

ПСИХОТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЯК ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

PSYCHOTHERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA AS A PSYCHOSOMATIC DISEASE

У статті на основі системного аналізу робиться спроба систематизувати уявлення про психологічні механізми виникнення та перебігу бронхіальної астми. Проаналізовано основні концепції трактування астми як класичного психосоматичного захворювання. Розглянуто та узагальнено основні наукові підходи до психотерапії та психокорекції бронхіальної астми та психоемоційних станів, що передують виникненню приступів задухи.

Установлено психофізіологічні тригери в етіології та патогенезі бронхіальної астми, а також розглянуто вікові особливості даного захворювання. Бронхіальна астма – мультифакторна хвороба, і на її поширеність і тяжкість перебігу впливають: генетичні фактори, мікрооточення, рівень розвитку суспільства, матеріальна забезпеченість, але також до кінця незрозумілі глобальні чинники.

Розглядається особливий нервово-психічний варіант розвитку бронхіальної астми у дорослих, за якого прояви захворювання виступають у ролі захисного механізму, який формується за різних внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів у дитячому віці. Розглянуто чотири варіанти нервово-психічного механізму патогенезу БА: неврастенічний, істероподібний, психастеноподібний і змішаний, або «шунтовий». Для кожного варіанту перебігу хвороби властиві свої внутрішньо і міжособистісні конфлікти. Зовнішні прояви залежать від особистісних особливостей пацієнтів, характеру поведінки, який санкціонується у даній мікросоціалній групі та служить меті адаптації пацієнтів.

Пусковим механізмом захворювання може бути гостра або пролонгована (хронічна) психологічна травма, як за наявності соматичної схильності (спадковість, алергія, хронічні інфекції дихальних шляхів), так і за її відсутності. У цих випадках бронхіальна астма розвивається за принципом, близьким до механізму стресового порушення, а напади можуть чергуватися з «напливами» тривоги. Встановлено, що не самі по собі життєві події, якими б тяжкими вони не були, а саме активне уникнення обговорень даних подій, прагнення вольовим зусиллям придушити тяжкі переживання, служать чинниками погіршення соматичного стану.

Ключові слова: бронхіальна астма, психосоматика, симптом-контрсимптом, тривовність, стрес, конфлікт, самооцінка.

It is made the attempt to systematize representations about psychological mechanisms of origin and a course of bronchial asthma in the article on the basis of the system analysis. The basic concepts of interpretation of asthma as a classical psychosomatic disease are analyzed. The main scientific approaches to psychotherapy and psychocorrection of bronchial asthma and psycho-emotional states that precede asthma attacks are considered and generalized. Psychophysiological triggers in the etiology and pathogenesis of bronchial asthma have been established and the age features of this disease have been considered. Bronchial asthma is a multifactorial disease and its prevalence and severity are influenced by genetic factors, microenvironment, level of development of society, material security, but the global factors are also completely unclear.

A special neuropsychological kind of bronchial asthma development in adults is considered, in which the manifestations of the disease act as a protective mechanism, which is formed during various intrapersonal and interpersonal conflicts in the childhood. Four kinds of the neuropsychological mechanism of asthma pathogenesis are considered: neurasthenic, hysteropic, psychasthenic and mixed, or "shunt". Each kind of the disease has its own internal and interpersonal conflicts. External manifestations depend on the personal characteristics of patients, the nature of behavior, which is authorized in this microsocial group and serves for the purpose of patient adaptation.

The trigger of the disease can be acute or prolonged (chronic) psychological trauma, both in the presence of somatic predisposition (heredity, allergies, chronic respiratory infections), and in its absence. In these cases, bronchial asthma develops on a principle close to the mechanism of stress disorder, and attacks may alternate with "influxes" of anxiety. It has been established that life events, no matter how severe, are not in themselves, namely the active avoidance of discussions of these events, the desire to suppress difficult experiences with willpower, are factors in the deterioration of somatic condition.

Key words: bronchial asthma, psychosomatics, symptom-counter-symptom, anxiety, stress, conflict, self-esteem.

УДК 159.9:61

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.15.35>

Чистовська Ю.Ю.

к.психол.н., доцент кафедри психології
Черкаський національний університет
імені Богдана Хмельницького

Ізвєкова О.Ю.

аспірантка кафедри психології
Черкаський національний університет
імені Богдана Хмельницького

Постановка проблеми. Бронхіальна астма відноситься до класичного прикладу психосоматичного захворювання [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 40% пацієнтів, які відвідують дільничних терапевтів, відносяться до групи психосоматичних хворих [4]. Відповідно до сучасних уявлень, до психосоматичних

захворювань відносяться розлади, в основі яких лежить первинна тілесна реакція на конфліктне переживання, у подальшому асоціюється з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. У вузькому сенсі до психосоматичних захворювань відносяться соматичні захворювання, в етіології і патогенезі яких істотно

роль відіграють психологічні чинники (індивідуально-психологічні особливості людини і пов'язані зі стереотипами його поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньоособистісних конфліктів).

Найбільш часто бронхіальна астма зустрічається в регіонах із підвищеною вологістю повітря й у великих містах із несприятливою екологічною обстановкою, де на це захворювання страждають 24 людини на тисячу дітей. Слід також звернути увагу на вікові аспекти бронхіальної астми. У дітей раннього віку в силу анатомо-фізіологічних особливостей бронхіальна астма не має характеру з чітко вираженими приступами. У дошкільному віці бронхіальна астма може бути названа як «перехідна», бо у частини дітей вона протікає «без нападів», а у частини – набуває виразних рис астми дорослих. Патогенез бронхіальної астми у дітей шкільного віку багато в чому близький до патогенезу дорослих хворих.

У переважній більшості випадків (до 90%) захворювання починається у віці до п'яти років. У 25–30% дітей бронхіальна астма має важкий перебіг. Саме у цій групі хворих найбільш яскравими стають нервово-психічні порушення, зумовлені соціальною дезадаптацією, хронічною гіпоксією, побічною дією медикаментів та іншими чинниками, пов'язаними з основним захворюванням [4].

Виклад основного матеріалу дослідження. Психосоматичний підхід сягає своїм корінням у психоаналіз. Один із головних основоположників психосоматики Франц Александер згадує, що неможливість (викликана самим індивідом) прояву своїх емоцій трансформується в бронхоспастичний механізм: наприклад, вихід почуттів, який собі дозволяв пацієнт через плач, припиняв напад астми. На цей цікавий зв'язок між плачем і бронхіальною астмою вказували і такі психоаналітики, як Вейсс і Хеллідей [2]. Цікавий також фізіологічний феномен «сумації стимулів»: дослідження Чиказького інституту психоаналізу виявили, що якщо бронхоспазм викликається переважно емоційними або алергезуючими факторами, коли один із них може провокувати напад більшою мірою за наявності другого, то після лікування чутливість зберігалася, але окремо діючий фактор не переходив поріг реакції [2].

Більшість дослідників вважає, що бронхіальна астма – мультифакторна хвороба, і на її поширеність і тяжкість перебігу впливають: генетичні фактори, мікрооточення, рівень розвитку суспільства, матеріальна забезпеченість, але також до кінця незрозумілі глобальні чинники.

Бронхіальна астма (БА) – захворювання, в основі якого лежать хронічне алергічне запалення і гіперактивність бронхів, які проявляються нападами ускладненого дихання

(переважно на видиху) в результаті дифузної обструкції, зумовленої спазмом гладкої мускулатури бронхів, гіперсекрецією слизу, набряком стінки бронхів.

Існує декілька підходів до трактування бронхіальної астми.

Психодинамічний підхід. Із цієї позиції психосоматичне захворювання (яким є бронхіальна астма) розглядається як наслідок придушення емоцій [3], як символічне вираження внутрішньоособистісних конфліктів, витіснення його енергії в симптом або як емоційну напругу з усіма вегетативними проявами без дій [1]. Передбачається, що коріння захворювання знаходяться в дитинстві, у формуванні характеру, та й сам характер представляється сукупністю хронічних м'язових напружень, що виникли внаслідок емоційних репресій [3].

Гештальт-терапевтична концепція. Із цього погляду видно, що симптом парадоксальний, він одночасно є проявом життєвої сили і придушення її, а також є сурогатом задоволення потреби, частковим вирішенням проблеми (він одночасно і проблема, і її вирішення). Симptom існує тривалий час за рахунок того, що первинно сильна напруга перетворилася на «хронічне напруження низької інтенсивності» [7]. Тут ми спостерігаємо перетин із попереднім постулатом про внутрішньоособистісний конфлікт, тобто в симптомі (наприклад, у нападі ядухи) виражені полярні тенденції – розвиток процесу і його «заморожування». Полярності в тілесному вигляді також можуть проявлятися парою симптомів, що дає в результаті більш стійку патологічну конструкцію, звану «симптом – контрсимптом» [6].

Медична. Згідно з її положеннями, бронхіальна астма одночасно є порушенням дихання та алергічною реакцією. Головний симптом (як згадувалося раніше) – напад задухи з утрудненим видихом. Він може провокуватися різними стресовими чинниками (фізичне і нервово-психічне напруження, холод). Але класичним прикладом буде алергічна реакція (наприклад, на тополиний пух, на шерсть тварин) у вигляді цього самого утрудненого видиху (задухи).

Психоаналітик Ф.Александер висунув концепцію астматичного нападу, в якій про симптом йдеться як про придушення плачу. Дитина, що кличе плачем матір, може задихнутися плачем, якщо мати довго не підходить. Дитина відмовляється від плачу – мати все одно не підійде – і замикається на самоті [1].

Те, що в основі формування нападу задухи лежить придушення ридань, підтверджується спостереженням за хворими під час нападу і поєднується в таку парадоксальність: незважаючи на тяжкість стану, астматики схильні усамітнюватися; напад задухи може завершитися плачем.

Ридання з хлипанням також відбувається з подовженим утрудненим вдихом і подовженим утрудненим видихом. Усе тіло здригається, скидаючи напругу. Таким чином, зовнішній напад походить на ридання без видиху (знову ж нагадаємо про випадки закінчення задухи плачем). Але напруга не скидається, замість тремтіння може бути заціпеніння.

Для чого фізіологічно необхідне звуження бронхів? Без бронхоспазму (звуження просвіту бронхів) неможливо ридати, інакше це буде просто глибоким диханням. Під час ридання необхідний опір видиху. Спробуйте напружити живіт й одночасно форсувати видих – вийдуть ридуючі звуки. Але це ще не симптом. Як виглядає хворий під час нападу? Сидить, спершись об стілець або іншу опору, щоб активно задіяти плечовий пояс, включити в роботу верхівку легень. Але це явно не найглибше дихання. Глибоке дихання досягається за рахунок руху діафрагми.

Отже, напад бронхіальної астми – це спроба заридати у вигляді бронхоспазму і переривання ридання у вигляді відмови від роботи діафрагми (спазму діафрагми, що підтверджується рентгенологічними дослідженнями [2]). Важливий момент у розумінні формування симптому – те, що дія і протидія відбуваються в різних точках організму, інакше симптомом просто б не існувало (як можна уявити одночасно спазм і дилатацію, тобто розширення, бронхів?). Тут під час опису симптому як «дії – протидії» доречно згадати про феномен пари «симптом – контрсимптом», описаний О.В. Немірінським [6]. Розглянемо схожість і відмінність цих понять.

«Контрсимптом – це тілесний процес, що дає змогу уникати гострої маніфестації симптому й утримувати симптом у більш-менш застиглому вигляді» [6]. У цьому сенсі протидія психофізіологічного акта (у нашому разі протидія риданню у вигляді спазму діафрагми) також є способом утримання.

Інша схожість – додаток протидіючих процесів у різних точках організму і часом навіть у різних системах. Приклади пар симптомів: дискінезія жовчовивідних шляхів – діарея, клубок у горлі – утруднення в грудях і т. д. Приклади протидій під час симптомогенезу: звуження бронхів – спазм діафрагми (бронхіальна астма), підвищення артеріального тиску – напруга скелетної мускулатури (гіпертонічна хвороба).

Бронхіальна обструкція (під впливом лікування і спонтанно) – оборотна.

Для бронхіальної астми характерна підвищена чутливість до різних подразників і в першу чергу до алергенів і медіаторів алергічних реакцій, а також до різних інфекцій. Найбільш частим фактором, що провокує перший типовий приступ, виявляються гострі респіра-

торні інфекції, однак у 10–15% випадків ними є психотравмуючі ситуації. Напади бронхіальної астми можуть виникати гостро або розвиватися поступово. У розвитку гострого нападу психологічний фактор відіграє велику роль у більшості хворих. Його значення для «запуску» нападу особливо очевидно у дітей із важким перебігом хвороби [9].

Стала вже притчею історія, що для астматика одна думка про забутий удома інгалятор є фактором, здатним запустити приступ задухи. Емоції як негативного, так і позитивного спектра є провокаторами нападу.

Астма – хронічне захворювання, яке може призвести до значних обмежень у фізичному і соціальному аспектах життя хворих. Якість життя, або загальне благополуччя, є концепцією, яка може бути корисна для визначення ступеня хворобливості, викликаної астмою. Емоційні дефекти й обмеження у соціальній сфері можуть суб'єктивно переживатися важче, ніж самі напади. Сама хвороба може викликати стрес. Обмеження в емоційній і соціальній сферах, пов'язані із захворюванням, можуть виявитися важливіше самих симптомів хвороби [5].

Психотерапія бронхіальної астми не буває короткочасною, тут час поступово «відмотується назад». Метою психотерапії хворих на бронхіальну астму є також корекція емоційних розладів і неадекватних форм поведінки. Досягають цього шляхом перебудови значущих відносин хворого [10].

Психотерапія особливо показана:

- хворим, у яких цей механізм патогенезу є одним із провідних;
- хворим із супутніми нервово-психічними розладами і неадекватними реакціями особистості (у тому числі на хворобу), що ускладнюють їх повну реабілітацію;
- хворим на бронхіальну астму без вираженого нервово-психічного компонента, що знаходяться в стані психологічної кризи, коли ймовірність формування цього механізму патогенезу зростає (особистісні і мікросоціальної фактори ризику, неадекватні стилі виховання і реакції на захворювання членів сім'ї, наявність у родичів психосоматичних моделей адаптації до стресів).

Під час консультування хворого психотерапевтом, психологом чи психіатром збирається ретельний психологічний анамнез, який повинен містити дані про нервово-психічні захворювання батьків хворого (фактор спадковості й одночасно екологія мікросоціальної групи), про психосоматичні захворювання членів сім'ї, дані про період вагітності та взаєминах у родині у цей період, а також про пологи і взаємини у цей час. Ці відомості дають змогу сформулювати уявлення про наявність моделей психосоматичного реагування у сім'ях, про

ставлення до вагітності і формування відносин матері до майбутньої дитини, про характер того середовища, в якому він повинен з'явитися. Далі детально уточнюються умови раннього розвитку, наявність у дитинстві нервово-психічних захворювань. Дослідженню піддається мікросоціальне середовище: уточнюються характер взаємин із сиблінгами, із кожним із батьків або кровних родичів, стиль виховання і взаємини між батьками. Досліджуються характерні періоди розвитку пацієнта, успішність у школі, взаємини з учителями та однолітками [5].

Особлива увага приділяється епізодам нервово-психічних порушень, психотравмуючих обставин і впливу їх на особистість пацієнта. Необхідно з'ясувати всі чинники, що впливають на соматичну сферу, вивчити індивідуально-особистісний сенс астматичних симптомів, їх суб'єктивне сприйняття і те місце, яке вони займають у структурі світосприйняття хворого, у системі його адаптації до життя. Корисно поглянути на астматичні симптоми не тільки очима хворого, а й із позицій членів сім'ї (або іншої мікросоціальної групи). Це дає змогу глибше зрозуміти «умовну бажаність» хвороби, невротичну вигоду, яку вона приносить хворому, оцінити конфліктогенні спровоковані приступи задухи як спосіб патологічної адаптації до мікросоціального середовища. Окрім того, таким чином стає зрозуміло, як хвороба одного з членів сім'ї дає змогу функціонувати особливим варіантом усій родині, створюючи групову форму психологічного захисту. Алергія повинна бути підтверджена й уточнена даними психологічного обстеження. При цьому в центрі уваги постає дослідження особливостей особистості хворого, характерологічних особливостей, особливостей емоційного реагування і мікросоціального оточення.

Для дослідження особистості хворого існує велика кількість тестів, вибір яких повинен здійснюватися відповідно до цілей дослідження і робочої гіпотези. Аналізуючи інформацію, отриману анамнестичними, клініко-психологічними й експериментально-психологічними методами, психотерапевт формує уявлення про когнітивні особливості особистості – особливості, що сприяють формуванню особистісних конфліктів, створенню неадекватного, нереалістичного образу Я і сім'ї і, таким чином, беруть участь у формуванні нервово-психічних механізмів патогенезу бронхіальної астми [8].

Когнітивні особливості проявляються через емоційні реакції. Таким чином можна дізнатися, що криється за блокуванням емоційних переживань і зниженням усвідомлення – актуальних пережитих емоцій і потреб. Тестовий матеріал структурує клінічні спостереження, органічно пов'язуючи його з іншими даними. Очевидним стає центральна роль тривоги,

яка з'являється з неадаптивних стереотипів поведінки та емоційних порушень (блокування емоцій або їх розгальмовування) [9].

Анамнез і тестові дані про особливості сімейної системи показують, як ці особливості хворих формуються й як функціонують у рамках сімейної системи, створюючи «сімейні міфи» (групові форми захисту), і для чого служать правилами і ціннісними орієнтаціями в таких сім'ях. Розуміння цих важливих моментів пояснює індивідуально-особистісний сенс конфліктогенного симптому бронхоспазму у хворого і дає ключ до побудови терапевтичного втручання.

Більшість астматиків спочатку схильна до соматичного трактування свого захворювання, до подолання якого вони ще не готові. Це відповідає існуючій думці про хвороби і постулатам соматичної медицини; але йдеться також про власну потребу хворого протистояти небезпечному почуттю залежності. Важливе завдання під час установлення показань для психотерапії полягає у виділенні пацієнтів, для яких терапія може бути ефективною. Катамнестично ефективним лікуванням виявляється, скоріше, у хворих із порівняно важкими соматичними проявами хвороби, у яких були виражені (особливо фобічні) труднощі в переживанні хвороби або агресивні і депресивні симптоми та які відчували обмеження у своєму соціальному стані, викликані захворюванням [8].

Малоефективною може виявитися терапія хворих із недостатньою виразністю соматичних і психічних проявів хвороби, особливо якщо у них є захисні антифобічні симптоми, тому їх було важко залучити до інтенсивного співробітництва в рамках групової терапії. Завдання психотерапії за істеричного варіанта бронхіальної астми: перенесення з навколишніх на хворого відповідальності за вирішення його емоційних проблем і свідоме прийняття її астматиком; формування адекватного рівня вимог до хворого залежно від його актуального психологічного і соматичного стану; створення умов для адекватної реакції мікросоціального середовища на астматичні симптоми; санкціонування зрілих способів поведінки та адаптації.

Основний акцент у психотерапії пацієнтів із неврастенічним варіантом бронхіальної астми робиться на формуванні прийнятної, доброзичливої мікросоціальної ситуації, яка надає можливість для поглибленого самопізнання і стабілізації самооцінки. Це створює умови для відмови хворих від завищених, непосильних вимог і життєвих цілей, сприяє усуненню обтяжливого усвідомлення неспроможності у здійсненні тих бажань, від яких захищали астматичні симптоми.

У хворих із психастенічним варіантом БА основну увагу необхідно приділяти форму-

ванню власної ціннісної системи хворого, його зрілості і здатності до незалежної поведінки, вмінню приймати самостійні рішення щодо своїх особистих проблем. Психотерапевтична тактика у хворих із шунтовим варіантом БА полягає у провокації на перших етапах кризи, коли взаємодія членів сім'ї організовується так, що вони змушені мати справу зі «спливаючими» конфліктами, конфронтація з якими раніше уникалася. При цьому необхідно усунути з конфліктної ситуації астматика. Необхідно чітко відобразити зміст кризи, сприяючи розвитку такої ситуації, в якій виникає можливість і необхідність розвитку членами сім'ї нових відносин і комунікативних стереотипів. Приховувані проблеми спливають і стають доступними для впливу на них. Для психотерапевтичної корекції на особистісному і мікросоціальному рівнях необхідно з'ясувати суб'єктивне значення чинників, що підкріплюють патологічну адаптацію пацієнтів до конфліктних ситуацій, і сприйняття астматичних симптомів як самим хворим, так і значущими особами його оточення. Можна домогтися повної і стабільної редукції дихальних порушень, що провокуються по нервово-психічному механізму, шляхом спрямованих зрушень у системі відносин особистості, у структурі та функціонуванні мікросоціальної системи, а також подолання елементів умовної необхідності астматичних симптомів для самого хворого і значущих осіб оточення [5].

Висновки з проведеного дослідження. З'ясовано, що загострення астми пов'язане з періодами підвищеної емоційності. Однак причинно-наслідкові зв'язки, що пов'язують астму та емоції, до кінця не з'ясовані. Досі не з'ясовано, чи є висока тривожність при астмі патогенетичним фактором або вона розвивається в результаті постійного страху задихи. У кожному конкретному випадку ці компоненти постають у різному співвідношенні залежно від безлічі чинників: провідного патогенетичного механізму бронхіальної астми, ступеня тяжкості та тривалості захворювання, особливості особистості хворого. У цьому ми вбачаємо перспективу подальших досліджень.

Зрушення на соціальному рівні тісно взаємопов'язані з позитивною динамікою на осо-

бистісному рівні. Остання проявляється гармонізацією особистості хворого, виробленням у нього зрілих способів поведінки в стресових ситуаціях. До емоційно-стресових впливів, що достовірно знижують показники бронхіальної прохідності, за даними різних авторів, включені: записаний на магнітофон голос матері, який прослуховується дитиною-астматиком, обговорення в групі хворих різного роду несприятливих життєвих обставин, спогади про найбільш травмуючі події життя.

Найбільш ефективними техніками психотерапії, що використовуються під час терапії бронхіальної астми, є: когнітивно-поведінкова психотерапія, гештальт-терапія, нейролінгвістичне програмування (НЛП), сімейна психотерапія.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина / пер. с англ. С. Могилевского. Москва : ЭКСМО-Пресс, 2002. С. 152–164.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Москва : ГЕОТАР, Медицина, 1999. С. 376.
3. Лоуэн А. Биоэнергетика. Терапия, которая работает с телом. Санкт-Петербург : Речь, 2000.
4. Колосов Г.А., Магсаржав Ц., Канесіро К.В. Бронхіальна астма: психосоматичний концепт на користь персоналізованого підходу. *Психологія: традиції та інновації* : матеріали III Міжнар. наук. конф., м. Самара, березень 2018 р. Самара : АСГАРД, 2018. С. 39–41.
5. Малкіна-Пих І.Г. Психосоматика: Довідник практичного психолога. Москва : ЕКСМО, 2005. 992 с.
6. Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту. *Московский психотерапевтический журнал*. 1997. № 1. С. 84–91.
7. Перлз Ф. Теория гештальттерапии. Москва, 2001.
8. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. Київ : Слово, 2015. 280 с.
9. Kharchenko D.M., Chystovska Yu.Yu. Correlation of Anxiety and Psychosomatic Disturbances. *Наука і освіта. Психологія*. 2017. № 9. С. 26–29.
10. Kharchenko D., Chystovska Yu. Psychophysiological bases of features of the person and opportunities of their correction. *European Applied Sciences*. 2014. № 2(11). P. 60–62.