

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6  
Кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

з навчальної дисципліни **КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ**  
обов'язкових компонент освітньої програми першого  
(бакалаврського) рівня вищої освіти

*053 Психологія (практична психологія)*

**Тема №16 : «Психологія соматичного хворого»**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 30.08.23 №7

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету  
Протокол від 25.08.23 р. №7

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол від 15.08.2022 №8.

**Розробник:**

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук,  
доцент, Жданова І.В.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

### **План лекції (6 год):**

1. Поняття про «психосоматику».
2. Поняття та види «психосоматичних розладів».
3. Теоретичні підходи у психосоматиці.
4. Психологічні причини окремих психосоматичних розладів
5. Вплив соматичної хвороби на психіку людини.

### **Рекомендована література:**

#### **Основна:**

1. Діденко С.В. Клінічна психологія. Словник-довідник. К.: Академвадав, 2012, 320 с.
2. Ільїна Н. Клінічна психологія: навчальний посібник. Вид: «Університетська книга». 2020, 163 с.
3. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с
4. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. Для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с.
5. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Одеса: Астропринт, 2018. 287 с.

#### **Допоміжна:**

6. Гальчук О.Я. Клінічна психологія : навчальний посібник. К.: Атіка, 2012. 216 с.
7. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. К: ВНТУ, 2018. 108 с.
8. Хомуленко Т.Б. Основи психосоматики: навчально-методичний посібник Вінниця: Нова Книга, 2019. 120 с.
9. Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) О.С.Чабан, О.О.Хаустова. К., 2020.
- 10.Шебанова С.Г., Шебанова В.І. Клінічна психологія: навчально-методичний посібник. Херсон, 2019. 192 с.

### **Текст лекції.**

#### **Питання 1. Поняття про «психосоматику»**

Соматичне і психічне, хоча і є якісно відмінними явищами, але реально репрезентують лише різні сторони єдиної живої конкретної людини. Відривати ці сторони одна від однієї у дослідженнях проблеми хвороби є принципово невірним. Представники як психології, психіатрії, так і соматичної медицини поділяють думку про те, що при деяких розладах існує поєднання як психоемоційних, так і соматичних порушень.

Вчення про зв'язок соматичних захворювань і психічних процесів

(станів) виникло у Новий час - у період між XVII - XIX ст. - як самостійний розділ медицини, завдяки роботам Т. **Сиденема** (Т. Sydenham). Соматичні порушення, виникнення яких пов'язане з психоемоційними порушеннями, уперше назвав «психосоматичними» у 1818 році німецький лікар **С. А. Гейнрот** (у деяких перекладах - Хайнрот). Пізніше, у 1922 році, **М.Якобі** вводить термін «соматопсихічне», щоб підкреслити домінування тілесного (матеріального) чинника у виникненні деяких психічних захворювань. Термін «психосоматичний» остаточно прижився в медицині завдяки віденському психоаналітику Дойч, і з того часу психосоматична медицина позначилася як «прикладний психоаналіз в медицині».

**Психосоматика** - напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, який займається вивченням впливу психологічних факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в основі лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що уражуються.

**Психосоматика** - міждисциплінарний науковий напрям, в якому вивчаються психологічні, соціальні і культурні чинники виникнення тілесних захворювань (Ю.Фролова).

Тобто, психосоматичний напрям не є самостійною медичною або психологічною дисципліною - це підхід, що враховує різноманіття причин, які призводять до хвороби. Звідси різноманіття методів і технік, що дозволяють працювати з людиною цілісно.

## **Питання 2. Поняття та види «психосоматичних розладів».**

За даними ВООЗ, від 38 до 42/% усіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, відносяться до групи психосоматичних хворих. Лікування психосоматичних розладів все ще не є досить ефективним. Вони відрізняються хронічним перебігом і в деяких випадках тривають десятиліттями.

*Соматичні захворювання, що обумовлені психогенними факторами, називають «психосоматичними розладами».*

Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органу і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний напрям розглядається і як можливість «зцілення» від деперсоналізованої медицини (за І.Г.Малкіною-Пих).

У найбільш розповсюдженому трактуванні для психосоматичних розладів характерним є визнання значимості психологічних факторів як у виникненні, так і в посиленні чи послабленні соматичного (фізичного) захворювання. Таким чином, критерієм віднесення специфічного фізичного захворювання до психосоматичних є наявність психологічно значимих подразників з навколишнього середовища, що у часі пов'язані з виникненням чи загостренням даного фізичного порушення. Таке розуміння

психосоматичних розладів вважається широким, тому що до них відносять усі порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких тісно пов'язаний з нервово-психічними факторами, переживанням гострої або хронічної психологічної травми зі специфічними особливостями індивідуально-емоційного реагування людини на навколишнє середовище.

Клінічна практика показує, що психосоматичні розлади не уявляють собою однорідної групи захворювань як по їх характерним проявам, так і по етіології. За сучасними уявленнями, до психосоматичних захворювань і розладів відносять:

**1. Конверсійні симптоми** — символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони — первинні психічні феномени. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені у несвідоме.

**2. Психосоматичні функціональні синдроми** — виникають частіше також при неврозах. Такі «соматизовані» форми неврозів іноді називають «неврозами органів», системними неврозами або «вегетоневрозами». На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього. Такі депресії прийнято називати «маскованими» чи соматизованими депресіями. До групи функціональних психосоматичних синдромів часто також відносять і деякі психофізіологічні захворювання — мігрень і ряд інших подібних хвороб.

**3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози)** — в їх основі лежить первинна тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності у осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання, як правило, набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес. Іншими словами, етіопатогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх етапах захворювання, пов'язаний із психологічно значимими для особистості подразниками з навколишнього середовища. Однак, функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання.

Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: 1) есенціальна гіпертонія, 2) бронхіальна астма, 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку, 4) неспецифічний виразковий

коліт, 5) нейродерміт, 6) ревматоїдний артрит і 7) гіпертиреоїдний синдром. Це так звана «Чиказька сімка», яку Франц Александер виділив у 30-і роки XX століття.

**4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки** — схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я. Наприклад, схильність до травм характерна для особистостей із властивостями, що протилежні точності, старанності. Підвищене споживання їжі можна розуміти як індикатор престижу, соціальної позиції чи компенсацією невдоволення.

Сьогодні налічується близько **14 типів розладів, пов'язаних з впливом психологічних чинників** :

- стенокардія, порушення серцевого ритму, серцевні спазми;
- бронхіальна астма;
- хвороби сполучної тканини (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак);
- головні болі (мігрень);
- гіпертонія;
- гіпотонія;
- синдром гіпервентиляції, який супроводжується панічними і тривожними розладами, а також тахікардією;
- запальні захворювання кишечника (неспецифічний виразковий коліт, синдром роздратованої товстої кишки);
- хвороби ендокринної системи і порушення обміну речовин (цукровий діабет, гіпоглікемія, тиреотоксикоз, глюкозурія, зміни гормонального метаболізму (особливо адренкортикотропного гормону));
- нейродерміт;
- ожиріння;
- остеоартрит;
- виразка дванадцятипалої кишки; -
- алергічні розлади.

Однак, все, що традиційно вважаються «істинно» психосоматичними захворюваннями, насправді не більше пов'язані з дією психологічних чинників, чим будь-які інші. Тому правильніше говорити не про конкретні психосоматичні хвороби, а про взагалі соматичні розлади, пов'язані з дією психогенних чинників.

### **Питання 3. Теоретичні підходи у психосоматиці.**

Для того, щоб сформулювати адекватний сучасному стану знань погляд на взаємини між психікою і тілом, між психічними і соматичними проявами захворювань, необхідно проаналізувати цю проблему в історичному

контексті. У давньому суспільстві вважалося, що хворобу викликають духовні сили, а отже, і боротись з нею необхідно духовними засобами. Основні ідеї давньогрецького суспільства про психосоматичні співвідношення можна проілюструвати словами Сократа: «Неправильно лікувати око без голови, голову без тіла, так само як тіло без душі».

На сьогодні, можна виділити декілька теоретичних підходів у психосоматиці.

### **1. Характерологічно орієнтовані теорії**

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 Уільяма Шелдона. Класичні психосоматичні роботи цього напрямку належать американському лікареві Флендерс Данбар (1947).

**Теорія особистісних профілів** пов'язана з ім'ям Ф. Х. Данбар (F. H. Dunbar). У 1935 р. нею були опубліковані результати дослідження про зв'язок соматичних розладів з певними типами емоційних реакцій, до яких вважають за краще прибігати люди з тими або іншими характерологічними рисами. Вона звернула увагу на вкорінену в особистості схильність до реагування на психологічний конфлікт конкретним соматичним розладом. У 1948 р. Ф. Данбар закінчила розробку концепції особистісних профілів, в якій ця дослідниця стверджувала, що емоційні реакції на проблемні життєві ситуації є похідними від структури особистості хворого. З цієї тези витікало припущення, що кожне соматичне захворювання, що розвинулося внаслідок психологічного конфлікту, який людина не пропрацювала, пов'язане з цілком певним набором характерологічних рис і патернів міжособистісної взаємодії. Нею були виділені коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до повре

Для *коронарного типу особистості* (людей, які схильні до розвитку у них серцево-судинної патології) характерна підвищена агресивність, жорстокість, дратівливість, прагнення завжди бути лідером і переможцем, почуття цейтноту, високі домагання, змагальність, нетерпіння, гнівлива і ворожість по відношенню до інших. Провідною причиною серцевих розладів у «коронарної» особистості Ф. Данбар вражала пригнічення в силу соціальної або емоційної заборони емоції гніву. У 1974 р. американські кардіологи Роузенманн і Фридман назвали поведінку коронарної особистості «поведінкою типу А».

Для *гіпертонічного типу особистості* властиві підвищена гнівлива, відчуття провини за власні ворожі імпульси, виражена потреба у схваленні з боку оточення, особливо - авторитетних або керівних осіб.

У структурі *алергічного типу особистості* часто зустрічаються такі риси, як підвищена тривожність, незадоволена потреба в любові і захисті, конфліктне поєднання прагнення до залежності і незалежності, підвищена сексуальність (свербіж як символічна форма мастурбації).

## 2. Психоаналітичні концепції.

Наукова основа, на якій надалі розвивалися психосоматичні дослідження, була закладена **3. Фрейдом, що створив конверсійну модель**, згідно якої ущемлені емоції породжують конверсійні симптоми. Витіснені зі свідомості соціально неприйнятні інстинкти (агресивні, сексуальні) прориваються, набуваючи тієї або іншої символічної форми. Інша назва цієї концепції: концепція істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів.

### ***Теорія специфічного психодинамічного конфлікту Александера.***

Справжнім засновником сучасної психосоматичної медицини є Франц Александер. Мартін Гротіан сказав, що якщо Фройд порушив сон світу, то про Александера можна сказати, що він порушив сон психіатрів і психоаналітиків. При цьому він мав на увазі не тільки значний внесок Александера у розвиток «динамічної психіатрії», тобто психіатрії на психоаналітичній основі, але і його психосоматичні дослідження, завдяки яким психоаналітичний інститут у Чикаго під його керівництвом надовго став науковим центром нового напрямку. Александер у 1939 році разом зі своїми співробітниками заснував журнал «Psychosomatic Medicine», створивши необхідний форум для психосоматичних досліджень.

Згадані вище психосоматичні теорії виходили з диференційованих психологічних конструкцій, причому соматичне лікувалося виключно на психологічному рівні (конверсія, регресія, ресоматизація і т. д.). Александер уперше в 1950 р. запропонував *теорію психосоматичної специфічності, чи специфічних конфліктів*, згідно якої 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 зовні і що скидає напругу. На другому етапі оборотні функціональні симптоми ведуть до безповоротних змін в органі.

Тобто, кожній емоційній ситуації відповідає специфічний синдром фізичних змін, психосоматичних реакцій, такий, як сміх, плач, почервоніння, зміни в серцевому ритмі, диханні, і т.д., і, більш того, емоційні впливи можуть стимулювати чи придушувати роботу будь-якого органу. Психоаналітичні дослідження виявляють у багатьох людей неусвідомлювану емоційну напругу, що зберігається в продовж тривалого часу. В подібних випадках протягом тривалого часу будуть зберігатися і зміни в роботі фізіологічних систем, приводячи до порушення їхньої нормальної роботи і в остаточному підсумку провокуючи розвиток хвороби. Причому, оскільки при різних психічних станах спостерігаються різні фізіологічні зрушення, то і результатом різних несвідомих емоційних станів будуть різні патологічні процеси: підвищений кров'яний тиск – наслідком придушеного гніву, дисфункції шлунково-кишкового тракту – наслідком фрустрації залежних схильностей і т.д.

### ***Теорія алекситимії (Немайя, Сифнеос)***\_Термін «алекситимія» (від



грецьк. «а»-нездатність, «lexis» - слова, «thymos» — душа, настрої, почуття) ввели Немайя (ім'я англізоване від німецького Ноймайер) і Сифнеоса (Nemiah and Sifneos, 1970). Подібне значення має феномен «pensee operateire» (від франц.- «механічне мислення») французьких авторів Marty і де M'uzan (1963). Вихідним пунктом зазначених вище авторів було спостереження, що багато психосоматично хворих в ситуації обстеження (наприклад, психоаналітичного) поведуться інакше, ніж здорові люди і хворі з невротами.

Їхні висловлення часто банальні, пустослівні, вони не здатні розвивати свої думки, не можуть зрозуміти метафоричне значення висловів. Виявляється не тільки мовна бідність, але і нездатність до фантазування. Характерно, що під час контакту, особливо в критичній ситуації, хворі заміняють очікувані від них мовні обороти жестами, тобто у них спрацьовує тілесна іннервація. Психосоматичний суб'єкт при цьому відділений від свого несвідомого і тісно прив'язаний до навколишнього світу. Психосоматична регресія розцінюється як регресія «Я» на примітивний захисний рівень з агресивними й аутодеструктивними тенденціями у вигляді соматизації.

До теорій цього напрямку відносяться також більш історично ранні теорії: теорія де- і ресоматизації Шур, модель відмови від віри у майбутнє Ангеля і Шмале, концепція втрати об'єкту Фрайбергера, концепція двофазного захисту, або двофазного витіснення, Митчерлиха.

**Теорія стресу (Cannon, Сельє)** - експериментально-психологічні, клініко-фізіологічні, біохімічні і цитологічні дослідження наслідків емоційного стресу, що встановлюють вплив екстремальних і хронічних стресових ситуацій на сприйнятливність і особливості патогенезу, течії і терапії психосоматичних захворювань. У цей напрям входить велике число окремих напрямів вивчення психосоматичної патології (наприклад, стрес і адаптаційні реакції, стрес і стресові ушкодження, стрес-фактори і картина їх суб'єктивного переживання і т. д.).

### **3. Нейрогуморальні та психофізіологічні теорії**

*Нейрогуморальна теорія (Х.Сельє, Г. Енджел).* Нейрогуморальна теорія розглядає більшість психосоматичних захворювань як реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), що розуміють як прояви загального неспецифічного синдрому адаптації, «стресу» Selye Н. (1953) Для психосоматики значення мають деякі компоненти цього синдрому.

Загальний адаптаційний синдром є комплексом фізіологічних процесів, що відбуваються в організмі при його реагуванні на вплив. Основними учасниками реакції адаптації вважають вегетативну нервову систему, ендокринний апарат і гуморальні фактори. У відповідь на стресову ситуацію гіпофіз виробляє АКТГ, наднирники відповідають виділенням кортизону, адреналіну і норадреналіну, у сироватці крові збільшується рівень холестерину, тригліцеридів. Гіпофіз також впливає на щитовидну й інші ендокринні залози. Стан імунітету погіршується. У світлі нейрогуморальних теорій психосоматичні хвороби розуміють як відповідь на шкідливі фізичні і

психічні впливи Це зрівнює вплив психічного і фізичного.

В межах цієї теорії встановлюють вплив екстремальних і хронічних стресових ситуацій на сприйнятливості і особливості патогенезу, течії і терапії психосоматичних захворювань.

У цей напрям входить велике число окремих напрямів вивчення психосоматичної патології (наприклад, стрес і адаптаційні реакції, стрес і стресові ушкодження, стрес-фактори і картина їх суб'єктивного переживання і т. д.).

*Кортико-вісцеральна теорія (К.М.Биков, І. Т. Курцин).*

К. М. Биков і І. Т. Курцин (1960), базуючи на отриманих лабораторних і клінічних матеріалах, створили гіпотезу про кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань. Їх виникнення пов'язане з первинним порушенням коркових механізмів управління вісцеральними органами, зумовленим перенапругою збудження і гальмування в корі мозку. Були створені експериментальні неврози серця, судин, шлунку і кишківника, синдроми коронарної недостатності, виразки шлунка і т.д.

*Теорія порушення функціональної асиметрії мозку як причина психосоматичної патології (Косенков).*

Та інші теорії.

Представлені основні концепції психосоматичної патології показують, що неможливо вичленувати ізольовано специфічні психічні або фізіологічні констеляції, які б охоплювали увесь спектр проявів при цьому виді захворювань. Проте усі гіпотези сходяться в одному: соціальна дезадаптація - це головна причина виникнення психосоматичної патології.

Останнім часом розрізнені положення усіх розглянутих концепцій психосоматичних розладів об'єднуються у рамках **біопсихосоціальної моделі хвороби Джоуля Енжела** (G. L. Engel). Психосоматичний розлад слід розглядати як функцію безлічі чинників, серед яких психологічні грають провідну етіологічну роль з урахуванням конкретних життєвих обставин конкретної людини. До чинників, що відповідають за розвиток психосоматичних розладів, відносяться:

природжена конституція тіла, робота ендокринних, фізіологічних і нервових систем;

- родові травми;

- органічні захворювання в дитинстві, внаслідок чого певний орган стає уразливим;

- тип догляду за дитиною в дитинстві (як заколисували, привчали до туалету, годували, спілкувалися і т. п.);

- випадкові фізичні травми в дитинстві;

- випадковий досвід психотравмуючих переживань в дитинстві;

- емоційний клімат в сім'ї у поєднанні з особистісними якостями батьків і сиблінгів (братів і сестер);

- фізичні травми в дорослому віці;

- дорослий досвід психотравмуючих переживань в особистих і

професійних стосунках.

Ці чинники не лише беруть участь у походженні психосоматичних розладів, але і роблять індивіда уразливим до психоемоційних стресів, утрудняють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення і обважнюють течію соматичних порушень.

#### **Питання 4. Психологічні причини окремих психосоматичних розладів**

Ідея щодо взаємозв'язку тілесного і психічного відбита не тільки у наукових, а й науково-популярних роботах, зокрема у книгах Луїзи Хей, Ліз Бурбо та інших психологів. Автори розглядають психологічні причини багатьох соматичних проблем із здоров'ям. Зупинимось на деяких з них.

- *Хвороби серця* найчастіше виникають як наслідок нестачі любові та безпеки, а також від емоційної замкнутості. Людина, що не вірить у можливість любові або ж забороняє собі виявити свою любов до інших людей, неодмінно зіткнеться з проявами серцево-судинних захворювань.
- *Артрити*, як помічено, вражають людей, які не можуть сказати «ні» і звинувачують інших у тому, що їх експлуатують.
- *Гіпертонія* нерідко виникає через самовпевнене бажання взяти на себе непосильне навантаження, працювати без відпочинку, потребою виправдати очікування оточуючих людей, залишитися значущим і шанованим у їх очах, у зв'язку з чим відбувається витіснення власних глибинних почуттів і потреб.
- *Проблеми з нирками* бувають викликані осудом, розчаруванням, невдачею в житті, критицизмом. Цим людям постійно здається, що їх обманюють і зневажають. Подібні почуття і емоції призводять до нездорових хімічних процесів у тілі.
- *Збій імунної системи* і, як наслідок, застуда є для людини сигналом з боку організму: «Зупинися, зроби перепочинок, ти занадто багато намагаєшся встигнути!»
- *Астма, проблеми з легенями* бувають викликані невмінням (або небажанням) жити самостійно.
- *Шлункові проблеми* — виразковий коліт, запори - є наслідком переживання помилок минулого, небажання відпустити старі ідеї і взяти на себе відповідальність за сьогодення. Шлунок чутливо реагує на наші проблеми, страхи, ненависть, агресивність і заздрість. Придушення цих почуттів, небажання признатися собі в них, спроба проігнорувати і «забути» їх замість осмислення, усвідомлення та дозволу, можуть стати причиною різних шлункових розладів.
- *Тривале роздратування*, яке має місце у стані стресу, веде до гастриту.
- *Запори* свідчать про надлишок накопичених почуттів, уявлень і переживань, з якими людина не може або не бажає розлучитися, не може звільнити місце для нових.

- *Печія* — свідчення витісненої агресивності.
- *Проблеми із зором* — небажання щось бачити, неприйняття навколишнього світу таким, яким він є. Аналогічно — проблеми зі слухом. *Недочування, глухота* настають тоді, коли ми намагаємося ігнорувати інформацію, яка приходить до нас на аудіальному рівні.
- *Інфекційні захворювання*. Пусковими механізмами є роздратування, злість, досада. Будь-яка інфекція вказує на душевний розлад. Слабка о
- *Ожиріння* — прояв тенденції захищатися від чогось. Почуття внутрішньої порожнечі часто пробуджує апетит. Процес поглинання їжі забезпечує багатьом людям відчуття «придбання». Але душевний дефіцит не заповниш їжею.
- *Проблеми з зубами* найчастіше бувають викликані нерішучістю, невмінням приймати самостійні рішення. Така людина боїться наслідків своїх рішень. віднімає в зубів твердість. Саме таким чином імунна система людини реагує на внутрішню нестійкість мрій, невпевненість у досягненні обраної мети, усвідомлення «нездоланності» життєвих труднощів.
- *Проблеми зі спиною* можуть бути наслідком пережитого, нестачі підтримки, внутрішнього перенапруження, зайвої вимогливості до себе.
- *Безсоння* — втеча від життя, небажання визнавати його тіньові сторони. Потрібно знайти істинну причину занепокоєння, навчитися підводити підсумки дня, повернути собі нормальний ритм, дозволити собі ввечері догляд в сон — все це допоможе вирішенню проблеми.
- *Ланцюг нещасних випадків* свідчить про те, що людина відчуває себе в чомусь винною і рефлекторно карає себе.

## **Питання 5. Вплив соматичної хвороби на психіку людини.**

Роль психологічних і фізіологічних чинників у формуванні психосоматичного захворювання є взаємозалежною, тобто психологічні чинники здатні впливати на виникнення соматичних захворювань (психосоматика), а перенесені гострі або тривалі хронічні захворювання неминуче впливають на психічний стан людини (соматопсихологія), коли у довго хворіючої людини псується характер, з'являються істеричні реакції, погіршується сон, змінюється апетит, а також з'являється інші негативні прояви.

При такому розумінні психосоматичних стосунків можна було говорити про їх двонаправленість: не лише від психічних процесів (під якими розумілася активність кори і взагалі ЦНС) до тіла, але і навпаки - від тіла до психічних процесів. Іншими словами, могло йтися вже і про так звані "соматопсихічні" розлади, під якими розумілися порушення психічної (а точніше - психофізіологічною) діяльності в умовах соматичного захворювання.

Соматопсихічний напрям був закладений працями психіатрів С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Гіляровського, Є. К. Краснушкина. У клініко-психологічних дослідженнях в межах цього напрямку було встановлено, що є два шляхи патогенного впливу соматичної хвороби на психіку:

- власне соматогенний (дія інтоксикації на ЦНС) і
- психогенний (гостра реакція особистості на захворювання і його наслідки).

Дійсно, хронічне соматичне захворювання істотно змінює соціальну ситуацію розвитку особистості : змінюються можливості в здійсненні тих або інших видів діяльності, гри, обмежується круг контактів з оточенням, коригується бачення свого місця в житті, змінюється сприйняття часу, картина життя. Усе це може призводити до зниження вольової активності, зміни мотиваційного компонента діяльності і поведінки, звуження круга інтересів і загального зубожіння особистості.

Є. Т. Соколова і В. В. Ніколаєва звертають увагу на важливий механізм соматопсихічних відносин – *механізм «замкнутого круга»*. Він полягає в тому, що порушення, що спочатку виникає в соматичній сфері, викликає психопатологічні реакції, що дезорганізують особистість, а ці реакції, у свою чергу, виступають причиною подальших соматичних порушень. Ця ідея також розкривається в понятті «*психосоматичного циклу*», коли періодична актуалізація психологічних проблем і пов'язаних з ними тривалих або інтенсивних переживань призводить до загострення хронічного соматичного розладу або формує новий соматичний симптом.

У соматичного хворого якісно міняється психічний стан. Хвороба змінює сприйняття і відношення людини до навколишніх подій, до самого себе, створює особливе положення серед близьких людей і в суспільстві. Порушується звичний ритм життя, праці, відпочинку, сну. Відбувається перебудова в значенні відчуттів : велика кількість інтероцептивних сигналів веде до того, що вони заповнюють усі інтереси хворого і придбавають незабутню значущість.

Порушення психіки при соматичних захворюваннях може проявлятися у наступному:

а) Зміна психічної діяльності при соматичних захворюваннях виражається найчастіше невротичними симптомами.

б) Якщо є велика інтоксикація або хвороба розвивається гостро можливі соматогенні психози, що супроводжуються станами зміненої свідомості.

в) У ряді випадків соматичні захворювання (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, цукровий діабет та ін.) призводять до виникнення психоорганічних розладів (збільшується стомлюваність, дратівливість, образливість, послаблення пам'яті, зниженні працездатності).

г) Часто може бути зміни особистості - це при тривалому соматичному захворюванні, коли необхідно місяцями і роками знаходитися в стаціонарі,

або людина займає у сім'ї «особливе положення хворого». Ці зміни - патологічний розвиток особистості (виникають нові риси, раніше не властиві цій людині) - наприклад, егоцентризм, егоїзм.

З 1980 р. для позначення соматичних симптомів, які мають виключно функціональну природу, але при цьому у пацієнта не вдається виявити значимих психологічних чинників, введено поняття **соматоформних розладів**.

Головною відмінністю соматоформних розладів від психосоматичних є те, що при соматоформних розладах функціональні або незначні органічні порушення супроводжуються надмірною тривогою за своє фізичне здоров'я. Загальним для усіх соматоформних розладів актуальним психологічним станом є гостро виражена потреба в увазі і турботі з боку тих, кому пред'являються скарги. Надмірна заклопотаність станом свого здоров'я зазвичай пов'язана з психосоціальними і емоційними проблемами людини. Але обтяжливих психологічних чинників при цьому не виявляється.

До соматоформних розладів також відносять постійну заклопотаність можливістю захворювання декількома або одним, але обов'язково важким, соматичним розладом (іпохондрія). А також – соматизовані симптоми у вигляді повторних нападів блювоти, болю в животі, шкірного свербіжу, паління, колення, оніміння, порушень сексуальних функцій, що супроводжуються виразною тривогою і депресією.

Соматоформні розлади часто виникають у таких дітей, які живуть в сім'ях з важко хворим родичем. Низька толерантність до фізичних навантажень також є одним з індикаторів можливих соматоформних реакцій. Такі діти намагаються уникати фізичних перевантажень, мотивуючи це тим, що навантаження викличуть у них загострення поганого самопочуття. Вони заклопотані прагненням «берегти сили».

Перевантаження або стрес також сприяють виникненню соматоформних розладів.