однак його емоційний стан перед розвитком інфаркту міокарда визначається як виснаження і депресія.

Депресія також є загальновизначеним чинником ризику розвитку ІХС та інфаркту. Серед хворих на інфаркт міокарда у пацієнтів з важкими депресивними станами артеріальна гіпертонія зустрічається вдвічі частіше, ніж у загальній групі хворих. Такі люди, довгий час спрямовують гіперактивність і ворожість назовні, та кінець кінцем звертають їх проти самих себе.

2.3. КАРДІОФОБІЧНИЙ НЕВРОЗ

Картина особистості

Конфлікт, який з великою постійністю виявляється при кардіофобічному неврозі, – це конфлікт розриву у високоамбівалентної особистості, яка виявляє, з одного боку, здатність до самозахисту, а з іншого – обмеженість своїх можливостей і гнітючу залежність. Конфлікт у вигляді розриву чітко пов'язаний з провокуючою його ситуацією (смерть близьких, від'їзд, хвороба) – з усім, що загрожує самотністю в уяві хворого. Існує також зв'язок з депресивним типом реагування особистості з сильною амбівалентною установкою, причому в фантазіях постійно фігурує агресивне бажання смерті і одночасно очікування чудесного порятунку.

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 із матір'ю та батьком. Так само важко може сприйматися смерть оточуючих, яку пацієнти переживають так, як якщо б це була їх власна смерть.

Що стосується психодинамічних умов, то в першу чергу слід виділити фіксацію і симбіотичні відносини з матір'ю, перш за все у молодих чоловіків. Серед хворих з кардіофобією багато єдиних у сім'ї дітей, які часто ростуть без батька. Тут також багато молодших синів, які

дуже прив'язані до матері. Ситуація єдиної дитини, сина, який мав мало можливостей зав'язати стосунки поза сім'єю і був змушений тривалий час обмежуватися контактами з однією людиною, відіграє важливу роль у подальшій несаможиттєвості й труднощах при розлучі. Фрейд вперше констатував, що це не стільки відкидання само по собі, скільки загальна зниженість, яка робить пізніше людину нездатною відмовитися від любові або хоча б тимчасово задовольнятися меншим. Надмірна рання прихильність призводить до неврозу. Загальні нейропсихологічні дані вказують і на те, що кожне звикання – це одночасно і відмова, бо воно слабо готує людину до природних труднощів життя. Особливо несприятливо діє прихильність або чергування звикання і різкого переривання його.

Що стосується особистості, то, як і при інших психосоматичних захворюваннях, є два протилежних типи особистості (поведінки): тип А, який демонструє безпосередньо симбіотичну залежність, і тип Б, який не терпить цих принизливих ситуацій і поводить себе підкреслено незалежно, виявляючи демонстративні псевдонезалежні реакції в своїх свідомих і несвідомих вчинках.

У переважної більшості хворих можна спостерігати звичайну залежність, наростаюче скорочення життєвих зв'язків, характерну для фобій позицію відходу від труднощів. Деякі припиняють працювати, не в змозі жити самотньо, без підтримки психотерапевта і близьких. Вони уникають сексуальних контактів, занять спортом і кінець кінцем будь-яких фізичних зусиль, які пов'язані з почастішанням серцебиття. Багато хворих повністю фіксовані на спостереженнях за своєю серцевою діяльністю, читають всю доступну щодо цього літературу, ходять від психотерапевта до психотерапевта, поширюють свої самоспостереження на інші частини тіла. Вважається, що іпохондрик завжди знайде причину вивчати себе, і навіть здорова людина має достатньо матеріалу для іпохондричного перероблення відчуттів у своєму організмі. Але саме при кардіоневротичному страху велику роль відіграє психофізіологічне порочне коло: внаслідок страху або тривоги відбувається викид адреналіну, це призводить до тахікардії і підвищеної збудливості з підвищенням артеріального тиску, зменшується корисний ефект роботи серця, настає гіпоксія, яка, в свою чергу, викликає страх і тривожне занепокоєння з проекцією на серце. Збільшення частоти серцевих скорочень знову викликає страх.

Тип простої залежності, як і тип надмірного захисту і заперечення, можна виявити за допомогою психологічних тестів. Це описано як типи А і В у профілях MMPI. Різниця між типами виявляється в шкалі D цього тесту як вираження депресивних симптомів, дуже характерних для типу А, тоді як у типу В вони залишаються прихованими за рахунок гіперкомпенсації.

Для пацієнтів із гіперкомпенсацією і вираженим захистом характерні спроби подолати свою слабкість активністю і фізичними зусиллями. Вони не терплять, коли медикаментозне або інше лікування, спрямоване на розслаблення і пасивність, викликає у них «слабкість», що має значення при виборі стратегії лікування.

Подія, якої найбільше боїться хворий з кардіофобічним неврозом, – це інфаркт міокарда, який у таких хворих розвивається не частіше, ніж серед населення в цілому.

Прогноз у нелікованих хворих як щодо симптоматики, так і в плані життєвого розвитку є несприятливим. Відзначається схильність до хронізації, розширення симптоматики, більшість хворих виявляються в менш сприятливій соціальній ситуації. Часто пацієнти з кардіофобічним неврозом хворіють десятиліттями і повністю занурені в свої іпохондричні переживання. Але зустрічаються і більш сприятливі форми перебігу, коли напади страху поновлюються тільки в найбільш несприятливих ситуаціях.

2.4. ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Картина особистості

Найчастіше напади бувають спровоковані ситуаційними чинниками і конфліктами. У 25% пацієнтів зі здоровим серцем відзначається тісний зв'язок між появою нападу і життєвими колізіями. Напади часто виникають у періоди внутрішньої напруги і при кумуляції емоцій. Соматичне збудження і посилення серцебиття, занепокоєння, порушення ритму посідають місце конфлікту самовідданості і можуть тлумачитися як фрагменти пригніченої психофізичної реакції.

В особистісному плані частіше зустрічаються пацієнти, схильні контролювати свої почуття, придушувати їх, розглядати їх прояв як слабкість: «Я не показую, що зі мною діється».

Пацієнти схильні до того, щоб наполегливо захищати свій емоційний світ. У той же час вони уникають протистояння, боротьби, суперечок і схильні до раціоналізування. Провокуючими напад ситуаціями для них є ситуації спокуси, які близькі до «емоційної самовіддачі» або до прихованої агресії, яка при загрозливій катастрофі захисту розряджається у вигляді нападу.

Глава 3. ПСИХОСОМАТИКА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Стиль харчування є відображенням емоційних потреб і душевного стану людини. На початку нашого існування прийом їжі – основна життєва функція. Задоволення голоду викликає відчуття захищеності й гарного самопочуття. Під час годування дитина відчуває втіху тілесного благополуччя. Шкірний контакт з теплим, м'яким материнським тілом при

харчуванні дарує немовляті відчуття, що його люблять. Крім цього, він губами і ротом відчуває смоктання материнських грудей як щось приємне. Смоктанням великого пальця руки дитина намагається пізніше повторити цей приємний досвід. Таким чином, у переживанні немовляти залишаються нероздільними почуття ситості, захищеності й любові.

Існує небезпека, що у немовлят залишаються порушення розвитку, якщо вони занадто рано незрозумілим для них чином фруструються в їх вітальних потребах. Якщо така дитина врешті-решт отримує харчування, вона часто ковтає поспішно, не відчуваючи насичення. Цей тип поведінки є відповіддю немовляти на незахищені, порушені відносини з матір'ю. Передбачається, що таким чином закладається основа для пізнішого розвитку тенденцій до захоплення, заздрості й ревності.

Ще більш вирішальною, ніж метод годування, є установка матері до своєї дитини. Якщо мати не звертається з любов'ю до дитини, якщо вона при годуванні в думках далека від неї або поспішає, це може мати наслідком розвиток у дитини агресивності відносно неї. Ці агресивні спонукання дитина часто не може ні відреагувати, ні подолати, вона може їх лише витіснити. Це призводить до амбівалентної установки відносно матері. Взаємно протилежним рухом почуттів обумовлюють різні вегетативні реакції. З одного боку, організм готовий для прийому їжі. Якщо ж дитина несвідомо відкидає мати, це призводить до зворотної нервової реакції, до спазмів, блювоти. Це може бути першим психосоматичним проявом більш пізнього невротичного розвитку.

Таким чином, прийом їжі знаходиться не тільки в тісному зв'язку з потребою в любові та турботі, він є також комунікативним процесом. Це знаходить своє вираження вже в тому, що прийом їжі передбачає регулярну роботу інших людей. Більшість людей вважає за краще їсти в компанії. Психотерапевт має враховувати це, коли він вимагає від хворого пожертвувати певною частиною своїх гастрономічних звичок: вони відносяться, як складова частина його життя, до його радощів, можливо, до небагатьох радощів. Той, хто має обмежувати себе в їжі або дотримуватися певної дієти, часто відчуває себе неповноцінною людиною, відлученою від повної життя. Тому необхідно вирішувати питання інформування хворих, чому ми маємо вимагати від них подібної жертви. Найкраще викликати у хворого насагу до досягнення цієї мети. Поради мають бути точними і ясними. Найкраще давати вказівки в письмовому вигляді і не в стандартній формі, а з прізвищем пацієнта і складеними спеціально для нього зауваженнями.

Рекомендується завжди розпитувати хворих, що приходять на прийом зі скаргами на порушення харчування або захворювання шлунково-кишкового тракту, про їх харчові звички. Вони можуть дати цінну інформацію про те, чому в животі відчувається тяжкість, пропав апетит або мучить пекучий голод.

Клінічне порушення сприйняття свого тіла супроводжується явно вираженою депресивною симптоматикою або соціальною фобією. На тлі клінічного порушення сприйняття свого тіла розвиваються важкі психосоматичні порушення харчування, такі, як булімія і нервова анорексія.

Задоволеність своїм тілом залежить насамперед від стабільного почуття впевненості в собі. Хто добре відчуває своє тіло, налаштований оптимістично, впевнений в собі, той не стане легкою здобиччю реклами і того стандартного образу, який диктується усталеними в суспільстві нормами і приписами. Такі люди знають, що їх внутрішнє самопочуття залежить не тільки від того, як вони виглядають зовні.

3.1. ОЖИРІННЯ

Картина особистості

Ожиріння може бути викликано батьками, коли вони систематично на будь-який зовнішній вираз дитиною потреби відповідають пропозицією їжі і ставлять своє виявлення любові до дитини в залежність від того, чи їсть вона. Ці структури відносин ведуть до нестачі сили Я, в результаті чого фрустрації не можуть переноситися і опрацьовуватися і мають лише стиратися шляхом «підкріплення». У хворих з ожирінням часто спостерігається дуже тісна прихильність до матері, домінування матері в сім'ї, в якій батько відіграє лише підлеглу роль. Мати своєю надмірною турботою затримує руховий розвиток і готовність до соціального контакту і фіксує дитину в пасивно-рецептивній позиції.

Психодинамічний напрямок пояснює підвищене надходження калорій як захист від негативних, особливо від депресивно забарвлених емоцій і страху.

Якийсь єдиний тип хворих описати не вдається. У хворих виявляються риси внутрішньої неврівноваженості, апатично-похмурого відчаю і ознаки втечі в самотність. Процес їжі зрушує – хоча і тимчасово – негативні емоції у вільну від депресії фазу.

Хворі відчувають себе недосконалыми, вразливими, неспроможними. Гіперфагія, зниження активності і, як результат цього, надмірна вага дають пацієнту захист від глибокого почуття недостатності: ставши потужним і значним, хворий на ожиріння відчуває себе більш сильним і захищеним. В окремих випадках є чіткий тимчасовий зв'язок появи і посилення тяги до їжі з якоюсь фрустрацією.

Завдяки регресивному прирівнюванню значень любові і харчування людина з надмірною вагою втішає себе їжею за відсутність любові до себе.

Клініко-катамнестичний метод дозволив виявити значну частоту стресів в особистих і сімейних відносинах, сфера міжособистісної

взаємодії вбачається найбільш проблемною для хворих з ожирінням. Вони виявляють підвищену чутливість щодо міжособистісних конфліктів.

У хворих з ожирінням виявлено помітне підвищення стійкої особистісної тривожності, яка розглядається як базальна психічна властивість, що призводить до підвищеної сенситивності до стресових впливів. Ситуативна (реактивна) тривога досягає за ступенем вираженості невротичного рівня.

Відмітною особливістю психологічного захисту у таких хворих є переважання механізму за типом реактивних утворень (гіперкомпенсації). Змістовна характеристика цього варіанта психологічного захисту передбачає, що особистість запобігає усвідомленню неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів, вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Відбувається ніби трансформація внутрішніх імпульсів в їх суб'єктивну протилежність. Для хворих також є типовими незрілі механізми психологічного захисту, один з яких пов'язаний з агресією, перенесенням на оточуючих власних негативних уявлень (проекція), а інший – з переходом до інфантильних форм реагування, обмеження можливостей альтернативної поведінки (регресія).

Слід виходити з того, що чинники, які призводять до ожиріння у однієї людини, не обов'язково діють на іншу. У психологічному відношенні також виявляються різні констеляції. Частіше за інших називають такі причини ожиріння:

- Фрустрація при втраті об'єкта любові. Наприклад, до ожиріння можуть призводити, частіше у жінок, смерть чоловіка, розлука з сексуальним партнером або навіть виїзд з рідної домівки («хостели ожиріння»). Загальновизнаним є той факт, що втрата близької людини може супроводжуватися пригніченістю і одночасно підвищенням апетиту («закусити гірку пілюлю»). Діти часто реагують підвищеним апетитом при народженні молодшої дитини в сім'ї.

- Загальна пригніченість, гнів, страх перед самотністю і відчуття порожнечі можуть стати приводом до імпульсивного споживання їжі.

Ситуації, що потребують посиленої діяльності і підвищеної напруги (наприклад, підготовка до іспитів, професійні перевантаження), пробуджують у багатьох людей підвищені оральні потреби, які призводять до посиленого вживання їжі або паління.

Їжа служить для зміцнення зв'язків, безпеки, послаблює біль, відчуття втрати, розчарування, як у дитини, яка з дитинства запам'ятала, що при болю, хворобі або втраті їй давали солодощі для втіхи.

Для більшості хворих на ожиріння має значення те, що вони завжди були товстими, вже в дитинстві і ранньому дитинстві були схильними до повноти. При цьому цікаво, що у жорстоких життєвих ситуаціях годування і зайва їжа можуть стати регулюючим напругу чинником як для батьків, так і для їх підростаючих дітей. Ожиріння і їжа

як заміщення задоволення є, таким чином, проблемою не однієї людини, а всієї родини.

Ці ситуаційні умови необхідно пов'язувати з особливостями особистості пацієнта.

У психодинамічній інтерпретації можна віддати перевагу концепції регресу з фіксацією на оральному задоволенні. Їжа є заміщенням відсутньої материнської турботи, 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 і страх розлуки з нею. Оскільки 80% батьків хворих на ожиріння також мають надлишкову масу тіла, то можна думати про чинник схильності, а також про особливо інтенсивні зв'язки в родині і про дотримання традицій, про стилі відносин, коли відкидаються прямі прояви любові, а їх місце займають оральні звички і зв'язки. Всиновлені діти менше схильні до ожиріння при ожирінні батьків, ніж рідні.

Описано певні форми розвитку дитини в ранньому віці і сімейного середовища у дітей зі схильністю до ожиріння. Матері таких дітей виявляють гіперопіку. Батьки, які все дозволяють і нічого не забороняють, не можуть сказати «ні», компенсують цією поведінкою свої докори сумління і відчуття, що вони мало дають своїм дітям. Батьки в таких сім'ях слабкі і безпорадні. Оральна розбещеність часто мотивується позбавленням 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 проявити розмовою, дотиком, грою з ними.

3.2. ПЕРВОВА АНОРЕКСІЯ

Картина особистості

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

При хронічному перебігу є постійний страх, який можна назвати фобічним, перед нормальною їжею, збільшенням маси тіла і досягненням середніх показників, необхідних для збереження здоров'я. Первинних соматичних або гормональних порушень зазвичай не виявляється. В основі цього порушення лежить підлітковий конфлікт розвитку без усвідомлення останнього і без реалістичної установки відносно власного соматичного стану.

За особистісною структурою і внутрішнім дозріванням жінки з анорексією виявляються не готовими до своєї зрілості. Активніше, ніж інші дівчата, вони переживають фізичне дозрівання, перш за все менструації і збільшення молочних залоз, сприймають це як свою

підготовку до виконання жіночої ролі, яку вважають чужою і 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 ендогенно виникаючих потреб і інтенсивно шукають інші заняття.

Мовою теорії неврозів у хворих на анорексію жінок частіше спостерігаються риси шизоїдної особистості. У багатьох випадках ще до початку хвороби виявляються аутистичні установки і соціальна ізоляція.

Хворі, як правило, є єдиними доньками, мають братів і повідомляють про почуття неповноцінності щодо них. Часто вони справляють ураження зовні соціально компенсованих, сумлінних і відданих дочок. При цьому вони, як правило, володіють високим інтелектом і є блискучими учнями. Їх інтереси духовні, ідеали аскетичні, працездатність і активність у діяльності високі.

Провокуючою ситуацією для порушеної харчової поведінки нерідко є перший сексуальний досвід, який хворі не можуть переробити і переживають як загрозливий; повідомляється також про сильне суперництво з сибсами і страхи розставання, які можуть активуватися внаслідок смерті бабусь / дідусів, розлучень.

Психодинамічний процес істотно визначається амбівалентним конфліктом близькості / дистанції з матір'ю, до чийої близькості вони прагнуть, одночасно побоюючись її. З одного боку, пацієнти спрямовують проти себе агресію, якою вони карають себе за імпульси розлучитися з матір'ю, які сприймаються як «зрада». З іншого боку, відмова від їжі є спробою досягнення любовної турботи або, якщо це не вдається, засобом щонайменше розлютити інших членів сім'ї, в тому числі матір, і за допомогою харчової поведінки встановити над ними контроль. У лікуванні хворі намагаються перенести на клінічний персонал цю схему відносин.

Схожа двозначність виступає, коли у відмові від їжі бачать оральний протест. Він спрямований в першу чергу на насправді віддалену, але в той же час зовні контролюючу мати. Відповідно амбівалентною є і мета протесту: з одного боку, він служить тому, щоб спонукати до любовної турботи, з іншого – їжа відкидається на підставі прагнення до автономії. Це призводить, як це не парадоксально, до самознищення.

При анорексії оральна агресивність не тільки пригнічується. Йдеться скоріше про заперечення всіх оральних потреб, відкидання всіх оральних спонукань.

При нервовій анорексії ідея – «я маю схуднути» стає невід'ємним компонентом особистості. Ця особливість виявляється, однак, лише при симптомах, викликаних психотичними процесами. При важких формах

нервової анорексії Я не бореться з гнітючими його уявленнями. Це пояснює відсутність свідомості хвороби і відхилення будь-якої допомоги.

Можна говорити про моносимптоматичний психоз, який обмежується тотально домінуючим уявленням про те, що власне тіло має бути знищено шляхом відкидання всіх оральних спонукань. Нервову анорексію називають хронічною формою самогубства.

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 в дійсності відмова від їжі сприймається як тілесний успіх, коли він виявляється перешкодою розвитку жіночих форм. Відмова від їжі служить також захистом від страхів вагітності, що виражається в тому, що багато пацієнток обґрунтовують свою харчову поведінку тим, що «ні в якому разі не хочуть мати товстий живіт».

Нервова анорексія є, однак, не тільки боротьбою проти дозрівання жіночої сексуальності. Це також спроба захисту від дорослішання в цілому на основі почуття безсилля перед обличчям наростаючих очікувань світу дорослих.

На додаток до індивідуальної психодинаміки велике значення для діагностики і терапії має поле відносин у сім'ях хворих. Сімейні стосунки часто визначаються атмосферою перфекціонізму, марнославства і орієнтування на соціальний успіх. Для них характерний сімейний ідеал самопожертви з відповідним змаганням членів сім'ї.

Процес взаємодії різко визначається контролюючими імпульсами. Емоційні конфлікти заперечуються, адекватні способи вирішення конфліктів не виробляються. Атмосфера в родині є внаслідок цього постійно напруженою, однак зовні демонструється картина згоди і гармонії.

Для сімей з хворими на анорексію описані такі поведінкові характеристики, як в'язкість, надмірна турботливість, уникнення конфліктів, ригідність і залученість дітей в батьківські конфлікти. Симптоматика анорексії розуміється як боротьба за владу дочок з їх батьками в рамках надмірно пов'язаних відносин, причому власне тіло являє для хворої останню сферу, в якій вона може відмежуватися від вимог батьків і утримати автономію. У такій сім'ї кожен прагне нав'язати іншому власне визначення відносин, інший же, в свою чергу, відкидає нав'язане ставлення. Ніхто в родині не готовий відкрито перейняти керівництво і приймати рішення від власного імені. Відкриті союзи між двома членами сім'ї немислимі. За фасадом подружньої згоди і гармонії знаходиться глибоке взаємне розчарування, яке, однак, ніколи не визнається відкрито.

У цілому в сім'ях помітно часто домінує жіночий авторитет – мати або бабуса. Батько знаходиться здебільшого поза емоційним полем, оскільки приховано або явно придушується матерями. Це знижує їх

цінність, яка сприймається сім'єю, на що вони реагують подальшим відходом, що дає матерям простір для подальшого розгортання їх домінуючих позицій.

Жінки з істеричними і депресивними рисами особистості мають відносно кращий прогноз, ніж хворі з вираженою шизоїдною структурою особистості. Готовність у процесі лікування до встановлення психотерапевтичних відносин і здатність аналізувати минулі та можливі майбутні конфлікти відносяться до сприятливих прогностичних критеріїв.

Пацієнтки зазвичай вживають енергійні спроби повернути до себе увагу лікаря і персоналу своєю дитячою безпорадністю і в той же час витонченістю і розсудливістю. Але всі спроби домогтися дійсного впливу на них, установити спільність спочатку ними відкидаються. Вони розглядають лікування, особливо стаціонарне, яке розкриває їх хитрощі в зв'язку з харчовим ритуалом, як щось абсолютно непотрібне, оскільки не вважають себе хворими. Якщо перебування в стаціонарі неминуче, вони прагнуть самі визначати хід лікування, домагаються певних привілеїв, перш за все намагаються віддалити момент штучного годування за допомогою шлункового зонду.

Так само, як і встановити взаємовідносини з хворим, важко знайти спільну мову з його батьками, яким складно погодитися з визнанням їх сина або дочки хворими. Коли в бесіді беруть участь кілька терапевтів, це збільшує шанси поділу відповідальності в очах окремих членів сім'ї; стає легше зрозуміти, чому кожен на підставі свого досвіду і умов розвитку стає таким, яким він є.

3.3. БУЛІМІЯ

Картина особистості

Булімія (бичачий голод) визначається як нав'язлива їжа / блювання або їжа / дефекація.

Як і нервова анорексія, булімія виявляється переважно у жінок. Провідна симптоматика захворювання полягає в такому:

- частій появі окреслених у часі приступів переїдання;
- активному контролю ваги шляхом частих блювань або використання проносних.

Хворі на булімію зовні благополучні: у них ідеальна фігура, вони є успішними і активними. Чудовий фасад приховує, однак, у край низьку самооцінку. Вони постійно запитують себе, чого від них чекають оточуючі, чи правильно вони поведуться. Вони прагнуть до більшого успіху і часто плутають любов, якої вони домагаються, з визнанням.

Структура особистості пацієнток з булімією так само неоднозначна, як і при анорексії. У цілому булімію можна пояснити соціальними протиріччями, в яких виростають сучасні західні жінки. Досліджуючи історичні умови появи булімії, Habermas (1990 р.) характеризує її як

«етнічний розлад» і в диференційованому дослідженні простежує корені цього захворювання. Він описує типовий і нормативний конфлікт середнього і пізнього підліткового віку, який має спільні риси у всіх жінок з булімією. Це, по-перше, відхід із батьківської сім'ї і завдання розвитку своєї самостійності; по-друге, проблема розвитку в зв'язку з неприйняттям свого сексуально дозрілого тіла і конфлікт у зв'язку з сексуальною ідентифікацією.

За першим враженням хворі часто уявляються сильними, незалежними, цілеспрямованими, честолюбними і витриманими. Це, однак, значно відрізняється від їх самооцінки, визначеної почуттям внутрішньої порожнечі, безглуздості і депресивного фону як слідства шаблонів мислення і поведінки, що ведуть до відчуття безпорадності, сорому, провини і неефективності. Сприйняття себе і «Я-ідеалу» різко розходяться, хворі вкладають це розщеплення в зовнішньо хорошу і погано приховану картину.

Часто вони походять із сімей, в яких комунікація імпульсивна і є значний потенціал насильства. Структура відносин у сім'ях відзначена високою конфліктністю й 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 беруть на себе відповідальні завдання і батьківські функції. Власні побоювання не впоратися і опинитися у владі сваволі і ненадійності батьків контролюються і компенсуються турботливою поведінкою; слабкі й залежні аспекти власної особистості стримуються і, врешті-решт, відреагуються в нападах переїдання і позбавлення від їжі.

Емоційна нестабільність, імпульсивність зі страхом втрати контролю, низька фрустраційна толерантність і високий потенціал внутрішньої потреби в 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 опановує пацієнта.

Оскільки формулювання конфлікту неможливо, відбувається його зрушення в оральну сферу. Харчування змінює своє значення. Голод спотворено інтерпретується як загроза у результаті втрати контролю, контроль над тілесними функціями надмірно узагальнено прирівнюється до здатності впоратися з проблемами. Сам по собі напад переїдання має функцію зниження напруги, інтеграції, тішить самозадоволення, яке, однак, діє короткочасно. Це сприймається пацієнткою як утрата контролю, що піддає радикальному сумніву її автономію і здатність впоратися з життям. Блювота викликається, щоб підтримувати сталість ваги тіла, що для хворої є мірою і індикатором того, що самоконтроль і самовизначення знову повернуті. Почуття сорому і провини в зв'язку з

цим часто є причиною соціального і емоційного регресу. Розбіжність між сприйняттям і подачею себе може викликати почуття внутрішньої порожнечі і напруги, яке активується в навантажувальних пускових ситуаціях і знову запускає реле хвороби.

Хворі на булімію зазвичай:

- є перфекціоністами (прагнуть все робити на «відмінно»);
- схильні до зневіри, депресії, нав'язливих думок або дій;
- імпульсивні, хаотичні, готові ризикувати;
- мають низьку і нестійку самооцінку;
- не задоволені власним тілом;
- ставлять собі нереалістичні цілі;
- впадають у відчай, коли не вдається цих цілей досягти;
- будують особисті відносини також за «булімічною» схемою: палке захоплення – різкий розрив;
- мають неприємні дитячі спогади, пов'язані з прийомом їжі (їжа як покарання, насильницьке годування, скандали тощо).

Глава 4. ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Поглинання і виділення – основні функції шлунково-кишкового тракту. Але вони в своїх проявах знаходяться в певних відносинах з оточуючим людину світом, пов'язані з його емоційним станом, з відносинами з іншими людьми та із зовнішнім життєвим простором. Моторні, вегетативні, гуморальні та центральні процеси в цій соматичній сфері не можна ізолювати від душевного стану людини. Тому не дивно, що такі дії людини, як процес прийняття їжі, жування, ковтання, переварювання і виділення залишків, міцно входять у більш тонкі рівні взаємодії людини – з оточуючими його іншими людьми. Це знаходить своє відображення в повсякденній мові – «Тобі це не по зубах», «Його важко розкусити», «Ти навряд чи це зможеш переварити», «Аж слинка потекла» тощо.

Новонароджена дитина в функціонально-психологічному відношенні являє собою суцільний рот. Це найголовніший інструмент взаємодії новонародженого з навколишнім світом. Так чи інакше, але годування і почуття ситості надалі, з розвитком дитини і становленням вже зрілої особистості, не тільки служать для досягнення насичення, але й опосередковують собою турботу, почуття безпеки, переживання того, що тебе люблять. Прийом їжі та процес насичення залишаються на все життя заміною можливістю задоволення, до якої можна завжди вдатися при будь-якому розчаруванні.

Цей внутрішній зв'язок між психічним станом людини і процесом поглинання-виділення призводить до того, що емоційний стан людини при прийнятті їжі впливає на подальший процес її перетравлення. Такі переживання, як агресія, побоювання, страх, депресія, гальмують

функції шлунка і кишечника, порушують моторику і як наслідок призводять спочатку до функціональних, а при прогресуванні процесу – до органічних змін структури шлунково-кишкового тракту. Агресія, побоювання, страх – біологічно ці переживання пов'язані з функцією скорочення м'язових клітин. При небезпеці чи агресії виникає рефлексорний спазм, напруга. Жодна жива істота, крім людини, не братиме їжу, перебуваючи в цих станах, тому що для цього потрібно спочатку розслабитися – висунутися зі свого панцира (натурального або м'язового). Сучасна же людина переносить закони хижого світу в світ соціальних відносин. Порівняно з тваринним світом він більш безпечний, але в ньому «небезпека» – це не стільки небезпека бути вбитим чи з'їденим, скільки небезпека бути звільненим. Людина вдається до поглинання великої кількості їжі як до засобу «заспокоїти нерви». У результаті їжа потрапляє в спазмовані, затиснуті від стресу стравохід, шлунок, кишечник. Наслідком цього є найширший спектр шлунково-кишкових розладів, починаючи від гастриту і закінчуючи проривною виразкою.

Спорожнення кишечника в повсякденному житті пов'язується з агресивними почуттями, спрямованими проти особистості. Анальна зона взагалі пов'язується з пригніченою боротьбою проти авторитету. У багатьох оборотах мови виявляється також безпосередній зв'язок понять калу і майна, особливо грошей.

У багатьох тварин дефекація пов'язана з ситуацією спокою і безпеки. Ворожість не дозволяє їм виділити кал. Людина також прагне приурочити дефекацію до спокійного періоду дня, коли її не обтяжують важкі проблеми і турботи. У тварин виділення калу, як і сечі, використовується як мітка запахом і для відмежування своєї території. Кал тут має відношення до власності, до довірчої сфери.

У ранніх психоаналітичних постулатах кінцева частина кишечника і анальна область вважалися ерогенною зоною. Маленькій дитині, поки вона не переступить бар'єр відрази, гра з калом приносить задоволення; в окремих випадках зберігається фіксація на цих ранніх дитячих переживаннях. Пізніше затримка виділення калу також може переживатися з приємним відчуттям, а відмова від володіння внаслідок вимушеної втрати калу пов'язується із втратою і переживаннями страху. Компоненти затримування, збереження калу, страх втратити щось матеріальне, позбутися його виражені вже у дітей. Виділення калу має характер подарунка в ставленні до коханої людини (батько, мати, нянька), яка, в свою чергу, привчає дитину регулювати свої виділення і приурочувати їх до бажаного моменту.

Разом із тим нездатність щось утримати, перебільшена безкорислива віддача аж до переживання повної втрати, пов'язані з легким, навіть занадто швидким і частим виділенням калу. Почуття пригніченості, безпорадності, безсилля пов'язані не тільки зі страхом,

але й з посиленням діяльності кишечника (це добре знають солдати перед обличчям ворога, артисти перед виступом і студенти перед іспитом). При емоційній діареї (частих проносах, не обумовлених патологічними процесами в товстому кишечнику) провідною причиною є більш-менш усвідомлені ситуації страху і підвищені вимоги з боку оточуючих.

Поряд із харчовою поведінкою система травлення особливо придатна для соматичного посередництва у вираженні проблематики впевненості й захищеності, бо їжа являє собою найпершу форму власності, яка гарантує існування, а травлення – найпершу форму управління і користування цією власністю.

Ці основні тенденції в міру розвитку людської особистості, її душевного і фізичного дозрівання і формування совісті набувають складного виразу: почуття провини і покаяння можуть виражатися у відмові від їжі або завзятій блювоті.

До прагнення до захищеності й власності можуть приєднуватися жадібність і прагнення до влади, в поводженні з вмістом кишечника може розіграватися проблематика віддання і утримання, а також прагнення до успіху і нав'язливі впертість і відкидання.

4.1. ВИРАЗКА ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Картина особистості

У типології виразкових хворих, які не орієнтовані виключно на модель психології неврозів, пропонується такий поділ:

1. Психічно «здоровий» виразковий хворий. Особистості з хорошою функцією Я і стабільними об'єктними відносинами, які за умов масивних неспецифічних або специфічних (що йде зі сфери оральних переживань) навантажень при сильній регресії Я, ресоматизації і певній схильності шлунка хворіють на виразку як єдину психосоматичну реакцію.

2. Виразковий хворий з неврозом характеру, формуванням псевдо-незалежних реакцій або obsесивно-депресивними рисами з оральними конфліктами, помітними оточуючим (наприклад, керівний працівник, що поширює навколо себе агресивну напругу). Конфлікт декомпенсується хронічним перебігом 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-кверулянтним типом поведінки, зовні виявляють свої оральні конфлікти як «асоціальні хворі» (наприклад, хворі на виразку алкоголіки), хворіють уже при дрібних зовнішніх відмовах у любові й жорстокому поводженні до себе. Їх розлад шлунково-кишкового тракту стає зрозумілим як відповідні їхнім психічним потребам органні модули або фізіологічні кореляти.

4. «Психосоматичний» виразковий хворий. Невиразні особистості з бідною фантазією, які уявляються своєрідно ригідними і механічними в способі життя і об'єктних відносинах, що виробляють при дослідженні почуття повної порожнечі відносин. Вони в змозі бачити в оточуючих лише самих себе і при специфічних навантаженнях і кризах (часто – в зв'язку з втратою об'єкта) звично психосоматично реагують. Часто поряд із виразковою хворобою спостерігаються й інші психосоматичні порушення, такі, як лихоманка, серцеві симптоми, ревматизм. Крім того, у таких пацієнтів констатують почастищення нещасних випадків і оперативних втручань.

5. «Нормопатичний» виразковий хворий, надмірно орієнтований на нормальність поведінки, надмірно адаптивний, з виразними обмеженнями Я на основі вираженої тенденції заперечення (наприклад, реальності власного стану виснаження і фізичного самопочуття): робочі або дрібні службовці, які часто працюють додатково за сумісництвом, вони знаходяться в стані хронічної саморуйнівної стресової ситуації, на тлі якої часто блискавично з'являється виразкова симптоматика.

Відносно маніфестної поведінки в літературі розрізняють пасивний і гіперактивний тип виразкового хворого.

Пасивний виразковий тип схильний до субдепресивного фону настрою і прямо висловлює свої потреби в залежності. Він вважається маніфестно-залежним. Виразковий напад настає, «коли несвідомі або свідомі бажання залежності зустрічають відмову». При пасивному типі несвідомий страх бути покинутим стоїть на першому плані і призводить до постійного напруження. Ці індивідууми шукають обставини і людей, які їх «не можуть покинути». Це люди, які «не можуть повірити», що дружина їх більше не любить. У результаті кожний сумнів, відсутність люблячого погляду може викликати панічну реакцію. До такого напруження може вести і страх перед авторитарною батьківською фігурою. Кроки до самостійності й незалежності не робляться. Хворий насолоджується перевагами залежності й відмови від будь-якого ризику. Життєва стратегія полягає в тому, щоб бути захищеним.

Цей маніфестно-залежний, пасивний виразковий тип часто походить із родини, в якій він був розбещений дуже турботливою матір'ю. Хворому не вдається досягти переривання «психологічної пуповини», стати незалежним від матері. Він залишається з бажанням захисту і допомоги, сильно прив'язаним до материнської фігури, в той час як батько може зайняти лише другорядне становище, коли його «визнають». Loch (1963 р.) описує нездатність деяких хворих учитися «вистояти в конкуренції з батьком», знайти «визнання і підтвердження себе як чоловіка». Хворі й при виборі партнера керуються своєю потребою в турботі. Чоловіки цього типу часто вибирають у дружини тип своїх матерів.

При гіперактивному виразковому типі бажання залежності дуже сильні, проте відкидаються хворими. Вони відмовляються від своїх бажань, що походять з оральної сфери переживань, і тим самим фруструють самі себе. Гіперактивний тип позбавлений спокою. Він агресивно переслідує свою мету, компенсаторно прагне до незалежності і постійно прагне довести свою силу. Пацієнт має потребу в такому підтвердженні, оскільки не в змозі забезпечити собі почуття захищеності іншим способом, окрім досягнення успіху. Цей тип шукає успіху, але в цілому не є успішним, оскільки предметом його прагнень є визнання себе і престиж. Це – дон жуани досягнень і успіху, вони одночасно активні і невпевнені в собі.

Наочне уявлення про конфлікти у хворих із захворюваннями шлунка дано Александером: інфантильні бажання залежності мають тут специфічний зміст – отримати шляхом пасивного харчування любов і увагу – спонукання, які вступають у конфлікт зі зрілим Я. Орально-рецептивні бажання, які на міжособистісному рівні означають безпеку, близькість, любов, турботу, а на рівні їжі – бути нагодованим, можуть не реалізуватися.

Як бажана пасивно-оральна поведінка, так і агресивна орально-залежна готовність шлунка ведуть до установки в плані «насичення» або «перетравлення», відбувається хронічне підвищення функцій органу з гіперсекрецією.

Простежуючи ранні дитячі модальності відносин з психоетіологічних позицій, можна бачити, що вони ведуть до фіксації на оральному лібідоносному рівні. Досвід показує, що як відмова, так і заохочення можуть спостерігатися при фіксації на оральній стадії лібідо. При цьому слід урахувати, що кожне заохочення містить у собі елемент відмови, оскільки воно шкодить підготовці дитини до наступних неминучих вимог життя, формуванню власної активності й самостійності. Воно затримує тренування дитини, якого вона потребує, щоб у подальшому, керуючись власними мотивами і масштабом діяльності, мати можливість розвиватися самостійно.

4.2. ЗАПОРИ

Картина особистості

Пацієнти, які страждають запорами, часто виявляють так звану анальну тріаду Фрейда: упертість – любов до порядку – ощадливість. Ці ознаки та їх крайності – нетерпимість, педантизм і скупість – виявляються перш за все в рамках обсесивної структури особистості. Ймовірно, вихідна особистість і виховання любові до чистоти рано призводять до фіксованого «супер-Я», до інтроекції (засвоєння) батьківських масштабів як власного світу цінностей.

Сімейна ситуація зазвичай описується як дитинство з суворою матір'ю, яка дуже вимоглива до дітей щодо дарування і отримання подарунків. Все, що вони самі отримують у подарунок, вони мають відповідно до вимог батьків тут же розділити з іншими. Ці діти і самі стають надмірно вимогливими щодо дарування і отримання подарунків. З поданням про самовіддачу пов'язуються фантазії про свої обов'язки, що призводить до стійких захисних форм поведінки, оскільки такі люди часто орально загальмовані, тобто не можуть нічого собі дозволити, і для них страх втрати стає тим більш загрозливим. Матері часто не сприяють переживанню повноти, достатку, тому оральні фрустрації та анальні страхи втрати об'єднуються і віддача може пов'язуватися з негативними емоціями. Поки не ясно, чи достатньо цих загальновизнаних зовнішніх умов для розвитку захворювання.

Хронічні запори спостерігаються здебільшого у анкіозних і депресивних, зовні спокійних, але внутрішньо напружених, невпевнених у собі пацієнтів. Александер таким чином позначив їх установку: «Я нічого не можу очікувати від інших і тому не можу їм нічого не давати, я маю утримати те, що у мене є».

Іноді запор розвивається як компенсація надмірної насолоди витратами. Тут мова йде про добродушних людей, які схильні роздавати на всі сторони. Це, може бути, пояснює більшу схильність до запорів у жінок, ніж у чоловіків: у жіночій соціалізації готовність до жертв має, як і раніше, велике значення. Часто хворі надмірно стежать за діяльністю свого кишечника.

Зв'язки переживань при хронічних запорах:

1. Тілесний радикал протестної реакції.
2. Спроба утримати, щоб опанувати, вистояти.
3. Відступ у страх.
4. Страх і захист від занадто великої віддачі.
5. Зв'язок дефекації з «брудними» спонуканнями, які сприймалися з почуттям провини або як небезпечні і тому відкидалися.

Хронічний запор у дитинстві слід розуміти як протестну реакцію, в т.ч. як протест проти надмірно педантичного навчання охайності.

4.3. ЕМОЦІЙНА ДІАРЕЯ

Картина особистості

Особистість характеризують страх перед авторитарними фігурами і почуття безпорадної залежності. Почуття безсилля, виснаження компенсуються надмірним бажанням визнання себе і соціального успіху.

У сфері особистості домінує бажання визнання власної значущості й можливостей в поєднанні з латентною свідомістю надмірності вимог і своєї слабкості. Є безпорадна залежність від сильних об'єктів з рецептивними і оральними агресивними бажаннями.

Несамостійна поведінка хворих із проносами, їх схильність все віддати є виразом страху, але це можна інтерпретувати також як підпорядкованість перед сильнішим, зазвичай перед авторитетом батька. Метою терапії є усвідомлення хворим свого конфлікту і його впливу на психосоматичні симптоми. Завдяки аналізу своєї життєвої ситуації пацієнти в стані подолати внутрішній конфлікт між величезними очікуваннями, надмірними запитами і перебільшеним страхом перед авторитетами.

4.4. «СИНДРОМ РОЗДРАТОВАНОЇ КИШКИ»

Картина особистості

Картина особистості хворих не однакова, є вказівки на тенденцію до обсесивно-невротичної переробки переживань при основній депресивній структурі і на високому рівні страху у цієї групи хворих.

У ситуації, що викликає захворювання, і в темах конфліктів часто видно зв'язок зі страхами: перед іспитами, при непорозуміннях з учителями, керівниками або батьками. Характерно, що в більшості випадків переживання страху витісняється зі свідомості й виявляється ізольовано на рівні соматичної сфери. У картині особистості часто виявляються реактивні структури: хворі контролюють всі прояви почуттів, зовні виглядають бадьорими, підкреслено впорядкованими, вміло приховують свої страхи, причому нерідко за допомогою молодцювато і перебільшено чоловічої манери триматися. Всю їх поведінку визначає латентний страх втратити своє обличчя і випасти з ролі незалежно від того, чи виявляють вони агресивність або слабкість. Якщо ретроспективно простежити розвиток особистості, то можна виявити, що в своєму моторному і емоційному розвитку відносно батьків та інших людей хворі залишалися залежними, не могли досягти самостійності. Внутрішньо вони залишаються орієнтованими на близькість, розуміння і гармонійні зв'язки з батьками і авторитетними особами.

4.5. ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ І ХВОРОБА КРОНА

Картина особистості

Вже при першому описі Крон та інші лікарі виявили «психічні побічні явища» у хворих і поставили запитання, чи не призводить до захворювання або його ускладнень особлива особиста вразливість і наскільки наявні у хворих психічні зміни є вторинними, що виникають як наслідок важкого хронічного захворювання.

Не можна знайти специфічну для всіх хворих структуру особистості і конфліктів, проте в цілому звертає на себе увагу той факт, що далеко не всі із цих хворих можуть домагатися визнання і розкриватися. Це

відповідає ознакам депресивної структури особистості. Зв'язок із рідною домівкою, з матір'ю і батьком, вразливість внаслідок розриву із сім'єю – це основоположні риси людського розвитку, і вони знаходять відображення в ситуаціях захворювання і структурі особистості при багатьох невротичних і психосоматичних порушеннях так само, як і в рамках нормального розвитку.

Сім'ї хворих на виразковий коліт або хворобу Крона відрізняються особливою згуртованістю. Однак при цьому сім'я дуже сильно відмежовується від навколишнього світу. Хворі частіше походять із сімей з симбіотичною структурою відносин, в яких мало говорять про почуття. Пацієнти з хворобою Крона феноменологічно відрізняються від хворих на виразковий коліт. У той час як хворі з виразковим колітом пізно розлучаються з рідною домівкою і зберігають симбіотичну структуру відносин, відділення від батьківської хати у випадках хвороби Крона відбувається раніше і вираженість симбіотичних стосунків є набагато менш сильною. Хворі на виразковий коліт демонструють низьку тенденцію до індивідуалізації, а ознакою пацієнтів із хворобою Крона є їх виражена здатність до інтроспекції. Подібність між двома групами хворих описується щодо уникнення агресивних з'ясувань відносин і нездатності дозволити собі розчулитися.

У хворих на коліт часто вже на самому початку захворювання виявляються типові особливості особистості, які, мабуть, є ґрунтом для захворювання. У них низька самооцінка, вони надмірно чутливі до власних невдач і характеризуються сильним прагненням до залежності й опіки. Відповідно до цього вони вважають за краще міжособистісні відносини, які дають їм опору (ключові фігури). Втрата відносин із ключовою фігурою несвідомо переживається хворим як загроза власному існуванню. У соціальних стресових ситуаціях втрати відносин патогенними можуть виявитися зміна звичного оточення або зміни на роботі, після чого відбувається маніфестація виразкового коліту. Захворювання може, таким чином, розглядатися як еквівалент реакції печалі. Характерними для хворих на коліт є інфантильність, готовність до депресивних реакцій, нарцисизм і блокування агресії. Хворим бракує свідомого переживання агресії і відповідної поведінки. Вони часто також прагнуть до успіху при знижених фізичних можливостях. Можна говорити в зв'язку з цим про «кишкове самогубство».

Згідно з даними багатьох авторів, цим хворим властиві так звані анальні риси характеру типу точності, акуратності, пунктуальності, почуття обов'язку. Описано емоційну бідність хворих на коліт: вони не здатні сприймати і вербалізувати емоції і конфлікти. Оскільки хворі відкидають свої емоційні переживання, вони нездатні до перероблення втрат або розставань. Описано зв'язок між схильністю до соматизації і «емоційною неписьменністю» або емоційною незрілістю.

При великій кількості особистісних варіантів слід звертати увагу перш за все на типовий для окремих хворих зв'язок підвищеної вразливості із ситуаційною зумовленістю хвороби. При хворобі Крона і виразковому коліті в окремих випадках можна спостерігати так званий «синдром зсуву» – взаємозамінність між ендогенними психозами і цими кишковими захворюваннями.

Виразковий коліт відноситься до захворювань, при яких уже на ранніх етапах виявляється ситуація, яка зумовлює їх із психосоматичних позицій. У 60% всіх нових хворих або повторних хворих на коліт тілесним проявам передують депресивно забарвлені життєві ситуації з переживанням дійсної чи уявної втрати об'єкта, маніфестація і загострення страждання корелюють із «катастрофами переживання». У більшості хворих безпосередньо перед початком захворювання виявляються важкі переживання в зв'язку з такими обставинами, як смерть близької людини, втрата сексуального партнера або розлука з близькими людьми, а також із такими ситуаціями, як зміна звичного житла, переїзд на інше місце проживання, хірургічні операції. Спостерігається зв'язок цих переживань із хворобливою реакцією у вигляді печалі, а також особливо сильна тенденція до прихильності. В окремих випадках можна чітко простежити, як переживання розриву і втрати заперечуються через їх психічну значущість. Примітно, що і нормальні реакції печалі беруть участь у формуванні психосоматичних порушень із шлунково-кишковими симптомами.

Такі ж чинники зустрічаються при рецидивах. В 24 із 30 випадків виявлено переживання розлуки при поновленні симптоматики хвороби в ситуаціях пригнічених агресії і гніву. Крім того, описані ситуації, пов'язані з підвищеними вимогами до пацієнта або з необхідністю самостійної діяльності. Ці ситуації також можна розглядати в плані втрати безпеки і як відхід від залежності, що до цього гарантувала захищеність. Як і при інших психосоматичних захворюваннях, при виразковому коліті поряд з явно залежними хворими описуються активно компенсовані та псевдозалежні хворі.

4.6. ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ

Під узагальненим поняттям «порушення ковтання» описуються функціональні порушення актів прийому їжі та ковтання. Психосоматичне значення мають такі синдроми:

- заковтування повітря (аерофагія);
- утруднення ковтання з почуттям тиску в горлі або без нього;
- порушення ковтання з блювотою (так званий блювотний невроз);
- «синдром грудки» – страх ковтання.

Загальним для цих порушень є те, що акт ковтання, який проходить як рефлексорний процес із послідовним розслабленням і напругою м'язів, не може регулюватися, хоча для цього немає органічних причин.

Процес ковтання природним чином приводиться в дію завдяки прийому їжі, але може виникати і внаслідок «порожніх ковтків», тобто при ковтанні повітря або слини. Із цим пов'язана можливість психосоматичних порушень. Якщо почуття відрази до їжі або взагалі налаштованість на протест дуже сильні, то може виникнути навіть антиперистальтика з готовністю до блювоти і її появою. Блювота – це вроджена захисна функція у тварин і людини, яка усуває шкідливу речовину шляхом антиперистальтики. У людини це часто буває пов'язано з почуттям огиди. У процесі розвитку і виховання почуття відрази і відкидання заміщується їжею і символічно перекладається на різні ситуації, особистості й внутрішні стани. Але і при цьому місце зовнішньої небезпеки і корисних шаблонних реакцій може посідати своєрідна для людини внутрішня ситуація.

«Синдром грудки» виявляється відчуттям стороннього тіла в горлі, для якого немає органічної причини і яке ускладнює акт ковтання: «як ніби хтось здавлює горло». Це відчуття існує незалежно від акту ковтання. Але щоб усунути його, потрібно ковтнути, завдяки чому виникає суб'єктивне утруднення ковтання, яке, однак, не можна розглядати як дисфагію, майже завжди зумовлену органічною причиною.

Деякі хворі відчувають страх перед ковтанням через побоювання вдавитися і таким чином загинути від задухи, але не пред'являють скарг на відчуття клубка в горлі. Хворий жує дуже повільно і маленькими порціями, ретельно готуючись до акту ковтання, йде від інших людей, намагаючись їсти на самоті. При цих страхах на перший план виступає ситуація конфлікту і розриву відносин залежності від батьків або партнера, коли амбівалентність зв'язків концентрується на почутті залежності від батьків з високоамбівалентною установкою і з бажанням смерті і відповідним почуттям провини.

При оцінюванні функціональних моторних порушень закономірним є припущення, що в цій формі функціональних порушень виражається несвідома установка на ухилення від прийому їжі. Це захисне напруження зосереджується на верхньому відрізку стравоходу, саме там, де починається мимовільний акт ковтання.

Зазвичай при цьому виявляються істеричні конфліктні ситуації або депресивні стани з іпохондричними рисами. Орально-агресивні імпульси, власна активність і протест придушуються. При депресіях у 10% випадків як її соматичний еквівалент виникає тиск у горлі з порушеннями ковтання. Відчуття грудки в горлі є класичним симптомом істерії. Саме у жінок ковтання часто пов'язано з сексуальними рецептивними фантазіями, які відкидаються. Ком у горлі, куля, яка розростається, почуття, ніби хтось здавлює горло або в ньому

залишаються шматочки їжі, – все це характерні прояви депресивних або істеричних хворих. При істеричних розладах прийом їжі та ковтання, як уже сказано, пов'язані із сексуальними фантазіями. При цьому почуття страждання зазвичай малопомітні, а симптом підключається з метою отримання вигоди від хвороби. Страх перед ковтанням їжі й навіть власної слини у хворих на депресію і невроз зумовлений амбівалентним конфліктом розлуки.

Глава 5. ХВОРОБИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

При ендокринній патології не можна говорити про специфічну співвідпорядкованість психічних симптомів. Так звана ендокринна психологія намагається проаналізувати диференційовані соматопсихічні зв'язки між дією гормонів у різні періоди життя і людськими переживаннями і вчинками. Найбільш поширеними з ендокринних захворювань є захворювання щитоподібної залози і цукровий діабет.

5.1. ГІПОТИРЕОЗ

Під гіпотиреозом мається на увазі недостатнє постачання клітин організму гормонами щитоподібної залози. Ведучий симптом гіпотиреозу – це уповільнення і зміна настрою і емоційного реагування. У хворих спостерігається підвищена стомлюваність, порушення пам'яті, млявість, сонливість, мерзлякуватість, крихкість волосся і нігтів, зниження температури тіла, низький артеріальний тиск, запори. Важливу роль у розвитку гіпотиреозу та інших захворювань щитоподібної залози відіграє нестача йоду в раціоні. У жінок гіпотиреоз зустрічається в 10 разів частіше, ніж у чоловіків.

Картина особистості

У хворих спостерігається відсутність зацікавленості й повна безініціативність як у своїй повсякденній діяльності – на роботі, в школі, так і у веденні домашнього господарства. Відсутність зацікавленості поширюється також і на соціальну активність. У більшості випадків гіпотиреоз може розвиватися після того, як пацієнт відмовляється від досягнення бажаної мети, залишає надію і підпорядковує своє життя неприємному розпорядку, до якого він відчуває внутрішню огиду.

Таку психологічну ситуацію можна порівняти емоційно з сидячим страйком. Коли людина опиняється фрустрованою в своїх справжніх бажаннях і схильностях і буває змушена займатися нудною діяльністю всупереч власним бажанням, у неї розвивається власна форма протесту. Такий емоційний стан часто супроводжується агресивними фантазіями, в яких ці люди відмовляються від будь-яких зусиль і амбіцій; вони дозволяють собі здійснювати свої бажання тільки в уяві.

Специфічними при гіпотиреозі є, вірогідно, такі чинники:

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

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

3. Роль тривожності є менш стабільною. У ряді випадків під впливом тривалої фрустрації виникає компенсаторна агресивність, яка призводить до тривожності.

Немає будь-якого спеціального типу особистості, що потрапляє в цю категорію; будь-яка людина до певної міри може демонструвати тимчасові симптоми такого типу виснаження.

5.2. ГІПЕРТИРЕОЗ

Картина особистості

Взаємодія спадкових чинників і впливів навколишнього середовища в ранньому дитинстві може зумовити схильність до гіпертиреозу. Оскільки вплив середовища та їх психічне перероблення відіграють значну роль, уявляється виправданим погляд на двоетапний механізм, відповідно до якого сприятливі чинники можуть діяти спільно з ранніми дитячими сімейними впливами в процесі набуття схильності.

Згідно з класичним психосоматичним підходом психодинамічні витоки захворювання бачать у відсутності захищеності, надійності в самому ранньому дитинстві, коли ця захищеність порушується смертю або батьківським відкиданням і / або хворими сімейними взаємовідносинами. Незадоволене бажання прихильності спонукає хворих ідентифікуватися з об'єктом прагнень. Ця рання ідентифікація призводить, проте, до фізіологічного та психологічного перевантаження і закінчується постійною боротьбою, невпевненістю і страхом у зв'язку з низькою самооцінкою.

До описаної Александером класичної психодинамічної конфігурації належать яскраво виражене усвідомлення відповідальності і готовність до діяльності, які, однак, придушуються почуттям страху, виявляючись за допомогою контрфобій. Постійне очікування загрози безпеки долається напруженням власних сил. Багато дослідників відзначають готовність пацієнтів піклуватися про інших, наприклад, доглядаючи за хворими. Часто це виявляється у вигляді прийняття на себе материнських обов'язків відносно молодших братів і сестер, що призводить до гіперкомпенсації агресивних спонукань і суперництва з ними. Загроза безпеки – часте явище як у дорослих, так і у дітей. Для хворих з тиреотоксикозом характерно, що їх страхи і потреба в

залежності можуть виявлятися не прямо, а опосередковано, у вигляді прийняття на себе відповідальності і контрфобічного заперечення.

Контрфобічні риси констатуються більш ніж у 2/3 хворих, заперечення і витіснення страху – більш ніж у 1/3 хворих. Прагнення до соціального успіху, праці та відповідальності у хворих має, очевидно, функцію самозаспокоєння. 4/5 хворих протягом усього життя виявляють прагнення безперервно домагатися успіху; почуття обов'язку щодо своїх занять і роботи доводить їх іноді до виснаження. У жінок відзначається підвищена потреба вивести дітей в люди, а якщо вдасться, то ще й усиновити когось.

Як і при інших психосоматичних захворюваннях, залишається невирішеним питання, чому хворі реагують на високі вимоги життя не регресом і пасивним відходом, а, навпаки, таким форсуванням зусиль. Це питання про психофізичну схильність і про те, як вона формується під впливом спадковості й умов існування в 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 не були готові, – рання втрата матері, розлучення або сварки батьків, передчасна участь дітей в батьківських конфліктах або вихованні молодших сибсів. Пацієнти достовірно частіше є старшими з кількох дітей. Вони справляють враження особистісної зрілості, яка, однак, адекватна не всім ситуаціям і лише насилу приховує слабкість і страх, страх перед статевим життям дорослих, перед розставанням або взагалі перед необхідністю вижити. Їх фантазії заповнені умиранням і смертю. Гіпертиреоїдний хворий «все життя намагається витримати боротьбу зі своїм страхом».

Важливим є перш за все соматопсихічний аспект, який показує, як змінюється під впливом лікування готовність до діяльності і підсвідомо відкидається страх контрфобічними установками. Занепокоєння, збудження та боязкість поступово зникають після усунення підвищеного обміну речовин, так само, як і емоційна лабільність, підвищена чутливість до спеки, імпульсивність. Це абсолютно очевидна для оточуючих зміна нерідко переживається хворим як втрата. Хворі скаржаться на втрату ініціативи, зниження працездатності і дисфорію, аж до депресивних розладів. Еутиреоїдний стан розцінюється ними як обмеження діяльності і функціональних можливостей Я.

5.3. ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Картина особистості

Сучасні дослідження підтверджують, що у людей, які страждають на цукровий діабет, часто буває ряд психологічних проблем і психічних розладів. Вони не тільки заподіюють страждання самі по собі, але також впливають на лікування і результат соматичного захворювання.

Діабетик точно знає, що діяльність щонайменше однієї системи його організму порушена. З цього виникає почуття невпевненості. Хронічний дефект може негативно впливати на життєву стратегію діабетика: часто він організовує все своє життя навколо свого страждання («діабет як спосіб життя»).

Є відмінність між дорослими (тип II) і хворими юнацьким діабетом (тип I). Дорослі не видаються виражено анкіозними, хоча тенденції до соматизованої депресії безсумнівні. Їх швидше відкрита, еґо-синтонна особистість схильна до депресивних реакцій при навантаженнях. Особистісні риси, що досягають шизоїдності, скоріше характерні для хворих юнацьким діабетом, при навантаженнях тут характерні заперечення і селективне сприйняття проблем.

Психосоматичні концепції у виникненні діабету

1. Конфлікти і неоральні потреби задовольняються за допомогою їжі. Може виникнути ожерливість і ожиріння, слідом за чим настає тривала гіперглікемія і далі виснаження інсулярного апарату.

2. Внаслідок прирівнювання їжі і любові один до одного при відібранні останньої виникає емоційне переживання стану голоду і тим самим, незалежно від надходження їжі, відповідний діабетичний обмін речовин.

3. Страх, що зберігається протягом усього життя, приводить до постійної готовності до боротьби або втечі з відповідною гіперглікемією без скидання психофізичної напруги. На ґрунті хронічної гіперглікемії може розвиватися діабет.

Психічні чинники, особливо при I типі цукрового діабету, істотно впливають на перебіг і терапію. Деякі автори надають особливого значення властивим цим хворим почуттю незахищеності і емоційної занедбаності. Александер описує, крім цього, сильні рецептивні бажання турботи про себе і активний пошук залежності від інших. Пацієнти демонструють більшу чутливість до відмов у задоволенні цих оральних бажань. Установлені у діабетиків «амбівалентні тенденції тривоги, неспокою, страху, з одного боку, і прагнення до спокою і захищеності – з іншого».

Прикладом надмірно вираженої дезадаптації є «лабільний цукровий діабет». Він характеризується значними коливаннями вмісту глюкози в крові, часто з багаторазовими випадками невідкладної госпіталізації. У даний час широко прийнята точка зору, що лабільний цукровий діабет – це поведінкова, а не патофізіологічна проблема. Виявлено, що «такі хворі ні «божевільні», ні «погані», але дозволяють собі потенційно небезпечну поведінку, частково тому, що нехтують її наслідками, але частіше тому, що вона «окупається» в сенсі задоволення інших потреб, незалежно від того, чи любов це, чи захист, сприятлива думка або втеча від будь-якого іншого нерозв'язного конфлікту».

Глава 6. ШКІРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

6.1. КРОПИВ'ЯНКА

Йдеться про ураження шкіри з чітко відмежованими висипами, яке виникає раптово та спостерігається найчастіше на обличчі. Основні симптоми – сильне свербіння і наявність червоних пухирів різного розміру.

Навіть за умови алергічно зумовлених форм кропив'янки для її маніфестації або як одного з причинних чинників має значення психічне перевантаження. Для психосоматичних форм хронічної кропив'янки характерні готовність до переживань і певна структура особистості.

Кропив'янка виникає у тих, хто відчував на собі жорстоке поводження. Ця жорстокість мала нерідко такі форми, що про неї важко було розповісти і щось з нею зробити. При цьому наголошується, що постраждала сторона не в змозі знайти вихід з положення і уявити собі можливе рішення проблеми. Типові трактування цієї ситуації були такими: «Вони мені багато дали, і я не можу нічого вдіяти»; «Я витримую удари»; «Моя мати била мене»; «Мій наречений не хоче мене, він нехтує мною, але що я можу вдіяти?».

Характерними є відносини залежності від інших, більш сильних особистостей. Зазвичай у відносинах із партнером повторюється мазохистична залежність із ситуації дитинства.

Загалом, можна сказати, що алергії в дитинстві травмуються матерями, які виявляють гіперопіку або холодність. Мазохистичне ставлення до об'єкта, який в той же час дозволяє зберігати емоційний зв'язок завдяки спрямованості агресії на власну особистість, визнається прихильниками психоаналізу.

Є такі відмітні риси особистості хворих:

- сильна схильність до пасивної позиції в міжособистісних контактах;
- висока готовність до страху в поєднанні з низькою толерантністю страху;
- сильна вразливість у любовних відносинах;
- високий рівень невпевненості в поведінці.

Особливостями відносин хворих є їхній пошук «об'єктних відносин залежного стилю». Така людина має тенденцію уникати ризику в пошуках безпеки.

6.2. ШКІРНИЙ ЗУД

У чутливих і схильних до цього людей негативні емоції можуть викликати свербіж шкіри або посилювати його. Часто можна спостерігати, що хворі в стані дратівливості й психічної напруги, страху

або збудження значно частіше скаржаться на відчуття свербіжів або печіння, ніж емоційно врівноважені хворі. Крім того, часто можна встановити, що у одного і того ж пацієнта незмінні шкірні захворювання в періоди більш сильного нервового напруження, фрустрації, розчарувань, у складних, важких життєвих ситуаціях частіше супроводжуються сверблячкою. Сексуальне занепокоєння, почуття провини, гнів і страх можуть викликати свербіж. Відзначено, що пацієнти з психогенною шкірною сверблячкою схильні до невротичної любові до порядку і блоковані в своєму вираженні агресії. Гнів пригнічується, внаслідок чого може виникати напад сверблячки.

6.3. АТОПІЧНИЙ НЕЙРОДЕРМІТ

Екзема раннього дитячого віку. Це шкірне захворювання в психосоматичному плані розглядається як вираження порушень відносин з матір'ю. Були виявлені два значущі для виникнення хвороби чинники. Діти мали матерів з інфантильною структурою особистості, які виявляли до них ворожість, замасковану під боязкість, матерів, які неохоче доторкалися до них, неохоче доглядали за ними і систематично утримувалися від шкірного контакту з ними. Дитина, зі свого боку, демонструвала вроджену схильність до підвищених шкірних реакцій, які призводять до посилення шкірного представництва психологічних конфліктів, що в психоаналітичній термінології позначається як «лібідоносне завантаження поверхні шкіри». Особливе значення має двозначна поведінка матері: те, що від неї виходить, не відповідає ні її внутрішній установці, ні її діям відносно дитини; мати уникає контакту з дитиною, посиляючись на те, що не хоче заподіяти шкоди настільки ніжному, крихкому створінню; таким чином під маскою турботи ховається відторгнення та ворожість.

У багатьох випадках хвороба спонтанно припиняється на першій половині другого року життя, що може бути пояснено зростанням активності дитини, яка звільняє його від тотальної залежності від матері, роблячи можливим вступ у контакт із вибраними об'єктами.

Слід очікувати, що епізод екземи на першому році життя залишить стійкі сліди в психічному розвитку дитини, про які, проте, можна лише робити припущення.

Підлітковий і дорослий контингенти. Ендогенна екзема в групі екзем являє собою захворювання, особливо залежне від автономних центральних нервових процесів і тим самим тісно пов'язане з особистістю хворого. Воно може виступати в зв'язку з іншими алергічними захворюваннями.

Пацієнти часто характеризуються вираженою пасивністю. Їм важко дається самоствердження. Поява захворювання часто супроводжується конфліктними партнерськими відносинами.

З медичної точки зору алергічні реакції шкіри (нейродерміт) являють собою атипову імунну реакцію організму на зовнішній вплив. Однак дані про зв'язок цього захворювання з ворожістю суперечливі. Розглянуто нейродерміт як непрямий показник підвищеної ворожості. Рівень ворожості у хворих на нейродерміт знижений порівняно з пацієнтами, які страждають захворюваннями шкіри, що не відносяться до групи психосоматичних розладів. З цього автори роблять висновок, що ворожість при такій патології, як нейродерміт, може трансформуватися в соматичні прояви.

Напади нейродерміту часто виникають при проблемах у партнерських відносинах, розлуці або появі осіб, які мають велику емоційну привабливість для хворих. Нерідко виявляються переживання і прояви сильних почуттів, очікувань, бажання близькості, сексуальності й її фрустрації внаслідок власної амбівалентності або відмови партнера. При цих конфліктах, пов'язаних із ситуацією зближення, в багатьох описах підкреслюється роль власної тілесності, бажання і задоволення, можливості показати і подати себе в тілесному вигляді. Ці описи зазвичай визначають поняттям «ексгібіціонізм».

6.4. АНОГЕНІТАЛЬНИЙ СВЕРБІЖ

Аногенітальний свербіж часто викликається подразником місцевої дії, інфекцією або будь-яким іншим захворюванням. Він характеризується сильним роздратуванням, екскоріаціями і запальними висипаннями. Сверблячка в анальній області особливо характерна при дратівливості, депресії, іпохондрії. Місцева терапія і лікування зовнішніх шкірних змін не завжди знімає свербіж. Чухання і дотик до цих ділянок шкіри стає тоді самоціллю. Пов'язане з цим задоволення, наступне за цим почуття провини і нові, спонукувані агресивними почуттями атаки на шкіру утворюють закритий, свого роду вічний двигун. Почісування можуть стати еквівалентом мастурбацій і часто стають звичкою, яка сприяє стабілізації симптоматики.

6.5. ПСОРИАЗ

Посилення висипань спостерігається на тлі таких неспецифічних, психічно обтяжливих ситуацій, як переживання втрати об'єкта, і загрози безпеці та здоров'ю хворих.

По-різному змінюється самооцінка хворих. Вони демонструють такі симптоми, як страх, пригніченість, з одного боку, і виражене поведінкове реагування – з іншого. Хворі на псоріаз схильні також до демонстративності.

Психічні чинники активні особливо тоді, коли симптоми схильні до виражених коливань і коли з'являються гострі рецидиви і затяжний свербіж.

Психічні аспекти далеко не завжди є головною патогенетичною ланкою, оскільки доведено значну роль спадкової схильності до захворювання. Сверблячка не завжди зумовлена психічно, вона скоріше залежить від гостроти проявів псоріазу. Хворі з давніми хронічними формами мало страждають від сверблячки.

6.6. НАВКОЛОРОТОВИЙ ДЕРМАТИТ

Захворювання виявляється сильним запаленням шкіри, що розташоване на обличчі та захоплює головним чином область навколо рота, а також інші ділянки обличчя. Характеризується почервонінням, інфільтрацією або набряком шкіри, псевдопустулами і суб'єктивним відчуттям напруження і свербіння. Картина хвороби вперше описана в останнє десятиліття, причому були висловлені різні думки про причини і шляхи лікування хвороби.

Дерматологи звернули увагу на те, що захворювання зустрічається частіше у осіб певного типу. Це дуже ділові, частіше незаміжні жінки середнього віку, які мають проблеми в стосунках з чоловіками.

Картина особистості при шкірних захворюваннях

Цілеспрямоване опитування дозволяє виявити прямі кореляції між виразністю псевдоалергічної реакції і гострою конфліктною або психотравмуючою ситуацією, а також ступенем емоційних порушень (емоційною напруженістю, тривогою, депресією і страхом, що набуває часом характеру фобій). Перехід на іншу роботу або переїзд у нову квартиру, хвороба і смерть близьких або розлучення, страх перед іспитом або боязнь небажаної вагітності лягають в основу подібної симптоматики, що розвивається вперше або, частіше, рецидивує після більш-менш тривалої (іноді багаторічної) ремісії. Загальновідома чисто рефлекторна кропив'янка (на тлі значної астенизації організму) у студентів під час екзаменаційної сесії, у вкрай вразливих жінок, змушених одного разу скористатися громадським туалетом, або у емоційно нестабільних людей, які страждають, як правило, синдромом подразненого шлунка або подразненої товстої кишки, при одній лише думці про харчові продукти, що викликали колись гострі диспепсичні розлади. Можливі навіть фіксовані псевдоалергічні реакції на певні психотравмуючі чинники або один спогад і уявлення про них (наприклад, парціальний бронхоспазм і пароксизм астмоїдної задишки у дружини у відповідь на напади стенокардії у чоловіка; щорічна поширена кропив'янка з набряком у батька в день смерті дочки).

Нашарування психосоматичних симптомів емоційного стресу на самі несерйозні, здавалося б, шкірні зміни (юнацькі вугрі, себорея) різко

змінює, інтенсифікує і хроніфікує всю клінічну картину. Гиперболізоване почуття фізичної і соціальної неповноцінності, властивий хворим із шкірними хворобами, і загострена сприйнятливність до реакцій оточуючих (з їх жалістю або зневагою, неприхованою огидою і страхом зараження) посилюють емоційну напруженість цих пацієнтів, їх підозрілість і настороженість, штовхають їх на шлях негативізму і соціальної ізоляції. Не випадково більшість таких хворих вибирають прогулянки на самоті або колекціонування марок усупереч всім контактам із зовнішнім світом.

Все більша замкнутість і дратівливість, аж до озлобленості й агресивності, крайня недовіра до можливості щирого людського співчуття взагалі і незаперечна переконаність в екзогенній природі свого страждання надзвичайно ускладнюють спілкування цих хворих з лікарями. Непомірні або просто нерозумні установки на радикальну терапію з приводу уявних або незначних дефектів шкіри, що стали об'єктом невичерпної тривоги, призводять в остаточному підсумку до відмови від них дерматологів і направленні до психіатра, що, на думку цих пацієнтів, є неправомірним і з ряду причин виключеним. Часта відмова від лікарської допомоги (у зв'язку з усе більш стійкими ідеями невиліковності й втратою будь-якої надії на офіційну медицину, активним і далеко не нешкідливим самолікуванням або зверненням до знахарів) іноді робить цих хворих сумними витратами лікарської діяльності, яка ігнорує або недооцінює психічний (перш за все емоційний) стан пацієнта. У пацієнтів з неспецифічним ураженням шкіри (особливо за наявності вульгарних вугрів і себореї) достовірно частіше діагностують тяжкий депресивний стан, ніж навіть у хворих на меланому.

У дерматологічній практиці основну масу хворих з необґрунтованими скаргами складають особи, охоплені тривогою і страхом з приводу зміни своєї шкіри і волосся. Страх втрати привабливості і неминучої при цьому «неповноцінності» часом ламає все життя людини. Найнікчемніші косметичні недоліки, рядові шкірні зміни перетворюються на «хворобу» за рахунок патологічного заломлення їх в свідомості емоційно нестабільного індивіда. Предметом всепоглинаючої іпохондричної тривоги і занепокоєння, ніяк не пов'язаних з об'єктивною вагою і значущістю шкірних проявів, можуть бути юнацькі вугрі або пориста шкіра, ослаблення блиску і деяка зміна фактури волосся або гіпертрихоз у жінок, виникнення невеликих залисин або, навпаки, надмірне оволосіння у чоловіків.

Глава 7. ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Психосоматичні аспекти в гінекології стосуються в першу чергу психічної сторони нормального розвитку жінки під час пубертатного періоду, сексуального дозрівання, вагітності, пологів, клімаксу тощо.

Психосоматика займається насамперед порушеннями цих нормальних процесів розвитку і діючими при цьому психічними чинниками.

Багато випадків порушень менструального циклу, болю внизу живота, безпліддя і сексуальних розладів можуть бути зрозумілими і доступними терапії лише у зв'язку з емоційним розвитком і станом. Психосоматичні порушення і реакції можуть також супроводжувати пубертатні кризи, вагітність, пологи і клімактеричний період і виступати як наслідок соматичних гінекологічних захворювань.

Поняття соматизації містить непрожиті й неусвідомлені конфлікти, які можуть викликати такі патологічні наслідки:

- Органічні захворювання з органічними порушеннями, як, наприклад, блювота вагітних.
- Функціональні захворювання з соматичними функціональними порушеннями без морфологічних уражень, наприклад, вторинна аменорея.
- Соматичні симптоми без органіки і функціональних порушень, наприклад, болі в крижовому відділі хребта і області тазу.

У ході місячного циклу гормони специфічно діють на зумовлену інстинктами поведінку жінки. Менструальний цикл починається з фолікулярної фази, якій передують овуляція, і характеризується послідовним підвищенням гетеросексуальних тенденцій. Після овуляції слідує фаза, яку координує лютенін, з материнськими спонуканнями і більш пасивною потребою бути коханою і заплідненою. У передменструальній фазі, нарешті, відбувається загальний відтік гормонів, супроводжується тенденціями до очищення і викиду.

Кожен гормон специфічно впливає на інстинктивну поведінку жінки. Якщо пробуджені таким чином потреби не можуть бути задоволені в межах відповідної фази еротичними актами, можуть залишитися напруження, що порушують гармонійний перебіг циклу. Таким чином виникає порушення гормональної рівноваги, яке, в свою чергу, підвищує емоційне напруження і тим самим підтримує порочне коло психосоматичного змісту.

В основі гінекологічних захворювань часто знаходяться порушення партнерських відносин.

7.1. РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Картина особистості

Як і при інших формах раку, є вказівки на те, що чинники, закладені в початковій особистості, так само, як і психічне їх перероблення, відіграють вирішальну роль. Жінки, які вже раніше були психічно менш витривалими, мали складності в міжособистісних відносинах, в сексуальній і професійній сферах, що виявляється в бесідах або при психологічному тестуванні, можуть виявляти більш виражені й триваліші

емоційні реакції з депресивною і тривожною переробкою. Якщо при карциномі порівняно з доброякісними пухлинами хворі ще до біопсії виявляють більше ознак страху або депресії, то психоетіологічно це розцінюється як показник «ракової особистості».

Збереження або видалення молочної залози при хірургічному втручанні і радикальність останнього корелюють із виразністю і тривалістю психічних симптомів. Ізоляція, яка настає у хворих, особливо виразна в особистісній сфері: 89% хворих на рак молочної залози майже або зовсім не обговорюють зі своїм партнером факт свого захворювання.

Загальна думка про те, що органозберігаюча операція краще психологічно переробляється не тільки молодими, але і літніми жінками і позитивно впливає на подальший перебіг хвороби, підтверджується в даний час і хірургами. Принаймні вже на перших стадіях після операції можливий вітальний прогноз. При формуванні протеза молочної залози після мастектомії, якщо не враховувати косметичний ефект, частіше спостерігаються ускладнення.

У хворих на рак молочної залози поряд із фізичним станом заслуговує на увагу не тільки перша перед- і післяопераційна «шокова фаза», але й психічний стан у наступні роки. В перший час після операції переважає позиція відкидання істини або установка «живи одним днем». Через 2,5 року після операції у більшості залишаються такі установки, як «дух боротьби», «надія» або «покірність долі». Але приблизно третина хворих ще відчувають труднощі, вони уникають розглядати себе оголеними в дзеркалі або показуватися в такому вигляді своєму партнерові. Кожна третя жінка вважає, що партнер пригнічений її хворобою, але намагається бути уважним. Половина жінок були задоволені відносинами з партнером, у тому числі і сексуальними. Не викликає сумніву необхідність психосоціальної допомоги для подолання соматичних і психічних наслідків хвороби, в першу чергу – з боку сім'ї і партнера. Бажання отримати поради із соціальних питань, брати участь у спеціальних групах хворих, в яких обговорюють медичні теми, висловлюють більшість таких жінок. Половина хворих вважають за необхідне створення груп, в яких обговорювалися би психічні проблеми, а також проводилися індивідуальні бесіди з психотерапевтами.

7.2. ПЕРВИННА АМЕНОРЕЯ

Менструації мають ряд біологічних параметрів, які знаходяться на різних рівнях і взаємодіють зі світом переживань і різноманітними зовнішніми впливами. Це виявляється вже при менархе – першій менструації, яка з'являється у сучасних дівчаток на кілька років раніше, ніж кілька десятиліть тому. В результаті статеве дозрівання випереджає психічне, особистісне та соціальне дорослішання. Разом із тим молоді

люди в наші дні сексуально поінформовані, активізуються ззовні, і сексуальна активність починається все раніше, нерідко стаючи причиною конфліктів.

Первинна аменорея описується при різних особистісних структурах. Однак при цьому слід виходити з того, що на перший план виступає вплив гормональних і соматичних чинників разом із впливом аліментарних умов.

7.3. ВТОРИННА АМЕНОРЕЯ

Минуща відсутність менструацій під впливом психічних чинників відноситься до найбільш частих психосоматичних розладів, з якими мають справу психотерапевти.

У більшості випадків виявляються важливими ситуаційні впливи, прояви страху, жаху і в цілому стресу. Уже під час франко-німецької війни 1870 –1871 рр. лікарі часто спостерігали в обложених містах Страсбурзі і Парижі вторинну аменорею. Такі ж спостереження відзначені після залізничних аварій, вибухів і землетрусів. Аменорея внаслідок тяжкого становища описана серед в'язнів концтаборів і у в'язнів у тюрмах. Аменорея була частим явищем у концтаборах (від 30 до 90%). У найстрашнішому таборі нашої епохи – концтаборі Аушвіц (Освенцим) аменорея спостерігалася у 100% жінок. Природно, що в цих випадках відігравав роль і аліментарний чинник (дистрофія). У переважній більшості випадків аменорея наступала протягом першого місяця перебування в таборі, в інших випадках – на другому або третьому місяці. При однаковому харчуванні в тих групах, де не було безпосередньої загрози життю, частота аменореї була в два рази менше. Наскільки великою при цьому була роль страху і напруженого очікування, показують випадки з жінками-в'язнями, у яких перед судом і вироком аменорея спостерігається значно частіше, ніж при відбуванні покарання після вироку.

Наступним чинником є «позбавлення коренів». Розлука з близькими людьми, вилучення зі звичного середовища, як це було з біженцями під час війни і після неї, дуже часто викликають розлади менструацій. Лише розлука з близькими людьми обумовлює приблизно у 20% жінок нерегулярність менструацій або аменорею (слід згадати також ситуації розірвання заручин, покинутість батьками тощо). Періодичні кровотечі регулюються не тільки за допомогою гормонів, але і завдяки контакту з протилежною статтю, який має загальносоматичне значення, будучи функцією, що впливає на всі життєві процеси.

7.4. ДИСМЕНОРЕЯ І ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Картина особистості

Психоаналітично орієнтовані гінекологи знаходять у жінок з дисменореєю невротичний конфлікт, пов'язаний з анальною проблематикою. Відповідно до анальних переживань при менструаціях також виникає страх утрати, який може призвести до стану напруженості і регресивних замикань у собі. Це згодом зачіпає як менструації, так і сексуальну готовність (з крайнім проявом у вигляді вагінізму) і часто поєднується із запорами. Не зайво було б робити висновок, що дисменорея завжди поєднується з травмуючими переживаннями сексуального характеру, що спостерігається лише в окремих випадках. Але іноді виявляється подальша психічна обтяженість через сексуальне спокушання батьками або через інцестуозну фіксацію в сфері фантазій.

Мало яка інша область є настільки доступною для вторгнення психогенних і психосоматичних чинників, як менструальний цикл жінки. Дисменорея вказує на внутрішні напруження. В окремих випадках зв'язок з актуальними порушеннями є очевидним, як у молодих дівчат під впливом емоційних навантажень, у заручених або покинутих жінок і у заміжніх, що соромляться сексуального акту, нещасних у своїй родині або тих, які бояться вагітності. Деякі з цих дисменорей зникають після укладення щасливого шлюбу, поліпшення умов життя і подружніх відносин або після появи бажаної вагітності.

Звична дисменорея часто є наслідком глибоких внутрішніх конфліктів. Вони можуть полягати в негативному ставленні матері до менструації, якщо воно передалося дочці. Тут матері більше говорять з дочками про запліднення, вагітність і пологи, ніж про менструації. Сімейна ситуація при настанні циклу має велике значення для пізнішої інтеграції жіночої ролі та сексуальності, з одного боку, і появи менструальних порушень – з іншого.

Звичною дисменореєю страждають перш за все невротичні, фригідні жінки з низькою соціальною адаптацією і свідомим страхом сексуального контакту. Можуть зустрічатися характерологічні структури чоловічого типу з тенденцією до домінування у осіб, які відчувають себе приниженими процесом менструації. Деякі в своїй емоційній поведінці затримуються на пасивному ступені маленької дитини, шукають материнський захист і лякаються завдань, які життя ставить перед ними як дорослими жінками.

Рідко можна зустріти жінок, які страждають порушеннями циклу, що здатні до оргазму і мають можливості до цього переживання в рамках стабільних партнерських відносин. Порушення мають причиною нечасті сексуальні акти (раз на місяць або ще рідше). Зазвичай це – таємниця, боязко приховувана багатьма пацієнтками. Фригідність і стриманість виявляються майже завжди так само, як і минула або стійка

нейровегетативна напруга й інстинктивна незадоволеність. Те, що колись називали «менструальним неврозом», є не що інше, як латентна форма неврозу страху.

Найчастіше виявляється порушеною передменструальна фаза циклу; в цей час жінка боязлива, дратівлива або депресивна. Тип порушень визначається фіксацією або регресією: деякі хворі демонструють оральні дисфункції (анорексія, булімія, алкогольні ексцеси), інші страждають порушенням функції кишечника, як, наприклад, спастичними передменструальними запорами, які потім під час менструації легко переходять у проноси.

7.5. МЕНАРХЕ І КЛІМАКС

Поява менструацій і їх припинення вносять радикальні зміни в життя жінки. Обидва ці процеси часто переживаються двояко. Початок місячних означає появу турбот у зв'язку з наступаючою жіночністю, щомісяця виникають труднощі та неприємні переживання, але в той же час це показник дозрівання і повної функціональної здатності бути дружиною і матір'ю. Припинення місячних звільняє від «критичних днів», але в той же час показує втрату здатності до продовження роду і народження нового життя. Менопауза, однак, ставить питання не тільки щодо конкретної жінки, яка нерідко бачить у ній одне тільки полегшення. Оцінка цієї зміни завжди залежить також від взаємодії з партнером.

Гормональні чинники перебудови в клімактеричному періоді, без сумніву, мають велике значення. У той же час не слід скидати з рахунків і суб'єктивне значення жіночності, а також питання, чи було до сих пір повноцінним життя жінки як сексуального партнера, дружини і матері та яким є співвідношення непережитого і невиконаного.

З психосоматичних проявів при цьому описують зменшення або збільшення маси тіла, вазомоторну лабільність із припливами жару, часту зміну настрою, тривожність, дратівливість, зниження сексуальних потреб або їх надмірне посилення. Ці симптоми навряд чи можна пояснити тільки гормональною дізрегуляцією і перебудовою. Так звана сексуальна паніка перед закриттям воріт – це не просто наслідок гормональних змін; вона часто стає для жінки точкою відліку для підведення балансу прожитого життя. Примітно також, що в країнах західної культури у жінок із вищих соціальних верств менопауза настає пізніше, в той час як в соціальних низах – значно раніше. У слаборозвинених країнах у жінок, що виконують важку роботу, менструації також припиняються раніше.

Те, що було сказано щодо емоційного клімату в сім'ї у зв'язку з настанням менархе, рівною мірою відноситься і до менопаузи. Однак деформована в дитинстві установка щодо менструацій і жіночності пізніше може нейтралізуватися вдалими партнерськими сексуальними

стосунками і приносить задоволення виконанням ролі жінки, і тоді подібна установка не буде більше впливати негативно.

Безсумнівно, з настанням менопаузи починається друга половина життя жінки з характерними для неї процесами соматичної інволюції, протягом якої стани пригніченості, коливання настрою і навіть явні депресивні реакції стають частішими, ніж у першій половині життя. Зовнішніх і внутрішніх приводів для цього у чутливих людей вистачає. Багато психіатрів вважають неправомірною нозологічною одиницею інволюційну депресію, яка являє собою ендогенно пофарбовані емоційні розлади, що виникли у другій половині життя. Подібні діагностичні ярлики найчастіше тільки маскують невротичні риси особистості і психосоціальні взаємозв'язки.

7.6. ФУНКЦІОНАЛЬНА (ПСИХОСОМАТИЧНА) СТЕРИЛЬНІСТЬ

Картина особистості

Однозначної специфіки типу особистості не існує. Є дві найбільш поширені особистісні характеристики:

- жінка, що виступає в чоловічій ролі, суперничає з ним із вираженням прагненням до домінування і бажанням незалежності;
- фізично і психічно незріла жінка, залежне становище якої є найбільш яскравою її ознакою.

Інші автори говорять про відхилення материнської ролі або жіночої ролі взагалі як про особистісну ознаку функціонально стерильних жінок. Психодинамічно психологічний захист від вагітності, пологів і материнства виявляється пов'язаним із ранніми стосунками з матір'ю.

Є зв'язок значення вагітності й материнства з відносинами між партнерами, з відносинами жінки до себе самої і дитини. Інтенсивні відносини між партнерами ведуть через готовність до зачаття, до того, що частина улюбленого партнера стає частиною Я жінки. Це вторгнення має прийматися жінкою.

7.7. ПСИХОСОМАТИКА СПОНТАННОГО АБОРТУ Й ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Відомо, що 14-20% всіх клінічно діагностованих вагітностей закінчуються спонтанними абортами. Однак психічній переробці викиднів у клінічній практиці та наукових дослідженнях довго не надавали особливого значення, оскільки більшість спонтанних абортів відбувається на ранніх термінах вагітності. Виходячи з уявлення, що зв'язок зі зростаючим плодом виникає пізніше, наприклад при появі рухів дитини, психотерапевти зазвичай обмежуються радію скоріше завагітніти знову і забути про викидень. Крім того, відсутність

ритуальних форм жалоби і співчуття також робить цю втрату несуттєвою і допускає психічну переробку у вигляді «прихованої жалоби».

Лише казуїстичні випадки та рідкі дослідні дані показують наявність виражених і стійких, іноді тривалих реакцій, які можна порівняти з тими, які описуються при втраті близьких людей. При цьому з'являються симптоми скорботи (печаль, втрата апетиту, розлади сну, збудливість, зниження загальної активності, думки про померлу дитину, сновидіння), а також інтенсивні прояви агресивності й ворожості відносно медичного персоналу, почуття заздрості до матерів і вагітних жінок, самозвинувачення і почуття провини, суїцидальні думки і страх смерті. Особливо виразні напруга в партнерських відносинах і зміна відносин з уже наявними дітьми від нехтування ними до тривожності.

При інтенсивному виявленні причинних чинників встановлено, що значна частина викиднів (25-50%) не зумовлена органічними причинами (наприклад, хромосомними відхиленнями, інфекціями на ранніх термінах вагітності, змінами шийки матки або самої матки). Крім того, виявилось, що при звичних викиднях (більше трьох) завдяки посиленій увазі психотерапевтів і багато в чому незалежно від характеру лікування, саме психотерапевтична робота приводить до доношування наступної вагітності. Протягом декількох десятиліть дослідники намагаються пояснити з психосоматичних позицій звичні викидні як психосоматичне вирішення конфлікту, що стосується проблем жіночності і материнства на преєдипальному або едипальному рівні. Ці припущення слід приймати з великою обережністю, бо вони можуть сприяти посиленню почуття провини у цих жінок. До того ж слід звертати увагу як на психічний стан вагітної, так і на психосоціальні чинники. Слід також вважати, що повторні викидні створюють порочне коло страху, депресії і психосоматичних відчуттів, які сприяють новому викидню внаслідок нейроендокринних змін і посиленого скорочення матки.

Поряд із з'ясуванням цього питання після спонтанного абортів важливо звертати увагу на печаль і психічну реакцію жінки, яка дуже потребує інформації і підтримки.

Нелегальні, так само як і легальні, аборти, наслідком яких може бути стерильність, часто призводять до важкого внутрішнього конфлікту. Психічно перероблений аборт, особливо якщо чоловік не причетний до нього і не несе за нього відповідальність, а жінка змушена була зробити все сама, призводить до усвідомленого чи несвідомого конфлікту і почуття провини з багатьма супутніми функціональними і психосоматичними порушеннями. Без сумніву, непередбачувана бездітність для жінки – надзвичайне психічне навантаження, яке, в свою чергу, може стати основою для багатьох патологічних психічних і психосоматичних реакцій. При цьому часто спостерігаються тривалі депресії, місяцями тривають різкі коливання настрою, надцінні ідеї з аменорейними фазами, які можуть призвести до помилкової вагітності.

Психотерапевтичні поради і підтримка можуть бути дуже корисними, але перш за все необхідно спробувати відвернути жінку від фіксації на бажанні мати дитину, вказавши їй на інші завдання та інший сенс життя.

7.8. ПОМИЛКОВА ВАГІТНІСТЬ

Картина особистості

Описана в минулому психіатрами «нервова вагітність», що отримала потім назву «помилкова (уявна) вагітність», є найбільш яскравим прикладом драматичної психогенної соматизації. Це дуже рідкісне в наші дні явище показує, якою мірою і в яких межах може змінитися жіноче тіло під впливом аутосугестивних уявлень. Уявна вагітність зустрічається найчастіше у самотніх, овдовілих або ізольованих жінок. Зазвичай вона зумовлена тільки сильним бажанням вагітності, але в окремих випадках спостерігається при статевих контактах, пережитих із почуттям провини. У цих випадках виникає уявлення про вагітність, яке може потім закріплюватися як варіант марення на багато місяців і навіть років і всупереч негативним результатам акушерського обстеження. Як і хворі з істинним маренням, ці жінки не піддаються корекції раціональними аргументами. Для них характерні не тільки суб'єктивні відчуття, властиві нормальній вагітності, такі, як погане самопочуття, блювання, особливі пристрасті в їжі, відчуття тяжкості в животі. Багато з них відчують навіть «рухи» дитини в тілі, перейми. Спостерігаються типове набухання молочних залоз, пігментація навколо сосків, іноді навіть виділення молозива, в ряді випадків виявляються зміни шийки матки і зовнішніх статевих органів, як це спостерігається при істинній вагітності. Жінка швидко гладшає, відзначаються всі зовнішні ознаки вагітності. Хімічні та біологічні проби на вагітність залишаються негативними.

Глава 8. РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Картина особистості

У хворих на віддалених етапах стану кидається в очі їх терпимість і невимогливість. Їх терпляча невибагливість знаходиться в протиріччі з об'єктивними даними про захворювання.

У преморбіді пацієнти характеризуються як тихі, малопомітні люди. Їх відрізняють старанність і сумлінність. Часто помітно їх альтруїстичну поведінку, що, в поєднанні з енергією і жадобою діяльності, робить їх неперевершеними матерями і невтомними доглядальницями. Майбутні пацієнти приділяють вкрай мало уваги своїй тілесності, відрізняючись бідним самосприйняттям і самопізнанням. Їх терплячість, ймовірно, відповідає внутрішній забороні на відкрите вираження залишкових агресивних спонукань.

Подібно хворим на есенціальну гіпертензію, хворі на ревматоїдний артрит зазнають великих труднощів у придушенні своїх ворожо-агресивних імпульсів. Однак спроба уникнути цих імпульсів проходить у них інакше і являє собою комбінацію самоконтролю і «благодійної» тиранії над іншими. Матері, які страждають на ревматоїдний артрит, схильні суворо контролювати майже всі рухові прояви у своїх дітей. Багато з них зазнали в дитинстві подібні материнські впливи, маючи таких же владних матерів.

Специфіка «ревматичної особистості» полягає в нарощуванні самообмеження в життєвих відносинах, у власному Я, у власному тілі і в комунікативній сфері, в тому числі в соціальній поведінці. Це можна віднести і до рухових агресивних імпульсів, які, починаючи з раннього дитинства, описують як проблемну сферу. В цілому можна свідчити про невіддале зрівноважування полюсів м'якості і жорсткості. Зазвичай тенденція до м'якості пригнічується посиленням моторної напруженості, м'язовими діями, у жінок – «чоловічим протестом». Шляхом напруги і жертвності купується право змішувати прагнення до панування і мазохістична самопожертва. Відзначено перевагу занять на свіжому повітрі і силових видів спорту, тенденцію до придушення спонтанного вираження почуттів, до їх стримування. Це є характерним в першу чергу для жінок, які в психосоматичних спостереженнях із вивчення ревматизму найчастіше виявляють контрастні або суперечливі показники.

У всіх хворих на ревматоїдний артрит з постійністю зустрічаються три риси характеру:

1. Стійкі прояви обов'язковості і зовнішньої поступливості, що поєднуються зі схильністю до придушення всіх агресивних і ворожих імпульсів, таких, як злість або гнів.

2. Мазохістично-депресивні прояви з сильною потребою до самопожертви і надмірним прагненням до надання допомоги, які поєднуються із надморальною поведінкою і схильністю до депресивних розладів настрою.

3. Виражена потреба у фізичній активності до розвитку захворювання (професійний спорт, інтенсивна робота по дому, в саду).

Ці три особливості характеру видаються при ревматоїдному артриті як щось застигле і перебільшене; вони негнучкі і не пристосовані до вимог середовища. З психодинамічних позицій це характерологічно-невротичне перероблення конфлікту в сфері агресивності й честолюбства.

Зазначені вище риси характеру є, крім того, гіперкомпенсаторними захисними заходами проти основоположного конфлікту. Надморальність, відмова від висловлення своїх почуттів і жертвність створюють захисний бар'єр для можливого прориву агресивних імпульсів і дозволяють позбутися від ворожих почуттів. Нав'язливі і

депресивно-мазохістичні прояви розцінюються як захисні структури проти деструктивно пережитого свавілля. Часто описуються своєрідна терпимість, смиренність із долею, жвавість, незважаючи на обмежену рухливість і біль, що за психоаналітичними поглядами має подвійне тлумачення. Cramerius (1968 р.) говорить про «злу покірність» або «велелюбну тиранію», які звучать із боку хворого.

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 й невибагливі, часто до байдужості. Вони майже ніколи не бувають явно депресивними, хоча доля обмежує можливості їх діяльності; вони майже ніколи не бурчать, не бувають нестерпними і уїдливими, не впадають у відчай чи злість. Їх терплячість і поміркованість знаходяться в різкому протиріччі з тією катастрофою, яка відбувається в їхній долі.

Врівноваженість, скромність і невибагливість є результатом того, що ці хворі не повною мірою оцінюють всі симптоми хвороби і тяжкість її наслідків. Хворі сприймають свої деформовані руки не стільки як хвору частину тіла, скільки як прикру перешкоду. З подивом можна бачити, які дії вони цими руками виконують. Всупереч очікуванню хворі руки не виключаються зі схеми тіла; пацієнти їх не ізолюють, а сприймають як хоча і скорочені і «загальмовані», але цілком придатні для вживання органи і використовують їх відповідним чином. Їх світ самосприйняття виявляє певну обмеженість, зумовлену редукцією їх свідомості на своїй тілесній сфері. Хворий тоді невибагливий, скромний і терплячий. Скромність є своєрідним способом втечі від правди.

Велика частина хворих із первинним хронічним поліартритом до хвороби були особливо активними і діяльними. Примітна їх невтомність у турботі про близьких. Це люди, які допомагають у нужді і роками можуть виконувати роль помічника без будь-якої пози, безоплатно, без претензій на подяку. Обидві якості – псевдоальтруїстичний аскетизм і терпляче-покірливе самозречення – виходять з однієї і тієї ж структурної ознаки. Загальна для преморбіді і для хвороби ознака – це панівний протягом усього життя хворого поліартритом процес редукції сприйняття самого себе. Сьогодні ці обмеження здатності сприйняти власні почуття і використовувати їх як сигнали в широкому сенсі слова описуються також при алекситимії. Багато (якщо не всі хворі з хронічним поліартритом) виявляють ці ознаки.

Широкі дослідження про внутрішньосімейний вплив на хронічний поліартрит показали таке: у пацієнток часто була холодна, претензійна і авторитарна мати і слабкий, придушений матір'ю батько. З дитинства у пацієнток відзначається почуття страху перед матір'ю та 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, відносно яких вона веде себе надзвичайно суворо. Сімейний анамнез чоловіків-пацієнтів дає ті ж дані з відповідною зміною статевих ролей.

Глава 9. ПСИХОВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ

Картина особистості

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 виконуваною діяльністю.

Для частих на прийомі хворих із функціональними порушеннями в області серцево-судинної системи характерна лабільність поведінки як в виявленнях соматики, так і в міжособистісних стосунках. Ці люди ставлять самі або дозволяють іншим ставити перед собою цілі, але дії, які мають привести до досягнення цих цілей, застряють на рівні помислів у силу властивої цим хворим загальної непевності в собі. Їх поведінка – постійний компроміс.

Пусковими для вегетативних феноменів можуть стати такі чинники:

- порушення ритму дня – ночі, сну – неспання;
- прискорений темп життя;
- вплив подразників;
- зростаюча втрата ідеалів.

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

- фінансові турботи;
- ізоляція, втрата коренів, нестача міжлюдського контакту;
- конфлікти, пов'язані з любов'ю, визнанням або сексуальністю;
- перенапруження внаслідок подвійного навантаження в професії і побуті;
- перенапруження при вихованні дітей;
- конфлікти в професійній сфері;
- трудовоголізм.

Ці пускові моменти обрушуються на особистість людини, в більшості випадків тихої, малопомітної і замкнутої, схильної до розвитку обсесивно-депресивних та іпохондричних рис. Хворі з великою наполегливістю знову і знову повертаються до опису симптомів, які можуть обставлятися демонстративним чином.

Психодинамічно часто описується проблематика залежності / незалежності, що схована в розчаруваннях у відносинах зі значущими особами в дитинстві. Тенденції до самостійності й експансивні імпульси швидше придушуються, ніж культивуються, заміщаючись страхом бути покинутою і не переробляючись, а лише компенсуючись у ході розвитку.

Якщо життєві звички зумовлюють хронічне перевантаження, ретикулярна система вже не може забезпечити необхідний рівень адаптації: хворий декомпенсується. Ця вегетативна декомпенсація проходить у два етапи:

1. Синдром вегетативного роздратування. Кардинальними симптомами є дратівливість, внутрішнє напруження і страх.

2. Синдром вегетативного виснаження, що характеризується підвищеною стомлюваністю, виснаженням і депресивними проявами.

В основі підвищеної стомлюваності, яка не зникає і після тривалого сну, лежать в основному так звані парадоксальні ситуації, коли хворий є успішним у справах, відносно яких відчуває внутрішній опір.

Крім того, пред'являється і цілий ряд інших скарг: порушення сну, внутрішнє тремтіння, неспокій, епізоди пітливості, зниження апетиту, шлунково-кишкові скарги, серцебиття, головний біль, запаморочення або звичайне недиференційоване нездужання.

Причинне значення мають багато чинників. Вони полягають як у самій людині, так і в її оточенні на роботі і в сім'ї, в її теперішньому, минулому і майбутньому.

Можна довести, що частота соматичних і психічних порушень корелює з особистісним чинником, який традиційним чином визначається як «нервозність». Особистісний чинник із збудливістю, емоційною лабільністю та нестійким настроєм виявляється за допомогою психологічних тестів. Однак така особистість характеризується також високою пізнавальною і емоційною диференційованістю. Eysenck зазначає у таких людей високу чутливість у сфері сприйняття і переживань щодо психофізично і емоційно непереборних труднощів, які роблять їх більш уразливими щодо протиріч у професійній діяльності. Тому їх скарги мають характер сигналів не тільки відносно їх особистого положення, але і до всієї зовнішньої ситуації.

Ці порушення іноді розглядають як наслідок посилення діяльності вегетативної нервової системи відповідно до психофізичного реагування; але насправді це не стільки органічна причина хвороби, скільки ґрунт, що реагує на порушення психічного стану.

Труднощі в актуальній життєвій ситуації, перш за все сімейного характеру, і 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 родині або з боку партнера являє собою захисний чинник, за відсутності якого роль шкідливих чинників посилюється. Тільки при гострих психосоціальних труднощах скарги здорових людей стають симптомом, який викликає уявлення про хвороби, що вимагають лікарського втручання.

За несприятливих умов праці у здорових людей з функціональними порушеннями, труднощами і конфліктами може наступити декомпенсація і зі скаргами загального характеру вони можуть поповнити число хворих.

Соматизації нервово-психічної напруги сприяє і те, що вся сучасна медицина більше націлена на соматичну природу захворювання, ніж на психічну. Лікарі, працівники соціального забезпечення і все суспільство в цілому оцінюють соматичні захворювання як більш важливі, ніж психічні, що є свого роду дискримінацією.

Глава 10. ФУНКЦІОНАЛЬНІ СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ

Картина особистості

Якість сексуальних переживань, особливо у жінки, більшою мірою залежить від психологічних і соціологічних чинників, ніж від гормонального фону.

В основі відсутності сексуальної реактивності жінки з психоаналітичної точки зору лежать глибинні невротичні розлади з прегенітальної фази розвитку. З точки зору комунікативної теорії, фригідність є вираженням і наслідком порушених міжособистісних відносин.

Імпотенцію з точки зору психоаналітичного підходу слід розуміти як захисний механізм Я проти пов'язаних з сексуальністю страхів. Сексуальна поведінка порушується тільки тоді, коли вона пов'язана з страхом.

Глава 11. ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Картина особистості

Питання про зв'язок раку з психічними та психосоціальними чинниками не нове: вже Гіппократ і Гален вивчали це питання в своїх роботах. У численних психосоматичних дослідженнях онкологічних хворих показано взаємозв'язок емоцій, центральної нервової та імунної систем.

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.

Як «психологічні канцерогени» описані різні травмуючі життєві події, труднощі в зв'язку з втратою об'єкта і зумовлені цим страхи, порушення здатності до вираження емоцій, труднощі в подоланні конфліктів, тривалий час існуючий стан безнадійності, пригніченості і розпачу.

Багато авторів етіологічно пов'язують ризик з обтяжливими переживаннями в дитинстві (наприклад, з втратою одного з батьків), при раку молочної залози, з жорстоким дитячим досвідом холодного ставлення з боку близьких при раку легень.

Часто рак свідчить про те, що десь у житті людини були невирішені проблеми, які посилилися або ускладнилися через серію стресових ситуацій, що сталися в період від півроку до півтора року до виникнення раку. Типова реакція онкологічного хворого на ці проблеми і стреси полягає у відчутті своєї безпорадності, відмови від боротьби. Ця емоційна реакція пускає в хід ряд фізіологічних процесів, які пригнічують природні захисні механізми організму і створюють умови для виникнення і розвитку пухлини.

Незадовго до початку розвитку хвороби багато хто з хворих на рак втратили значущі для них емоційні зв'язки. При цьому найчастіше вони відносяться до психологічного типу, який схильний пов'язувати себе з якимось одним об'єктом або 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 опиняються немов наодинці з собою, але при цьому у них відсутні навички, що дозволяють справлятися з подібними ситуаціями. На основі аналізу психологічних аспектів життя можна виділити в них чотири основні моменти:

- Юність пацієнтів була відзначена почуттям самотності, покинутості, відчаю. 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 такі відносини або ролі вони вкладали всю свою енергію, це стало сенсом їх існування, навколо якого будувалося все їх життя.

- Потім ці відносини або роль зникли з їх життя. Причини були різні – смерть коханої людини, переїзд на нове місце проживання, вихід на пенсію, початок самостійного життя їхньої дитини тощо. В результаті знову наставав відчай.

- Однією з основних особливостей цих хворих було те, що їх відчай не мав виходу, вони переживали його «в собі». Вони були не здатні вилити свій біль, гнів або ворожість на інших.

Всі ці приклади допомагають виявити щось спільне, що об'єднує більшість конфліктів, з якими стикаються пацієнти за кілька місяців до виникнення захворювання. Виділяють п'ять етапів розвитку психологічного процесу, які передують виникненню раку:

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

2. На людину обрушуються драматичні події, які викликають у неї стрес.

3. Стресові ситуації 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 і розвиватися.

Саме втрата інтересу до життя відіграє вирішальну роль у впливі на імунну систему і може через зміни гормональної рівноваги призвести до підвищеного вироблення атипових клітин. Цей стан створює фізичні передумови для розвитку раку.

Людина, що вибирає позицію жертви, впливає на своє життя тим, що надає підвищене значення таких подій, які підтверджують безнадійність її положення. Кожен із нас сам вибирає, 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 самі колись виробили і які вказують на допустимі способи виходу зі стресової ситуації.

У ряді робіт вітчизняних психологів досліджено «психологічний профіль онкологічного хворого». Було з'ясовано, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі риси: домінуюча дитяча позиція в комунікації, тенденція до екстерналізації локусу контролю, висока нормативність у ціннісній сфері, високий поріг сприйняття негативних ситуацій, складність розуміння сутнісних ознак у когнітивної сфері. При цьому найчастіше в сім'ї виявлялася присутність домінантної матері.

Соціальні чинники (професійна стабільність, сталість взаємовідносин) на відміну від психічних, характерних для «ракової особистості», мають набагато більше значення для якості виживання, ніж це вважалося до цих пір.

Реакція на психосоціальні стресори залежить від структури особистості, тобто від того, яке значення події надається суб'єктом. До психосоціальних стресорів відносять соціальну невлаштованість, зміни соціального статусу, місця проживання, незадоволення роботою, драматичні життєві події і життєві кризи – такі, як втрата близьких, скорбота, відчай, депресія і безнадія. Ці стресори можуть стати пусковими чинниками в розвитку онкологічних захворювань. Є переконливі докази того, що стрес є чинником, що сприяє виникненню хвороб, у тому числі і раку.

У жінок зі схильністю до раку молочної залози описується нездатність виявляти свої почуття і виливати свій гнів. Ці жінки зазвичай більш пристосовані до життя і схильні до гармонії відносин. Описана група молодих жінок, схильних до екстремальних вибухів почуттів. У жінок, у яких діагностували рак, відзначалися знижена здатність до

фантазування з редукуванням відповідей з приводу форм і кольору за тестом Роршаха, зменшене число тлумачень образів; такі хворі виявляли ознаки, що вказують на розчарування, пустоту і почуття, ніби вони відокремлені від інших людей скляною стіною.

Багато онкологічних хворих із поганим прогнозом реагують на захворювання такою сильною регресією своїх вітальних спонук, що це починає нагадувати психоз. Вони скаржаться на повну внутрішню спустошеність.

Що стосується впливу психічних чинників 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 та проти лікарів зокрема. Деяким хворим можна надати допомогу шляхом підвищення внутрішньої опірності й створення установки на активну боротьбу.

Багато хворих вважають, що в походженні раку важливу роль відіграють психологічні чинники. Більше третини хворих на рак молочної залози разом із такими зовнішніми чинниками, як пошкодження, шкідливі впливи зовнішнього середовища, вважають причиною хвороби також психічні конфлікти і перевантаження, тоді як 30% просто розглядають цю хворобу як покарання за свої гріхи і помилки. Це пов'язано з уявленням про те, що рак – не така хвороба, як інші, що саме слово «рак» – це «метафора» для визначення злостісного нездоланного процесу і таємничої долі людини, яка містить провину і покарання. Поняття «ракова пухлина» не тільки в уявленнях хворих, але і в політичній термінології означає несприятливий розвиток процесу і неприпустимі промахи.

Описано п'ять ідеально-типових фаз процесу, які можуть бути пройдені хворим:

- 1) небажання знати й ізоляція (хворий відмовляється прийняти свою хворобу);
- 2) гнів і відкидання;
- 3) фаза переговорів (прохання, перш за все до лікарів);
- 4) депресія;
- 5) примирення з долею, згода жити, «скільки відпущено», і померти «з гідністю».

Для психотерапевта важливо визначити, де саме знаходиться хворий в своїй кризі.

Психотерапевт має враховувати індивідуальну систему сім'ї та сімейних відносин. Він повинен запитати себе, яке значення має страждання для хворого і для членів сім'ї, які сили тут діють як до, так і, особливо, під час захворювання і після можливої смерті пацієнта. Якщо ці сили розпізнаються, ними можна успішніше користуватися. Тому має стати правилом спостереження і лікування не тільки самого хворого, але і «пацієнта-родини».

При цьому є тенденція до надмірного інформування родичів і недостатнього – хворого. Тим самим створюється небезпека того, що родичі завершать психологічну переробку скорботи вже перед смертю хворого, і він опиниться в ізоляції. Що і в якому обсязі має лікар говорити пацієнтові – питання складне і в кожному випадку вирішується індивідуально, з урахуванням того, що згідно із законом хворий має право отримати повну інформацію про свій стан. У будь-якому випадку, щоб бути разом із хворим, його родичі мають знаходитися на тому ж рівні володіння інформацією, що і він. Різні рівні інформації хворого та інших членів сім'ї позбавляють сім'ю можливості співпраці. У цій ситуації ніхто не може діяти природно; все піддається спотвореній рефлексії в той час, коли потрібна відкритість. Досягненню такої відкритості часто може допомогти сімейна конфронтація. Рідні можуть переживати подібні з хворим фази в ході захворювання. Рідні часто страждають від почуття провини і безсилля. Сімейні бесіди можуть діяти заспокійливо і запобігати хронізації цих почуттів.

Глава 12. ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ

Депресивні розлади за своєю симптоматикою є найбільш соматизованими психічними станами. Загальмованість і пригніченість, що панують у свідомості, безпосередньо діють на соматичні функції. Є навіть тенденція вважати всю комплексність і значущість психосоматичних зв'язків у медицині, всі психосоматичні скарги або хоча б більшість їх проявом маскованої депресії і відповідно лікувати їх медикаментозно. Подібна позиція є односторонньою, але в той же час 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 і соматопсихіці депресій. Одночасно при депресії відбувається переплетіння схильності й середовища, особистості й ситуації, психодинамічних причин і відщеплення деяких тем у сфері психічного та соматичного.

При депресії страждають практично всі сфери – емоційна, інтелектуальна, вольова і обов'язково мотиваційна, що виявляється як суб'єктивно в скаргах пацієнта, так і об'єктивно – у зміні поведінки. Стійке зниження настрою при депресії поєднується з втратою інтересу до того, що раніше сприймалося хворим як привабливе, що приносило задоволення або радість – різні форми дозвілля, спілкування, читання книг, хобі, професійна діяльність, статеве життя тощо. У хворого, який страждає депресією, немає мотивації, не виникає бажання приступити до цієї діяльності, а інтерес до самої діяльності змінюється байдужістю і роздратуванням. При всіх типах депресивного стану страждають також і

первинні біологічні мотивації – порушується сон, апетит, сексуальна функція. Ступінь цих розладів залежить, як правило, від тяжкості депресивного стану.

Під замаскованими депресіями розуміють депресивні стани, при яких психосоматичні симптоми виражені таким чином, що стає важко розпізнати власне психопатологічну симптоматику.

Депресивний синдром виявляється в різних функціональних сферах.

Психічні симптоми – пригніченість, нездатність до прийняття рішень, уповільнення мислення, апатія або внутрішнє занепокоєння, страх, тужливі думки, втрата почуттів, внутрішня пустота.

Психомоторні симптоми – психомоторна загальмованість (скутість, гіпо- і амімія, зниження виразності емоцій) або психомоторна ажітованість (зовнішнє занепокоєння, непосидючість, компульсивна малопродуктивна діяльність).

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

Веgetативні порушення у вузькому сенсі – запаморочення, порушення серцевого ритму, сухість у роті, запори, порушення дихання.

Веgetативні порушення в широкому сенсі – порушення сну, відчуття болю, стиснення, холоду, зниження апетиту і ваги, порушення менструального циклу, імпотенція.

Якщо описані прояви стосуються ендогенних депресій, то мова йде однозначно про масковані депресії. При неендогенних психозах, наприклад при невротичних депресіях, диференціювання з психосоматичними порушеннями і захворюваннями стає важкою задачею. В цілому можна сказати, що під маскованими депресіями розуміються ендогенні депресії, які супроводжуються вираженою психосоматичною симптоматикою.

Серед неендогенних депресій, які супроводжуються виразними психосоматичними проявами, слід також згадати про депресії виснаження. Вони настають після затяжного стресу, що триває протягом декількох місяців або років і виявляються спочатку в астеничній стадії дратівливості, підвищеною чутливістю і зниженою продуктивністю.

У другій стадії слідує психосоматичні прояви, перш за все вегетативної природи. 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. Третя стадія подана повною картиною депресії. Депресія виснаження не є новим захворюванням, це лише «прототип» психогенної депресії.

При оцінюванні реакції на стрес слід урахувати, чи йде мова про гострий або хронічний стрес, про особистості зі спадковою схильністю до ендогенної депресії або про порушення розвитку в ранньому

дитинстві. Відповідно можуть формуватися депресія виснаження або гостра тривога при стресовій реакції, може маніфестувати ендогенна депресія або невроз.

Соматичні скарги та функціональні симптоми, які супроводжують прояви або еквіваленти депресивних розладів, 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 самого різного ґенезу: при фазно-ендогенних, невротичних, при яких на перший план виступає особистість, а також при реактивних депресіях, які зрозумілим чином впливають безпосередньо із ситуації.

Картина особистості

Типовими ситуаціями захворювання при депресіях є втрата відчуття безпеки, розлука, ізоляція, зростання відповідальності. Навіть ендогенні депресії, за деякими оцінками, в 15-30% випадків провокуються ситуаційно, хоча б їх перша фаза. Із фізичних чинників мають значення інволюційний період у жінок і чоловіків, що супроводжується кризами як в соматичній сфері, так і в психіці, а також необхідність переорієнтуватися в житті, до чого багато людей виявляються не готовими. Не можна забувати про те, що і в рамках соматичних захворювань і порушень можуть розвинути депресивні розлади настрою, які, зі свого боку, можуть привести до розширеного тлумачення психосоматичних відносин.

З психосоматичних позицій депресії залежать від реального існування зазвичай ідеалізованого об'єкта. Це формує і підвищену чутливість до розлуки. Відносно об'єктів виступає певна інфантильна залежність, яка має оральні риси. Виявляється бажання симбіотичного прилучення до доброї матері та її авторитету, так само як до хорошого лікаря, психотерапевта. Це перенесення має різні аспекти.

Захист хворого на депресію полягає в характерних формах реагування типу нав'язливої любові до порядку та педантичності, коли хворий хоче усунути все, що заважає, всякий безлад, агресивність, бруд, все, що не знаходить визнання. Хворому потрібно постійно «робити добро», тобто він намагається своєю діяльністю, своєю близькістю до інших людей, своїм бездоганим способом життя відкинути свої внутрішні агресивні й деструктивні тенденції. 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 і соматизації психічного страждання і зовнішніх психосоціальних конфліктів не тільки відповідає уявленням хворого про хворобу, але і близька до лікарського сприйняття.

Можливість реагування депресивними психічними або чисто соматичними симптомами передбачає наявність відповідної схильності, яка може бути спадково обумовленою або придбаною в ранньому дитинстві під впливом зовнішніх чинників у процесі розвитку. При цьому важливу роль відіграють ситуаційні соціальні впливи.

Глава 13. ГОЛОВНИЙ БІЛЬ

Близько 70% населення страждають періодичними, приблизно 7% – постійними головними болями. У 10% цих пацієнтів симптоматика знаходиться в зв'язку з іншим органічним захворюванням.

Головний біль як побічний симптом зустрічається при багатьох соматичних і психічних захворюваннях. Але він є також особливо частою формою психосоматичного розладу. Положення голови є частиною мимоволі пережитого внутрішнього стану людини. У мовному побуті є такі вирази, як «високо тримати голову», «покірно схилити голову», «з холодною головою», «втратити голову», «битися головою об стіну». Багато аспектів показують, що голова в першу чергу призначена для тверезого понятійного мислення, для проникливого, здорового осмислення людини, але також і для вибору основної емоційної установки і вибору відповідної оточенню пози.

Епідеміологічні дослідження показують, що майже в 90% випадків головний біль зумовлений не органічними причинами, причому особливу увагу слід звертати насамперед на хронічні, характерні для такого хворого форми головного болю, що виникає в певних ситуаціях. Такого роду біль не піддається типовому симптоматичному лікуванню анальгетиками, щадним режимом і спокоєм. Часто поява пов'язана з наявністю ситуаційних труднощів чи конфліктів.

Функціональні головні болі можуть виступати в формі судинних (мігрень) і болів, пов'язаних із напругою. Причина нападу мігрені – початкове спастичне звуження мозкових судин. Надалі відбувається розширення артерій з формуванням набряку, який підтримує больовий синдром протягом годин або днів. Головний біль напруги виникає в результаті постійного напруження м'язів потилиці і плечового пояса, біль поширюється від місць прикріплення м'язів по всій голові.

Оскільки головні болі являють собою симптом, який спостерігається в клініці, вони часто зустрічаються у пацієнтів з психоемоційними проблемами. Головні болі можуть супроводжувати такі порушення:

1. При психосоматичних реакціях на гостру травму або гострий конфлікт. Приклади цього для більшості з нас відомі з власного досвіду, як, наприклад, головні болі після хвилюючих або тяжких переживань.

Короткочасні головні болі можуть заміщати образи, ворожість і гнів. Вони можуть виступати як реакції на перевтому і внутрішні або зовнішні

перевантаження на тлі конфлікту, пов'язаного з визнанням власної значущості. Часто при головних болях напруги спостерігається пускова ситуація неможливості досягнення бажаного соціального успіху.

2. У рамках порушень особистісного розвитку. Тут ми маємо розрізняти прості аномалії душевного розвитку, при яких конфлікти усвідомлюються, і аномалії душевного розвитку, при яких конфлікти витісняються в несвідоме.

Прикладом простої аномалії розвитку є депресія виснаження, яка виступає як наслідок тривалого емоційного навантаження і проходить, як правило, в трьох стадіях.

Прикладом аномалій душевного розвитку з витісненими в несвідоме конфліктами є невротичне порушення розвитку і психосоматичні захворювання у вузькому сенсі. При обох формах неусвідомлюваних аномалій душевного розвитку головні болі є досить частим симптомом.

3. Головні болі у психопатичних особистостей виступають у рамках дисфоричних станів і в обтяжливих ситуаціях.

4. Головні болі як психосоматичні симптоми в рамках ендогенних психозів.

Нарешті, головні болі є частим психосоматичним симптомом при депресії. Вони можуть поряд з іншими соматичними скаргами домінувати таким чином, що власне депресії розпізнаються з великими труднощами. Ці депресії тому часто описуються також як приховані або замасковані.

13.1. ГОЛОВНИЙ БІЛЬ НАПРУГИ

Картина особистості

Головний біль напруги, що виникає з невротичних причин, може бути обумовлений зовнішнім і / або внутрішнім трудовим конфліктом. При цьому виявляються надмірні домагання і занадто великі очікування успіху і визнання. Вони призводять до розчарування, особливо тоді, коли їх реалізація затримується почуттям провини, що походить із дитинства.

У картині особистості часто знаходять підвищене честолюбство з надмірною активністю і зазвичай дуже одноманітним життям. Прагнення до досконалості і підвищений рівень вимог також характерні для таких хворих. У них ніколи не настає повного розслаблення. Тривале напруження м'язів плечового пояса, потилиці та всієї голови є супроводжуючим проявом і виразом фрустрації, внутрішньої напруженості, ніколи не приводить до визначеності, задоволеності і розв'язування.

Поряд із цими обставинами в силу їх відносної частоти, що вважаються типовими, є й інші психодинамічні чинники. Різні вікові групи, різний рівень освіти, різні форми соціалізації і, нарешті, вихідні особистісні структури – все це має значення.

Невротичні механізми можуть являти собою головний чинник в етіології синдрому, так що навіть виявлення органічного ураження не завжди приводить до мети. Проблема часто залишається невирішеною, що підтверджується в тому числі труднощами і неоднозначними результатами лікування.

Систематичне вивчення життєвих обставин пацієнтів із головними болями часто дозволяє встановити зв'язок між нападами головного болю і типовими епізодами, що розігруються в оточенні хворого.

Психосоматичний підхід намагається надати якесь значення симптому головного болю незалежно від його причини. Так, головний біль може означати утруднення мислення. Як при хронічному головному болю, так і при мігрені у хворих виявляється переважно рівень інтелекту вище середнього. Уявна «невротична тупість» численних хворих зі звичним головним болем уявляється часто не чим іншим, як результатом труднощів мислення і наслідком їх інтелектуального негативізму.

Хоча не можна говорити про власне тип особистості цефалгічного хворого, у пацієнтів з головними болями часто зустрічаються анкіозні прояви, підвищені честолубство і прагнення до домінування, схильність до перфекціонізму і, внаслідок цього, хронічні психічні перевантаження. Високий рівень домагань веде до конфлікту з реальними можливостями і страхами.

Спастичні головні болі насамперед пов'язують з надмірними навантаженнями на м'язи в області потилиці, плечового пояса і голови. Те ж саме відноситься до вазомоторних головних болів і мігрені. Але чому людина постійно «підставляє своє чоло», «тримає наготові», «стискає зуби», «закушує губу» тощо? Головні болі виникають унаслідок змін у судинному апараті голови. Спастичне звуження судинного русла корелює з постійною напругою рухового апарата, а це за допомогою вегетативної нервової системи тісно пов'язане з душевним станом.

Яке психологічне значення мають головні болі? Голова у прямому і переносному сенсі є «вищою» частиною тіла, в якій розташовані мозок і органи чуття.

Пацієнт із головними болями знаходиться в неоднозначному становищі. З одного боку, він прагне серйозно і активно працювати головою, а з іншого – ця сама голова через болі являє собою гнітючу перешкоду. Якщо голова людини весь час відчуває тиск (тиск діяльності), то вона «повинна» почати хворіти. Крім того, головний біль є способом для розвантаження. Якщо, наприклад, гнів чи розчарування виявляються в головному болю, то пацієнту і його оточуючим зазвичай легше прийняти тілесну симптоматику, ніж психічну.

Часто пацієнти з головними болями – вихідці з сімей, де дуже високо цінуються розум і досягнення. Батьки нерідко були самі людьми діяльними і не могли приділити своїм дітям ні досить тепла, ні часу і

терпіння, відводячи мало уваги навіть власному тілу і почуттям, а також спілкуванню. Діти засвоюють концепцію, що вони живуть не заради себе, а перш за все для своєї раціональної діяльності. Вони все більше ідентифікуються з батьківською концепцією досягнень і звикають до тиску ззовні. Нездатні розслабитися або отримувати задоволення, вони самі тепер підставляють свою голову під цей тиск, вибираючи собі такі цілі, яких вони не в силах досягти. Відносини з іншими людьми також часто будуються залежно від того, наскільки це вигідно для роботи. У питаннях про світогляд, релігію і майбутнє постійно доводиться стикатися з песимістичними поглядами, що є наслідком «інтелектуального негативізму».

Характерними концепціями для осіб з головними болями є: «у мене немає часу», «перш за все робота», «я все зроблю сам», «я не роблю наполовину» і «треба ж хоч трохи думати головою».

Замкнуте життя пацієнтів з головним болем могло з'явитися результатом їх хвороби: важко бути приємним у спілкуванні, коли тебе переслідують постійні головні болі. Але відсутність соціальної підтримки може і сама по собі вважатися стресовим чинником, здатним підвищувати ризик виникнення головного болю. Відчуття самотності і покинутості може бути таким, що не сприймається, але в той же час потужним джерелом головного болю у людей, вже схильних до неї біологічно.

Немає ніяких сумнівів, що емоційний стрес, гострий або хронічний, робить багатьох пацієнтів більш сприйнятливими до хвороби. Що стосується деяких специфічних типів стресових чинників, які є, очевидно, найбільш сильними збудниками головного болю, то серед них відзначаються невдалий шлюб, робота з вимогливим і суворим начальником, тривалі невдачі або нещасне життя в родині. Іншими словами, ті стреси, що є хронічними або непереборними, являють собою найбільшу небезпеку.

Типовими для пацієнтів із головним болем є також деякі особистісні риси, які посилюють сприйняття несприятливих навколишніх чинників. У таких людей відзначаються схильність зробити все не просто добре, а найкращим чином, високі амбіції, сумлінність, підвищена емоційність, труднощі в двозначних ситуаціях, сильна потреба в соціальному схваленні і альтруїзм, часто супроводжуваний почуттям провини через недостатню альтруїстичність. Результатом є хронічний стрес, оскільки ці люди менш здатні захистити себе від надмірних вимог з боку інших, відчувають надто сильне почуття провини, щоб уникати обтяжливих завдань, і швидше за все поступляться, ніж дадуть себе втягнути в неприємну конфронтацію з оточуючими.

13.2. МІГРЕНЬ

Картина особистості

Напади мігрені являють собою особливу форму головного болю, що характеризується переважно латеральним пульсуючим болем, нудотою, блювотою, світлобоязню і супроводжується неврологічною симптоматикою. Хворі часто демонструють пригнічену ворожість, яка «являє собою ворожу заздрісну установку, специфічно спрямовану проти інтелектуальних досягнень інших. Це має значення при виборі органу страждання».

Ми можемо розуміти мігрень як «шахрайство». Вона служить приховуванням душевних конфліктів, які хворий «не має» повідомляти. Приступ мігрені може давати хворому елементи вторинного задоволення: він дає можливість маніпулювати родиною або карати навколишній світ.

Типовий пацієнт із головними болями – це обов'язковий, сумлінний, акуратний, такий, що неухильно прагне до досягнень і успіху, проте тим не менш зазнає краху, майже досягнувши своєї мети. Високу інтелектуальність пацієнтів із головними болями відзначають майже всі автори, вказуючи при цьому на слаборозвинену емоційну сферу. Ймовірно, «потрібно вміти мислити на відносно високому рівні, щоб стати пацієнтом, який страждає головними болями».

Бібліографічний список

Основна література

1. Бурлачук, Л. Ф. Психотерапия [Текст]: учебник для вузов (психологические модели)/ Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
2. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина [Текст] / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
3. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. [Текст] / Б. Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 1998. – 568 с.

Додаткова література.

4. Беннис, У. Теория группового развития [Текст] / У. Беннис, Г. Шепард // Современная зарубежная социальная психология: Тексты. – М.: МЕДпресс-информ, 1984. – С. 142 – 161.
5. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия [Текст] / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской. – Минск.: Вышэйш. шк., 1997. – 464 с.

Навчальне видання

**Кочарян Олександр Суренович
Федосєєв Віталій Альфредович
Завгородня Наталія Ігорівна**

ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИКИ

Редактор Т. Г. Кардаш

Зв. план, 2017

Підписано до друку 28.07.2017

Формат 60x84 1/16. Папір офс. № 2. Офс. друк

Ум. друк. арк. 6,2. Обл. вид. арк. 7,0. Наклад 100 пр.

Замовлення 250. Ціна вільна

Видавець і виготовлювач

Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського

«Харківський авіаційний інститут»

61070, Харків-70, вул. Чкалова, 17

<http://www.khai.edu>

Видавничий центр «ХАІ»

61070, Харків-70, вул. Чкалова, 17

izdat@khai.edu

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції сер. ДК № 391 від 30.03.2001