

Вінс В.А. Роль сім'ї у генезі та терапії психосоматичних захворювань дітей і підлітків / В.А. Вінс // Здоров'я дітей і молоді: безпекові та психолого-педагогічні аспекти: колективна монографія / За заг. ред. Н. І. Коцур. - Переяслав-Хмельницький (Київська обл.) : Домбровська Я.М., 2018. – 488 с. - С. 95-112.

THE ROLE OF THE FAMILY IN GENEZE AND THERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS PSYCHOSOMATIC DISEASES

Vins V.
PhD in Psychology, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Practical Psychology
SHEI «Pereiaslav-Khmelnytskyi State Pedagogical
University named after Hryhoriy Scovoroda»,
street Sukhomlynsky, 30,
Pereiaslav-Khmelnytskyi,
Kiev region, 08401, Ukrainian
e-mail: vinsviktoria@gmail.com

РОЛЬ СІМ'Ї У ГЕНЕЗІ ТА ТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

В.А. Вінс
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри практичної психології
ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний
університет імені Григорія Сковороди»,
вул. Сухомлинського, 30. м. Переяслав-Хмельницький,
Київська обл., 08401, Україна
e-mail: vinsviktoria@gmail.com

The article is devoted to the coverage the results of scientific research about the role of the family in the emergence and therapy of psychosomatic diseases in childhood and adolescence. Based on the analysis of literary sources on the problem of psychosomatic diseases, the stages and directions of the development of psychosomatic medicine have been singled out, according to which the role of violations of family relations in the construction of a particular model of family psychotherapy is considered.

As a result of the integration of the views of foreign and domestic authors, the etiological and pathogenetic factors associated with disruption of family functioning in basic psychosomatic diseases have been identified. In particular, it was revealed that the parental family in which the individual was born and raised plays a leading role in the formation of such pathogenetic factors of psychosomatic diseases as conversion, personality profile, infantilism, alexithymia.

The tactics of family psychotherapy, namely the use of group psychotherapy in working with psychosomatic patients, are defined. The main difficulties faced by the psychotherapist in the somatic clinic, the peculiarities of the conclusion of the psychotherapeutic contract and the involvement of the patient in the psychotherapeutic process are identified.

Key words: marital family, parental family, psychosomatic diseases, psychosomatic medicine, alexithymia, childhood and adolescence, family psychotherapy.

Стаття присвячена висвітленню результатів наукових пошуків про роль сім'ї у появі та терапії психосоматичних захворювань у дитячому та підлітковому віці. На основі аналізу

літературних джерел з проблеми психосоматичних захворювань, виділено етапи та напрями розвитку психосоматичної медицини, відповідно до яких розглянуто і роль порушень сімейних взаємин при побудові тієї чи іншої моделі сімейної психотерапії.

Унаслідок інтеграції поглядів зарубіжних і вітчизняних авторів виділено етіологічні і патогенетичні чинники, пов'язані з порушеннями функціонування сім'ї при основних психосоматичних захворюваннях. Зокрема, виявлено, що батьківська сім'я, в якій індивід народився і виріс, відіграє провідну роль у формуванні таких патогенетичних чинників психосоматичних захворювань як конверсія, профіль особистості, інфантильність, алекситимія.

Визначено тактику сімейної психотерапії, а саме особливості використання групової психотерапії у роботі з психосоматично хворими. Актуалізовані основні труднощі, з якими стикається психотерапевт у соматичній клініці, особливості укладання психотерапевтичного контракту і залучення хворого до психотерапевтичного процесу.

Ключові слова: подружня сім'я, батьківська сім'я, психосоматичні захворювання, психосоматична медицина, алекситимія, дитячий та підлітковий вік, сімейна психотерапія.

Постановка проблеми. За даними різних джерел сьогодні в Україні майже половина дітей відчуває напруженість у взаємостосунках з батьками. Міжособистісні стосунки в сім'ї є одним з найважливіших чинників формування самосвідомості дитини, впливають на її самовизначення в майбутньому, на розвиток її особистості, і, зрештою, на психічне здоров'я в цілому.

Психологічні чинники сім'ї з широким діапазоном симпатії, пошани, визнання, емоційної підтримки, психологічного захисту забезпечують емоційну стабільність членів сім'ї, активно сприяють збереженню їх психічного здоров'я. Будь-які відхилення на різних рівнях у цій мікросоціальній структурі здатні породжувати ті або інші порушення характеру міжособистісних відносин, емоційного і поведінкового компонентів взаємин, сприяючи формуванню різних психосоматичних захворювань.

Сплеск активності у вивченні сім'ї припадає на період середини 90-х років ХХ століття. Виразений інтерес до проблеми становлення сім'ї і виховання в ній підлітків можна помітити у дослідженнях Ю.Е. Альошиної, О.В. Антонюк, А.М. Волкова, Т.В. Галкіна, А.К. Дмитренка, Д. Майерса, Д.В. Ольшанського, А.П. Ощепкова, Б.М. Петухова, М.М. Обозова, Н.Ф. Федотова та ін. Вивченням проблем сім'ї та сімейних дисфункцій займалися такі психологи як К.Г. Юнг, К. Хорні, В. Сатір, Е.Г. Ейдемільер, В. Юстіцкіс і багато інших. Вони відзначали, що сім'я є самовідтворюючою функціональною системою, в яку молода пара вносить уже сформований характер, манери, ціннісні орієнтації, стереотипи поведінки, засвоєні в батьківському домі.

На даний момент особливо відчувається потреба в серйозному науковому дослідженні проблем сімейного виховання, оскільки саме батьківська сім'я, в якій індивід народився і виріс, відіграє провідну роль у формуванні несприятливих чинників психосоматичних захворювань. Ми вважаємо, що системний, науковий підхід, що спирається на сучасні досягнення в галузі сімейної психотерапії, дозволить попередити різноманітні проблеми у вихованні дітей та підлітків, зокрема мінімізувати появу психосоматичних зрушень.

Виклад основного матеріалу. Ще лікарі древньої Греції та Риму вказували на факти незаперечного психогенного впливу на соматичну сферу, описуючи зміни частоти пульсу при хвилюванні, почервоніння чи збліднення обличчя через емоційні переживання. Більш достовірним психосоматичний аспект у медичній теорії і практиці став вимальовуватися лише з другої половини ХІХ ст., коли ґрунтовного аналізу зазнали зміни соматичних функцій хворих на невроз та істерію. У сучасній психосоматичній медицині людину прийнято розглядати в якості єдиного цілого, як біологічний організм і людську особистість з усіма психологічними особливостями і соціальною сутністю.

Під **психосоматичними розладами** розуміються симптоми і синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), зумовлені індивідуально-психологічними

особливостями людини і пов'язані із стереотипами її поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньоособистісного конфлікту [6].

Існує декілька моделей формування психосоматичних розладів: а) психофізіологічна; б) психодинамічна; в) системно-теоретична; г) соціопсихосоматична.

Психофізіологічна модель. Основоположником вивчення вважається І.П. Павлов, вперше описавши умовні і безумовні рефлекси. Безумовні рефлекси є вродженими, а умовні формуються внаслідок навчання з метою адаптації до оточуючого світу. Цю проблему досліджували Кенон та Селі. Вони описали патогенез стресу, ввівши поняття адаптивного синдрому – неспецифічної реакції організму, в якій розрізняють три фази: тривога, протистояння і виснаження, які ведуть до соматичних змін.

Психодинамічні концепції. Початком психосоматики вважається вперше описані Фрейдом симптоми при істерії (сліпота, глухота, рухові порушення). Головна ідея даної моделі полягає в тому, що специфічність клінічних проявів слід шукати в конфліктній ситуації і причинами соматичних хвороб є перехід емоцій в тілесну реакцію.

Системно-теоретичні моделі. Системна концепція розуміє людину як відкриту підсистему, яка складається з різних рівнів організму – фізіологічного, когнітивного, емоційного і трансактного. Зміни на одному із рівнів діють в якості стимулятора на іншому рівні, визиваючи тим самим соматичні розлади.

Соціопсихосоматика. Прихильники вважають, що психосоматична хвороба є наслідком неправильного розвитку відносин між індивідом і соціальними структурами, в які він включений.

Кожна хвороба характеризується набором специфічних особливостей, що зачіпають значущі для пацієнта (реального або потенційного) сфери життєдіяльності. Можна виділити наступні параметри, на підставі яких оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне ставлення до неї [6]:

1. Вірогідність летального результату.
2. Вірогідність інвалідизації і хроніфікації.
3. Больова характеристика хвороби.
4. Необхідність радикального лікування.
5. Вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування.
6. Соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворих в мікросоціумі.
7. Вплив хвороби на сімейну сферу.
8. Вплив хвороби на сферу розваг і інтересів.

У своєму розвитку психосоматична медицина пройшла ряд етапів, на кожному з яких домінувала та або інша теоретична концепція. Відповідно до них розглядалася і роль порушень сімейних взаємин і будувалася та або інша модель сімейної психотерапії. Автори виділяють наступні напрями розвитку психосоматичної медицини [3].

Ортодоксальний психоаналіз і неофрейдизм. Тут домінує положення Зігмунда Фрейда про конверсію емоційного конфлікту на соматичні функції організму. Основним представником цього напрямку був Ф. Александер (F.Alexander, 1934). Вперше було показано, що симптоми соматичних захворювань можуть мати символічне значення і бути неусвідомленим вираженням пацієнтом внутрішньоособистісного конфлікту. Дійсно, ряд симптомів психосоматичних захворювань є своєрідною метафоричною формою вираження порушення реальних стосунків особистості, пов'язаних з дизфункціональними відносинами в сім'ях [1].

Концепція невризму. Набула значного поширення у фізіології медицини в 30-50-ті роки ХХ ст. і слугувала поштовхом до розвитку ідей біохевоіризму і методів поведінкової психотерапії психосоматичних захворювань. Вперше експериментально було доведено вплив екзогенних (в тому числі психологічних) чинників на фізіологічне функціонування шлунку, інших внутрішніх органів тварин і людини. Зокрема, вдалося показати особливу роль різноспрямованих умовних рефлексів у формуванні порушень поведінки, які знаходяться в основі артеріальної гіпертонії та інфаркту міокарду у тварин.

Концепція «охоронного гальмування» на багато років визначала тактику лікування хворих гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця та ін. (виключення з кола соціальних

відносин, режим пролонгованого відпочинку і сну, призначення седативних і снодійних засобів, переважання гіпносугестивних методів психотерапії – «гіпноз-відпочинок» за К.І.Платоновим) [3].

Концепція «профілю особистості» виявилася надзвичайно багатообіцяючою спробою пов'язати різні психосоматичні захворювання з різними типами (профілями) особистості, а саме знайти певну констеляцію через особистість для визначення захворювань.

В цілому, подальший розвиток цього напрямку не виправдав своїх надій на виявлення специфічних захворювань для психосоматичного кола хворих. В той же час завдяки цій концепції було встановлено ряд цікавих фактів. Наприклад, у багатьох хворих легенеvim туберкульозом виявлена підвищена чутливість до ослаблення емоційних контактів з їх сім'ями. Це створювало передумови для розробки методів сімейної психотерапії. Треба визнати, що незрозуміло - чи є ця чутливість преморбідною (перед хворобою) властивістю особистості або ж вона виникає в результаті захворювання?

Концепція «акцентуації особистості», розвинена А.Є.Лічко, сприяла пошукам зв'язків між типами ставлення до хвороби [5].

Концепція «десоматизації і ресоматизації» М. Счур (M. Schur, 1974) була сформульована в кінці 20-х років ХХ століття. У основі цієї концепції лежить уявлення про нерозривність соматичних і психосоматичних (емоційних) процесів у людини в період раннього дитинства, яка слабшає у міру її дорослішання. Таким чином, нормальний розвиток людини, на думку згаданого вченого, відповідає поняттю "десоматизація", а патологічний (зокрема з явищами ретардації або диспропорційності) — "ресоматизація" (Ковальов В.В., 1985). Відповідно до цієї концепції, схильність до психосоматичних захворювань зумовлена недостатньою диференціацією емоційних і соматичних процесів у осіб з явищами інфантилізму. Будь-яке емоційне порушення легко трансформується у них у порушення соматичних функцій. (М. Schur) показав значення адекватного психологічного дозрівання особистості у профілактиці психосоматичних захворювань. Жорсткий контроль з боку батьків у вигляді неправильного виховання – «домінуючої гіперопіки», «гіперпротекції» (симбіотичний зв'язок) - сприяє розвитку рис інфантильності, слабкості спонукальних мотивів до діяльності, замкнутості і безініціативності у дітей [5; 12].

Концепція «втрати значущих для індивіда об'єктів». Під об'єктом розуміються живі і неживі фактори оточення, до яких у суб'єкта є сильна прихильність. Такі фактори забезпечують комфортність самопочуття суб'єктів. Реальна втрата об'єктів або сприймання індивідом як втрати приводить, на думку Г. Фрейбергера, до станів, які класифікуються як соматизовані депресії. У свою чергу, ці клінічні стани знижують толерантність особистості до стресів, внаслідок чого може розвинутися психосоматичне захворювання. Багато в чому схожу точку зору відстоюють В.Д.Тополянський і М.В.Струковська [10].

Концепція «втрати значущих для індивіда об'єктів» є психологічним різновидом концепції стресу і станом «небезпеки» (W. Cannon) [3].

Вчення про алекситимію - термін «алекситимія» був введений П. Сіфнеосом (P. Sifneos, 1993) для позначення провідного психосоматичного розладу, який лежить, на його думку, в основі психосоматичних захворювань - обмеженої здатності індивіда до сприйняття власних почуттів і емоцій, їх адекватної вербалізації і експресивної передачі. Близьке розуміння особистісних проблем було запропоноване Паризькою школою Р.Марті і М.деМузан (1963) - "La pensee operateure" - нездатність осіб з психосоматичними захворюваннями до вільної фантазії, їх конкретність, заземленість і ригідність ціннісних орієнтацій. У даний час концепція алекситимії є найбільш поширеною. Висловлюється думка, що алекситимія більшою мірою властива тільки хворим психосоматичними хворобами на відміну від хворих невротами. Джерела алекситимії вбачаються в дисфункціональних стереотипах взаємин в сім'ях, в яких вільна експресія відчуттів не заохочується, особливо при зіткненні з реальністю і ламанням життєвих стереотипів. Завершуючи огляд основних напрямів розвитку психосоматичної медицини, необхідно підкреслити, що патогенез соматичних захворювань не може бути пояснений дією одного якого-небудь етіопатогенетичного чинника. Вони знаходяться в складній констеляції і певним чином ієрархізовані. Багато хто з перерахованих психологічних чинників, які здійснюють патологічну дію, формуються під впливом сімейного оточення.

Батьківська сім'я, в якій індивід народився і виріс, відіграє провідну роль у формуванні таких патогенетичних чинників психосоматичних захворювань, як конверсія, профіль особистості (тип акцентуації характеру), інфантильність («десоматизація» - «ресоматизація»), алекситимія.

Батьківська сім'я і власна сім'я пацієнта можуть сприяти зниженню толерантності до стресових ситуацій, сенсibiliзації до «втрати значущою об'єкту» і схильності до соматичних депресій.

Г. Стієрлінг (H.Stierlin. 1978) виділив 3 типи батьківських сімей у хворих із психосоматичними розладами [3]:

1. «Зв'язування» - характеризується жорсткими стереотипами комунікацій: діти інфантилюються, їх емоційний розвиток відстає.

2. «Відмова» («відвернення») - дитина ніби «відмовляється» від своєї особистості, розвивається аутизм і тенденція до автономності.

3. «Делегування». У батьків відбувається зрушення в очікуваннях по відношенню до дітей. Реальні досягнення дітей батьки ігнорують і переміщують на них свої нездійснені надії, ті маніпулюють ними як зі своєрідним продовженням власного "Я".

Розглянемо етіологічні і патогенетичні чинники, пов'язані з порушеннями функціонування сім'ї при основних психосоматичних захворюваннях, а також тактику сімейної психотерапії.

Бронхіальна астма. Роль психологічних чинників в розвитку цього захворювання визнається багатьма дослідниками. Різноманіття виявлених закономірностей може бути зведене до трьох груп чинників: профіль особистості, алекситимія, символічне відображення у симптомах внутрішньоособистісного конфлікту. У профілі особистості виявляють істеричні риси і підвищену іпохондричність, а також наявність неусвідомлюваної тривожності. Деякі вчені (V.von Weizsäcker, 1949 і M. Fuchs. 1965) в симптомі бронхоспазму вбачають символічний вираз особистісного конфлікту між потребою пацієнта в ніжності і страхом перед нею, а також суперечність у вирішенні проблеми «брати і давати». Інші автори (W.Brantigan, P.Christian, 1973) основне значення в розвитку бронхіальної астми відводять пригніченню матір'ю емоційних проявів у дитини в ранньому дитинстві - крику, плачу і так далі.

На думку Е.Г. Ейдемільера [12], батьківські сім'ї хворих бронхіальною астмою характеризуються стриманістю в прояві емоцій у її членів; батьки прагнули контролювати і пригнічувати ініціативу своїх дітей, блокувати несанкціоновані ними їх емоційні прояви. Корекція цих порушень в рамках сімейної психотерапії повинна, на думку авторів, здійснюватися у двох напрямках: 1) розвиток і посилення емоційних комунікацій в сім'ї з використанням невербальних технік; 2) розігрування рольових ситуацій в аспекті поведінкової сімейної психотерапії наступного змісту – «прохання», «вимога», «подяка» та ін. Така психотерапія, що проводиться у комплексі з іншими лікувальними впливами, приводить до полегшення протікання хвороби і значного зниження нападів бронхоспазму, а також редукції у 92,1% хворих бронхіальною астмою нервово-психічних механізмів патогенезу [2].

Туберкульоз легенів. Хоча і не всі розділяють думку, що туберкульоз легенів відноситься до психосоматичних захворювань (Ейдемільер Ю.Г., Купріянов СЮ.), проте багато закордонних авторів (Luban-Plozza Ст., Poldinger W., 1985) традиційно розглядають його в літературі по психосоматичній медицині. Ніякого специфічного особистісного профілю у цих хворих виявити не вдається. У зв'язку з цим великий інтерес представляють патохарактерологічні дослідження підлітків і юнаків з периферичною артеріальною гіпертензією, виразковою хворобою шлунку і туберкульозом легенів, які достовірно відрізнялися від здорових однолітків загальною високою акцентуованістю і великою частотою емоційно-лабільного і лабільно-істероїдного типів акцентуації характеру. На думку автора, це свідчить про підвищену вірогідність виникнення в їх житті стресових ситуацій, надмірну вразливість і підвищену чутливість до ставлення оцінок тих, хто їх оточує. Хворі виявляють гіперчутливість в ситуаціях позбавлення любові. Існуюча практика лікування туберкульозу легенів з тривалою ізоляцією в стаціонарах сприяє розвитку явищ депривації і ослабленню зв'язків у сім'ї.

Сімейна психотерапія повинна бути спрямована на стабілізацію емоційних відносин між членами сім'ї і усунення крайніх терапевтів в їх взаємовідносинах [12].

Гіпертонічна хвороба (ГХ). Профіль особистості у хворих на ГХ включає такі риси: 1) внутрішньоособистісний конфлікт між агресивними імпульсами і потребою залежати від значущих осіб; 2) перфекціонізм, тобто прагнення до досягнення високих соціальних цілей і високих стандартів соціального життя. Ці риси призводять до хронічного стресу і стану підвищеної готовності до психосоматичного реагування. Радянські дослідники (Льовін Г.З., 1976; Цейтіна Г.П., 1980; Калітєвська Е.Р., 1986) у таких пацієнтів виявили риси інтровертованості, емоційної лабільності і істероїдності. Вони менш адаптовані до стресових ситуацій, що виникають при зміні життєвих стереотипів. Вказані психологічні проблеми можуть бути посилені сімейним оточенням хворих.

Завданням сімейної психотерапії, на думку Е.Г.Ейдемільера, у такого кола хворих є досягнення усвідомлення пацієнтом власних емоційних проблем, ситуацій, що підтримують неконструктивне їх вирішення в сім'ї, і стереотипів своєї поведінки, що відводять пацієнта від власних емоційних проблем [12]. Як одна з психотерапевтичних технік, що найповніше відповідають поставленому завданню, може бути рекомендована методика "конструктивної суперечки" (G.Bach - S.Kratoch), яка сприяє вирішенню подружніх конфліктів.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інфаркт міокарду. Багато західних дослідників (Dunbar F., 1947; Jenkins C., 1972; Frejberger H., 1976; Peltzold E., 1978) виявили у стані, що передував захворюванню, у хворих з ІХС і інфарктом міокарду перфекціонізм і мотивованість на досягнення високих соціальних цілей. Хворі характеризувалися квапливістю у веденні справ, нетерпінням, відчуттям нестачі часу, відчуттям високої відповідальності за доручену справу. Автори не знаходили у них загальмованості, рис емоційної лабільності, підвищеної невпевненості в собі. Їх характеризує «поринання в роботу», на все останнє їм просто не вистачає часу. E.Petzold (1978) пояснював це тим, що в ситуаціях, орієнтованих на досягнення високих цілей, справи у них йшли краще, ніж у сімейному колі або колі друзів [3].

Основною метою сімейної психотерапії є, на думку авторів, подолання однобічності ціннісних орієнтацій хворих. На сеансах сімейної психотерапії пацієнт за допомогою своїх родичів вчиться розширювати діапазон соціально-психологічних ролей за рахунок набуття і поглиблення ролей «батька», «чоловіка», «матері» і «дружини». Надзвичайно важливим є подолання емоційного відриву хворого від сім'ї, який спочатку виявляється у неінформованості про життя сім'ї, а потім і у перенесенні стилю своїх професійних відносин в сім'ю.

На перших етапах сімейної психотерапії робиться спроба відшукування «союзника», тобто найбільш зацікавленого члена сім'ї у вирішенні ситуації, що склалася. Найчастіше «союзником» психотерапевта у пошуках альтернативних відносин в сім'ї виявляється дружина пацієнта, але можуть бути і діти. У подальшому здійснюється психотерапевтична робота з «союзником» по підвищенню його соціальної компетенції. Подружжям самостійно відшукуються способи підвищення привабливості сімейного життя для хворого (придбання красивої сукні, кокетування, дружба з дружиною керівника чоловіка, театр, концерти і так далі). Подібна програма виявляється тривалою, починається в стаціонарі і вимагає свого продовження в позалікарняних умовах.

Виразкова хвороба шлунку і 12п.кишки. До теперішнього часу виділено у даній категорії хворих 7 профілів особистості, що зумовлюють не тільки сам факт розвитку виразкової хвороби, але і її хронізацію, а також клінічні особливості її протікання.

Зупинимось лише на тих, формування яких найбільшою мірою пов'язане з функціонуванням батьківської і подружньої сімей.

1) *«Тиранічний пацієнт»* характеризується слабким Его, внутрішньою залежністю від оточення і в той же час інтенсивним страхом перед цією залежністю. Як гіперкомпенсаторна реакція в поведінці у нього виступає прагнення до тиранічного придушення оточуючих із спалахами агресивності у разі невдач. Частина пацієнтів виявляє, крім того, схильність до алкоголізму.

2) *Хворі з психопатичними рисами характеру або «неврозом» характеру*, з компульсивно-депресивними рисами і властивою їм тенденцією до постійного «розсіювання» агресивної напруги на оточуючих. Пацієнти виражають постійно незадоволеність, бурчать.

Сімейна психотерапія в першому випадку націлена на усвідомлення пацієнтом страху тих ситуацій, в яких найсильніше виникає страх і гіперкомпенсаторно виявляється прагнення втекти від цих переживань за допомогою тиранічної поведінки. Заняття повинні проводитися за принципом «тут і тепер» з використанням технік гештальттерапії. Пацієнт і його родичі можуть використовувати техніку «перевертань», тобто по черзі програвати ролі «агресивної» і «тиранічної», а потім «переляканої» людини. Обговорюється автентичність перебування в цих полярних ролях.

Дана психологічна проблема, на думку Е.Г.Ейдемільера, формується в батьківській сім'ї пацієнта, в якій або обидва, або один з батьків виявляли прагнення до домінування і придушення [12]. Така поведінка батьків викликала у їх дітей страх з подальшим формуванням психологічної захисної реакції у вигляді тиранії. Часто актуалізувалася гіперкомпенсаторна тиранічна поведінка в подружній сім'ї пацієнта. Сімейна психотерапія повинна сприяти підвищенню емпатії у членів сім'ї і створенню альтернативних стандартів взаємодії.

У другому випадку (пацієнт із «знервованим» характером) «розсіювання» пацієнтом агресивних емоцій створює негативне ставлення до нього самого з боку членів сім'ї і інших осіб. Ця негативна реакція ще більше форсує у пацієнта прагнення проявляти агресію, тобто формується «замкнене коло». Для його подолання рекомендується застосування техніки «конструктивної суперечки», метод «чесної боротьби».

Цукровий діабет. На думку М. Блюлера (M. Bluler, 1961) і Дж. Рудольфа (G. Rudolf, 1970), психологічний чинник може грати певну роль у виникненні цукрового діабету [3]. У той же час ніхто не заперечує те положення, що захворювання розвивається в результаті поєднання дії багатьох чинників біологічної і психологічної природи. Дж. Рудольф виділив три механізми, які сприяють захворюванню цукровим діабетом [3]:

1. Внутрішньоособистісні конфлікти і потреби компенсаторно задовольняються актом їжі (формула: «їжа-любов»). Інтенсивний апетит і схильність до ожиріння ведуть до стабільної гіперглікемії, яка, зрештою, функціонально ослабляє секреторну діяльність острівців Ларгерганса підшлункової залози.

2. Як результат ідентифікації їжі з любов'ю, знищення цієї емоції (блокування її) призводить до переживання стану голоду, який посилюється незалежно від прийняття їжі. Формується «голодний» метаболізм, який відповідає метаболізму хворого діабетом.

3. Неусвідомлені страхи, що зустрічаються впродовж хвороби, призводять до постійного реагування за типом «втеча – боротьба», супроводжуються гіперглікемією. Оскільки психологічна напруга адекватно не реалізується, діабет може розвиватися з початкової гіперглікемії. Показано, що порушення рольової структури в батьківських сім'ях приводить до лабільної течії і нападів кетоацидоза у дітей і підлітків, хворих інсулінозалежним типом цукрового діабету.

С. Мінучін (S.Minuchin, 1974) описав сім'ю Коллінзів, дочки яких з дитинства страждали на цукровий діабет і отримували інсулін. У старшої дочки лабільний перебіг хвороби, загострення якої супроводжується кетоацидозом. Проби на фізіологічну лабільність у обох сестер виявилися однаковими. З цією сім'єю за їх згоди був проведений експеримент, який полягав в тому, що батьки були включені у ситуацію переживання психологічного стресу, за яким дочки спостерігали з іншого приміщення через прозоре скло. У всіх членів сім'ї визначали рівень вільних жирних клітин (ВЖК), які є одним з біохімічних індикаторів емоційного стресу. Рівень ВЖК зростав через 5-15 хвилин після стресу. Після завершення стресової ситуації дітей пустили до батьків.

З'ясувалося, що дівчатка грають різні ролі відносно батьків. Кожен з батьків прагнув повернути на свою сторону старшу дочку, щоб вирішити подружній конфлікт. Після цього рівень ВЖК у батьків почав знижуватися. Знижувався він і у молодшої дочки, на яку ніхто з батьків не звертав увагу. У старшої дочки довше за всіх знижувався рівень ВЖК. Очевидно, що вирішення конфлікту в сім'ї не призводить до одужання хворих цукровим діабетом, але робить його протікання сприятливішим. Таким чином, сімейна психотерапія є найважливішим компонентом реабілітації хворих цукровим діабетом, особливо дітей і підлітків [3].

Виразковий коліт і хвороба Крона. Етіологія даних захворювань в даний час нез'ясована. Обговорюються вірусна, бактеріальна, імунологічна теорії патогенезу.

Провідна особистісна психологічна проблема — алекситимія. На думку Г.Фрейбергера (H.Frejberger, 1969), у хворих з виразковим колітом спостерігаються риси інфантильності, схильність до депресивних реакцій, які є результатом придушення агресивних імпульсів і емоцій. Завданням сімейної психотерапії є співдоторкання хворого з різними сторонами свого емоційного досвіду, усвідомлення ролі, яку він грав у сім'ї, підвищення віри в свої реальні можливості.

Використання групової психотерапії у роботі з психосоматично хворими.

Існує багато методів психотерапії. Традиційні психотерапевтичні методи ділять на раціональну і сугестивну терапію. Раціональна психотерапія заснована на раціональному, тобто усвідомленому розуміння пацієнтом причин і характеру протікання своєї хвороби. Цей метод проводиться у формі бесіди з пацієнтом і побудований на логічній аргументації впливу. Хворому у доступній формі повідомляється про причини захворювання і з допомогою запевнень змінюється його неправильне ставлення до свого хворобливого стану на більш оптимістичне. У процесі психотерапевтичної бесіди пацієнту ставляться прямі або непрямі запитання, обговорюються зв'язки його станів з різними життєвими ситуаціями, особливостями стосунків з іншими людьми. Такі бесіди проводяться індивідуально і з групою пацієнтів. Проблеми обговорюються і виносяться варіанти рішень. Головна мета психотерапії: логічно обґрунтувати проблему, роз'яснити, заспокоїти. Бесіди мають свої різновиди з включенням пацієнтів у певні дії. Тоді психотерапія може називатись: психодрама, ігрова терапія, арттерапія, музикотерапія та ін. [6].

Сугестивна психотерапія - це метод, який полягає у впливі на переживання пацієнта шляхом словесного переконання під час сну у стані повного розслаблення організму. Пацієнт повинен мати позитивний настрій і слухати тільки психотерапевта.

На думку ряду авторів [2; 3; 6; 11], головною трудностю, з якою стикається психотерапевт у соматичній клініці, є відсутність сформованого «замовлення» на психотерапію у хворих з психосоматичними захворюваннями. Основною причиною цього є соматоцентрична орієнтація адаптаційного образу хвороби. Це виявляється в особливостях скарг і потреби в біологічній схемі терапії, що проводиться. Хворий потрапляє на прийом до психотерапевта по двох основних причинах: активному направленні хворого інтерном через неуспішність терапії, що проводиться, або через труднощі спілкування з таким хворим (так звані «важкі хворі»), самостійне звернення хворого. При цьому функціонування системи лікар-хворий відбувається по механізму «невротичних ігор», де як причина звернення пред'являються вторинні, незначущі симптоми або провідний синдром, з одночасним пред'явленням несприятливого прогнозу психотерапії.

Основою укладання психотерапевтичного контракту і залучення хворого до психотерапевтичного процесу є ухвалення лікарем концептуальної моделі хвороби пацієнта. Соматоцентрична модель хвороби визначається двома основними моментами: нормативністю пред'явлення в соматичній клініці саме такої моделі і уявленнями про неможливість контролю над тілом і емоціями через аутокомунікацію.

Порушення аутокомунікації формуються в процесі соціалізації і можуть існувати в двох основних варіантах. Перший з них існує в рамках середовищецентричної орієнтації особистісно-соціумної взаємодії (ОСВ). При цьому варіанті відмова від контролю над тілом і емоціями пояснюється нормативними причинами: тіло розглядається як певний механізм, виданий суспільством. Через це немає необхідності розуміння процесів, що відбуваються в організмі, в змінах його роботи.

Другий варіант існує в рамках егоцентричної орієнтації ОСВ. При цьому тіло розглядається як елемент ворожого середовища, що вторгається в сферу "Я". Образ тіла носить розмитий характер і є або інфантильною, або екзотеричною моделлю. У таких хворих існує уявлення про психосоматичні зв'язки або можливість їх існування, проте вони пред'являють до контролю над тілом і емоційною сферою завищені вимоги. Уявлення про психотерапію у першій категорії хворих носять характер несерйозного, шарлатанського заняття, із спробою встановлення контролю над тим, чого немає, або що подібний контроль ненормативний. У другій категорії хворих психотерапевтичний процес розглядається як явно безперспективне заняття, внаслідок його тривалості і трудомісткості, безуспішних спроб встановлення контролю у минулому [9].

Клінічними проявами вищевикладених механізмів є алекситимія і синдром заперечення. Можна говорити про два типи того і іншого. У першому випадку алекситимія є соціально-детермінованою і може мати біологічну основу. У другому випадку алекситимія і синдром заперечення носить адаптаційний характер і має на меті збереження адаптаційного образу "Я". Як у тому, так і в іншому випадку ці феномени мають адаптаційний характер і спрямовані на оптимізацію процесу само актуалізації [4].

Вищевикладене, на думку авторів [3; 6; 11], диктує необхідність включення в структуру психотерапевтичного втручання додаткового етапу. Метою цього етапу є презентація можливості психосоматичних зв'язків, корекція образу тіла з перебудовою негативного ставлення до нього, відновлення або встановлення аутокомунікації.

Втручання на цьому етапі терапії включає три основні елементи:

1) Когнітивний, який формує уявлення про закономірності функціонування психіки в ОСВ і психосоматичних співвідношеннях.

2) Тренінговий, де на прикладі групової взаємодії в ході вільних дискусій і психотехнічних ігор ілюструються положення когнітивного елементу. Обидва ці елементи переслідували мету виробити механізми психічної компенсації і подолати алекситимію.

3) Медитація і візуалізація, спрямовані на встановлення аутокомунікації і формування позитивного ставлення до тіла.

За даними авторів, терапевтична сесія включає, як правило, всі три елементи і проводиться 2-3 рази на тиждень по 1-1,5 години. Основною перевагою такого підходу, на думку авторів, є можливість уникнути актуалізації механізмів психологічного захисту, оскільки основним маркером глибини і інтенсивності втручання є готовність пацієнта до нього, при цьому робота ведеться в рамках концептуальних уявлень хворого (міфів) про характер процесів, що відбуваються в його тілі, емоційній сфері і міжособистісних взаєминах. Поступовість втручання дає можливість хворому набути контроль над раніше неконтрольованими сферами.

Висновки. Резюмуючи представлений у даній статті матеріал, вкажемо, що психосоматичні розлади часто зустрічаються в практиці клінічного психолога, що вимагає знань діагностичних критеріїв даних розладів, а також уявлень про їх етіопатогенетичні корені. Побудова ефективного психологічного консультування, психокорекції і психотерапії цих розладів напряму пов'язано з теоретичними переконаннями практичного психолога-психотерапевта, врахуванням ролі сім'ї у появі значної кількості психосоматичних захворювань у дітей та підлітків.

Література

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2006. 336с.
2. Брызгунов И.П.. Психосоматика у детей. - М.: Психотерапия, 2009. 480 с.
3. Волков В.Т., Стрелис А.К., Караева Е.В., Тетенов Ф.Ф. Личность пациента и болезней. Томск: Сиб. мед. ун-т. 1995. 328 с.
4. Дилте Р., Халлбом Т., Смит С. Убеждения, пути к здоровью и благополучию. Орлеан: Метаморфоз пресс, 1993. 159с.
5. Личко А.Е. Роль неправильного семейного воспитания в развитии психопатий и акцентуаций характера у подростков // Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 128-132.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. 4-е изд. М.: «МЕДпресс-информ», 2002. 592с.
7. Пезешкиан Н.П. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. М.: Медицина, 1996. 464 с.
8. Семейное воспитание : Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Сост. П.А. Лебедев. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 408с.

9. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.
10. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1998, 384 с.
11. Чалык Ю.В. Медицина: история, концепции, парадигмы. Саратов: Аврора, 2005, 199с.
12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

References

1. Aleksander F. Psychosomatic medicine. Principles and applications. M.: Institut Obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2006. 336s. (In Russian).
2. Bryazgunov I.P.. Child's psychosomatics. - M.: Psikhoterapiya, 2009. 480 s. (In Russian).
3. Volkov V.T., Strelis A.K., Karavaeva E.V., Tetenov F.F. Personality of the patient and the illness. Tomsk: Sib. med. un-t. 1995. 328 s. (In Russian).
4. Dilte R., Khallbom T., Smit S. Beliefs, ways to health and well-being. Orlean: Metamorfoz press, 1993. 159s. (In Russian).
5. Lichko A.E. The role of improper family education in the development of psychopathies and character accentuations in adolescents // Borderline neuropsychiatric disorders. M., 1983. S. 128-132. (In Russian).
6. Mendelevich V.D. Clinical and medical psychology. Prakticheskoe rukovodstvo. 4-e izd. M.: «MEDpress-inform», 2002. 592s. (In Russian).
7. Pezeshkian N.P. Psychosomatic and positive psychotherapy: Per. s nem. M.: Meditsina, 1996. 464 s. (In Russian).
8. Family education: Khrestomatiya: Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ped. ucheb. zavedeniy / Sost. P.A. Lebedev. M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya», 2001. 408s. (In Russian).
9. Starshenbaum G.V. Psychosomatics and psychotherapy: Healing of the soul and body. M.: Izd-vo Instituta psikhoterapii, 2005. 496 s. (In Russian).
10. Topolyanskiy V.D., Strukovskaya M.V. Psychosomatic disorders. M.: 1998, 384 s. (In Russian).
11. Chalyk Yu.V. Medicine: history, concepts, paradigms. Saratov: Avrora, 2005, 199 s. (In Russian).
12. Eydemiller E.G., Yustitskis V. Psychology and psychotherapy of the family. 4-izd. SPb.: Piter, 2008. 672 s. (In Russian)