

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

**Факультет № 6
Кафедра соціології та психології**

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «Психологічне консультування»

**обов'язкових компонент освітньої програми
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти**

053 Психологія (практична психологія)

(для денної та заочної форми навчання)

**Тема 12: Особливості консультування при алкоголізмі, асоціальних
особистостей, клієнтів із психосоматичними розладами**

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол № 7 від 30.08.2023

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол № 7 от 25.08.2023

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол 7 від 29.08.2023

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол № 8 від 15.08.2023

Розробник:

Доцент кафедри соціології та психології, канд. психол.наук, доцент Чепіга
Л.П.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри практичної психології Навчально-наукового інституту педагогіки, психології, менеджменту та освіти дорослих Української інженерно-педагогічної академії, канд. психол. наук, доцент Казарова А.М.
2. Професор кафедри соціології і психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор соціологічних наук, професор Нечітайло І. С.

**(Презентація 1) ЛЕКЦІЯ 12 ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТУВАННЯ
ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ, АСОЦІАЛЬНИХ ОСОБИСТОСТЕЙ, КЛІЄНТІВ
ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Навчальні питання:

- 1. Консультування асоціальних особистостей**
- 2. Консультування при алкоголізмі**
- 3. Консультування клієнтів із психосоматичними розладами**

Література:

Основна література:

1. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування: Навчальний посібник. -К.: Четверта хвиля, 2018. - 256 с.
2. Васьківська С.В. П'ять вимірів психологічного консультування: навчальний посібник. - Київ, Ніка-центр, 2019. - 400 с.
3. Гендер у психологічних та соціологічних дослідженнях : навч. посіб. / Л.О. Шевченко, Ю.В. Кобікова, І.В. Ламаш та ін.; [Міжнар. благод. фонд "СНІД Фонд Схід-Захід", Харк. нац. ун-т внутр. справ]. - Київ : [б.в.], 2015. - 148 с.
4. Консультативна психологія: підручник / І.С.Булах, В.У.Кузьменко, Е.О.Помиткін [та ін.] : – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. - 482 с.
5. Хомич Г. О., Ткач Р. М. Основи психологічного консультування: навч. посіб. К.: МАУП, 2004 https://maup.com.ua/ua/navchannya-u-maup/library/pidruchniki/psihologiya/osnovi_psihologichnogo_konsultuvannya-2.html
6. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посіб. / І. М. Цимбалюк. – 2-ге вид., випр. і доп. – К. : Професіонал, 2007. – 544 с.

Допоміжна література:

7. Кулакевич Т.В. Технології психологічного консультування: «Сімейне консультування»: Курс лекцій. / Кулакевич Т.В. – К.: КиМУ, 2017.
8. Опанасенко Л.А. Основи психологічного консультування: у схемах і таблицях / Л.А. Опанасенко – Миколаїв : Іліон, 2019.
9. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія професійної комунікації: навч. посіб. / Л. Е. Орбан-Лембрик. – Чернівці : Книги-XXI, 2010.
10. Основи психоконсультування: навч. посіб. / упоряд. і ред. Т. Л. Надвинична. – Тернопіль: ТНЕУ, 2019. – 200 с
11. Рябко Ю. В. Техніки і моделі психологічного консультування: навчальний посібник. / Рябко Ю. В. - Глухів: РВВ ГНПУ ім. О. Довженка, 2013.
12. Сергієнко Н.П. Основи психологічної практики: Курс лекцій. – Х.: НУЦЗУ, 2011.

13. Словник-довідник психолога-консультанта / Н. В. Гаркавенко, Я. В. Чаплак, С. К. Шандрук, І. І. Солійчук. Чернівці, 2010.
14. Чепелева, Н. І. Поєднання індивідуальної та сімейної психотерапії у роботі з родинами
15. Шевченко Л. О. Чепіга Л. П. Практична психологія : навч. Посібник Харків : Константа, 2018. - 191 с.

(Презентація 2) Консультування асоціальних особистостей

Асоціальність — один із найскладніших та важкопрогнозованих психічних розладів особистості, що проявляється не стільки різноманітними симптомами, скільки відхиленнями в поведінці. Раніше це порушення діагностувалося як "психопатична особистість" або "соціопатична особистість". Соціопати слабо соціалізовані, вони живуть заради задоволення своїх інстинктивних потреб, не звертаючи уваги на норми моралі, вимоги суспільства, тому схильні постійно порушувати правила та закони співіснування, незважаючи на можливі наслідки.

Асоціальну особистість не слід плутати з особою, яка поводить асоціально внаслідок внутрішніх невротичних конфліктів. Невротик відчуває провину через свою поведінку, що абсолютно не властиво асоціальній особистості.

Хоч ознаки асоціальної поведінки можуть проявитися задовго до юнацького періоду, проте саме в юності асоціальність стає особливо помітною та проявляється в агресивності, безладній сексуальній поведінці, у схильності до вживання алкоголю й наркотиків.

Консультант повинен знати, що асоціальна особистість — це не просто трохи інша людина. Вона кардинально відрізняється від інших — ставленням до себе та людей, метою життя. Асоціальна особистість сприймає інших людей як джерело небезпеки чи насолоди, не звертаючи уваги на їхню безпеку, задоволення потреб, зручності. Вона переживає власні потреби як невідкладні та незаперечні, відкласти реалізацію яких чи замінити чимось іншим немислимо. Задоволення потреб веде до розпусти, стану пересичення, але не до переживання щастя з властивим йому почуттям підвищення самоповаги.

Асоціальна особистість нетерпляча, зорієнтована на моментальне задоволення, керується безпосередніми потребами та не в змозі терпіти затримку в задоволенні потреб. Вона може вкрати тому, що в даний момент не має із собою грошей чи просто не хоче докладати бодай найменших зусиль, щоб отримати бажане законним способом. Від асоціальних дій не стримує навіть загроза покарання.

Імпульсивність у задоволенні потреб супроводжується приступами агресивності в стані фрустрації. Через відсутність емпатії агресивним реакціям часто властива жорстокість, навіть садизм.

Асоціальна особистість не здатна встановлювати тісні міжособистісні взаємини. Дружба вимагає від людей якостей, які їй не властиві. Асоціальні

індивіди можуть лише брати від інших, але нічим не хочуть жертвувати, і це породжує сімейні негаразди. Вони орієнтуються виключно на себе та не сприймають інших людей як таких, що мають права та почуття. Інші люди для них — лише засіб для досягнення власних цілей. Асоціальна особистість нерідко паразитує на оточуючих, використовуючи свою зовнішню привабливість. Внаслідок наведених причин консультанту важко виявляти симпатію до таких клієнтів, а їх нездатність встановити близькі та осмислені стосунки заважають отримати користь від консультування та психотерапії. Однак, беручи до уваги такі особливості асоціальної особистості, консультант не повинен поспішно звинувачувати себе, коли не вдається встановити з таким клієнтом емоційний контакт. Асоціальні особистості рідко потрапляють до консультанта за власним бажанням. Частіше їх направляє школа чи інші заклади, тому консультанту слід з'ясувати причини приходу клієнта на консультування.

Встановлювати контакт з асоціальними клієнтами дуже важко, тому що вони переносять свій повсякденний стиль життя та спілкування в консультування. На початку консультування такі клієнти можуть ввести в оману консультантів, особливо недосвідчених, своїм зовнішнім виглядом та фальшивою доброзичливістю, умінням підлеститися. Консультант, бажаючи допомогти, може зайве перестаратися та стати об'єктом маніпуляцій з боку клієнта. У цьому розумінні асоціальна особистість є для консультанта навіть небезпечною.

Асоціальна особистість здатна спритно уникати відповідальності за непристойну поведінку, раціоналізуючи її та перекладаючи провину на інших. Тривале спілкування з такою людиною завжди спричинює невдоволення, конфліктні ситуації.

Працюючи з асоціальними клієнтами, консультанту іноді важко ідентифікувати свої почуття та покладатися на них. Однак, попри значні труднощі, це єдиний спосіб уникнути маніпуляцій з боку клієнта та продовжити виконання роботи.

Консультування при алкоголізмі

Алкоголізм — це одна з найгостріших соціальних проблем сучасності, одна з найскладніших медичних проблем і, зрештою, одна з найважливіших проблем психологічної та психіатричної допомоги.

Існує немало визначень алкоголізму. Одні вважають, що алкоголізм можна діагностувати, коли вживання алкоголю порушує здоров'я та стає необхідним для підтримання нормальної активності. Інші відносять алкоголізм до особистісних відхилень, що проявляються в психічній та фізичній залежності. Треті називають алкоголізмом регулярне вживання алкоголю, що тягне за собою проблеми в стосунках із членами сім'ї, родичами, друзями, співробітниками, а також протиправні дії; при цьому людина не в змозі добровільно відмовитися від вживання алкоголю. В

останньому випадку абсолютна кількість алкоголю, який вживає людина, не дуже важлива.

Причини алкоголізму намагаються пояснити по-різному. Загальновизнаного пояснення досі не існує. Як правило, йдеться про соціальні, біологічні та психологічні причини. Біологічні причини пов'язують з особливостями метаболізму індивіда — деякі люди дуже чутливі до алкоголю. Інші, навпаки, вирізняються підвищеною толерантністю до нього: вони вживають надмірні дози спиртних напоїв та стають алкоголіками. Добре відомо, що діти алкоголіків частіше страждають на алкоголізм, а це вказує на важливість генетичних чинників. Ті, хто віддають першість біологічним причинам походження алкоголізму, впевнені в перевагах лікування фармакологічними засобами. Однак таке лікування не завжди є ефективним.

Психологічні причини алкоголізму вбачають у спробах індивіда вирішити свої проблеми за допомогою найдоступнішого засобу — алкоголю. Оскільки спиртні напої дійсно допомагають тимчасово зменшити емоційну напругу, вживання алкоголю може стати звичним засобом зняття стресів. Поступово для досягнення бажаного результату потрібно вживати все більші дози. Із збільшенням кількості алкоголю та частоти його вживання виникають типові розлади: мислення стає обмеженим, сповільнюються фізичні реакції, псується стосунки з людьми. З'являються нові проблеми, значно серйозніші від тих, заради яких вживався алкоголь. Дослідження особистості алкоголіків показують, що більшість із них емоційно незрілі, залежні та пасивні. Внаслідок низького порогу чутливості вони постійно відчують потребу в зменшенні тривожності. До вживання алкоголю спонукає і те, що він полегшує прояв почуттів, у тому числі ворожих. З іншого боку, після епізодів інтенсивного п'янства нерідко проявляється почуття провини та бажання позбутися поганого настрою знову спонукає до вживання алкоголю.

Висування на перший план психологічних чинників зумовлено дієвістю психологічної допомоги при алкоголізмі порівняно з біологічною терапією. Однак вибір конкретних способів допомоги при алкоголізмі залежить від обізнаності консультанта із цими проблемами. Наприклад, консультант потерпає від негативних переживань у зв'язку з алкоголізмом рідних чи сам зловживає алкоголем, і це впливає на його установки. Він може відчувати антипатію до алкоголіка та не бачити в ньому людини. Відсутність співчуття не дає змоги встановити з клієнтом продуктивний консультативний контакт. У таких випадках потрібно відмовитися від роботи, тому що для успішного консультування все ж необхідно за огидною поведінкою алкоголіка бачити обличчя людини.

Стратегія та тактика роботи консультанта базуються на розумінні причин алкоголізму.

Деякі консультанти трактують алкоголізм як шкідливу звичку, слабкість характеру. Серйозної причини для випивки ніби й немає — п'ють,

власне, тому, що подобається, не вистачає сили волі, хтось розсердив, неможливо протівитися впливу друзів або просто так вийшло.

Консультант при такому підході відверто говорить клієнту, що він думає про алкоголіків узагалі та конкретно про клієнта, а також пояснює, що той повинен робити. Зрозуміло, слід перестати пити, більше часу приділяти сім'ї, роботі, знайти хобі тощо. Інколи настанови мають хороший безпосередній ефект — клієнт перестає пити та починає «нове життя».

Проте слід пам'ятати, що алкоголіку неважко на деякий час кинути пити. Він кидає пити десятки й сотні разів з різних причин. Інколи такі періоди співпадають з «виховними зусиллями» консультанта, і перерва в питті буває досить довгою. Якщо пияцтво супроводжує гостре відчуття провини, зусилля самого клієнта можуть зменшити потребу у випивці. Отже, повчання та моралізаторство в роботі з алкоголіками — не завжди даремне витрачання часу.

Тим не менше, проблема залишається — через деякий час клієнт, як правило, починає пити знову.

Консультанти, які пов'язують проблеми пияцтва з життєвими турботами, намаганням втекти від важкої реальності, усю свою енергію спрямовують на розкриття труднощів та проблем, яких уникають клієнти. І більшість клієнтів охоче говорять про свої труднощі — важке бездомне дитинство та юність, невдалий шлюб, проблеми на роботі тощо. Це нерідко викликає співчуття, навіть бажання конкретно допомогти (дати грошей, щось купити, знайти житло). Доброчинність консультанта інколи приносить безпосередній ефект, але, як правило, ненадовго. Консультант повинен бути люб'язним із клієнтом, проте не м'якосердним, оскільки легко можна стати жертвою маніпуляцій клієнта, бо алкоголіки відзначаються вмінням викликати співчуття, залучити на свій бік і таким чином утримувати консультанта на безпечній відстані.

Вбачаючи причини алкоголізму насамперед у життєвих труднощах, ми часто не помічаємо суттєвий чинник — внутрішні конфлікти клієнта, його страх перед самим собою.

У чому вихід? Насамперед консультанту слід мати на увазі, що деяким алкоголікам узагалі неможливо допомогти. Для алкоголіка важливою є думка консультанта про нього. Багато алкоголіків чутливі до критики; вони займають захисну позицію та стають замкнутими. Алкоголік такою ж мірою заслуговує на повагу, як і будь-яка інша людина. У бесіді слід допомогти йому зрозуміти самого себе. Більшість алкоголіків, незважаючи на чутливість до критики, мають низький рівень самооцінки. Безмірне пияцтво часто спричинює ненависть до себе та бажання самознищення.

Розкрити сутність свого внутрішнього світу алкоголіку складно та навіть ризиковано. Клієнт, зіткнувшись із фактом, що його страхи та таємниці доступні сторонній людині, може відчувати напади тривоги та починає агресивно реагувати на консультанта, а потім пиячити ще більше.

Хоч і парадоксально, але подібним чином алкоголік сприймає і поверхневий підхід консультанта, намагання уникнути обговорення гострих питань та відмову від проникнення до його внутрішнього світу.

Консультант, власне кажучи, опиняється в безвихідному становищі — що б він не робив, усе закінчується одним результатом — клієнт повертається знову до алкоголю. Це ранив професійне самолюбство та є однією з головних причин, чому багато консультантів психологів відмовляються надавати допомогу алкоголікам.

У роботі з алкоголіками консультант повинен врахувати дві важливі речі. По-перше, слід відмовитися від професійної зверхності, тобто не хизуватися своєю силою та владою над клієнтом, не сподіватися на його безмежну вдячність, припинити пишатися своїми успіхами. По-друге, слід чітко усвідомити схильність алкоголіків підтримувати «авторитет» консультанта тільки для того, щоб пізніше «підірвати» його.

Якщо консультант знає про це, то для нього менш болючою є спроба клієнта зачепити його самолюбство, а окрім того, він буде спокійно реагувати на ці особливості поведінку клієнта, вбачаючи в них лише спосіб опиратися консультуванню, а значить, продовжувати самознищення.

Консультант повинен враховувати деструктивність особистості алкоголіка щодо самого себе. Опираючись консультанту, алкоголік уникає саморозуміння. Оскільки самодеструктивна тенденція становить ледь не найголовнішу проблему алкоголізму, слід усіяко демонструвати її клієнту. Не усвідомивши бажання до самознищення, клієнт не зрозуміє причини своєї пристрасті до алкоголю.

Дуже важливо, як говорити про це. Алкоголік і сам знає, що він руйнує сім'ю та життя рідних. Консультант повинен не лише пояснити суть нинішніх дій клієнта, а й передбачити його поведінку після припинення консультування, його наслідки. Передбачення, що спираються на реалії життя клієнта, дають йому відчуття точки опори, і коли багато з того, про що говорив консультант, почне збуватися, клієнт зможе спокійніше подивитися на своє минуле — без зайвої озлобленості та відчуття провини.

Подібна тактика консультанта значно ефективніша, ніж моралізаторство.

Працюючи з алкоголіком, консультант повинен враховувати деякі принципи, а саме:

- по-перше, консультування слід проводити тоді, коли клієнт не п'є. Клієнту, який п'є, допомогти неможливо;
- по-друге, контакт із клієнтом-алкоголіком досить амбівалентний, оскільки залежність від консультанта часто поступається місцем ворожому, маніпулятивному ставленню до нього. Консультанту доводиться посилювати залежність клієнта від себе, щоб замінити таким чином залежність від алкоголю, яку алкоголік, як правило, заперечує. Він вважає, що може контролювати як своє пияцтво, так і життя взагалі, хоч насправді все навпаки;

- по-третє, консультант зобов'язаний орієнтуватися у своїх реакціях контрперенесення стосовно клієнта. Працюючи з алкоголіками, він часто відчуває безнадійність, оскільки здається, що зусилля витрачено даремно. Консультант повинен чітко усвідомлювати, що він неспроможний покінчити з п'янством алкоголіка.

Він може лише допомогти алкоголіку утвердитися в прагненні до тверезості, але не здатен примусити його покінчити з пияцтвом. Клієнт лише власними зусиллями може повністю звільнитися від цієї згубної пристрасті. Розуміючи це, консультант повинен уміти визначити допустимі межі свого впливу на клієнта та умови, за яких консультування можливе. Якщо умови не будуть прийнятні, консультування необхідно припинити, але все ж лишити шанс для повернення клієнта.

Коли йдеться про допомогу алкоголікам, напевно, найкращих результатів у цій справі досяг поширений у всьому світі рух "Анонімні алкоголіки". Програма "Анонімні алкоголіки" спирається на програму 12 кроків. Програма "Анонімні алкоголіки" стосується, власне, серцевини проблем алкоголіка — страху перед собою. Часто алкоголіки власну установку стосовно допомоги виражають словами: "Ви не зможете мені допомогти. Я п'ю щодня, втратив роботу, мене покинули дружина та діти". Цим він хоче наголосити на власному падінні та деструктивності, а головне — сказати, що простий смертний йому не в змозі допомогти. Учасники "Анонімних Алкоголік" на своїх зібраннях не переконують алкоголіка, що в його поведінці немає нічого страшного і така вже його доля, що серед них він стане іншою людиною. Навпаки, вони намагаються знищити останні ілюзії та говорять: "Подивися на нас. Ось він почав пити в чотирнадцять років та три рази сидів у тюрмі, а цей поміняв двадцять місць роботи, і дружина не лише залишила його, а покінчила із собою".

Таким чином до алкоголіка повертаються відчуття та надія на те, що, навіть будучи "зіпсованою" людиною, щось можна змінити, якщо визнати себе невиліковно хворим. "Анонімні Алкоголіки" не нав'язують свою допомогу. Алкоголік повинен прийти сам та попросити, щоб йому допомогли. Для того, щоб це сталося, необхідно досягти межі падіння, яка в кожного своя; опинитися в кризі, коли стає зрозуміло, що проблема всередині тебе, що ти став рабом алкоголю і без сторонньої допомоги вибратися не зможеш. "Анонімні Алкоголіки" готові допомогти в будь-якому випадку, незалежно від глибини падіння.

Дуже важливий психологічний чинник програми "Анонімні Алкоголіки" — вимога до новачка більше говорити про себе, особливо про те, який він поганий. Така відвертість допомагає йому виявити почуття провини, висловити те, що накопичувалося роками та про що він не смів говорити, у чому боявся зізнатися навіть собі. Суттєвою є не лише можливість висловитися, а й відсутність спроб осуду, адже ніхто не намагається здаватися кращим. Це дає велику впевненість у тому, що друзі по нещастю тебе підтримують.

Дуже важливий пункт програми "Анонімні Алкоголіки" — повернення до віри в Бога в тому сенсі, який надає йому клієнт. Це допомагає уникнути тривожності.

Програма "Анонімні Алкоголіки" дає змогу також відновити міжособистісні контакти, які в минулому житті алкоголіка, як правило, були беззмістовними та одноманітними.

Інколи важко пояснити, чому той, хто приєднався до "Анонімних Алкоголіків", перестає вживати алкоголь. Вважають, що це трапляється внаслідок ідентифікації із собі подібними. Переконавшись, що в інших ті ж самі проблеми, легше глибше зазирнути у власну внутрішню сутність. Суттєвим чинником ефективності "Анонімних Алкоголіків" є те, що член "Анонімних Алкоголіків" не вживає алкоголь, коли допомагає іншим, докладає зусиль заради інших. Зміцнюючи інших, новоприбулих учасників груп "Анонімних Алкоголіків", він сам стає сильнішим.

Консультування клієнтів із психосоматичними розладами

Під психосоматичними захворюваннями розуміють таке соматичне страждання, в етіопатогенезі якого центральна роль належить психологічним факторам, зокрема таким, як невідреаговані емоції. Згідно з рекомендацією 6-го семінару ВОЗ з питань діагностики, номенклатури та класифікації психічних захворювань, що відбувся в 1970 (тисяча дев'яносто сімдесятому) р. в м. Базелі, психофізіологічні розлади при емоціях розглядаються як головний елемент психосоматичних захворювань. У загальному вигляді механізм виникнення психосоматичних хвороб, або, як їх ще називають, психосоматозів, може бути представлений таким чином: психічний стресовий фактор викликає афективну напругу, активізує нейроендокринну та вегетативну нервові системи з наступними змінами в судинній системі та у внутрішніх органах. Спочатку ці зміни носять функціональний характер, однак при тривалому та частому повторенні вони можуть стати органічними, необоротними.

Існує кілька теорій, що пояснюють походження психосоматичних захворювань. Згідно з однією з них, наприклад, психосоматичне захворювання є наслідком стресу, обумовленого довго діючими та непереборними психічними травмами.

В іншій теорії виникнення психосоматичного захворювання зв'язується з внутрішнім конфліктом між однаковими за інтенсивністю, але різноспрямованими мотивами індивіда (амбівалентність мотивацій).

Відповідно до третьої теорії, нерозв'язний конфлікт мотивів (як і непереборний стрес) в кінцевому рахунку породжує реакцію капітуляції, відмову від пошукової поведінки, що створює загальну передумову до формування психосоматичного захворювання. Ураження тих чи інших органів та систем в кожному конкретному випадку зумовлене генетичними факторами або особливостями онтогенетичного розвитку.

На думку П. І. Сидорова та А. В. Парнякова, критерієм для віднесення наявного специфічного фізичного захворювання або страждання до психосоматичного є наявність психологічно значущих подразників з навколишнього середовища, які пов'язані з виникненням або загостренням даного фізичного порушення. [42]

Виділяють ряд варіантів розвитку психосоматичних захворювань.

1. *Ситуаційний* (первинно-психогенний) варіант, при якому на першому плані серед різноманітних етіологічних факторів знаходяться психологічно несприятливі життєві умови, які впливають тривалий час, настільки тривалі та інтенсивні, що навіть розвинені захисні та компенсаторні можливості як на біологічному, так і на психологічному рівні не захищають від формування соматичних розладів.

2. *Особистісний* варіант, коли головною умовою формування соматичної патології виступає психологічно деформована особистість (акцентуйована, невротизована або психопатизована), яка обумовлює зтяжний, гіпертрофований та дезадаптовний тип психологічного реагування, становлення хронічної емоційної напруги. До цього виду можна віднести також і формування хвороби через певні патологічні звички, такі, наприклад, як переїдання, алкоголізм, - звички, що мають особистісну обумовленість.

3. *Церебральний* варіант, при якому відзначаються органічні порушення центральної нервової системи, він пов'язаний з порушеннями регуляторних механізмів емоційних переживань. Органічна патологія обумовлює характерні, так звані «органічні» особливості афекту: стагнація, ригідність, в'язкість, інертність емоційних процесів з фіксованістю емоційно-негативних переживань, зі схильністю до «саморозвитку» афекту, коли його «обростання» різноманітними переживаннями відбувається вже незалежно від зовнішніх впливів подразників. Формування соматичного захворювання може бути пов'язане в цьому випадку з надмірною силою та тривалістю афективного реагування, обумовленого структурою самого афекту при органічному ураженні головного мозку.

4. *Соматичний* (біологічний) варіант, про який говорять при наявності генетичних соматичних передумов, що впливають на розвиток грубої органічної патології при наявності психологічно сприятливої, комфортної ситуації та гармонійної особистісної структури. Як правило, в цих умовах захворювання формується за механізмами, які не можна пояснити з однієї лише психологічної точки зору.

Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) - в їх основі закладена первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, яка пов'язана з морфологічно встановлюваними патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати при цьому на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають в будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними та постійними певними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання зазвичай набуває хронічного або рецидивуючого перебігу, і

вирішальним, провокуючим фактором виникнення чергових загострень є для хворого психічний стрес. Історично до цієї групи належать сім класичних психосоматичних захворювань - гіпертонія, бронхіальна астма, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та шлунку, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит та гіпертиреозидний синдром. В даний час до психосоматичної патології відносять також і такі захворювання, як ішемічна хвороба серця, нейроциркуляторна дистонія, цукровий діабет, ожиріння. [26].

У проведених численних дослідженнях було показано, що існують неспецифічні психологічні особливості, характерні в цілому для всіх хворих з різними видами психосоматичної патології. До таких психологічних рис належать егоцентризм, особистісна незрілість, інфантилізм, нездатність управляти емоційними процесами з метою комунікації, а також недостатня ступінь емоційної залученості в події, невміння описувати нюанси власних переживань, знаходити точні слова для самовираження. Я. Рейковський відзначає в зв'язку з цим, що сприятливі умови для виникнення психосоматичних захворювань складаються в тому випадку, якщо домінуючими є особисті інтереси та потреби, а досягнення особистих цілей - головним джерелом життєвої активності.

Егоцентризм. Більшість авторів розглядають егоцентризм, з його фіксованістю на власних інтересах, з ігноруванням інтересів інших людей або вимог зовнішньої ситуації, як обов'язкову приналежність «психосоматичної» особистісної структури. Зосередженість на різноманітних - емоційному, фізичному, психологічному, екзистенційно-філософському - аспектах власного «Я» робить це «Я» грандіозним, затьмарює для індивіда оточуючих його людей. Весь світ звужується до розмірів власного «життєвого простору», тільки в якому можуть відбуватися дійсно значущі для індивіда події. Егоцентрична спрямованість особистості виявляє себе в гіпертрофовано раціональному ставленні до світу, прагматизмі, споживчих схильностях, рентних установах.

Емоційні реакції хворих з різноманітними психосоматичними порушеннями свідчать «про особливо високий ступінь концентрації на собі самому, при одночасній відсутності адекватних засобів для задоволення особистісних потреб або при неприйнятті власного "Я"».

Емоційний контроль. Для хворих психосоматичними захворюваннями характерне формування найбільш жорстких та архаїчних захисних механізмів заперечення та реакцій, спрямованих проти переживання афекту; ці хворі не здатні висловлювати негативні почуття, особливо агресивність. Багато пацієнтів з психосоматичними захворюваннями розглядають психологічний конфлікт як ознаку слабкості характеру, а емоційні проблеми - як рівнозначні симуляції; типовим для них є ставлення до проявів залежності як до чогось ганебного.

Хворим притаманний високий емоційний контроль, за яким можна знайти прагнення до відмови від висловлення власних потреб, залежність, розчарування, гнів, а також усвідомлення своєї безпорадності. Високий емоційний контроль описується поряд з такими якостями хворих на психосоматичні розлади, як обов'язковість, відповідальність, розвинене почуття обов'язку, підвищена нормативність, прихильність морально-етичним нормам, яка носить часом гіпертрофований характер.

Інфантилізм. Для інфантильної особистості характерні залежність та пасивність, дитячі способи мислення, завищені претензії, пасивна агресивність. Їх емоції та почуття не виражаються в експресивній поведінці; фантазії стереотипні та примітивні.

При цьому психологічна залежність від іншої особи може проявлятися як в позитивних почуттях стосовно неї, так і в негативних. Психологічні ознаки залежності виявляються у більшості пацієнтів з психосоматичними захворюваннями, які симбіотично пов'язанні з матір'ю та відрізняються емоційною незрілістю. В них недостатньо сформовані самостійність та автономність, здатність приймати рішення та брати на себе відповідальність за зроблений вибір.

Емоційна незрілість. Схильність до психосоматичних захворювань викликається недостатньою диференційованістю емоційних та соматичних процесів у осіб з явищами інфантилізму. Будь-яке емоційне порушення у таких особистостей легко трансформується в розлад соматичних функцій. Причини психосоматичних захворювань пов'язані з регресією на більш низький рівень психосоматичного функціонування. Якщо під впливом стресу захисні механізми руйнуються, відбувається регресія на фізіологічний рівень реагування та виникають умови для формування серцево-судинних, травних та інших розладів.

Алексітимія. Серед факторів, що призводять до виникнення психосоматичної патології, відзначається така психологічна особливість, як алексітимія. Термін «алексітимія» означає «брак слів для вираження почуттів». У сучасній інтерпретації це поняття включає в себе труднощі в описі власних почуттів, в диференціації почуттів та тілесних відчуттів, звуження афективного досвіду, зниження здатності до символізації, бідність фантазій та уваги, фокусування уваги на зовнішніх об'єктах.

Пацієнти з алексітимією нескінченно довго та детально описують фізичні відчуття, часто безпосередньо не пов'язані з основним захворюванням, в той час як внутрішні відчуття, що характеризують емоційне життя, викладаються ними в термінах дратівливості, нудьги, порожнечі, втоми, недиференційованого порушення або напруги.

Агресивність. В рамках концепції агресивної поведінки Гюнтера Аммона розглядаються три види агресії: конструктивна (відкритий прямий прояв агресії в соціально прийнятній формі або з соціально позитивним результатом), деструктивна (відкритий прямий прояв агресії в соціально неприйнятній формі або з соціально негативним результатом) та дефіцитарна

(пов'язана з дефіцитом відповідних поведінкових навичок і внаслідок цього з недостатнім відреагуванням агресивних спонукань). Дефіцитарна форма агресії, за даними сучасних авторів, найбільшою мірою характеризує пацієнтів з різними формами психосоматичної патології.

Дефіцитарна агресивність характеризується нездатністю до вгамування гніву, в результаті чого невідреаговане та тривале накопичення, хронізація емоцій злості та гніву, крім судинної гіпертензії та стенокардії, може призводити до виснаження імунітету, внаслідок чого полегшується формування найширшого спектра соматичних розладів. В цьому випадку дефіцитарна агресивність у вигляді амбівалентності агресивних тенденцій з визнанням їх значимості для особистості при одночасному несхваленні та надмірному контролі, виступає в якості загального неспецифічного фактору всіх психосоматичних захворювань.

Амбівалентність. Передумови для формування психосоматичних порушень створюються тоді, коли найбільш значущі особистісні тенденції, в основі яких лежать протилежні за спрямованістю фізіологічні процеси (наприклад, напруга-розслаблення), характеризуються амбівалентністю.

Перфекціонізм. У психологічній структурі осіб з психосоматичними порушеннями перфекціонізм проявляється у вигляді таких соціально-психологічних рис, як підвищена відповідальність, обов'язковість, вимогливість, надмірна нормативність з розвиненим почуттям обов'язку, з неухильною прихильністю морально-етичним нормам, з обов'язковим дотриманням групових цінностей та цілей. Такі пацієнти акцентовані на групових інтересах на шкоду власним суб'єктивно-значимим бажанням.

Навчена безпорадність. Концепція «навченої безпорадності» як причини багатьох порушень психосоматичної природи, набула широкого поширення в західній психології. Розвитку психосоматичного захворювання після емоційного стресу сприяє стан безпорадності, коли все навколишнє сприймається як небезпечне та не доставляє задоволення, а сама людина відчуває себе покинутою. У той же час, якщо індивіда оточує таке соціальне середовище, де він може завжди знайти емоційну підтримку, то ймовірність патологічного впливу емоційного стресу на соматичну сферу зменшується. Тому соціальну підтримку можна розглядати як соціально-психологічний механізм, пом'якшуючий негативні наслідки стресу. Для людини наявність соціальних зв'язків настільки важлива, що одна вже їх відсутність або недостатність може розглядатися в якості самостійних причин стресу.

Кочунас відзначає, що існує чимало спроб пояснити походження психосоматичних розладів. Майже всі вони так чи інакше пов'язані із психоаналітичним розумінням особистості, так як самі основи психосоматичної медицини в третьому десятилітті минулого століття формувалися під впливом психоаналізу. І нині вплив психоаналізу на розуміння та лікування психосоматичних порушень досить сильний. Тривалий час підкреслювалося значення особливостей характеру особистості

у виникненні психосоматичних порушень (наприклад, були описані "коронарна", "алергічна", "гіпертонічна", "ревматоїдна" та інші типи особистості). Пізніше прийшли до думки, що виникнення конкретних психосоматичних порушень передбачено стійкістю певних емоційних станів, наприклад, вважається, що злість, жорстокість зумовлюють виникнення хвороб серця; безсилля та залежність призводять до хвороб травного тракту; сексуальна напруга спричинює порушення системи дихання тощо.

Нині вчені схилиються до концепції багатобактерного патогенезу психосоматичних порушень та пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними та соціальними чинниками. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (у тому числі і психічних), підвищеної вразливості окремих органів (зумовлених родовими, соматичними захворюваннями та фізичними ушкодженнями в дитинстві та юності), взаємостосунків у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях.

Іноді психосоматичні скарги людини лікарям загальної практики, які в усьому схильні звинувачувати нерви, здаються безпідставними та призводять до непорозумінь. Однак найчастіше за цими скаргами приховані не вигадані, а реальні конфлікти — точніше кажучи, специфічна стійкість несприятливих стосунків.

Як правило, люди намагаються припинити негативні взаємовідносини. Психосоматичний клієнт веде себе інакше. Він роками може терпіти стосунки, які не лише не дають задоволення, а й виснажують, руйнують його особистість. Психосоматичним клієнтам не властиві мазохістські риси. Якби такі стосунки давали мазохістське задоволення, не виникали б психосоматичні симптоми. Толерантність до не благополучних взаємин та природу психосоматичних симптомів можна пояснити пригніченням ворожості, агресивності, злості. Якщо, як правило, озлобленість спонукає людей до припинення стосунків, то психосоматична особистість вгамовує злість та стосунків не припиняє. Зовні така людина навіть не здається страждаючою. Незрозуміло, чому відбувається пригнічення злості, але відомо, що психосоматичні клієнти дуже чутливі до будь-яких проявів озлобленості в собі та інших.

Найважливіше завдання консультанта в бесіді із психосоматичним клієнтом — допомогти йому хоч частково виявити приховану озлобленість. Але як це зробити? Деякі консультанти починають із запитання: "Чи Ви нервовий?", "Чи Ви чутливий?". Можливі відповіді на ці запитання дають мало відомостей. Але можна запитати і про конкретні проблеми — запитати та спробувати зрозуміти концепції клієнта: "Схоже, що Вас у житті щось тривожить?" або "Що відбувається у Вашому житті, що в ньому змінилося, що стало іншим порівняно з минулим?". Питання повинні спрямовуватися на повсякденне життя клієнта, на зміни в його роботі, сім'ї, у стосунках з близькими та друзями. Інколи на такі запитання консультант чує відповідь,

яка нічого не означає: "Все добре". Це всього лише відмовка, оскільки в житті кожної людини щось трапляється.

Однак консультант не повинен заперечувати — йому слід продовжувати запитувати клієнта про різні аспекти його життя: чим він займається на роботі, з ким працює, який його особистий внесок у спільну роботу, як він проводить вільний час, які взаємини в сім'ї. Не слід настирливо вимагати розповіді про конфлікти, негативні почуття, оскільки в словнику клієнта відповідні поняття відсутні.

Консультант повинен не лише допомогти клієнту усвідомити свою озлобленість, а й довести, що вона негативно впливає на поведінку. Одні психосоматичні клієнти на вигляд приємні, зі всім погоджуються, і важко повірити у їхню ворожість. Інші не здатні відчувати, та й не відчують ворожості навколо себе. При виникненні найменшої суперечки вони пасують. Якщо не можуть вийти із ситуації, то говорять собі, що ті, хто сперечається, жартують. Інші схильні виражати свою злість, але спрямовують її на зовсім інший об'єкт.

Бесіда із психосоматичним клієнтом про озлобленість, як правило, важка та далеко не завжди успішна, хоч і дає змогу показати клієнту, якою насправді є його життєва ситуація, як він подавляє свою ворожість та як це пов'язано з його соматичними симптомами. Консультант повинен не лише допомогти клієнту розпізнати в собі злість, а й спонукати його до її відреагування в процесі консультування. Тому не дивно, що часто у випадку успішної роботи справжнім об'єктом ворожості клієнта тимчасово стає сам консультант.

Ще одна суттєва причина складності консультування психосоматичної особистості — в її "емоційній малограмотності", нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання. Осіб з такими особливостями визначають як «алекситимічні особистості». Риси алекситимічної особистості є серйозною перешкодою в консультуванні та психотерапії. Найчастіше консультант спостерігає відмову цих клієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг цілком очевидний.

Дуже складно допомогти людині за допомогою психологічних методів, коли вона свої емоційні проблеми розуміє як соматичні. Такий клієнт скаржиться на різні болі, багато мовчить, не виявляє ніякої мотивації до співробітництва, явно зорієнтований на лікування, постійно примушує консультанта проявляти ініціативу. Монотонний, емоційно безбарвний стиль клієнта викликає у консультанта злість, тому що він відчуває себе загнаним у кут. Спроба активно залучати клієнта до емоційних стосунків збільшує в того неспокій через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дає змогу клієнту ще більше скаржитися на незадовільне соматичне самопочуття.

Якщо клієнт — яскраво виражений алекситимік, слід застосувати процедури консультування, які спрямовані не на конфронтацію з клієнтом, а на його підтримку.

Клієнта також слід підготувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна вдатися до прикладів емоційних слів, аналізу різних емоційних ситуацій. Така підготовка деякою мірою допомагає клієнту усвідомити емоційні проблеми та вербалізувати їх.